



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Připravenost předškolních pedagogů v oblasti první pomoci

Vypracovala: Dagmar Chalupová
Vedoucí práce: PaedDr. Alena Váchová

České Budějovice 2014

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 31. března 2014

Dagmar Chalupová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní PaedDr. Aleně Váchové, za vstřícnost, ochotu, cenné rady i připomínky týkající se zpracování mé práce. Rovněž děkuji celé své rodině za trpělivost.

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zjistit připravenost předškolních pedagogů v oblasti první pomoci. Teoretická část obsahuje informace týkající se první pomoci, zdraví a odlišností dětského organismu od dospělého, popisuje nejčastější typy úrazů v mateřských školách, krizové situace v mateřské škole a jejich správné řešení, obsah přípravy předškolních pedagogů v problematice první pomoci a právní ošetření bezpečnosti dětí v mateřské škole. Obsahem praktické části je výzkumné šetření zaměřené na problematiku první pomoci v mateřských školách v okrese Jindřichův Hradec. Výsledky rozhovorů s předškolními pedagogy poukazují na některé rezervy v této oblasti.

Klíčová slova

mateřská škola, bezpečnost dětí, zdraví, úrazy, první pomoc, předškolní pedagog

ABSTRACT

The aim of the thesis is to find out the pre-school teachers preparedness in the field of first aid. The theoretical part contains information about the first aid, health and differences between the infant and adult organisms, describes the most frequent types of injures in kindergartens, crisis situations in kindergartens and their appropriate solutions, the content of pre-school teachers education considering the first aid, and legal treatment of children's safety in kindergartens. The practical part contains a research targeted at the first aid problems in kindergartens in the district of Jindřichův Hradec. The results emerging from talks with pre-school teachers show some space for improvement in the first aid field.

Key words

Kindergarten, children's safety, health, injures, first aid, pre-school teacher

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 První pomoc	10
1.1.1 Definice první pomoci	10
1.1.2 Cíle první pomoci.....	11
1.1.3 Zásady poskytování první pomoci	11
1.1.3.1 <i>Legislativa poskytování první pomoci</i>	12
1.1.4 Klasifikace první pomoci.....	13
1.1.4.1 <i>Integrovaný záchranný systém (IZS)</i>	14
1.2 Bezpečnost dětí v mateřské škole.....	15
1.2.1 Fyziologické rozdíly dětského a dospělého organismu	15
1.2.1.1 <i>Specifika první pomoci poskytované dětem předškolního věku</i>	16
1.2.2 Legislativní ukotvení bezpečnosti dětí v MŠ.....	16
1.2.2.1 <i>Zastoupení bezpečnosti v RVP PV</i>	18
1.2.3 Příprava pedagogů na zajištění bezpečnosti a první pomoc	19
1.2.3.1 <i>Studijní programy středních pedagogických škol</i>	19
1.2.3.2 <i>Vysokoškolské studijní programy</i>	20
1.2.3.3 <i>Instituce nabízející školení pedagogům v praxi</i>	21
1.2.4 Statistiky úrazů v MŠ	21
1.2.4.1 <i>Prevence úrazů</i>	23
1.3 Krizové situace v MŠ a jejich správné řešení.....	24
1.3.1 Krvácení z nosu.....	24
1.3.2 Vdechnutí cizího tělesa a dušení	24
1.3.3 Poranění hlavy.....	26
1.3.4 Kardiopulmonální resuscitace (KPR)	27

1.3.5	Zlomenina horní a dolní končetiny.....	29
1.3.6	Bodnutí hmyzem (vosa, včela, sršeň).....	30
1.3.7	Epileptický záchvat	31
2	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	34
2.1	Cíl výzkumného šetření, výzkumné otázky	34
2.1.1	Cíl výzkumného šetření	34
2.1.2	Výzkumné otázky.....	34
2.2	Metodika	35
2.2.1	Kvantitativní výzkum	35
2.2.1.1	<i>Strukturovaný rozhovor</i>	35
2.2.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
2.3	Zhodnocení výsledků.....	39
2.3.1	Znalosti předškolních pedagogů v oblasti poskytování první pomoci v určitých krizových situacích	39
2.3.2	Řešení první pomoci v MŠ, chronická onemocnění vyskytující se v MŠ.....	49
2.3.3	Pravidelnost navštěvování kurzů první pomoci	55
2.4	Diskuse	59
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63
	SEZNAM GRAFŮ.....	66
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68
	PŘÍLOHY	

Motto: „První pomoc jsou dvě holé ruce, zdravý selský rozum a dobrá vůle pomoci druhému člověku.“ (Pavel Srnský, 2007, s. 111)

ÚVOD

V úvodu své bakalářské práce bych ráda čtenáře seznámila s tím, proč jsem si zvolila jako téma „Úroveň znalostí předškolních pedagogů v oblasti první pomoci“. Mé původní povolání je dětská sestra – pracovala jsem v nemocnici na dětském oddělení u větších dětí, kojenců a batolat i na jednotce patologických novorozenců. Poskytovat druhému člověku ošetrovatelskou péči či první pomoc při ohrožení života mi tedy není cizí. Zdraví a život patří k nejcennějším a nejdůležitějším hodnotám, které člověk má. Mohou však nastat situace, kdy o přežití jedince rozhodují minuty a někdy dokonce vteřiny. V naší republice umírá na následky úrazů a na včas neposkytnutou první pomoc nemalý počet lidí, z nichž velké procento tvoří děti. Příčinou může rovněž být neznalost informací o poskytování první pomoci nebo nedostatečná prevence či hazardování s vlastním životem (rychlá jízda v autě, adrenalinové sporty). Snaha o záchranu lidského života by pro každého jedince měla být samozřejmostí.

Jsem maminkou tří dětí a jako každá jiná matka mám přirozený strach o zdraví a bezpečí svých dětí. Doma za jejich bezpečí zodpovídám sama, ve školních institucích předpokládám, že nad nimi bdí pedagogický dozor, který by v případě potřeby dokázal mému dítěti poskytnout adekvátní první pomoc. Když rodič ráno odvede svou ratolest do mateřské školy zdravou, považuje za samozřejmost, že si ji odpoledne vyzvedne v pořádku. V dnešní době jsou třídy mateřských škol přeplněné a uhlídat bezpečnost všech dětí není jednoduchým úkolem. Každý pedagogický pracovník by měl ovládat základy první pomoci pro případ situace, která by ji vyžadovala. Je dobré takové znalosti mít a umět první pomoc poskytnout, ačkoli se nikdy do podobné situace nemusíme dostat. V opačném případě, tedy bez potřebných vědomostí, můžeme sami nedostatečnou nebo nevhodnou pomocí zavinit smrt zraněného člověka či těžkou újmu na zdraví. Žádný pedagog, respektive žádný

člověk neví, zda se někdy ocitne v situaci, kdy bude muset první pomoc poskytnout. Nikdo z nás také neví, kdy sám bude první pomoc potřebovat. A proto bychom se všichni měli snažit se v poskytování první pomoci vzdělávat, znalosti oživovat a upevňovat, abychom uměli druhému člověku pomoci a na druhé straně se nebáli, že nám někdo jiný v případě potřeby nedokáže pomoci.

V teoretické části jsem se zabývala všeobecně první pomocí, dětským organismem, bezpečností dětí a krizovými situacemi, které nejčastěji mohou nastat v mateřské škole. V krizových situacích jsem definovala nejprve jejich příznaky a průběh a poté i správné ošetření. Výzkumná část vychází ze strukturovaných rozhovorů s učitelkami mateřských škol v okrese Jindřichův Hradec. Výzkumné šetření vyhodnocuje úroveň znalostí předškolních pedagogů v poskytování první pomoci a jejich vzdělávání v této oblasti.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 První pomoc

1.1.1 Definice první pomoci

„První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života, cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení.“ (Bydžovský, 2008, s. 30)

Srnský (2011) dále definuje, že tato opatření se provádí na jakémkoliv místě, kdykoliv a to pouze holýma rukama nebo se základním zdravotnickým materiálem z lékárníčky.

Trapani (2005) uvádí, že první pomoc je okamžitý zásah v situaci, kdy se nějaký člověk nachází v nebezpečí. Jde také o čin, který vytvoří vhodné podmínky pro další ošetření lékařem. Jourová (2001) dále uvádí, že první pomocí může být ošetření banální drobné ranky, ale také boj o život.

„Život zachraňující úkony jsou souborem činností, které provádíme v případě bezprostředního ohrožení života jedince. V těchto případech pouze rychlý a účelný zásah druhé osoby rozhoduje o životě jedince.“ (Studnička, 2006, s. 3)

Pokud bychom shrnuli všechny definice v jednu, mohli bychom říci, že shodným bodem pro všechny autory je závažnost rychlého jednání, neboť někdy stačí prodleva pár sekund a život již není možné zachránit. Jednotliví autoři se liší v pohledu na to, co přesně první pomoc znamená, zda se váže pouze k situacím ohrožujícím život, nebo zda se vztahuje i na ošetření drobných poranění a přivolání lékaře. První pomoc je vše, co děláme bezprostředně poté, kdy jsme našli zraněného člověka, ať už jde o přímou záchranu jeho života jakýmkoli způsobem, či úlevu od šoku a bolesti zapříčiněné zraněním - mnohdy bez jakýchkoli pomůcek. Všichni autoři se shodují na tom, že vždy musíme jednat rychle a bezprostředně.

1.1.2 Cíle první pomoci

Cílem první pomoci je zlepšit zdravotní stav oběti nebo zabránit jeho zhoršení. Nejdůležitější je poskytnout pomoc rychle. Nemělo by dojít k ohrožení oběti ani jedince, který pomoc poskytuje. (Vigué, ed., 2006)

Při poskytování pomoci je cílem:

- správným ošetřením zmírnit bolest
- pomoci při oživení
- zabránit zhoršení zdravotního stavu a tím urychlit proces uzdravení
- zabránit pozdějším psychickým i fyzickým komplikacím
- zajistit převoz do nemocnice a tím odborné ošetření
- předejít komplikacím, snížit riziko pozdních následků
- zachránit život

(Vigué, ed., 2006; Srnský, 2011)

1.1.3 Zásady poskytování první pomoci

Bydžovský (2012) poukazuje na to, že první pomoc, která byla poskytnuta včas a správným způsobem, může nejen zachránit život, ale také zlepšuje následné hojení i uzdravování a v neposlední řadě také snižuje bolest či utrpení.

Srnský (2007) uvádí, že mohou nastat také situace, kdy o přežití a další kvalitě života dítěte rozhodují minuty a vteřiny. Při život zachraňujících úkonech je velmi důležité správné ošetření právě v prvních minutách po úrazu. Keggenhoff (2006) kromě ošetření zdůrazňuje psychickou podporu v době, než dorazí odborná zdravotnická pomoc. Ta je dalším důležitým faktorem pro uspokojivý stav ošetřovaného člověka. Platí to zejména u dětí, které je potřeba ve zvýšené míře utěšovat a uklidňovat.

Obecné zásady poskytování první pomoci dle Bydžovského (2008 a 2012):

- nejhorší je nedělat vůbec nic
- je třeba se zorientovat v situaci – co, komu, kde a jak se přihodilo
- vyšetřit pohledem (barva kůže, rány, velikosti zornic, dýchání), poslechem (dýchání, hlas), pohmatem (bolestivost), čichem (zápach z úst)
- veškeré ošetření provádět tak, aby na nás nemocný viděl
- neublížit a nebýt příčinou dalšího utrpení
- dbát na bezpečnost ošetřovaného, ale i na svoji vlastní
- veškeré úkony provádět bezpečně a ohleduplně
- zabránit ztrátám tepla
- při zástavě krevního oběhu a dýchání ihned přivolat záchrannou službu a provádět masáž hrudníku, eventuálně i umělé dýchání

1.1.3.1 Legislativa poskytování první pomoci

Každý dospělý občan má morální povinnost poskytnout první pomoc člověku, který je ohrožen na životě. Neposkytnutí pomoci vymezuje Zákon č. 40/2009 Sb. (trestní zákoník).

„§ 150 Neposkytnutí pomoci

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“ (Trestní zákoník, s. 190)

Zákon kromě povinnosti upozorňuje i na nutnost zvážit situaci z hlediska bezpečnosti pro toho, kdo pomoc poskytuje, popř. pro další osoby.

1.1.4 Klasifikace první pomoci

Bydžovský (2008) rozlišuje tři druhy první pomoci:

Technická první pomoc - jde o odstranění příčin úrazu svépomocí nebo pomocí Hasičského záchranného sboru, Horské služby či Vodní záchranné služby (jde o speciálně vyškolené týmy).

Laická první pomoc - poskytuje ji každá osoba, která má minimální, improvizované prostředky; součástí je přivolání odborné zdravotnické pomoci.

Odborná zdravotnická první pomoc - poskytuje zdravotní záchranná služba.

Ertlová (2004) uvádí další rozdělení první pomoci:

Základní první pomoc – metody a opatření bez specializovaného vybavení, součástí je přivolání odborné pomoci a v případě bezprostředního ohrožení života i základní neodkladná resuscitace.

Rozšířená první pomoc – navazuje na základní první pomoc, zahrnuje použití specializovaného vybavení školenými pracovníky, součástí je převoz postiženého do zdravotnického zařízení a v případě bezprostředního ohrožení života i rozšířená neodkladná resuscitace.

Pokud porovnáme uvedené charakteristiky, tak to, co Ertlová charakterizuje jako základní první pomoc, chápe Bydžovský jako pomoc laickou. Rozšířenou první pomoc vnímá jako pomoc odborného zdravotnického personálu. Bydžovský navíc klade důraz na odstranění překážek bránících poskytnutí první pomoci, se kterými se můžeme setkat např. u autonehody, požáru, zřícení domu či laviny. Oba autoři se shodují v tom, že bezprostřední první pomoc probíhá často za velmi improvizovaných podmínek, bez pomůcek, a že zachránce se musí velmi rychle zorientovat v dané situaci a rozhodnout se případně o nutnosti neodkladné resuscitace a přivolání lékaře.

1.1.4.1 Integrovaný záchranný systém (IZS)

„IZS je třeba chápat především jako systém funkčních vazeb, zabezpečující jednotný, koordinovaný a efektivní postup záchranných, pohotovostních, odborných, ochranných a jiných služeb či složek nebo orgánů státní správy a samosprávy, případně i dalších právnických i fyzických osob v ochraně obyvatelstva před mimořádnou událostí a v přípravě na ni, jakož i při odstraňování následků mimořádné události.“ (Ertlová, Mucha, 2004, s. 25)

Základní složky IZS dle Bydžovského (2008):

- Hasičský záchranný sbor - HZS (linka 150)
- Policie České republiky - PČR (linka 158)
- Městská policie - MP (linka 156)
- Zdravotnická záchranná služba - ZZS (linka 155)
- Evropské mezinárodní tísňové číslo 112 – toto číslo lze volat zdarma bez SIM karty, místo PINu nebo přes zamknutou klávesnici; výzvu přijímá dispečink HZS

Bydžovský (2008 a 2012) uvádí rozdělení ZZS na:

- RZP – rychlá zdravotnická pomoc, jejíž složení je řidič-záchranář a sestra nebo zdravotnický záchranář
- RLP – rychlá lékařská pomoc, jejíž složení je řidič-záchranář, sestra nebo zdravotnický záchranář a lékař
- RV (rendez-vous) = tzv. setkávací systém – v osobním voze jede lékař společně s řidičem-záchranářem; s posádkou RZP se setkávají na místě události
- LZS – letecká záchranná služba, jejíž složení jsou dva piloti, atestovaný lékař a záchranář

1.2 Bezpečnost dětí v mateřské škole

1.2.1 Fyziologické rozdíly dětského a dospělého organismu

Dětským organismem se zabývá speciální lékařský obor nazývaný pediatrie. Při ošetřování dítěte v krizových situacích k němu nelze přistupovat jako k dospělému člověku. Bydžovský (2008) klade důraz na to, že dítě není malý dospělý. Hodnoty základních životních funkcí a fyzikální nález se během života dítěte vyvíjejí. Tučková (2008 in Sedlářová, 2008) dále zdůrazňuje, že čím je dítě mladší, tím je význam uvedených odlišností větší.

Dětský organismus v porovnání s dospělým:

- rychlejší srdeční akce (čím mladší dítě, tím vyšší tepová frekvence)
- nižší krevní tlak (čím mladší dítě, tím nižší hodnoty)
- frekvence dechů vyšší, dýchání u malých dětí je poslechově zostřené
- úzké, křehké a snadno zranitelné dýchací cesty
- velká fontanela se uzavírá do 18 měsíců
- relativně větší hlava oproti dospělému (novorozenec 1/4 délky těla, u dospělého zaujímá hlava 1/8 výšky těla) se slabou oporou svalů horních končetin (časté úrazy hlavy)
- relativně velký jazyk (v bezvědomí způsobuje dušení)
- játra u kojenců sahají pod oblouk žeberní
- v případě akutních stavů převládají traumata a akutní dušnost
- elastičtější a pohyblivější páteř a kostra hrudníku
- tenčí břišní stěna (snadné poranění vnitřních orgánů)
- dětská kůže je slabší a vláčnější z důvodu obsahu většího podílu vody
- relativně větší tělesný povrch (snadněji ztrácí teplotu, rychlé podchlazení)
- nízký objem kolujících tekutin (rychlá ztráta tekutin při průjmech, zvracení, krvácení)
- nezralá nervová soustava, funkce jater, ledvin
- rychlý rozvoj těžkého stavu z důvodu menších rezerv organismu

(Bydžovský 2008 a 2012; Sedlářová, 2008)

Fendrychová (2005) uvádí, že děti jsou nevyzrálé i po emocionální a kognitivní stránce a vážnou jejich komunikační schopnosti. Tato nevyzrálost má vliv na jejich chápání nemoci, úrazu a vyrovnání se s danou zátěží. Při zvládnání zátěže je významným faktorem věk dítěte. Dle Piláta (2005 in Fendrychová, 2005) pro kojence a mladší batolata je nejvýznamnějším ohrožením ztráta jistoty a pocitu bezpečí při nucené separaci od rodiny. Děti staršího batolecího a předškolního věku se navíc těžko vyrovnávají s nutností pohybového omezení. Bydžovský (2012) dále uvádí, že u dětí zhruba do 10 let věku převládá strach z bolesti. Teprve s rozvojem abstraktního myšlení začínají chápat pojem smrti.

1.2.1.1 Specifika první pomoci poskytované dětem předškolního věku

Z výše uvedených rozdílů mezi dětským a dospělým organismem vyplývá, že při poskytování první pomoci u dětí předškolního věku je třeba znát odlišnosti dětského organismu od dospělého, aby náš zásah nepřinesl spíše újmu na zdraví nežli pomoc nemocnému dítěti. Je třeba si uvědomit, že s dítětem předškolního věku musíme vždy zacházet šetrněji, snažit se ho co nejvíce psychicky podpořit a při kardiopulmonální resuscitaci používat menší sílu. Bydžovský (2008) uvádí fyziologické hodnoty u předškolního dítěte:

- 100 pulzů/minutu
- 22-34 dechů /minutu
- krevní tlak 100/60 mmHg

1.2.2 Legislativní ukotvení bezpečnosti dětí v MŠ

Bezpečí a zdraví předškolních dětí v mateřské škole zajišťuje stát prostřednictvím Školského zákona a upřesňujících vyhlášek. Na bezpečí a zdraví předškolních dětí dohlíží pedagog. Každý pedagogický pracovník i další zaměstnanci mateřské školy jsou povinni dodržovat veškeré vnitřní řády, předpisy MŠ a vyhlášku o předškolním vzdělávání tak, aby neohrožovali své zdraví ani zdraví kohokoli jiného ve své blízkosti.

Vyhláška o předškolním vzdělávání č. 14/2005 Sb. v § 5 Péče o zdraví a bezpečnost dětí v odstavci (1) určuje: „*Právníká osoba, která vykonává činnost mateřské školy, vykonává dohled nad dítětem od doby, kdy je pedagogický pracovník převezme od jeho zákonného zástupce nebo jím pověřené osoby, až do doby, kdy je pedagogický pracovník předá jeho zákonnému zástupci nebo jím pověřené osobě.*“

(Vyhláška o předškolním vzdělávání č. 14/2005 Sb.)

Dále tato vyhláška stanovuje maximální počty dětí, o které se smí starat jeden pedagog: „*(2) K zajištění bezpečnosti dětí při pobytu mimo místo, kde se uskutečňuje vzdělávání, stanoví ředitel mateřské školy počet pedagogických pracovníků tak, aby na jednoho pracovníka připadalo nejvýše*

a) 20 dětí z běžných tříd, nebo

b) 12 dětí ve třídě, kde jsou zařazeny děti se zdravotním postižením.

(3) Výjimečně může ředitel mateřské školy zvýšit počty dětí uvedené

v odstavci 2 písm. a), nejvýše však o 8 dětí, nebo

b) v odstavci 2 písm. b), nejvýše však o 11 dětí.

(4) Při zvýšení počtu dětí podle odstavce 3 nebo při specifických činnostech, například sportovních činnostech, nebo při pobytu dětí v prostředí náročném na bezpečnost, určí ředitel mateřské školy k zajištění bezpečnosti dětí dalšího pedagogického pracovníka, ve výjimečných případech jinou zletilou osobu, která je způsobilá k právním úkonům a která je v pracovněprávním vztahu k právníké osobě, která vykonává činnost mateřské školy.“

(Vyhláška o předškolním vzdělávání č. 14/2005 Sb.)

Vyhláška č. 263/2007 Sb. v § 6 určuje dohled nad žáky ve školních institucích.

„Dohled k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví žáků ve škole nebo školském zařízení při výchově a vzdělávání a s nimi souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb se vykonává v zájmu předcházení škodám na zdraví, majetku, přírodě a životním prostředí.“

(Vyhláška č. 263/2007 Sb.)

Školský zákon 561/2004 Sb. v § 35 v odstavci (2) uvádí: „*Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem podrobnosti o podmínkách provozu mateřské školy, organizaci předškolního vzdělávání, zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, jejich stravování a další speciální péči o děti.*“ (Školský zákon 561/2004 Sb.)

1.2.2.1 Zastoupení bezpečnosti v RVP PV

K legislativním dokumentům, které se týkají bezpečnosti dětí a které musí respektovat všechny mateřské školy, patří i Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV).

Mezi dílčí vzdělávací cíle oblasti RVP PV - Dítě a jeho tělo patří kromě dalších také to, aby si dítě osvojilo poznatky a dovednosti, které podporují zdraví a bezpečnost jeho samotného a bezpečí lidí okolo něj. Je tedy třeba do vzdělávací nabídky zařazovat činnosti zaměřené na poznávání lidského těla, činnosti směřující k ochraně zdraví, k prevenci úrazů i prevenci nemocí. Dítě by mělo na konci předškolního období při odchodu z mateřské školy umět pojmenovat části těla, znát některé orgány a jejich funkce, rozlišovat zdraví prospěšné a zdraví škodlivé věci, mělo by se umět chovat tak, aby neohrožovalo zdraví a bezpečnost své ani druhých a mělo by „*mít povědomí o některých způsobech ochrany osobního zdraví a bezpečí a o tom, kde v případě potřeby hledat pomoc (kam se obrátit, koho přivolat, jakým způsobem apod.)*“. (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2004, s. 17)

Mezi klíčovými kompetencemi činnostními a občanskými se v RVP PV mimo jiné také uvádí, že dítě ukončující předškolní vzdělávání „*dbá na osobní zdraví a bezpečí svoje i druhých,...*“. (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2004, s. 14)

1.2.3 Příprava pedagogů na zajištění bezpečnosti a první pomoc

Každý pedagog, ať připravující se na výkon povolání či pedagog již v praxi, by měl dokonale ovládat znalosti týkající se první pomoci, aby v případě potřeby dokázal účelně zasáhnout a poraněné dítě dobře a odborně ošetřit.

1.2.3.1 Studijní programy středních pedagogických škol

Při studiu na středních pedagogických školách se vyučování první pomoci řídí dle RVP pro obor vzdělání Předškolní a mimoškolní pedagogika. Kurikulární rámce pro jednotlivé oblasti vzdělávání v RVP vymezují závazný obsah všeobecného, ale i odborného vzdělávání a požadované výsledky vzdělávání rozpracovává škola ve školním vzdělávacím programu do vyučovacích předmětů, popř. dalších vzdělávacích aktivit a činností.

Vzdělávací oblast vzdělávání pro zdraví si klade za cíl vybavit žáky znalostmi a dovednostmi, které jsou potřebné k preventivní a aktivní péči o zdraví a bezpečnost. Např. v tělesné výchově se usiluje mimo jiné i o dodržování zásad bezpečnosti a prevence úrazů při pohybových aktivitách. *„Vzdělávací oblast by měla prostupovat celým ŠVP: škola rozpracuje výsledky vzdělávání do vyučovacích předmětů (např. tematika učiva péče o zdraví se může objevit v občanské nauce, biologii, základech ekologie, tělesné výchově a odborných předmětech) nebo vzdělávacích modulů, případně kurzů a jiných forem. Pro oblast péče o zdraví lze vytvořit i samostatný vyučovací předmět.“*

(RVP pro obor vzdělání Předškolní a mimoškolní pedagogika, 2009, s. 39)

RVP stanovuje také odborné kompetence absolventa, které se týkají zdraví a první pomoci. Jsou jimi mimo jiné tyto:

„ Dbát na bezpečnost práce a ochranu zdraví při práci, tzn. aby absolventi:

– chápali bezpečnost práce jako nedílnou součást péče o zdraví své, svěřených dětí a spolupracovníků (i dalších osob vyskytujících se na pracovištích, např. rodičů a jiných návštěvníků);

– znali a dodržovali základní právní předpisy týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární prevence;

- *znali systém péče státu o zdraví pracovníků a dětí (včetně preventivní péče, uměli uplatňovat nároky na ochranu zdraví v souvislosti s prací, nároky vzniklé úrazem nebo poškozením zdraví v souvislosti s vykonáváním práce);*
- *byli vybaveni vědomostmi o zásadách poskytování první pomoci při náhlém onemocnění nebo úrazu a dokázali první pomoc sami poskytnout.“*

(RVP pro obor vzdělání Předškolní a mimoškolní pedagogika, 2009, s. 11)

Učivo týkající se péče o zdraví a první pomoci zahrnuje tyto oblasti:

„- prevence úrazů a nemocí

- *odpovědnost za zdraví své i druhých*
- *úrazy a náhlé zdravotní příhody*
- *poranění při hromadném zasažení obyvatel*
- *stavy bezprostředně ohrožující život“*

(RVP pro obor Předškolní a mimoškolní pedagogika, 2009, s. 39)

Absolvent Střední pedagogické školy by měl být na konci vzdělávání schopen vysvětlit, jak aktivně chránit své zdraví, a musí prokázat dovednosti poskytování první pomoci sobě i jiným lidem.

(RVP pro obor Předškolní a mimoškolní pedagogika, 2009)

1.2.3.2 Vysokoškolské studijní programy

Při studiu na vysoké pedagogické škole je první pomoc určitým způsobem zahrnuta do bakalářských programů přípravy předškolních pedagogů v rámci různých předmětů. Například Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové má ve svém programu předmět *Pediatric*, ve kterém se mimo jiné student seznamuje i se základy první pomoci v dětském věku, s nejčastějšími úrazy a jejich řešením. (<http://hades.uhk.cz>)

Masarykova Univerzita v Brně má první pomoc zahrnutu v předmětu *Biologie a základy zdravovědy*, kde se student seznamuje, kromě stavby a funkce lidského těla se

zaměřením na anatomii a fyziologii dítěte, s nejčastějšími poruchami zdraví v dětském věku a také se základy první pomoci, kterou poté dokáže aplikovat i v praxi. (<http://is.muni.cz>)

Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích má první pomoc zahrnutu v předmětu Biologie, kde se student seznamuje s anatomii a fyziologií lidského organismu a základy první pomoci. (<https://www.pf.jcu>)

1.2.3.3 *Instituce nabízející školení pedagogům v praxi*

V dnešní době není problém nalézt vhodné kurzy první pomoci a to přímo v rámci svého regionu. Při zadání klíčových slov (školení první pomoci) do vyhledavače na internetu, se objeví nabídka různých kurzů – pro jednotlivce, firmy, rodiče nebo pro učitele. Některé kurzy jsou akreditované Ministerstvem školství. Často v rámci daného regionu mohou poskytovat tyto kurzy také zdravotníci ze Zdravotnické záchranné služby, členové ČČK a speciální vzdělávací agentury. Každý z nás má možnost také absolvovat akreditovaný kurz první pomoci, kdy obdrží průkaz zdravotníka zotavovacích akcí a může se tak jako odborník účastnit dlouhodobějších akcí MŠ, jako jsou například školy v přírodě nebo letní tábory. Platnost průkazu je na čtyři roky, po uplynutí této doby musí dojít k přezkoušení.

1.2.4 *Statistiky úrazů v MŠ*

Bydžovský (2012) uvádí, že pro úraz je ročně ošetřeno 450 000 dětí, z nichž 30 000 je hospitalizováno, 200 je mrtvých a 3 000 trvale postižených. Pády představují nejčastější příčinu zranění obecně. Úrazy od věku 1-2 let jsou podstatně častější u chlapců než u dívek a také se častěji vyskytují u dětí ze sociálně slabších rodin. Zahálková (2000) poukazuje na to, že kromě období kojeneckého jsou úrazy nejčastější příčinou úmrtí v dětském věku.

Podle Vyhlášky č. 64/2005 Sb. jsou všichni pedagogičtí pracovníci povinni zaznamenávat veškeré úrazy dětí. Úraz se zaznamenává do Knihy úrazů a elektronicky.

Statistiky za poslední tři roky uvádějí:

Výroční zpráva ČŠI udává, že v MŠ ve školním roce 2010/2011 bylo elektronicky evidováno 1 220 školních úrazů - častěji u chlapců (58,9 %) než u dívek (41,1 %). „*Téměř k polovině úrazů (48,8 %) došlo při činnostech na zahradách, ve třídách se stalo 25,7 % úrazů. Za nejčastější příčinu byla označována nepozornost dětí (64,0 %), jiné osoby zaviniily 16,8 % úrazů. Nejvíce byly zraněny končetiny (50,5 %) a hlava (36,4 %). Kritickými měsíci byly květen a červen (17,2 %, resp. 16,1 % ze všech úrazů) a v průběhu dne zpravidla dopolední činnosti mezi 10. a 11. hodinou.*“ (Výroční zpráva ČŠI 2010/2011, s. 16)

Za školní rok 2011/2012 bylo podle Výroční zprávy ČŠI v MŠ evidováno 1 036 školních úrazů. Nejvíce úrazů se přihodilo mimo budovy školy, nejkritičtějšími měsíci byly duben až červen. Nejčastější hodinou byl čas mezi 9. a 10. hodinou dopoledne. Nejvíce úrazů se událo při skupinové tělesné výchově a v průběhu vyučovacích hodin. Nečastějšími byly zranění ruky (41 %) a hlavy (35 %). Index úrazovosti v MŠ za školní rok 2011/2012 je 0,3. V porovnání s ostatními stupni vzdělávání je ze všech nejnižší.

Výroční zpráva ČŠI za školní rok 2012/2013 upozorňuje na to, že úrazovost dětí lze výrazně snížit komplexním programovým přístupem. Z tohoto důvodu je prevenci úrazů věnována trvalá pozornost. Index úrazovosti je 0,3 – stále výrazně nižší na rozdíl od ostatních typů škol. V registru ČŠI bylo v tomto školním roce elektronicky evidováno 901 školních úrazů. Oproti předcházejícímu roku se jejich počet snížil o 13 %.

Když porovnáme jednotlivé statistické údaje, dojdeme k závěru, že nejčastěji dochází k úrazům ke konci školního roku s nástupem letního počasí a v dopoledních hodinách.

(Výroční zpráva ČŠI za školní rok 2010/2011, 2011/2012, 2012/2013)

1.2.4.1 Prevence úrazů

Všude okolo nás se nachází velké množství nebezpečných míst a předmětů, které jsou nesmírným lákadlem pro malé děti. Zvláště děti batolecího a předškolního věku jsou velmi aktivní v poznávání a prozkoumávání okolního světa. Velemínský (2002) uvádí, že výskyt úrazů a jejich dopad lze velmi výrazně ovlivnit preventivní a osvětovou činností. S prvními znalostmi, které se týkají první pomoci, se děti seznamují již v předškolním věku. Benešová (2008, in Sedlářová, 2008) dodává, že bezpečnost je dobrým předpokladem pro udržení a rozvíjení zdraví dětí i dospělých. Bydžovský (2012) zdůrazňuje, že vždy je snazší úrazům předcházet, než je léčit a řešit jejich důsledky a způsobenou bolest. Dle Provazníkové (2007, in Lebl et al., 2007) přispívá ke zvýšenému riziku vzniku dětských úrazů v mateřských školách především velký počet dětí ve třídách, dále nedostatečný či nekvalifikovaný dozor, ale také nedostatečné prostory a nedostatek příležitosti ke spontánní pohybové aktivitě dětí.

Velemínský (2002) dále zdůrazňuje, že velký počet úrazů je zaviněn neopatrností a nepozorností dospělých. A proto nejdůležitější prevencí úrazů je trvalá přítomnost dospělé osoby, která na dítě dohlíží, vytváří mu bezpečné prostředí, nabízí bezpečné hračky a zajišťuje bezpečnost při sportovních aktivitách. V MŠ jde především o organizaci práce pedagogického dozoru a o dodržování společně dohodnutých pravidel týkajících se bezpečnosti dětí. Důležité je stálé opakování dohodnutých pravidel společně s dětmi. Vhodné je také zapojování dětí do aktivit zaměřených na prevenci. Pokud se dítě zúčastní správných preventivních kroků, snáze pochopí správnost jednání.

1.3 Krizové situace v MŠ a jejich správné řešení

1.3.1 Krvácení z nosu

Nejčastějšími příčinami krvácení z nosu u dětí bývají onemocnění horních cest dýchacích spojených s rýmou, usilovné smrkání, poškození nosní sliznice cizím předmětem nebo prstem, který si dítě strká do nosu, úder do nosu nebo úraz hlavy a obličeje. Vzácnějšími příčinami mohou být zvýšená křehkost cévek nosní sliznice, dlouhodobé poškození nosní sliznice zánětem či hemofilií.

První pomoc:

- dítě posadit s mírně předkloněnou hlavou
- pevně stisknout kořen nosu a nosní křídla po dobu asi 10 minut
- přiložit studené obklady na kořen nosu, zátylek a čelo
- dítě by při manévru mělo dýchat ústy, krev nepolykat, ale vyplivovat
- při krvácení, které trvá déle jak 20-30 minut, je potřeba zavolat ZZS
- do nosu nikdy nevkládat tampony, vatou, gázu

Po zastavení krvácení by dítě mělo zůstat přibližně hodinu v klidu a nemělo by zhruba 3 hodiny smrkat, aby se krvácení nespustilo znovu. (Gregora, 2005; Srnský, 2007; Trapani, 2005)

1.3.2 Vdechnutí cizího tělesa a dušení

Vdechnutí cizího tělesa patří mezi nejčastější příčiny akutního dušení u dětí. Dítě může vdechnout potravu, drobné části hraček, či jiný drobný předmět. Stav dušnosti vzniká náhle. Nejtypičtější příznakem vdechnutí je záchvat kašle. Dítě dále může začít chrčít, namáhavě dýchat, má zarudlý a naběhlý obličej i krk, je úzkostné, drží se za krk, nemůže mluvit a může ztratit i vědomí.

První pomoc:

- pokud je dítě při vědomí a kašle, vyzvat ho, aby se snažilo překážku samo vykašlat
- někdy může pomoci i usilovný výdech
- při neefektivním kašli - neschopnosti mluvit, pískavých dechových zvucích, cyanóze (promodrávání), ale při vědomí dítěte je potřeba střídat Gordonův a Heimlichův manévr
- Gordonův manévr - malé dítě uchopit za kotníky nebo jej položit hrudí a břichem na naše předloktí (hlava musí být níže než jeho hrudník), předškolní dítě ohnout hlavou dolů přes naše kolena, u větších dětí v mírném předklonu provést 5 úderů mezi lopatky – rázné údery celou plochou dlaně
- pokud dušení trvá, provést Heimlichův manévr – prudké stlačení nadbřišku směrem dozadu a nahoru oběma rukama tak, že se postavíme za postiženého a jednu ruku sevřenou v pěst položíme mezi pupek a dolní část jeho hrudní kosti, obejmeme hrudník i druhou rukou, uchopíme svou pěst a ostře zatáhneme směrem nahoru a k sobě – dítě je v hlubokém předklonu, opakujeme 5x
- u kojence Heimlichův manévr provádíme tak, že dítě leží na zádech s hlavou níže než hrudník a my je 5x udeříme do dolní části hrudní kosti
- po provedení jednotlivých úkonů vždy zkontrolovat dutinu ústní, zda nedošlo k uvolnění cizího tělesa – nikdy nehledat v ústech předmět, který není vidět, hrozí posunutí cizího tělesa hlouběji do dýchacích cest
- pokud dušení trvá, volat ZZS
- v případě ztráty vědomí zabránit pádu a poranění (dítě zachytit a uložit na zem), zavolat ZZS a zahájit umělé dýchání – 1 vdech každých 5 sekund
- v případě zástavy dýchání provádět resuscitaci se stlačováním hrudníku a umělým dýcháním

(Bydžovský, 2008 a 2012; Gregora, 2007; Srnský, 2007)

1.3.3 Poranění hlavy

K úrazům hlavy nejčastěji dochází při pádech z výšky na hlavu, úderech do hlavy ostrým či tupým předmětem, při sportovních úrazech a autonehodách. Příčinou může být i silná rána míčem do hlavy. Při každém úrazu hlavy je nutné lékařské ošetření z důvodu možného rozvoje nitrolebního krvácení, které se projevuje bolestí hlavy, poruchou vědomí, zraku, nevolností, zvracením, křečemi nebo nestejnou velikostí zornic.

Stupně poranění mozku:

- otřes mozku – dočasná porucha činnosti mozku bez jeho strukturálního poškození
 - příznaky – silná únava, spavost, pocit na zvracení, zvracení, bolest hlavy, dítě si na úraz nebo na okolnosti po úrazu nepamatuje, může být krátkodobé bezvědomí
 - po odeznění příznaků se funkce mozku vrací do normy
- zhmoždění mozku – mechanické poškození mozku
 - často mívá trvalé následky
 - příznaky – déletrvající bezvědomí, při otevřeném poranění lebky krvácení, výtok mozkomíšního moku
 - po probuzení přetrvávající porucha vědomí, ztráta paměti, dezorientace, bolesti hlavy, nevolnost
- stlačení mozku – nejzávažnější poranění této skupiny
 - dochází k poranění nitrolebních cév a tím k pozvolnému krvácení dovnitř do lebky, které postupně utlačuje mozek
 - často „dvoufázové bezvědomí“ – první kratší fázi poruchy vědomí střídá fáze návratu vědomí (dítě reaguje, probouzí se) a po určité době nastává fáze hlubokého bezvědomí, kdy jsou již poruchy základních životních funkcí
 - pokud se včas nerozpozná a neléčí zvýšený nitrolební tlak, který vede k útlaku mozkové tkáně, může nastat smrt

První pomoc:

- nepodceňovat stav tohoto druhu poranění; dítě, u kterého se projeví sebenepatrnější porucha chování, vždy patří do rukou lékaře – při poruše vědomí volat ZZS, v lehčích případech dopravit dítě k lékaři sami
- je-li dítě při vědomí, uložit ho do polohy na zádech s podloženou hlavou
- trvalé sledování celkového stavu dítěte – vědomí, poruchy bdělosti, dýchání, změny chování dítěte
- s dítětem neustále komunikovat, uklidňovat jej
- nikdy nepodávat dítěti nic ústy (jídlo, pití, léky)
- dbát na tepelný komfort – zabránit prochlazení či přehřátí
- při otevřeném poranění lebky ránu sterilně krýt
- v případě bezvědomí zajistit průchodnost dýchacích cest, zkontrolovat základní životní funkce a uložit dítě do zotavovací polohy
- v případě hlubokého bezvědomí bez známek srdeční akce a dýchání ihned zahájit resuscitaci a volat ZZS

(Bydžovský, 2012; Gregora, 2005; Jourová, 2001; Srnský, 2007)

1.3.4 Kardiopulmonální resuscitace (KPR)

„Kardiopulmonální resuscitaci (oživování) provádíme v případě zástavy základních životních funkcí – dýchání a krevního oběhu. Pojmeme kardiopulmonální resuscitace (KPR) označujeme základní výkony, které slouží k obnovení dodávky okysličené krve do celého těla, především do mozku.“ (Srnský, 2007, s. 22)

Petržela (2007) zdůrazňuje, že náhlá zástava krevního běhu je nejdramatičtější příhodou, kdy pro záchranu života je rozhodující včasná a správná první pomoc. Životnost mozkových buněk při nedostatku kyslíku je pouhých 4-5 minut. Bydžovský (2012) uvádí, že příčinou náhlé zástavy oběhu u starších, nemocných osob bývá z 80% srdeční onemocnění. U dětí je hlavní příčinou dušení – nejprve dojde k zástavě dýchání a následně k zástavě krevního oběhu.

První pomoc:

- pokud postižená osoba na nic nereaguje, nedýchá nebo dýchá jakkoliv jinak než normálně (místy se po zástavě mohou objevovat občasné nefunkční lapavé nádechy, které nelze považovat za normální dýchání!), je třeba ihned zahájit resuscitaci
- přivolat ZZS – u dospělého jedince prvně voláme ZZS a po té zahajujeme resuscitaci, u dětí a v případě tonutí či jiného dušení nejprve provádíme 1 minutu resuscitaci a teprve potom voláme ZZS
- postiženého položit na pevnou podložku na záda
- kleknout si vedle postiženého a stlačovat hrudní kost v její dolní třetině frekvencí 100-120x za minutu a to do hloubky 5-6 cm (u dítěte do třetiny hloubky hrudníku)
- u dospělého masáž hrudníku provádět oběma rukama propnutýma v loktech, u malých dětí do puberty jednou rukou, u kojenců a novorozenců dvěma prsty
- při zástavě krevního oběhu je vždy nutné provádět alespoň masáž hrudníku, v případě absolvování výcviku v resuscitaci a v případě, kdy se zachránce nebrání dýchání z úst do úst (estetické zábrany), se provádí resuscitace v poměru 30:2, to znamená, že po 30 stlačeních hrudníku se provedou 2 umělé vdechy (je třeba mírně zaklonit hlavu a stlačit nosní křídla) – při dvou zachráncích se nepřímá srdeční masáž provádí nepřetržitě bez pauzy na vdech
- poměr 30:2 se uplatňuje ve všech věkových skupinách kromě novorozence, kde je poměr 3:1 a platí při jednom i dvou zachráncích
- resuscitaci dítěte zahájit 5 umělými vdechy a pokračovat v poměru 30:2
- resuscitaci dospělého zahajujeme 30 stlačeními hrudní kosti
- v resuscitaci pokračovat nepřetržitě do předání ZZS nebo do obnovení vitálních funkcí

(Bydžovský, 2012; Petržela, 2007; Kol. autorů, 2006)

1.3.5 Zlomenina horní a dolní končetiny

Ke zlomeninám kostí dochází přímým působením hrubé mechanické síly na kost (zlomenina vzniká v místě úderu) nebo nepřímo přenesením (např. při pádu na nataženou končetinu vznikají zlomeniny klíční kosti). Častou příčinou u dětí bývají pády z výšky, z kola či sportovní úrazy. Rozlišujeme zlomeniny zavřené, otevřené (s porušením kožního krytu) a tříštivé (více drobných úlomků). Mezi jisté známky zlomeniny patří nápadná změna tvaru končetiny, nepřírozená pohyblivost končetiny v místě jejího zlomení a v případě otevřené zlomeniny patrný úlomek kosti. Nejistými známkami zlomeniny jsou bolestivost, otok, krevní výron a snížená hybnost zraněné končetiny nebo ztráta její funkce.

První pomoc:

- nepokračovat ve sportu, v chůzi („nerozcházet“)
 - dokonalá fixace – znehybnění zlomené kosti (znehybnit kloub nad a pod zlomeninou) kromě případů, kdy se končetina nachází ve vynucené poloze
 - při ošetřování otevřené zlomeniny dbát na maximální sterilitu
 - horní končetina
 - končetinu znehybnit ve fyziologické poloze (ohnutá v úhlu 90° před tělem)
 - zavřená zlomenina – šátkový závěs
 - otevřená zlomenina – nutná dlahy či její improvizace
 - dolní končetina
 - vždy znehybnit dlahami, přiložit je z obou stran zlomené končetiny
 - náhrada fixace - přivázat zlomenou končetinu ke druhé končetině pomocí šátků, kdy dlahy vytváří zdravá končetina
 - improvizace dlahy – lyže, hůlky, rovné větve, palubky, trubky vysavače, deštníky - dlahy musí být dostatečně dlouhá, musí přesahovat kloub nad a pod zlomeninou, musí být dostatečně pevná a vždy měkce obalená
 - vložit měkkou tkaninu jako vycpávku do místa dotyku kloubů – kotníky, kolena (zábrana bolestivým otokům)
 - dopravit dítě k lékařskému ošetření nebo volat ZZS
- (Bydžovský, 2008 a 2012; Srnský, 2007 a 2011)

1.3.6 Bodnutí hmyzem (vosa, včela, sršeň)

Bodnutí hmyzem je častá příhoda v letních měsících. Malé dítě ji snáší hůře pro bolestivost. Místo vpichu bývá zarudlé, bolestivé a oteklé. Při bodnutí včelou či vosou jsou ohroženi pouze alergičtí jedinci, nebezpečná i pro zdravého jedince jsou mnohočetná bodnutí a to hlavně sršní. „Život ohrožující je vosí jed z přibližně 100 bodnutí u dospělého a 50 bodnutí u dětí.“ (Bydžovský, 2012, s. 55)

První pomoc:

- po bodnutí včelou šetrně odstranit z rány zbytek žihadla (pinzetou)
- studené obklady na ránu
- ránu ošetřit protialergickými přípravky (Fenistil gel)
- při bodnutí do oblasti krku a dutiny ústní, nebo pokud dítě hůře dýchá a rozvíjí se celková těžká alergická reakce, neprodleně volat ZZS + okamžitě provádět protišoková opatření – rozvíjí se anafylaktický šok

Anafylaktický šok vzniká jako rychlá a život ohrožující celková reakce u disponovaných osob (alergiků). Příčinou je průnik alergenu do organismu. Při anafylaktickém šoku se rychle objevují otoky v obličeji, na krku, otoky očních víček, objevuje se slzení, kýčání. Současně postižený trpí nevolností, zvracením a závratěmi. Z důvodu prudkého poklesu krevního tlaku nastává slabost a kolapsový stav. Po bodnutí hmyzem do oblasti krku a dutiny ústní se rozvíjí dušnost z důvodu neprůchodnosti oteklých dýchacích cest.

Protišoková opatření:

- dítě uložit do protišokové polohy – poloha na zádech se sníženou horní polovinou těla, dolní končetiny podložit alespoň o 30 cm
- přiložit na krk ledový obklad, podávat kostky ledu či zmrzlinu k cucání
- zajistit včas průchodnost dýchacích cest improvizací (šetrné vložení gumové hadice až ke kořeni jazyka – dítě může skrz ni dýchat)

- vystříkat otékající měkké části dutiny ústní a hrdla některým z nosních sprejů, které se používají při léčbě rýmy k uvolnění nosu (léky mohou zpomalit a zmenšit otok sliznice)

Doporučuje se, aby alergici byli vybaveni antihistaminiky (Dithiaden) a ti, kteří již prodělali prudkou, život ohrožující reakci, mohou být vybaveni adrenalinem v autoinjektoru (Epipen, Anapen). (Bydžovský, 2012; Gregora, 2007; Srnský, 2007 a 2011)

1.3.7 Epileptický záchvat

Epilepsie je chronické onemocnění centrální nervové soustavy. Nejčastějším projevem epilepsie je záchvat křečí s poruchou vědomí. *„Křeče jsou bezděčné, nekoordinované prudké pohyby svalů končetin, hlavy nebo celého těla. Tyto pohyby přicházejí náhle ...“* (Trapani, 2005, s. 29). Příznakem přechodně porušené funkce mozku je epileptický záchvat, který svými dramatickými příznaky může vzbudit dojem, že se dítě nachází v bezprostředním ohrožení života. Úmrtnost během epileptického záchvatu je však velmi nízká. Rozlišujeme dva typy epileptických záchvatů: generalizované a lokalizované záchvaty.

Generalizované záchvaty: dochází ke ztrátě vědomí

- „grand mal“ (velký záchvat) – nejdramatičtější typ záchvatu, kdy v jednu chvíli je změnou elektrické aktivity postižen celý mozek
 - náhlá a úplná ztráta vědomí, pád na zem (často s výkřikem), kterému může předcházet aura
 - objevují se křeče, nejprve tonické – napnutí svalstva trvající až 30 sekund, poté klonické křeče – rytmické záškuby, projevují se na všech končetinách, na svalstvu trupu a obličeje trvající až 3 minuty
 - ve fázi křečí dochází k přechodné zástavě dechu, často pěna u úst, pokousání jazyka, pomočení, pokálení
 - po záchvatu nastává spánek, zmatenost nebo amnézie – tato fáze trvá

minuty až hodiny

- „petit mal“ (malý záchvat) - absence – náhle vzniklá porucha vědomí bez křečí
 - trvá několik vteřin
 - náhlé přerušování činnosti, dítě se zahledí do prázdna, je strnulé, ustane v započaté práci, nereaguje na okolí, případně záškuby víček a obličejových svalů
 - dítě si na záchvat nepamatuje
 - při této formě záchvatů není první pomoc většinou nutná

Lokalizované záchvaty: nedochází ke ztrátě vědomí

- rytmické stahy určité svalové skupiny či periodicky se opakující neúčelné pohyby (může je provázet různě vyjádřená porucha vědomí)

První pomoc u velkého záchvatu „grand mal“:

- odstranit z okolí postiženého všechny předměty, o které by se mohl poranit nebo je zakrýt dekou, polštářem
- nikdy fyzicky nebránit záchvatům křečí, nepřidržovat násilím končetiny - hrozí zlomeniny
- nikdy násilím neotvírat ústa, nepáčit čelist a nekládat nic do úst – hrozí další poranění
- jde-li o diagnostikovaného epileptika, podat antiepileptika pro akutní záchvaty (léky pro podání do konečníku) – není nutné volat ZZS, doporučit návštěvu u neurologa
- jde-li o první záchvat křečí, trvá-li záchvat křečí a poruchy vědomí déle než 20-30 minut nebo pokud dojde k nakupení záchvatů (např. dva a více během jedné hodiny) bez nabytí vědomí, jde o stav nazývaný status epilepticus (epileptický stav) a je nutnost zavolat ZZS
- po odeznění křečí dítě uložit do zotavovací polohy (zajišťuje volné dýchací cesty),

zajistit přístup čerstvého vzduchu a sledovat dítě do fáze plného návratu vědomí
(Bydžovský, 2008; Srnský, 2007; Veleminský, 2009)

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíl výzkumného šetření, výzkumné otázky

2.1.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem bakalářské práce je zjistit úroveň znalostí předškolních pedagogů v oblasti poskytování první pomoci na vybraném vzorku okresu Jindřichův Hradec a na tomto základě zformulovat doporučení pravidelného vzdělávání pedagogů v dané problematice.

Cíl 1: Zjistit jaké jsou znalosti předškolních pedagogů v oblasti poskytování první pomoci v určitých krizových situacích.

Cíl 2: Zjistit pravidelnost navštěvování kurzů první pomoci.

2.1.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli jsou položeny 4 výzkumné otázky:

1. Jaké jsou znalosti předškolních pedagogů v oblasti poskytování první pomoci?

V případě:

- Krvácení z nosu
- Dušení vdechnutím cizího tělesa
- Úderu do hlavy
- Kardiopulmonální resuscitace
- Zlomení končetiny
- Bodnutí hmyzem
- Epileptického záchvatu

2. Jakou první pomoc poskytovali samotní pedagogové během své praxe v MŠ? Setkali se během své praxe s chronicky nemocným dítětem?

3. Jak často navštěvují předškolní pedagogové kurzy první pomoci?

4. Jaké povědomí mají předškolní pedagogové o literatuře s tematikou poskytování první pomoci v jejich mateřské škole?

2.2 Metodika

2.2.1 Kvantitativní výzkum

K výzkumnému šetření jsem využila metodu kvantitativního výzkumu. Tato metoda vyžaduje oslovení co největšího množství respondentů.

2.2.1.1 *Strukturovaný rozhovor*

Vzhledem k tématu bakalářské práce jsem zvolila metodu strukturovaného rozhovoru. Tímto způsobem jsem měla možnost posoudit aktuální znalosti pedagogů a měla jsem jistotu věrohodných odpovědí. Pro každý rozhovor jsem použila předem připravený formulář s předepsanými otázkami, do kterého jsem zaznamenávala odpovědi respondentů. (viz příloha č. 1)

2.2.2 **Charakteristika výzkumného souboru**

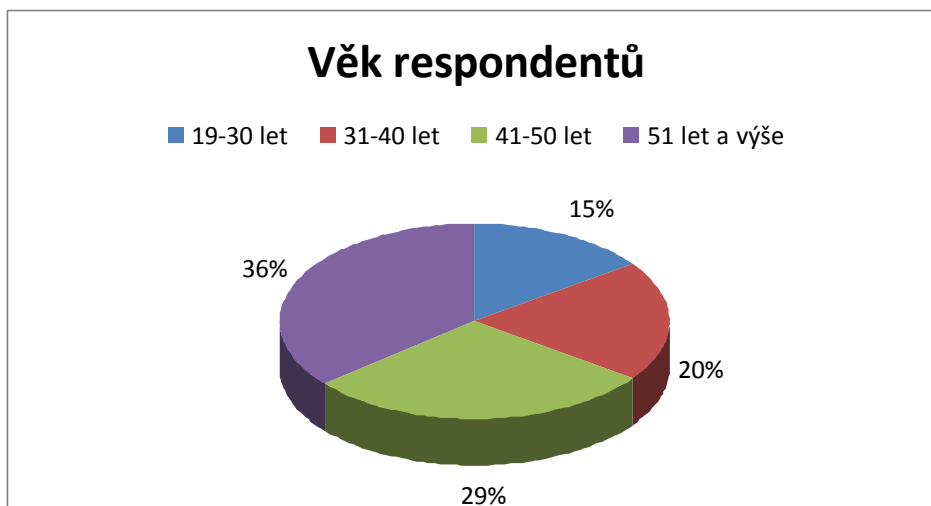
Strukturované rozhovory, předem telefonicky domluvené s ředitelkami mateřských škol, proběhly v období od července do září 2013. Výzkumné šetření bylo realizováno v prostředí mateřské školy individuálně s jednotlivými dotazovanými. Na začátku rozhovoru jsem se představila a objasnila téma, kterým se zabývám. Požádala jsem o souhlas s písemným záznamem rozhovoru a zpracování údajů o dané osobě, s čímž všechny dotazované učitelky souhlasily. Byly pracovně označeny čísly pod danou MŠ. Nikde nebyla uvedena jejich jména. Všechny odpovědi jsem si písemně zaznamenávala do připravených formulářů. Během rozhovorů jsem používala otevřené otázky. Pokud byla otázka uzavřená, byla doplněna podotázkou nebo měla na výběr z více možností.

Dotazované osoby o mém počínání věděly a vždy s ním byly v úvodu zahájení rozhovoru seznámeny. Na závěr jsem poděkovala za spolupráci a ujistila je, že veškeré údaje budou zpracovány statisticky. Celkový počet respondentů ve výzkumném šetření je 82.

Výzkumné šetření jsem realizovala v těchto MŠ:

- 1.MŠ Jindřichův Hradec
- 3.MŠ Jindřichův Hradec
- MŠ Třeboň (Sluníčko, Na kopečku)
- MŠ Dačice Za lávkami
- MŠ Dačice Boženy Němcové
- MŠ Dačice Bratská
- MŠ Dačice Sokolská
- MŠ Plavsko
- MŠ Stráž nad Nežárkou
- MŠ Lásenice
- MŠ Popelín
- MŠ Hospříz
- MŠ Suchdol nad Lužnicí
- MŠ Majdalena
- MŠ Střížovice
- MŠ Kardašova Řečice
- MŠ Bílkov
- MŠ Jarošov nad Nežárkou
- MŠ Kunžak

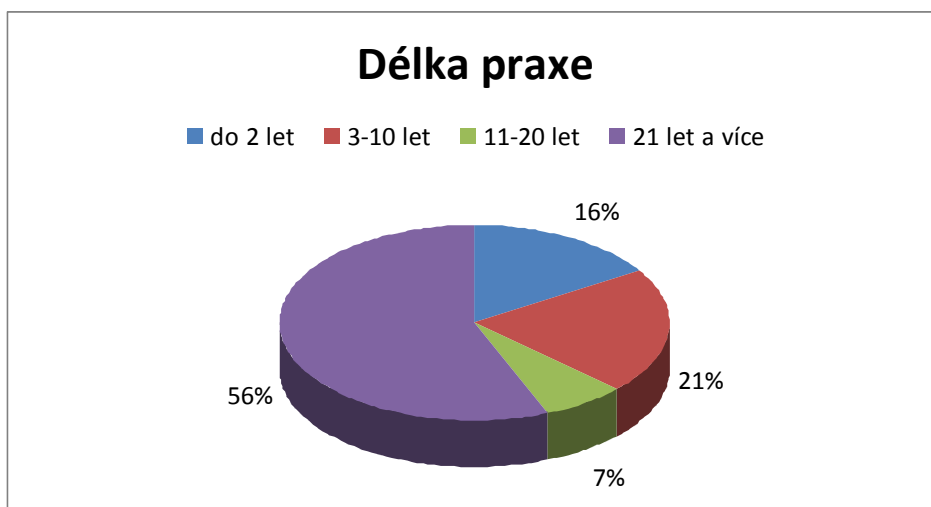
Graf č. 1: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi dotazovanými respondenty bylo nejvíce předškolních pedagogů, a to 36% (30), s věkem 51 let a výše. Potom bylo 29% (24) respondentů ve věku 41 – 50 let. Respondentů ve věku 31 – 40 let bylo 20% (16). Nejméně respondentů bylo ve věku 19 – 30 let a to 15% (12).

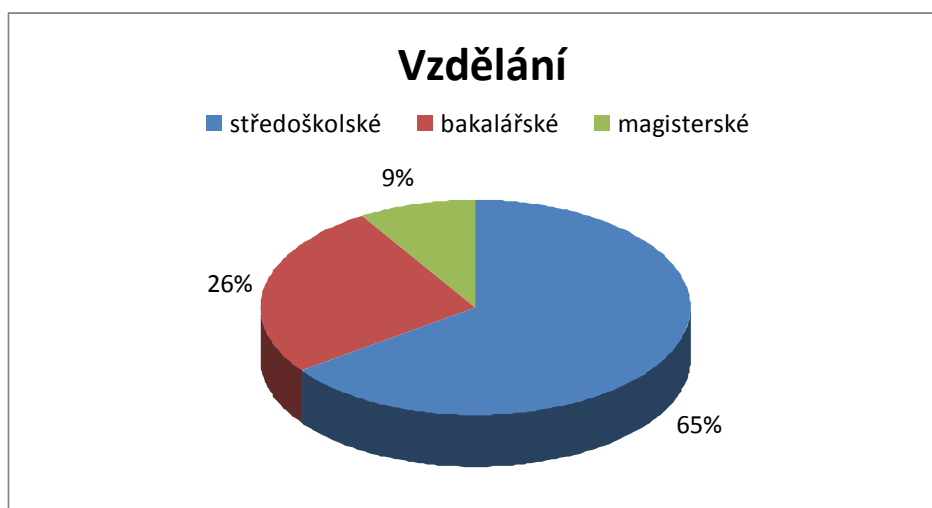
Graf č. 2: Délka praxe v MŠ



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi dotazovanými respondenty bylo nejvíce, a to 56% (46), předškolních pedagogů s praxí v MŠ více jak 20 let. Potom bylo 21% (17) respondentů s délkou praxe 3 – 10 let. Respondentů s délkou praxe do 2 let bylo 16% (13). Nejméně bylo respondentů s délkou praxe 11 – 20 let, a to 7% (6).

Graf č. 3: Dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi dotazovanými respondenty bylo nejvíce, a to 65% (54), středoškolsky vzdělaných. Respondentů s bakalářským vzděláním bylo 26% (21) a respondentů s magisterským vzděláním 9% (7).

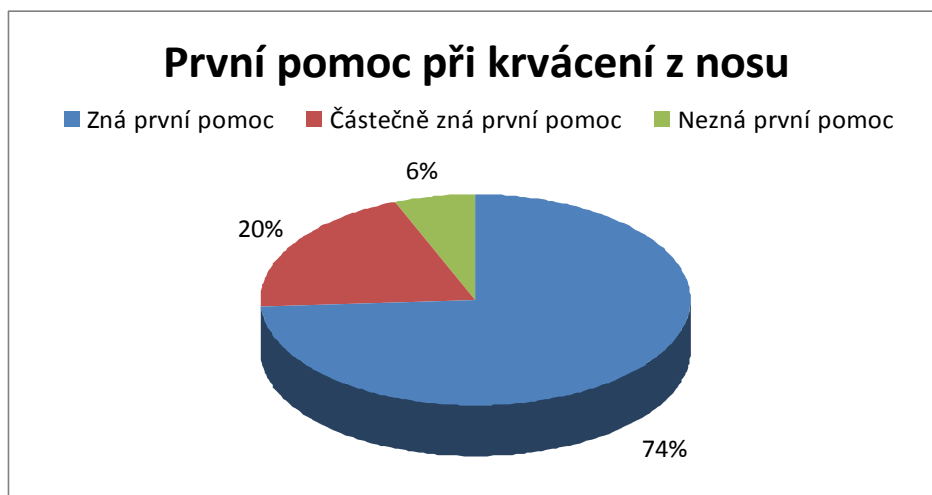
2.3 Zhodnocení výsledků

2.3.1 Znalosti předškolních pedagogů v oblasti poskytování první pomoci v určitých krizových situacích

„Jak poskytnete první pomoc, když dítě bude krvácet z nosu?“

Odpověď na otázku „Jak poskytnete první pomoc, když dítě bude krvácet z nosu?“ dokázalo správně 74% (61) respondentů, částečně by první pomoc zvládlo 20% (16) respondentů a 6% (5) respondentů by první pomoc podalo špatně. Částečně podaná první pomoc spočívala v předklonu hlavy bez stisknutí kořene nosu nebo bez přiložení studených obkladů na zátylek, kořen nosu či čelo. Chybnou metodou byl záklon hlavy nebo uložení dítěte do vodorovné polohy.

Graf č. 4: První pomoc při krvácení z nosu

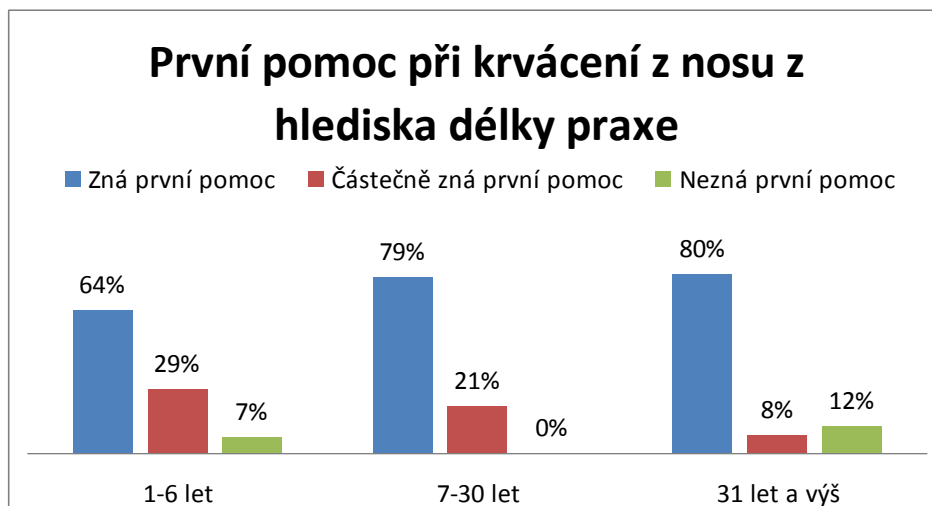


Zdroj: Vlastní výzkum

Jelikož většina respondentů uvedla, že zastavovala v MŠ dítěti krvácení z nosu, zjišťovala jsem, kteří respondenti první pomoc znají dobře a kteří špatně. Respondenty jsem si rozdělila do tří přibližně stejně početných skupin podle jejich délky praxe. V první skupině bylo 28 respondentů s délkou praxe 1-6 let, ve druhé skupině 28 respondentů s délkou praxe 7-30 let a ve třetí skupině 26 respondentů s délkou praxe 31 let a více.

Nejúspěšnější ve znalostech první pomoci při krvácení z nosu byli respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to v 80% (21), následují respondenti s délkou praxe 7-30let, a to v 79% (22), a nejméně správných odpovědí měli respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to v 64% (18). Částečně by první pomoc zvládli respondenti s délkou praxe 1-6 let ve 29% (8), respondenti s délkou praxe 7-30 let ve 21% (6), a respondenti s délkou praxe 31 a výše v 8% (2). Špatnou první pomoc by v největším počtu poskytli respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to ve 12% (3), potom respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to v 7% (2). Respondenti s délkou praxe 7-30 let v odpovědi nechybovali.

Graf č. 5: První pomoc při krvácení z nosu z hlediska délky praxe

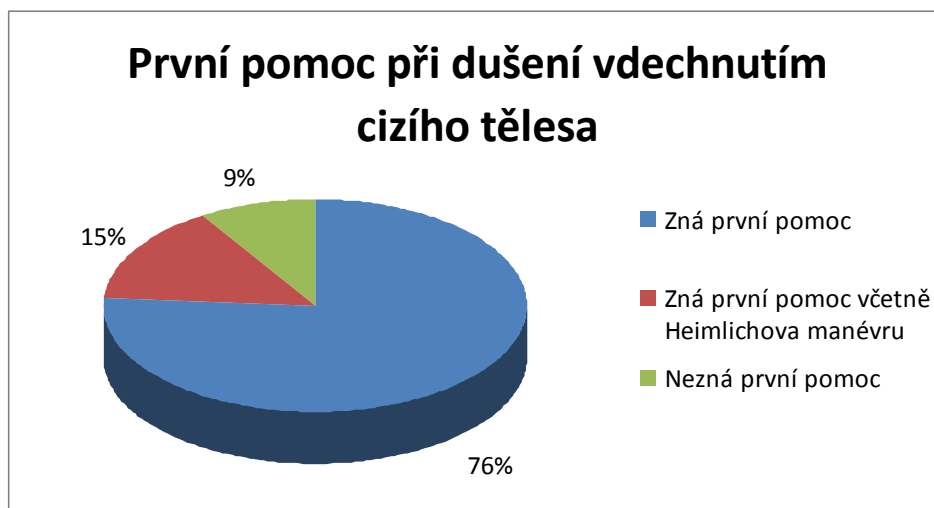


Zdroj: Vlastní výzkum

„Jak poskytnete první pomoc, když se dítě bude dusit bonbonem?“

Při zodpovídání otázky „Jak poskytnete první pomoc, když se dítě bude dusit bonbonem?“ zná správně první pomoc včetně Heimlichova manévru 15% (12) respondentů, první pomoc by dobře zvládlo 76% (63) respondentů a 9% (7) respondentů by první pomoc podalo špatně. V případě, že respondenti nedokázali slovně na otázku odpovědět, požádala jsem je o praktickou ukázkou. Chybou v první pomoci bylo při Gordonově manévru (malé dítě uchopit za kotníky nebo jej položit hrudí a břichem na naše předloktí /hlava musí být níže než jeho hrudník/, předškolní dítě ohnout hlavou dolů přes naše kolena, u větších dětí v mírném předklonu provést 5 úderů mezi lopatky – různé údery celou plochou naší dlaně), že dítě by nezajistili při úderu do zad ohnutím přes koleno, dítě by stálo ve vzpřímené poloze nebo by úder neprováděli celou plochou dlaně. V případě, kdy dítě nejistí svými koleny nebo druhou rukou, by mohlo upadnout na zem a pádem si způsobit další zranění.

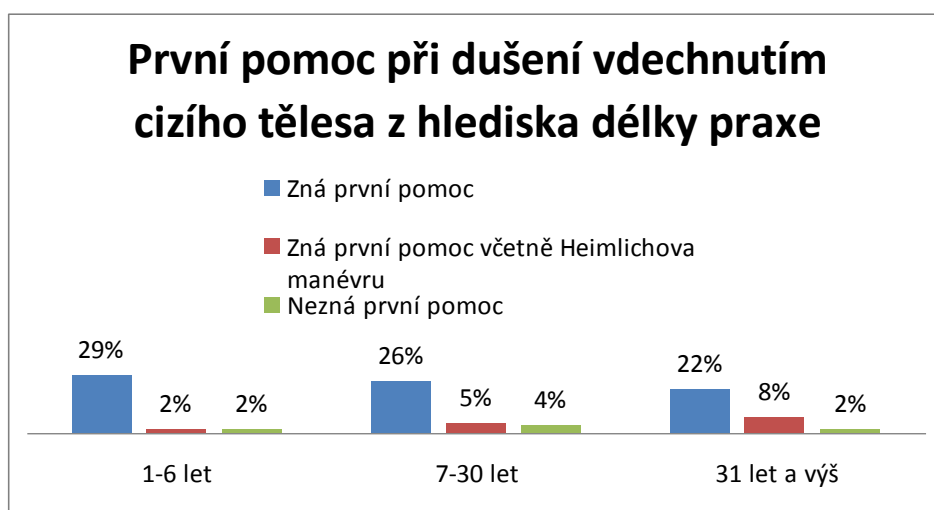
Graf č. 6: První pomoc při dušení vdechnutím cizího tělesa



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud porovnáme odpovědi pedagogů s různou délkou praxe, pak první pomoc včetně Heimlichova manévru znají nejlépe respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to v 8% (6), potom respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to v 5% (4), a nejméně úspěšní byli respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to ve 2% (2). První pomoc by dobře zvládli respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to ve 29% (24), potom respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to ve 26% (21), a nejméně úspěšní byli respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to ve 22% (18). První pomoc neznají respondenti s délkou praxe 7-30 let ve 4% (3), respondenti s délkou praxe 1-6 let a 31 let a výše ve 2 % (2).

Graf č. 7: První pomoc při dušení vdechnutím cizího tělesa z hlediska délky praxe

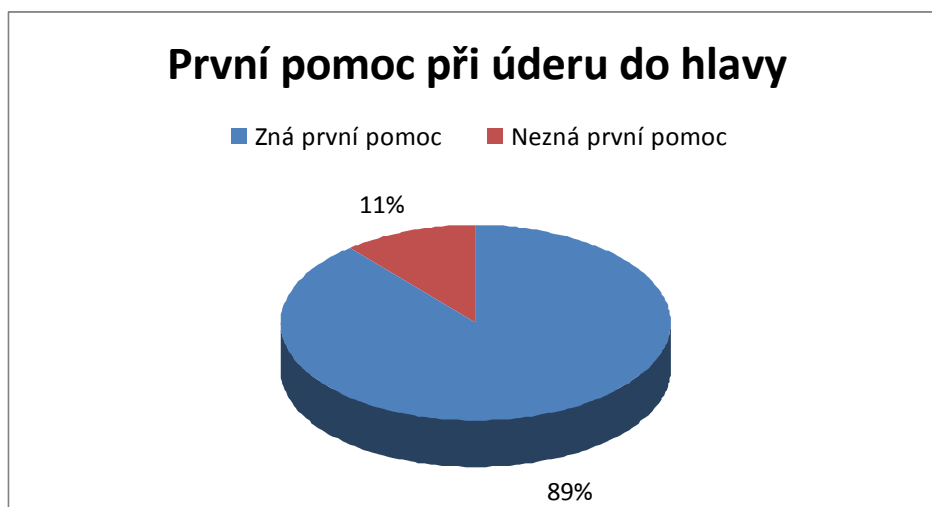


Zdroj: Vlastní výzkum

„Jak poskytnete první pomoc, když se dítě udeří do hlavy, rána nekrvácí a dítě je malátné?“

Z odpovědí na otázku „Jak poskytnete první pomoc, když se dítě udeří do hlavy, rána nekrvácí a dítě je malátné?“ by první pomoc zvládlo správně 89% (73) respondentů a 11% (9) respondentů by poskytlo první pomoc špatně. Respondenti, kteří by první pomoc poskytli špatně, by dítě uložili do klidu, na hlavu dítěte by dali studený obklad a pozorovali by jej. Lékařskou pomoc by zajistili až v případě zhoršení obtíží či zvracení. V případě malátnosti dítěte je však třeba zajistit vyšetření hlavy hned po úrazu z důvodu možného nitrolebního krvácení.

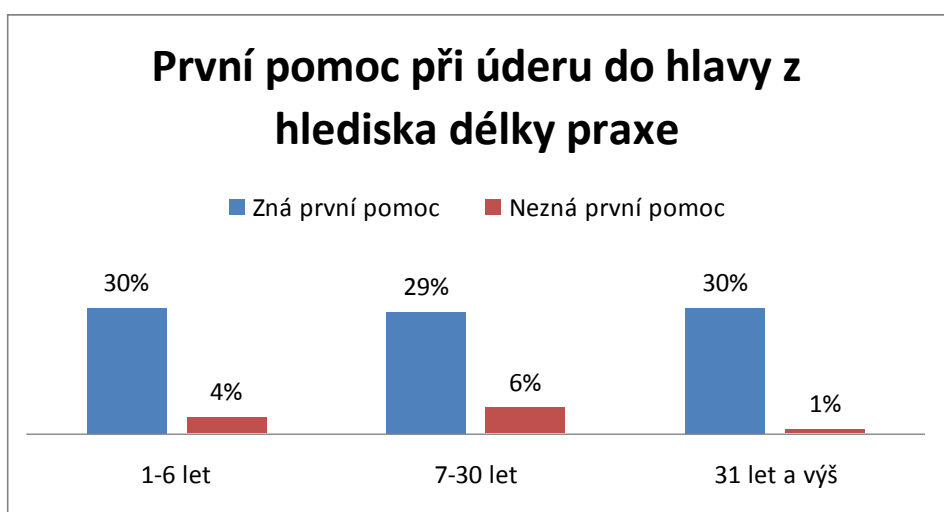
Graf č. 8: První pomoc při úderu do hlavy



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud porovnáme odpovědi pedagogů s různou délkou praxe, pak neúspěšnější ve znalostech byli respondenti s délkou praxe 1-6 let a 31 let a výše, a to ve 30% (25), potom respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to ve 29% (23). První pomoc by nejvíce špatně podali respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to v 6% (5), potom respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to ve 4% (3), a nejméně neznali první pomoc respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to v 1% (1).

Graf č. 9: První pomoc při úderu do hlavy z hlediska délky praxe

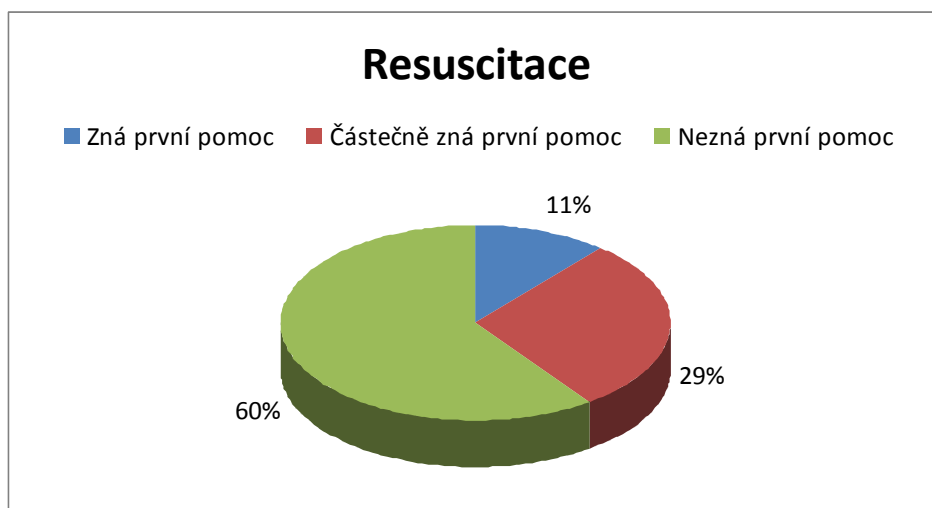


Zdroj: Vlastní výzkum

„Jak poskytnete první pomoc, když je dítě v bezvědomí, nedýchá, nemá hmatný tep a je třeba zahájit resuscitaci?“

Při zodpovídání otázky „Jak poskytnete první pomoc, když je dítě v bezvědomí, nedýchá, nemá hmatný tep a je třeba zahájit resuscitaci?“ znalo první pomoc správně 11% (9) respondentů, částečně by první pomoc zvládlo 29% (24) respondentů a 60% (49) respondentů první pomoc neznalo. Pouze 9 respondentů znalo poměr resuscitace a dokázali popsat veškeré kroky, které je potřeba při zahájení resuscitace provést (viz teoretická část). Částečně podaná první pomoc spočívala v tom, že respondenti by prováděli masáž hrudníku bez umělého dýchání, neznali frekvenci stlačení hrudníku za minutu, nevěděli, že u dítěte je potřeba zahájit resuscitaci 5 rychlými vdechy. S resuscitací si vůbec nevědělo rady 49 respondentů – špatná technika s neznalostí poměru.

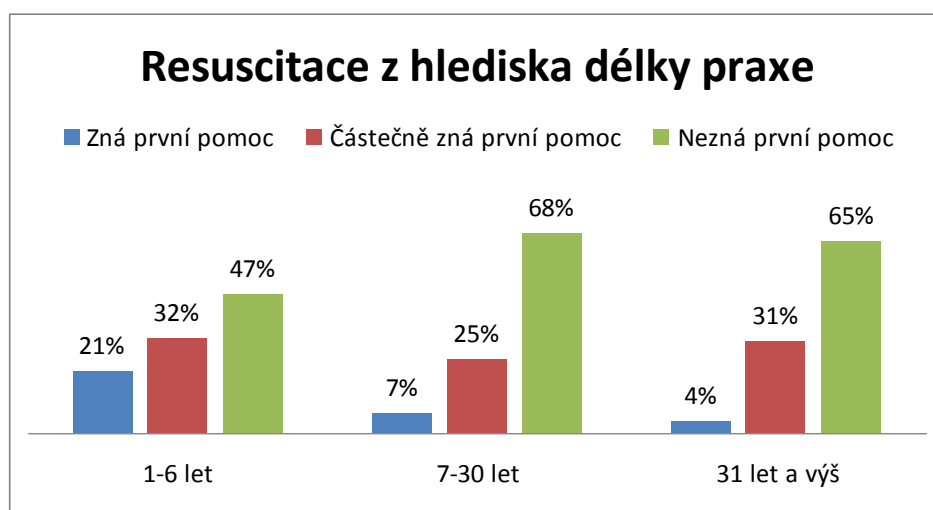
Graf č. 10: Resuscitace



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud porovnáme odpovědi pedagogů s různou délkou praxe, pak neúspěšnější ve znalostech byli respondenti, s délkou praxe 1-6 let, a to ve 21% (6), potom respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to v 7% (2), a nejméně úspěšní byli respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to ve 4% (1). Částečné znalosti v oblasti resuscitace mělo nejvíce respondentů s délkou praxe 1-6 let, a to ve 32% (9), potom respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to v 31% (8), a nejméně respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to ve 25% (7). Největší neznalost kroků při resuscitaci měli respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to v 68% (19), potom respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to v 65% (17), a nejméně chybných odpovědí měli respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to ve 47% (13).

Graf č. 11: Resuscitace z hlediska délky praxe

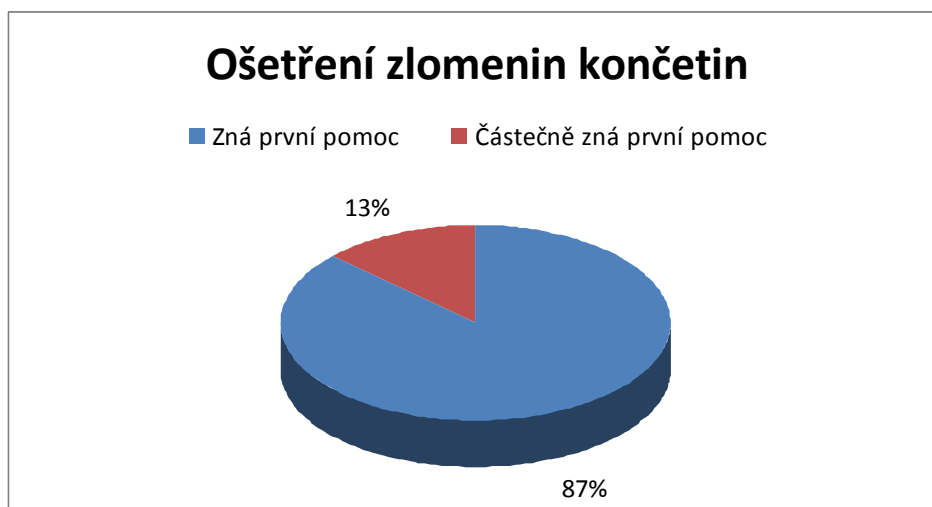


Zdroj: Vlastní výzkum

„Jak poskytnete první pomoc, když si dítě zlomí horní či dolní končetinu?“

Podle odpovědí na otázku „Jak poskytnete první pomoc, když si dítě zlomí horní či dolní končetinu?“ by první pomoc poskytlo správně 87% (71) respondentů, částečně by první pomoc zvládlo 13% (11) respondentů. Částečně podaná první pomoc spočívala v tom, že dítě by nechali v klidu ležet na místě nehody, s poraněnou končetinou by nehýbali, ale zlomeninu by nefixovali. Nevěděli, že je potřeba ji fixovat přes dva klouby. Někdy je však třeba dítě z místa nehody dopravit na jiné místo a zlomená končetina se musí před transportem nemocného zafixovat. Z tohoto důvodu jsem jejich odpovědi brala pouze za částečně úspěšné.

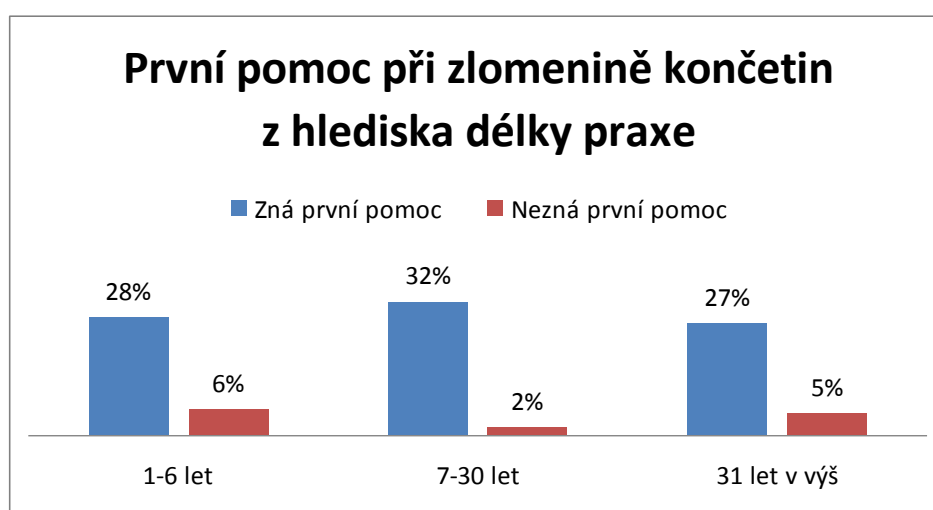
Graf č. 12: Ošetření zlomenin končetin



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud porovnáme odpovědi pedagogů s různou délkou praxe, pak neúspěšnější ve znalostech byli respondenti, s délkou praxe 7-30 let, a to ve 32% (26), potom respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to ve 28% (23), a nejméně úspěšní byli respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to ve 27% (22). První pomoc nejvíce neznali respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to v 6% (5), potom respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to v 5% (4), a nejmenší neznalosti měli respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to ve 2% (2).

Graf č. 13: První pomoc při zlomenině končetin z hlediska délky praxe



Zdroj: Vlastní výzkum

„Jak poskytnete první pomoc, když dítě štípne vosa, včela nebo sršeň?“

Z odpovědí na otázku „Jak poskytnete první pomoc, když dítě štípne vosa, včela nebo sršeň?“ by první pomoc zvládli všichni respondenti. Všichni by z místa vpichu odstranili žihadlo, ránu ošetřili Fenistilem gelem a chladili by ji. V případě bodnutí do oblasti krku a dutiny ústní by volalo ihned rychlou lékařskou pomoc 80 respondentů, 2 respondenti nevěděli, jak by měli reagovat.

Kromě výše popsaného ošetření uvedlo 6 respondentů, že je možné také místo vpichu potřít rozříznutou cibulí, 1 respondent uvedl potřít jej jitrocelem, 1 respondent blátem a 1 respondent močí.

Žádný z respondentů v případě bodnutí do oblasti dutiny ústní neznal možnost včasného zajištění průchodnosti dýchacích cest improvizací (šetrné vložení gumové hadice až ke kořeni jazyka – dítě může skrz ni dýchat) a vystříkání otékající měkké části dutiny ústní a hrdla některým z nosních sprejů, které se používají při léčbě rýmy k uvolnění nosu (léky mohou zpomalit a zmenšit otok sliznice).

2.3.2 Řešení první pomoci v MŠ, chronická onemocnění vyskytující se v MŠ

„Poskytovala jste za dobu Vaší praxe v MŠ první pomoc? V případě, že ano, o jaký úraz šlo?“

Kromě ošetření běžných odřenin a krvácení z nosu během své praxe v mateřské škole muselo podávat první pomoc v případě úrazu 47 respondentů.

První pomoc byla poskytována v těchto situacích:

- dušení bonbonem – 5 respondentů
- zlomenina horní končetiny – 9 respondentů
- zlomenina palce horní končetiny – 1 respondent
- zlomenina dolní končetiny – 1 respondent
- zlomenina klíční kosti – 3 respondenti

- zlomenina nosu – 2 respondenti
- našťípnutí lokte – 2 respondenti
- vyvrkнутý kotník – 1 respondent
- rozseknuté obočí – 5 respondentů
- úraz hlavy vyžadující šití – 12 respondentů
- úraz čela vyžadující šití – 8 respondentů
- úraz tváře vyžadující šití – 3 respondenti
- úraz brady vyžadující šití – 2 respondenti
- úraz rtu vyžadující šití – 2 respondenti
- prokousnutý jazyk – 1 respondent
- zapadlý jazyk – 2 respondenti
- řezná rána na ruce – 1 respondent
- cizí těleso v nose – 7 respondentů
- vyražený zub – 1 respondent
- opařenina – 1 respondent
- epileptický záchvat – 6 respondentů
- lehký otřes mozku – 2 respondenti
- náhlé bezvědomí – 3 respondenti
- febrilní křeče – 1 respondent
- vyražený dech – 2 respondenti
- vdechnutí korálku – 1 respondent

Z uvedených situací vyplývá, že nejčastěji se respondenti setkali s tržnými ranami na hlavě, a to ve 12 případech, hned potom se v 9 případech setkali se zlomeninou horní končetiny, v 8 situacích s tržnými ranami na čele a v 6 případech s epileptickým záchvatem. Celkově nejčastěji se vyskytují tržné rány vyžadující šití.

„Setkala jste se během své praxe v MŠ s dítětem, které trpělo chronickým onemocněním?“
(epilepsie, astma bronchiale, diabetes mellitus, hemofilie)

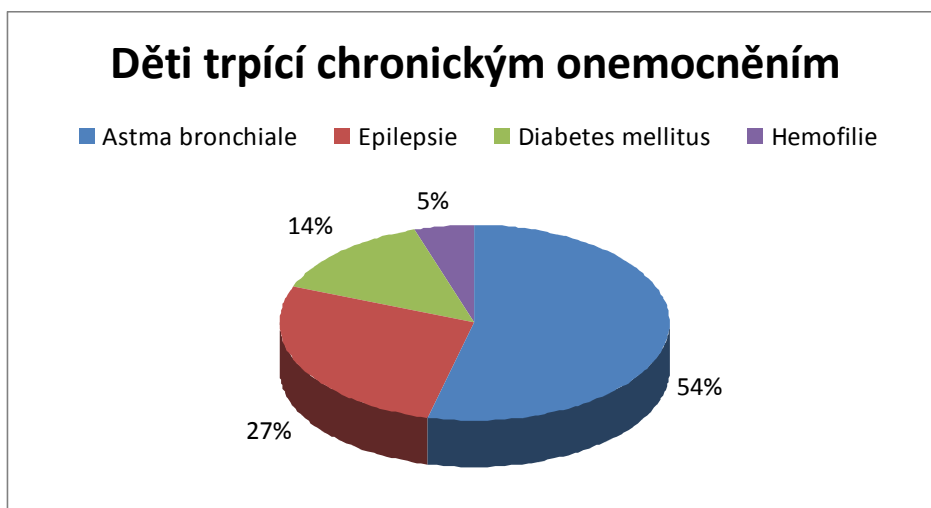
Při rozhovorech jsem také pokládala otázku, zda se respondenti setkali s dítětem trpícím některým z uvedených chronických onemocnění. Nejvíce respondentů, a to 59, se setkalo s dítětem trpícím astmatem bronchiale. Pouze 1 respondent podával první pomoc při dušnosti dítěte. Dítěti dal inhalovat sprej pro akutní dušnost. Všechny děti trpící astmatem bronchiale jsou vybaveny léky v inhalačních sprejích. U žádného dalšího pedagoga se dítě se známkami dušnosti nevyskytlo.

S epilepsií se během své praxe setkalo 29 respondentů. První pomoc při epileptickém záchvatu poskytovalo 6 respondentů. Ve dvou případech byla první pomoc poskytnuta zcela špatně – drželi dítě násilím ve své náruči. Důvod jejich počínání byl strach, aby se dítě o nic neuhodilo. To, že dítěti mohli tímto způsobem způsobit zlomeninu, je nenapadlo. Z důvodu špatného ošetření dítěte s epileptickým záchvatem, náhodou jím byl první respondent, jsem se i všech ostatních ptala (i v případě, že během své praxe se s dítětem trpícím epilepsií nesečkali), jak by poskytli první pomoc u epileptického záchvatu. Většina respondentů, a to v 77% (63), by první pomoc poskytla správně a ve 23% (19) by respondenti první pomoc poskytli špatně (viz graf č. 15, s. 52). Špatná první pomoc spočívala v bránění křečím, kdy by dítě násilím drželi nebo by se během křečí snažili vytahovat jazyk a dávat dítěti roubík do pusy.

S dítětem trpícím diabetem mellitem se ve své praxi setkalo 15 respondentů. Všechny tyto děti byly v kompenzovaném stavu, u žádného dítěte se neprojevovalo hypoglykemické či hyperglykemické kóma. U tohoto onemocnění je velmi důležitá spolupráce s rodinou, která byla u všech dětí na dobré úrovni.

Pouze 5 respondentů se setkalo s dětmi trpícími hemofilií. Všichni respondenti uvedli, že u těchto dětí vždy zažívali velký strach, protože se báli, že dítě se hodně bouchne, zakopne, spustí se mu krev z nosu a oni budou mít problém se zástavou krvácení.

Graf č. 14: Dotazovaná chronická onemocnění, s kterými se respondenti během praxe setkali



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15: První pomoc při epileptickém záchvatu

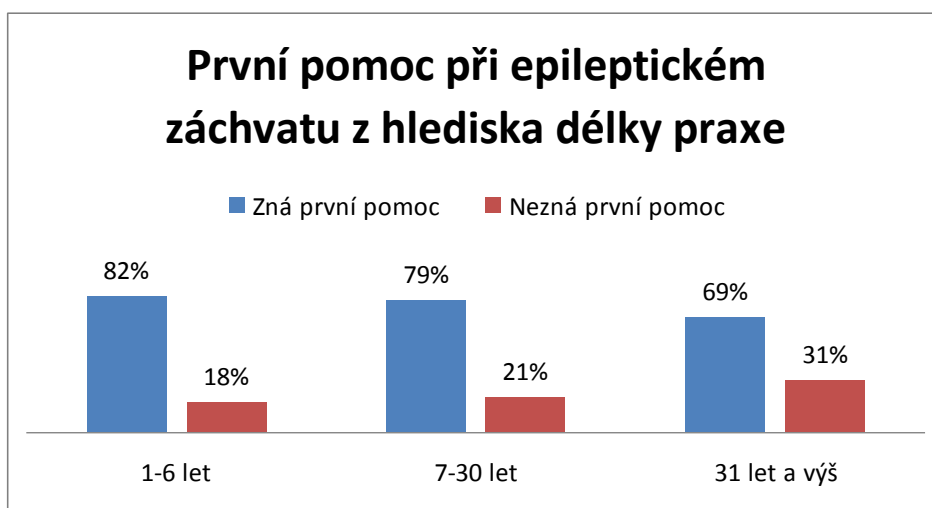


Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnáme-li znalosti podle věku, nejméně úspěšní ve znalostech byli respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to v 82% (23), potom respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to v 79% (22), a nejméně úspěšní byli respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to v 69% (18). První pomoc neznali nejvíce respondenti s délkou praxe 31 let a výše, a to v 31% (8), potom respondenti s délkou praxe 7-30 let, a to ve 21% (6), a nejméně neúspěšní ve znalostech byli respondenti s délkou praxe 1-6 let, a to v 18% (5).

Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že celkově nejméně úspěšní byli respondenti s délkou praxe 31 let a výš.

Graf č. 16: První pomoc při epileptickém záchvatu z hlediska délky praxe

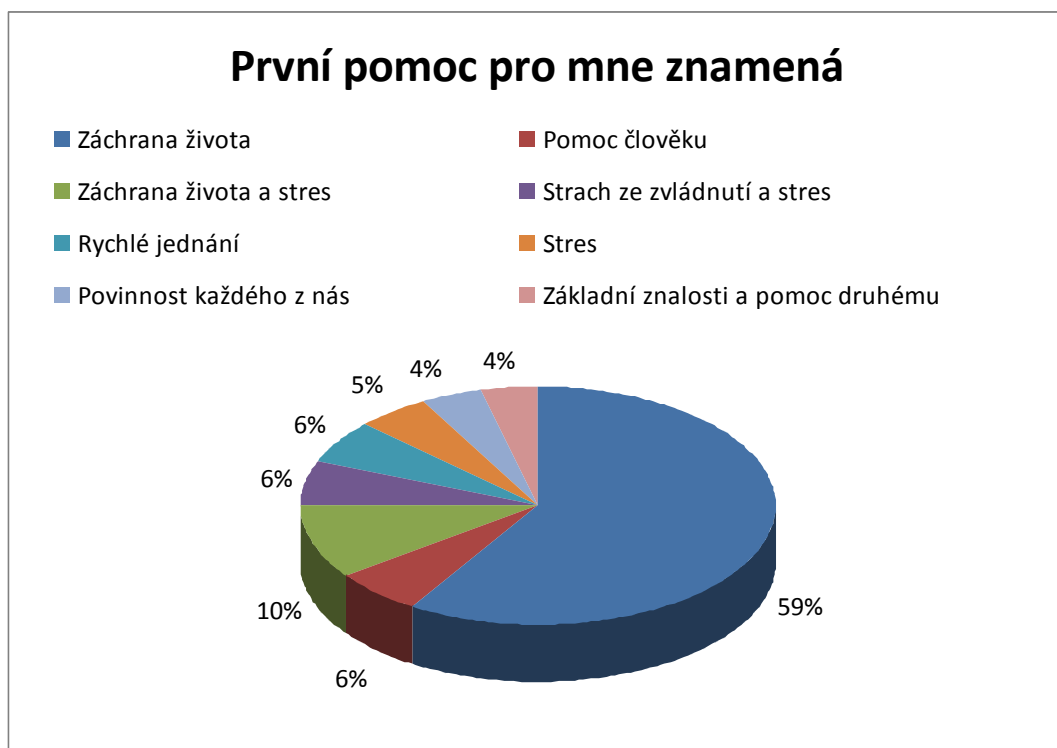


Zdroj: Vlastní výzkum

„Co pro Vás znamená první pomoc?“

Na závěr rozhovoru jsem každému respondentovi položila otázku „Co pro Vás znamená první pomoc?“. Pro největší skupinu respondentů, a to pro 59% (49), první pomoc znamená záchranu života, pro 10% (8) respondentů záchranu života a stres, pro 6% (5) respondentů pomoc člověku, pro 6% (5) respondentů strach ze zvládnutí první pomoci a stres, pro 6% (5) respondentů rychlé jednání, pro 5% (4) respondentů stres, pro 4% (3) respondentů povinnost každého z nás a pro 4% (3) respondentů základní znalosti a pomoc druhému člověku.

Graf č. 17: První pomoc pro mne znamená



Zdroj: Vlastní výzkum

2.3.3 Pravidelnost navštěvování kurzů první pomoci

Školení první pomoci v pravidelných intervalech navštěvuje 45% (37) respondentů. Jedná se o školení první pomoci při základní škole, autoškole nebo školení provádí Červený kříž či odborný dětský nebo praktický lékař. Záleží na konkrétní mateřské škole – školení vždy domlouvá ředitelka MŠ. Četnost školení je různá – v rozmezí 2-6 let. V intervalu po 2 letech navštěvuje kurzy první pomoci 8% (3) respondentů, po 3 letech 27% (10) respondentů a v intervalu po 3-6 letech 65% (24) respondentů (viz graf č. 19, s. 56). Z těchto 37 (45%) respondentů navštívilo v roce 2008 kurz první pomoci 5 respondentů, 5 respondentů v roce 2011, 7 respondentů v roce 2012 a 20 respondentů v roce 2013. Pokud ředitelka MŠ školení první pomoci sama nezajistí, předškolní pedagogové se v dané oblasti nevzdělávají. Na dotaz, zda by o školení měli zájem, jsem dostala kladné odpovědi – školení po roce, až na jednoho respondenta, jim však připadá moc brzy, uvítali by jej po 2 či spíše po 3 letech. Nejlépe ale v pracovní době, z vlastního volna se nikomu nechce ukrajovat čas. Školení by mělo být dle respondentů z tohoto důvodu povinné. Držitelem kartičky Červeného kříže je pouze jeden respondent.

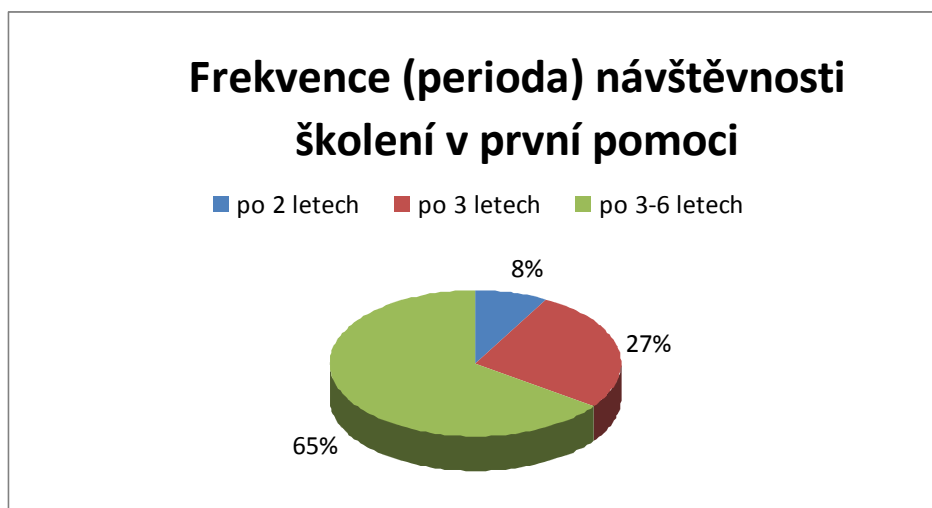
Školení v první pomoci pro respondenty znamená oživení i rozvoj znalostí a získání nových informací v dané oblasti. Pouze jeden respondent je názoru, že školení mu nic nepřináší.

Graf č. 18: Návštěvnost předškolních pedagogů na školení první pomoci



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 19: Frekvence (perioda) návštěvnosti školení v první pomoci



Zdroj: Vlastní výzkum

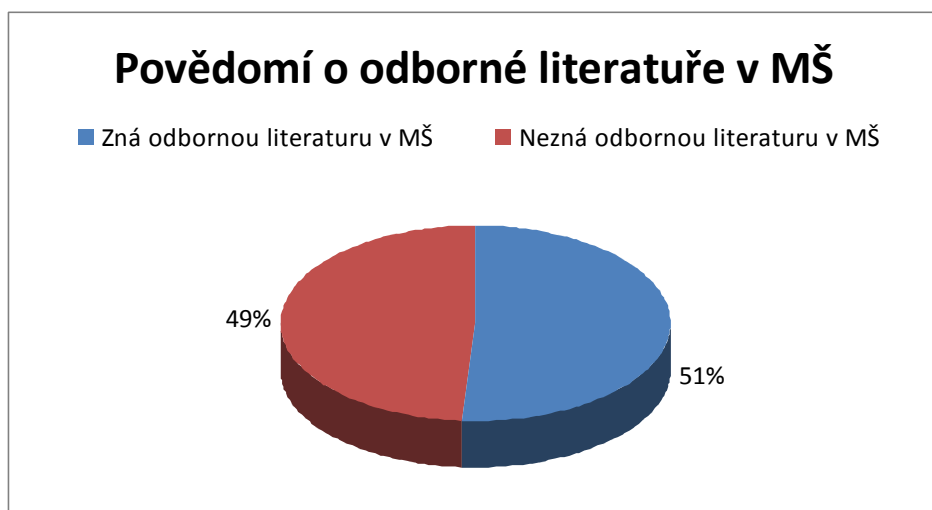
Během rozhovorů mne také zajímalo, jaké mají respondenti povědomí o odborné literatuře s tematikou první pomoci, která se nachází v mateřských školách. Na tuto otázku 51% (42) respondentů dokázalo odpovědět kladně. Věděli, kde se odborná literatura v mateřské škole nachází, často znali i její přesný název. Ostatní respondenti, a to ve 49% (40), nevěděli, zda odbornou literaturu v MŠ mají nebo odpověděli, že neví, kde se nalézá a ani o jakou literaturu se jedná (viz graf č. 20, s. 57).

Odborná literatura v MŠ:

- První pomoc u dětí (Pavel Srnský)
- První pomoc ve školách a vzdělávacích zařízeních (Pavel Srnský)
- Příručky první pomoci získané na školeních
- Instruktažní brožury vydané Červeným křížem
- První pomoc – dětství bez úrazů
- Nemocné dítě
- Karty první pomoci
- Biologie dítěte a zdravotnická prevence

Jedna třetina respondentů uvedla, že jejich literatura je hodně zastaralá, například z roku 1981. Literatura ve většině případů je volně dostupná pro zaměstnance mateřské školy – je umístěna na nástěnce v kabinetě, na chodbě, nebo je u lékárníčky či v knihovně. Narazila jsem na stav, kdy v sedmitřídní MŠ je k dispozici pouze jedna odborná kniha v kanceláři, ale na druhou stranu jsou vícetřídní mateřské školy, ve kterých se odborná literatura nachází v každé třídě na nástěnce nebo v knihovně.

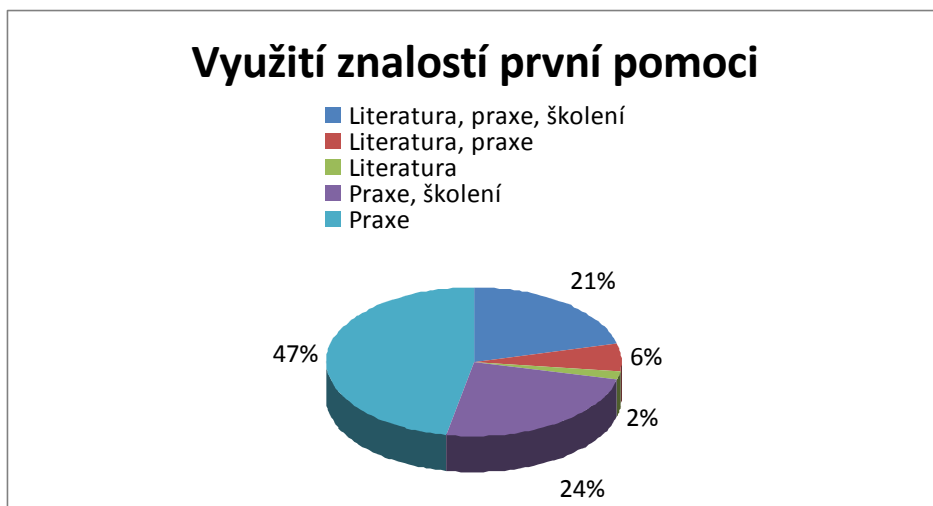
Graf č. 20: Povědomí o odborné literatuře v MŠ



Zdroj: Vlastní výzkum

V případě, že by respondenti museli v mateřské škole poskytovat první pomoc, by své zkušenosti z praxe využilo 47% (38), informace ze školení se zkušenostmi z praxe by využilo 24% (20) respondentů, informace ze školení se znalostmi z literatury a zkušenostmi z praxe by využilo 21% (17), zkušenosti z praxe se znalostmi z literatury by využilo 6% (5) a pouze 2% (2) respondentů při poskytování první pomoci by využili znalosti z literatury.

Graf č. 21: Využití znalostí první pomoci



Zdroj: Vlastní výzkum

2.4 Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí v oblasti poskytování první pomoci u předškolních pedagogů v okrese Jindřichův Hradec. Předškolní pedagog nese odpovědnost za zdraví a život jeho svěřenců, za zdraví těch, na kterých rodičům nejvíce záleží. Žádný rodič si nepřipustí myšlenku, že by si odpoledne neměl z mateřské školy odvést domů své dítě zdravé, veselé a spokojené. Jak uvádí Svobodová a Váchová (2012), rodič spoléhá na to, že v případě potřeby bude předškolní pedagog připraven jeho dítěti poskytnout včasnou a hlavně správnou a účelnou první pomoc. Mají předškolní pedagogové znalosti týkající se první pomoci na dobré úrovni? Jsou připraveni tak, aby dítěti svým zásahem neublížili, ale skutečně pomohli? Z výzkumného šetření vyplývá, že ne všichni předškolní pedagogové jsou dobře a dostatečně vybaveni znalostmi první pomoci.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou znalosti předškolních pedagogů v oblasti poskytování první pomoci v určitých krizových situacích. Tento cíl se mi podařilo naplnit. Úroveň znalostí v celkovém hodnocení je v 73 % úspěšná. V případě samotné kardiopulmonální resuscitace by však 60 % respondentů první pomoc nezvládlo. Je to zajisté dáno i tím, že v resuscitaci se v poslední době často měnily např. poměry při srdeční masáži a umělém dýchání. Jak uvádí Bydžovský (2012), nerozlišuje se dnes při KPR jeden či dva záchránce, upustilo se od trojitého manévru a také se zjistilo, že pro záchranu života mnohdy stačí pouhá srdeční masáž bez umělého dýchání. Tudíž má-li záchránce estetické zábrany, stačí provádět jenom srdeční masáž. Pouze 11 % respondentů znalo správnou první pomoc. Z hlediska délky praxe byli nejúspěšnější respondenti s délkou praxe 1-6 let. Nejvíce respondentů, kteří KPR neznali, bylo za skupiny s délkou praxe 7-30 let a po té následují respondenti s délkou praxe 31 let a výš.

V případě krvácení z nosu byli respondenti úspěšní v 74 %. Zcela špatnou první pomoc z důvodu záklonu hlavy nebo uložení dítěte do vodorovné polohy by poskytlo pouhých 6 % respondentů. V případě špatného poskytnutí první pomoci měli největší zastoupení pedagogové s praxí 31 let a výše a potom s délkou praxe 1-6 let. Domnívám se, že respondenti chybovali z toho důvodu, že před 20-30 lety se při krvácení z nosu hlava

zakláněla, respondenti s delší praxí byli takto zvyklí děti ošetřovat, respondenti s nízkou praxí zase byli takto ošetřováni.

V situaci, kdy by se dítě dusilo bonbonem, by 9 % respondentů v první pomoci chybovalo. Dítě by při úderech do zad nejistili svými koleny, případně druhou rukou a tím by mohli dítěti způsobit další zranění. V případě, že nepomáhají údery do zad mezi lopatky, doporučuje se provést Heimlichův manévr, který znalo 15 % respondentů.

Při úderu do hlavy, u kterého se projevuje malátnost, by malého pacienta dobře ošetřilo 89 % respondentů a to tak, že by jej ihned po úrazu odeslali k lékařskému vyšetření. Do klidu by dítě uložilo a pozorovalo jeho stav 11 % respondentů. Tito respondenti chybovali z důvodu nezohlednění možného nitrolebního krvácení. Jak uvádí Srnský (2007), poranění hlavy patří k nejtěžším stavům v dětské traumatologii.

Zlomeninu horní či dolní končetiny by dobře ošetřilo 87 % respondentů, zvládli by ji dobře zafixovat přes dva klouby. Dítě v klidu by nechalo 13 % respondentů, báli by se s dítětem hýbat a lékaře by se snažili přivolat na místo nehody. Nevěděli, že v případě transportu pacienta je potřeba zlomenou končetinu fixovat přes dva klouby.

V případě bodnutí dítěte vosou, včelou či sršněm by první pomoc zvládli všichni respondenti. Pouze 2 respondenti by nevěděli, jak reagovat v situaci bodnutí v oblasti krku a dutiny ústní, kdy je třeba neprodleně volat ZZS. Žádný z respondentů neznal laickou první pomoc v této situaci, neuměli by nouzově zajistit průchodnost dýchacích cest do příjezdu ZZS, tj. vystříkat dutinu ústní nosním sprejem používaným na léčbu rýmy a vložit gumovou hadici do úst až ke kořeni jazyka.

Za důležité jsem posléze pokládala se zeptat všech respondentů na první pomoc při epileptickém záchvatu. Přiměla mne k tomu špatně poskytnutá první pomoc v této situaci zmíněná hned u prvního respondenta, celkem pak u dvou. Bránili dítěti v průběhu křečí tím, že jej násilím drželi ve své náruči. Z celkového počtu respondentů by první pomoc v případě epileptického záchvatu podalo špatně 23 %. Tito respondenti by křečím bránili a snažili se během křečí vsunout do úst dítěte roubík, aby se nepokousalo. Jak uvádí Srnský (2007), při vkládání něčeho dítěti do úst (roubík, vlastní prsty) a při páčení čelisti hrozí další poranění. Nejlepší znalosti měli respondenti s délkou praxe 1-6 let a nejvíce

respondentů, kteří první pomoc při epileptickém záchvatu neznali, bylo ze skupiny respondentů s délkou praxe 31 let a výš.

Druhým cílem bylo zjistit pravidelnost navštěvování kurzů první pomoci. Cíl se mi také podařilo naplnit. Z jakého důvodu nemají někteří předškolní pedagogové znalosti o první pomoci na dobré úrovni? Mají oni sami snahu se zdokonalovat v dané oblasti? Z výzkumného šetření vyplývá, že o školení zájem je, v některých mateřských školách se ale stává, že nikdo školení nezajišťuje a učitelé na podobné akce ve vlastním volnu nechodí. Školení pro danou mateřskou školu zajišťuje ředitelka MŠ sama. Vše je tedy na její zodpovědnosti. Každá ředitelka by měla projevit snahu mít ve své mateřské škole pedagogy, o kterých ví, že si v případě potřeby poskytnout první pomoc při úraze budou vědět rady. Stát a jeho provádějící instituce neukládají povinnost pravidelných proškolení v této oblasti, a tak konečné rozhodnutí, zda se pedagogové školení zúčastní, je pouze na uvážení ředitelky. Z výzkumného šetření vyplývá, že 55 % dotazovaných předškolních pedagogů školení první pomoci navštěvuje, avšak intervaly jsou různé. Záleží opět na konkrétní mateřské škole a na ředitelce, v jakých periodách školení domluví. Nejčastější je interval v rozmezí 3-6 let. V podstatě to znamená, že školení probíhá nepravidelně, ale oproti mateřským školám, kde pedagogové školení nenavštěvují vůbec, můžeme i interval po 6 letech brát jako úspěch. Stačí však školení po 6 letech, když výsledky výzkumného šetření především v resuscitaci vykazují značné nedostatky? Je běžné, že věci, které nepotřebujeme, rychleji zapomeneme. Platí to i pro znalosti poskytování první pomoci. Vzhledem k tomu, že v první pomoci se mění různá stanoviska, je třeba se neustále v této oblasti zdokonalovat.

Cením si všech respondentů, kteří byli ochotni se mnou rozhovor realizovat. Téměř všechny rozhovory začaly alespoň menší nervozitou ze strany respondentů z důvodu strachu možné neznalosti, ale skončily vždy milou a příjemnou atmosférou. Nejedním respondentem měl po rozhovoru pocit, že právě absolvoval školení, kdy si zopakoval a ověřil své znalosti. A někteří respondenti přijali s povděkem možnost prostřednictvím rozhovoru získat nové znalosti nebo zapomenuté informace ve své mysli obnovit.

ZÁVĚR

Zdraví nás samotných a především zdraví našich dětí patří k nejdůležitějším lidským hodnotám. Mohou však nastat situace, kdy se naše dítě může ocitnout v ohrožení života. Jsme my sami nebo jsou pedagogové našich dětí dostatečně způsobilí poskytnout adekvátní první pomoc? Musí mít rodiče obavy o zdraví svých dětí svěřených do péče pedagogů v mateřských školách? Výzkumné šetření ukázalo, že pedagogové jsou ve znalostech týkající se první pomoci v 73 % úspěšní. V případě, když do průměru započítáme i neznalost laické první pomoci při bodnutí vosou, včelou či sršněm do oblasti krku a dutiny ústní, úspěšnost poklesne na 64 %. Je však tato úspěšnost dostačující? Můžeme být klidní, že o děti v případě nějakého vážného úrazu bude dobře postaráno? Při zhodnocení spíše chybují respondenti s nejdelsí praxí a respondenti s nejkratší praxí. Největší potíže měli respondenti ve znalostech resuscitace.

Všichni bychom si měli dát ruku na srdce a upřímně si odpovědět, zda naše znalosti týkající se první pomoci jsou na dobré úrovni. Děláme sami něco pro to, aby tomu tak bylo? Je třeba si uvědomit, co je hodina strávená jednou ročně na školení první pomoci oproti stresu, který člověk může zažít v situaci, kdy bude okolnostmi nucen poskytnout první pomoc u vážného zdravotního stavu a nebude si vědět rady? V dnešní době je vysoká nabídka různých kurzů první pomoci. Navíc technické vymoženosti společnosti stále vzrůstají a správné a aktuální postupy první pomoci je možné si nechat nahrát na mobilní telefon.

Teoretická část se zabývá všeobecně první pomocí, dětským organismem, bezpečností dětí a krizovými situacemi, které nejčastěji mohou nastat v mateřské škole. U krizových situací jsou definovány jejich příznaky, průběh i správné ošetření. Záměrem výzkumné části bylo zjistit úroveň znalostí předškolních pedagogů v oblasti první pomoci a jejich přístup ke vzdělávání v dané oblasti. Výzkumné šetření proběhlo pomocí

strukturovaných rozhovorů ve vybraných mateřských školách v okrese Jindřichův Hradec.

Věřím, že mé výzkumné šetření týkající se první pomoci není poslední. K lepšímu a přesnějšímu vyhodnocování znalostí by bylo dobré mít více stejně početných skupin tak, aby věkový rozdíl či délka praxe neměla větší rozmezí než 10 let. V mém výzkumném vzorku převažují předškolní pedagogové s víceletou praxí a s vyšším věkem. Nejméně je pedagogů do 30 let věku.

Na základě svého výzkumného šetření bych doporučila pravidelné a povinné školení všech předškolních pedagogů v oblasti poskytování první pomoci. Každý, kdo se školení zúčastní, by měl obdržet certifikát či doklad o účasti na školení, aby se v případě změny pracovního místa mohl prokázat, že školení absolvoval. Věřím, že pedagogové mohou při pravidelných školeních první pomoc teoreticky lépe ovládat a získat tak pocit větší jistoty, že v případě nutnosti by první pomoc zvládli.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BRACHFELD, Karel, ČERNAYOVÁ, Elena. *Pediatric I*. Praha: Avicenum, 1980.
2. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
3. BYDŽOVSKÝ, Jan. *První pomoc*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0099-9.
4. BYDŽOVSKÝ, Jan. *První pomoc – Příručka pro pedagogy základních a mateřských škol*. Svitavy: Střední zdravotnická škola, 2012. ISBN 978-80-260-3131-4.
5. ERTLOVÁ, Františka, MUCHA, Josef a kol. autorů. *Přednemocniční neodkladná péče 2. přepracované vydání*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2004. ISBN 80-7013-379-1.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, KLIMOVIČ, Michal a kol. autorů. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-427-5.
7. GÁLOVÁ, Radmila. *Bezpečný domov pro dítě*. Brno: ERA, 2007. ISBN 978-80-7366-096-3.
8. GREGORA, Martin. *Kniha o matce a dítěti*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0854-X.
9. GREGORA, Martin. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku. 2. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2030-2.
10. GREGORA, Martin. *První pomoc u dětí*. Praha: Mladá fronta, 2004. ISBN 80-204-1064-3.
11. JELÍNEK, JIŘÍ a kol.: *Trestní zákoník a trestní řád s poznámkami a judikaturou. 1. vydání*. Praha: Leges, 2009, 1216 s. ISBN 978-80-87212-22-6.
12. JOUROVÁ, Iveta. *První pomoc při úrazu dítěte*. Praha: Computer Press, 2001. ISBN 80-7226-376-5.
13. KEGGENHOFF, Franz. *První pomoc*. Praha: Euromedia Group, 2006. ISBN 80-249-0662-7.
14. Kol. autorů. *Zdravotník zotavovacích akcí, 4. doplněné vydání*. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2006.
15. LEBL, Jan a kol. autorů. *Preklinická pediatrie – Druhé, přepracované vydání*. Praha:

- Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-438-6.
16. MRZENA, Bohuslav. *Pediatricie*. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-7315-182-9.
17. NOVÁK, Ivan. *Základy péče o kriticky nemocné dítě, 2. aktualizované vydání*. Praha: Informatorium, 1996. ISBN 80-85427-95-8.
18. PETRŽELA, Michal. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2246-7.
19. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, MŠMT (2004). Praha: Výzkumný ústav pedagogický. ISBN 80-87000-00-5.
20. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. autorů. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-080-247-1613-8.
21. SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II Pediatrie, chirurgie, 2., doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3602-0.
23. SRNSKÝ, Pavel. *První pomoc u dětí*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1824-8.
24. SRNSKÝ, Pavel. *Základní norma zdravotnických znalostí.4. přepracované a rozšířené vydání*. Praha: JS Press, 2011. ISBN 978-80-87036-26-6.
25. STOPPARDOVÁ, Miriam. *První pomoc malým dětem - Základy rychlé pomoci*. Praha: Slovárny, 2005. ISBN 80-7209-677-X.
26. STUDNIČKA, Jan. *Život zachraňující úkony*. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2006.
27. SVOBODOVÁ, Eva, VÁCHOVÁ, Alena - Bezpečnost dětí v mateřské škole in *Prevence úrazů, otrav a násilí*, no. 2, roč. VIII, Jihočeský Inzert Expres, s.r.o., Zdravotně sociální fakulta JČU, České Budějovice, 2012, ISSN 1801-0261, s. 207-212
28. TRAPANI, Gianfranco. *První pomoc a zdraví dítěte*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-137-9.
29. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: TRITON, 2002. ISBN 80-7254-290-7.
30. VELEMÍNSKÝ, Miloš, TOMŠÍKOVÁ, Zdeňka a kol. autorů. *Vybrané kapitoly z pediatrie*

6. vydání. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2009. ISBN 978-80-7394-182-6.
31. VIGUÉ, ed., *První pomoc*. Praha: Rebo Productions, 2006. ISBN 80-7234-538-9.
32. ZAHÁLKOVÁ, Milada. *Pediatric pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2327-9.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

1. <http://hades.uhk.cz/fispublic/Student/UcebniPlan.asp?StudOborID1=P-MSB> (online) (cit. 2014-03-22).
2. http://is.muni.cz/predmet/ped/jaro2014/MSBP_BDZ2 (online) (cit. 2014-03-22).
3. (<https://www.pf.icu.cz/stru/katedry/pgps/bc-ms-cp.phtml>) (online) (cit. 2014-03-22).
4. RVP pro obor vzdělání 75-31-M/01 Předškolní a mimoškolní pedagogika. (online) (cit. 2014-02-10). Dostupné z:
http://zpd.nuov.cz/RVP_3_vlna/RVP%207531M01%20Predskolni%20a%20mimoskolni%20pedagogika.pdf
5. Vyhláška č. 64/2005 Sb., o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů. (online) (cit. 2013-12-15). Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-64-2005-sb-1>
6. Vyhláška o předškolním vzdělávání č. 14/2005 Sb. (online) (cit. 2013-12-15). Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-14-2005-sb>
7. Vyhláška č. 263/2007 Sb., kterou se stanoví pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení zřízených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, krajem obcí nebo dobrovolným svazkem obcí (pracovní řád). (online) (cit. 2013-12-15). Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-263-2007-sb>
8. Výroční zpráva ČŠI za školní rok 2010/2011, 2011/2012, 2012/2013. (online) (cit. 2013-12-15). Dostupné z: <http://www.csicr.cz/>
9. Zákon 561/2004 Sb., Školský zákon. (online) (cit. 2013-12-15). Dostupný z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk respondentů.....	37
Graf č. 2: Délka praxe respondentů v MŠ.....	37
Graf č. 3: Dosažené vzdělání respondentů.....	38
Graf č. 4: První pomoc při krvácení z nosu.....	39
Graf č. 5: První pomoc při krvácení z nosu z hlediska délky praxe.....	40
Graf č. 6: První pomoc při dušení vdechnutím cizího tělesa.....	41
Graf č. 7: První pomoc při dušení vdechnutím cizího tělesa z hlediska délky praxe.....	42
Graf č. 8: První pomoc při úderu do hlavy.....	43
Graf č. 9: První pomoc při úderu do hlavy z hlediska délky praxe.....	44
Graf č. 10: Resuscitace.....	45
Graf č. 11: Resuscitace z hlediska délky praxe.	46
Graf č. 12: Ošetření zlomenin končetin.....	47
Graf č. 13: Ošetření zlomenin končetin z hlediska délky praxe.....	48
Graf č. 14: Dotazovaná chronická onemocnění, s kterými se respondenti během praxe setkali.....	52
Graf č. 15: První pomoc při epileptickém záchvatu.....	52
Graf č. 16: První pomoc při epileptickém záchvatu z hlediska délky praxe.....	53
Graf č. 17: První pomoc pro mne znamená.....	54
Graf č. 18: Návštěvnost předškolních pedagogů na školení v první pomoci.....	55
Graf č. 19: Frekvence (perioda) návštěvnosti školení v první pomoci.....	56
Graf č. 20: Povědomí o odborné literatuře v MŠ.....	57
Graf č. 21: Využití znalostí první pomoci.....	58

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

IZS	Integrovaný záchranný systém
HZS	Hasičský záchranný sbor
PČR	Policie České republiky
MP	Městská policie
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	(rendez-vous) tzv. setkávací systém
LZS	Letecká záchranná služby
mmHg	megahertzů
č.	číslo
Sb.	Sbírka zákonů
písm.	písmene
odst.	odstavec
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
RVP	Rámcový vzdělávací program
ČČK	Český červený kříž
MŠ	mateřská škola
ČŠI	Česká školní inspekce
KPR	kardiopulmonální resuscitace
cm	centimetr
např.	například
popř.	popřípadě
apod.	a podobně
tzn.	to znamená
tj.	to je

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Strukturovaný rozhovor – formulář

Příloha č.2: Dětské lékařství

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1) Jaký je Váš věk?

Rozmezí: 19-30

31-40

41-50

51 a výš

2) Jaká je délka Vaší praxe v MŠ?

3) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

4) Navštěvujete pravidelně kurzy a školení v oblasti poskytování první pomoci?

V případě, že ano:

a) Jaká školení?

b) V jakých časových intervalech?

c) Kde a kdy jste byla naposledy proškolená v první pomoci?

d) Jste držitelkou kartičky Červeného kříže?

5) Co Vám školení přináší?

6) Jaká je ve Vaší knihovně v MŠ literatura či příručka poskytování první pomoci?

7) Poskytovala jste za dobu Vaší praxe v MŠ první pomoc?

V případě, že ano, o jaký typ úrazu šlo?

8) V případě poskytování první pomoci byste využila informace ze školení, znalosti z literatury nebo zkušenosti z praxe?

- 9) Jak poskytnete první pomoc, když dítě bude krvácet z nosu?
- 10) Jak poskytnete první pomoc, když se dítě bude dusit bonbonem?
- 11) Jak poskytnete první pomoc, když se dítě udeří do hlavy, rána nekrvácí a dítě je malátné?
- 12) Pokud dítě upadne do bezvědomí, nebude dýchat a nepůjde mu nahmatat tep, jak budete provádět resuscitaci?
- 13) Pokud si dítě zlomí horní či dolní končetinu, co uděláte?
- 14) Když dítě štípne vosa, včela nebo sršáň, co uděláte?
- 15) Setkala jste se během své praxe v MŠ s dítětem, které trpělo chronickým onemocněním (epilepsie, astma bronchiale, diabetes mellitus, hemofilie)?
V případě, že ano, musela jste někdy poskytovat první pomoc při záchvatu, kómatu?
Jak jste první pomoc poskytla?
- 16) Co pro Vás znamená první pomoc?

Příloha č. 2: Dětské lékařství

Dětské lékařství neboli pediatrie patří mezi základní lékařské obory. Nováková (2008 in Sedlářová, 2008) uvádí, že historicky tomu tak nebylo vždy, péče o děti nebyla specializována, ale byla propojena s léčením dospělých. Brachfeld a Černayová (1980) se dále zmiňují, že ze středověku pochází velmi málo zpráv o léčení dětí. Nemocné děti byly ošetřovány doma. Zkušenosti o dětských chorobách se získávaly pozorováním nemocných dětí v domácnosti a v nalezincích, kde byly umístěné děti nemanželské a odložené.

K rozvoji dětského lékařství dochází na začátku 19. století, kdy se pediatrie vyvíjí jako samostatný vědní obor. V roce 1802 byla zřízena první dětská nemocnice v Paříži. V Praze byla založena první dětská nemocnice německá, a to roku 1842. Česká dětská nemocnice byla otevřena v roce 1902. K největšímu rozvoji dětského lékařství a péče o dítě dochází po roce 1945, kdy bylo zřizováno mnoho nových dětských oddělení, kojenecké ústavy, poradny, jesle, dětské domovy, ozdravovny a výzkumné ústavy. Samostatná fakulta se specializací dětské lékařství byla založena v Praze roku 1953.

„Dětské lékařství, pediatrie, je samostatný obor, který se zabývá tělesným i duševním vývojem dítěte zdravého i nemocného, a prostředím, ve kterém dítě vyrůstá.“

(Brachfeld, Černayová, 1980, s. 11)

Lebl (2007) uvádí, že pediatrie je naukou o vývoji lidského jedince. Tím se odlišuje od ostatních klinických oborů. Jde o medicínu vývojovou zabývající se zdravím a nemocí lidského jedince od jeho narození do dosažení dospělosti. Zahálková (2000) dále uvádí, že pediatrie ve spolupráci s porodnictvím zasahuje do prenatálního období. Pediatrie se zabývá nejen vývojem tělesným, duševním, sociálním, ale také citovým. Je zaměřena na prevenci a tím výrazně ovlivňuje nemocnost i v dospělosti. Můžeme tedy říci, že pediatrická péče vnímá dítě jako souhrn jeho bio-psycho-sociálních charakteristik. Mrzena (2009) poukazuje na to, že posláním a cílem pediatrie je řešení patologických procesů, které se vyskytují v období růstu a vývoje dítěte.