Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

Způsoby výuky první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji

Vypracoval: Jakub Jeřábek

Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Ročník 3.

České Budějovice, 2018

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Bachelor Thesis

Ways of education first aid in elementary schools in the region of South Bohemia

Author: Jakub Jeřábek
Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.
Department of Health Education

České Budějovice, 2018

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá, jakými způsoby probíhá výuka první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji.

V teoretické části vysvětluji věci týkající se první pomoci, jako je legislativa první pomoci, doporučené postupy první pomoci či přehled základních situací poskytování první pomoci. Dále zde rozepisuji druhy první pomoci. Vyučování první pomoci je podřízeno rámcovému vzdělávacímu programu, ve kterém jsou řečeny základní okruhy a dále pak školnímu vzdělávacímu programu, kde je upřesněn způsob výuky první pomoci.

V praktické části jsem se pak zaměřil na dotazníkové šetření ve školách v Jihočeském kraji. Výsledky ukazují, jakými způsoby probíhá vyučování první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji.

Klíčová slova

První pomoc, výuka, základní škola, Jihočeský kraj

Abstract

This bachelor thesis deals with the problem of explaining first aid methods to elementary school pupils in South Bohemia region.

The theoretical part is focused on first aid in general, including basic situations reagarding giving first aid. Different first aid procedures are explained here. The question of First Aid complies with the Framework Education Programme. Basic topics are mentioned here. The matter of explaining first aid to pupils also complies with the School Education Programme.

The practical part is focused on questionnaire which was carried out at schools in the region of South Bohemia. The results show how the teaching of first aid is being done at school.

Key words

First Aid, education, elementary school, South Bohemia,

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval 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 cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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.

Datum: 20. 4. 2018

……..

Zvláštní poděkování patří vedoucí mé bakalářské práce paní MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph.D., která mi poskytla cenné rady a celkovou pomoc při zpracování dat z výzkumu.

Obsah

1. Úvod 9

2. Právní ustanovení 10

2.1. Povinnost poskytnout první pomoc 10

2.2. Obecná prevenční a zakročovací povinnost 11

2.3. Překročení práva 12

2.3 Odmítnutí pomoci ze strany postiženého 13

3. První pomoc 15

3.1. první pomoc 15

3.2. Druhy první pomoci 15

3.3. Bezpečnost zachraňujícího 16

3.4. Obecný postup první pomoci 16

3.4.1. Zjistit, co se stalo 16

3.4.2. Zajistit bezpečnost 16

3.4.3. Zajistit stav zraněného 17

3.4.4. Zavolání pomoc 17

4. Vybrané situace poskytování první pomoci 19

4.1. Zástava dechu 19

4.2. Dušení, uvolňování překážky v dýchacích cestách 19

4.3. Zástava oběhu – kardiopulmocerebrální resuscitace (KPCR) 20

4.3.1. AED – Automatický externí defibrilátor 21

4.4. Péče o postiženého v bezvědomí 22

4.5. Krvácení 22

4.5.1. Žilní krvácení 22

4.5.2 Tepenné krvácení 23

4.5.2.1. Osm základních tlakových bodů 23

4.5.2.2. Péče o amputát 25

4.6. Šokové stavy 25
4.6.1. Druhy šoku 26
4.6.2. Protišokový opatření 26
4.6.3. Pravidlo „5T“ 27
5. Rámcové vzdělávací programy (RVP) 29
5.1. Legislativa 29
5.2. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání 30
6. Školní vzdělávací programy 31
6.2. Legislativa 32
7. Cíl práce a výzkumné otázky 33
7.1. Cíl práce 33
7.2. Výzkumné otázky 33
7.3. Metodika 33
8. Výsledky 35
8.1. Dotazník pro ředitele škol 35
8.2. Dotazník pro lektory první pomoci 42
9. Diskuse 49
10. Závěr 54
11. Seznam příloh 56
12. Příloha 57
13. Použité zdroje 64
13.1. Knižní publikace 64
13.2. Internetové zdroje 66

1. Úvod

V dnešním světě plném moderních technologií a informací, ve světě, kdy neohrožení záchranáři a lékaři vyjíždějí do akcí s modře-blikajícím světlem majáku na autě, by se mohlo zdát, že náš profesionální záchranný systém dosahuje takových kvalit a výsledků, kdy není potřeba vyučovat, a ani znát laickou první pomoc. Masová média nás informují daleko více o úspěších profesionálních záchranářů než o pomoci laické veřejnosti.

Lékaři a záchranáři bojují proti selhávání životně důležitých orgánů a tím i proti smrti. Snaží se dostat k pacientovi co nejrychleji. Díky nahodilým událostem, které se stávají na místech různě vzdálených od výjezdových základen zdravotnické záchranné služby, je představa, že by se mohla radikálně zkrátit doba příjezdu zdravotnické záchranné služby na místo neštěstí, téměř nemyslitelná. Zde nastupuje laická první pomoc. Tuto pomoc poskytuje občan bez lékařského vybavení. Je potřeba jí znát a překlenout dobu mezi neštěstím a příjezdem zdravotnické záchranné služby. Tato doba je často rozhodující v otázce života a smrti.

Laická první pomoc je soubor opatření a vědomostí k ošetření zraněných osob, které postihla nějaká náhlá nemoc či úraz. Poskytují ji osoby, které s v inkriminovaný čas nachází na místě s raněným. Můžou to být rodinní příslušníci, přátelé postiženého, či náhodní kolemjdoucí. Lidé poskytující první pomoc se tak stávání prvním článkem v řetězci událostí, který pomůže zraněnému člověku přežit a vrátit se do normálního života. Jednoduché a snadné postupy, které můžou zmírnit fyzickou i psychickou bolest. Čekání na příjezd zdravotnické záchranné služby se může zdát dlouhé jak pro pacienta, tak i pro poskytovatele první pomoci. Jeden z nich má strach ze smrti a ten druhý je svazován bezmocí a čekáním na záchranou službu. Ze strachu z nedostatečného poskytnutí první pomoci, proto stále více lidí navštěvuje kurzy první pomoci.

V této práci se zabývám, jakými způsoby se vyučuje první pomoc na základních školách v Jihočeském kraji a jakým způsobem jsou mladí studenti připravováni na případ poskytování první pomoci (Keggenhoff 2006).

2. Právní ustanovení

2.1. Povinnost poskytnout první pomoc

Poskytnutí laické první pomoci je především morální a etická záležitost. Je však potřeba mít na paměti, že i poskytování první pomoci je legislativně ošetřeno.

Poskytování první pomoci je upraveno zákonem 40/2009 Sb. trestního zákoníku

§ 150 (tr. z.)

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.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

§ 151 (tr. z.)

Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.

Není tedy povinnost poskytnout první pomoc absolutní, jak by se mohlo na první pohled zdát, ale, ale poskytnout první pomoc jen při přímém ohrožení života nemocného, nebo při vážné nemoci. Avšak jako řidiči, jsem povinni poskytnout první pomoc vždy. Nikdy však nesmí dojít k ohrožení zdraví zachraňujícího (zakonyprolidi.cz).

U úplných laiků se považuje poskytnutí první pomoci i pouhé zavolání na některou z tísňových linek. Vždy je však potřeba přihlížet na schopnosti jedince poskytovat první pomoc. Očekává se, že člověk, který pracuje v zdravotnickém zařízení, nebo má certifikáty, které dokazují jeho proškolení v první pomoci (řidiči, zdravotníci, instruktoři sportu, aj.) poskytne ošetření na vyšší úrovni. V případě sporu pak bude záležet na konkrétních okolnostech. Neexistuje zde jednoznačný výklad.

Řidič, který odjede od místa nehody a ani se nepřesvědčí, jestli je potřeba poskytnout první pomoc, se vystavuje možnosti trestného stíhání i v případě že první pomoc potřeba nebyla.

Zachránce nemůže být právně potrestán při poskytnutí první pomoci, při které došlo k zhoršení stavu raněného, nebo i ke smrti. Laik poskytuje první pomoc s nejlepší vědomím a svědomím. Lze však při plně vědomém špatném poskytnutí první pomoci, kdy zachránce naschvál udělá opatření, aby se raněnému zhoršil stav, očekávat soudní následky. Tato však opět záleží na konkrétní situaci (Franěk 2014).

2.2. Obecná prevenční a zakročovací povinnost

Zákon nevyjmenovává všechny druhy rizikového jednání, avšak podle zákona 89/2012 Sb. (občanský zákoník) stanovuje obecnou prevenční a zakročovací povinnost.

Prevence

§ 2900 (o. z.)

Vyžadují-li to okolnosti případu nebo zvyklosti soukromého života, je každý povinen počínat si při svém konání tak, aby nedošlo k nedůvodné újmě na svobodě, životě, zdraví nebo na vlastnictví jiného.

§ 2901 (o. z.)

Vyžadují-li to okolnosti případu nebo zvyklosti soukromého života, má povinnost zakročit na ochranu jiného každý, kdo vytvořil nebezpečnou situaci nebo kdo nad ní má

kontrolu, anebo odůvodňuje-li to povaha poměru mezi osobami. Stejnou povinnost má ten, kdo může podle svých možností a schopností snadno odvrátit újmu, o níž ví nebo musí vědět, že hrozící závažností zjevně převyšuje, co je třeba k zákroku vynaložit (zakonyprolidi.cz).

Tím je myšleno, že pokud jsem schopni odvrátit hrozící nebezpečí nebo poskytovat pomoc, čiňme tak s klidným rozumem, vyvarovat se „zbrklému a hrdinskému jednání". Postupujme s rozmyslem a přiměřenou aktivitou tak, abychom svým jednáním nenadělali více škody, jak užitku.

2.3. Překročení práva

V jistých případech lze, pokud si to žádá situace, překročit hranice zákonů. Toto je ošetřeno v §28 zákona 80/2009 Sb. a §2906, §2907, §2908 zákona 89/2012 Sb. „krajní nouze".

§ 28 (tr. z.)

Krajní nouze

(1) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem.

(2) Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen je snášet (zakonyprolidi.cz).

§ 2906 (o. z.)

Krajní nouze

Kdo odvrací od sebe nebo od jiného přímo hrozící nebezpečí újmy, není povinen k náhradě újmy tím způsobené, nebylo-li za daných okolností možné odvrátit nebezpečí jinak nebo nezpůsobí-li následek zjevně stejně závažný nebo ještě závažnější než újma,

která hrozila, ledaže by majetek i bez jednání v nouzi podlehl zkáze. To neplatí, vyvolal-li nebezpečí vlastní vinou sám jednající.

§ 2907 (o. z.)

Při posouzení, zda někdo jednal v nutné obraně, anebo v krajní nouzi, se přihlédne i k omluvitelnému vzrušení mysli toho, kdo odvracel útok nebo jiné nebezpečí.

§ 2908 (o. z.)

Kdo odvracel hrozící újmu, má právo na náhradu účelně vynaložených nákladů a na náhradu újmy, kterou přitom utrpěl, i proti tomu, v jehož zájmu jednal, nanejvýš však v rozsahu přiměřeném tomu, co odvrátil.

Když zachraňující při záchraně způsobí škodu, která je úměrná k tomu, aby měl zachraňující nejlepší šance plně se uzdravit, je škoda na majetku právně nevymahatelná. Zachránce má dokonce možnost náhrady škody, která vznikla jemu samotnému. To znamená, že pokud je pro záchranu jiného člověka potřeba vykopnout dveře, rozbít okno, znehodnotit oděv aj., zachránce za škodu nezodpovídá. Překračování zákonů však ale nemusí být jen o rozbití majetku a věcí. Porušit zákon lze i třeba v případě, kdy starý muž vykazuje známky infarktu myokardu, nachází se v horské oblasti, kam se záchranná služba nedostane, nebo jen velmi obtížně. V takové případě ho může odvést do nejbližšího místa i osoba, která požila alkoholický nápoj a nebude tím vystavena trestnému stíhání. Nelze však paragrafy o „krajní nouzi“ uplatnit při porušování dopravních předpisů za účelem dostat se do nemocnice kvůli odřenému kolenu, přisátému klíštěti, aj. (zakonyprolidi.cz).

2.3 Odmítnutí pomoci ze strany postiženého

V praxi se můžeme setkat se situací, kdy postižený odmítá a nechce abychom mu poskytli první pomoc. V případě, že se nejedná o život ohrožující situaci (tepenné krvácení) a postižený při plném vědomí deklaruje, že si opravdu naši pomoc nepřeje, je možné první pomoc neposkytnout i v tomto případě, kdy první pomoc poskytnout

chceme. Nelze zachraňovat někoho, pokud si to výslovně nepřeje. V takovém případě nemůže být žádný postih za neposkytnutí první pomoci (zákon 40/2009 Sb. trestní zákoník).

§ 30 (tr. z.)

Svolení poškozeného

(1) Trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení osoby, jejíž zájmy, o nichž tato osoba může bez omezení oprávněně rozhodovat, jsou činem dotčeny.

(2) Svolení podle odstavce 1 musí být dáno předem nebo současně s jednáním osoby páchající čin jinak trestný, dobrovolně, určitě, vážně a srozumitelně; je-li takové svolení dáno až po spáchání činu, je pachatel beztrestný, mohl-li důvodně předpokládat, že osoba uvedená v odstavci 1 by tento souhlas jinak udělila vzhledem k okolnostem případu a svým poměrům.

(3) S výjimkou případů svolení k lékařským zákrokům, které jsou v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe, nelze za svolení podle odstavce 1 považovat souhlas k ublížení na zdraví nebo usmrcení (zakonyprolidi.cz).

3. První pomoc

3.1. první pomoc

První pomoc je soubor opatření, který je třeba provést v případě nehody, akutního onemocnění, či otravy až do příjezdu odborného personálu zdravotnické záchranné služby a tím zajistit, aby se zdravotní stav postiženého dále nezhoršoval.

Mezi základní opatření patří:

Zajištění místa – zajistit, aby nemohlo dojít ke zranění dalších osob, či zachránce.

Zajištění okamžitého ošetření pacienta (zástava krvácení, nepřímá srdeční masáž aj.).

Stabilizovat raněného (stabilizovaná poloha, autotransfuzní poloha aj.).

Snaha zmírnit psychické trauma, komunikace.

Zavolat zdravotnickou záchranou službu.

(Keggenhoff 2006).

3.2. Druhy první pomoci

První pomoc lze dělit do tří kategorií. Tou první je technická první pomoc, která odstraňuje příčinu úrazu. Patří sem například přerušení kontaktu s elektrickým proudem při úrazech elektrickým proudem nebo vynesení postiženého z nedýchatelné oblasti. Ne vždy je možné, aby postiženému takto pomohl sám zachraňující, a proto jsou na místo zásahu povolány jednotky hasičského záchranného sboru, horské služby, vodní záchranné služby aj. Druhou kategorií je pak laická první pomoc, kterou se myslí první pomoc, jenž provádí široká veřejnost. Často k tomu používají improvizované pomůcky. Patří sem i přivolání zdravotnické záchranné služby. Do třetí kategorie pak patří lékařská první pomoc, kterou provádí odborný personál (Fürst 2013).

3.3. Bezpečnost zachraňujícího

V mnoha případech si zachránci dostatečně nezabezpečují svoje okolí a svojí vlastní bezpečnost. Tím sami sebe uvádějí do rizika, při kterém by se mohlo stát další neštěstí. Vždy je na prvním místě zdraví a bezpečí toho, kdo zachraňuje. Dodržování těchto opatření je tedy nutné, aby se mohlo dále pomoci druhému. „Mrtví zachraňující už nikoho nezachrání“ (Keggenhoff 2006).

3.4. Obecný postup první pomoci

3.4.1. Zjistit, co se stalo

Rychle zhodnotit, co se stalo. Pád z výšky, z kola, nebo automobilová nehoda. Náhlá bolest na hrudi naznačuje srdeční potíže (infarkt myokardu). Povislé kouty úst, ochrnutí poloviny těla zase naznačuje cévní mozkovou příhodu.

Zachovat chladnou hlavu. Uvědomit si možné příčiny neštěstí. Zjistit počet zraněných a závažnost zranění. Přivolat pomoc z okolí.

V případě, že je na místě více zraněných osob, je třeba nejprve se věnovat lidem v bezvědomí a s masivním krvácením

3.4.2. Zajistit bezpečnost

Ujistit se, že nemůže dojít ohrožení na zdraví a životě dalších osob, včetně nás (např. vypnutí elektrické sítě).

Zamezit, dalšímu působení vnějších škodlivých faktorů (vysoká a nízká teplota, nedýchatelné ovzduší, chemikálie, oheň, voda) (první-pomoc.cz).

3.4.3. Zajistit stav zraněného

Je třeba zkontrolovat základní životní funkce. Tím zjistíme, jestli je potřeba zahájit KPCR. Zjišťuje se stav dechu, jestli dýchá normálně a zdali je při vědomí.

Při příchodu k pacientu, už lze pozorovat jeho zdravotní stav, jestli leží nebo sedí apod. Hlasitě na něj promluvíme. Pokud nereaguje, chytneme jej za ramena a zatřeseme s ním. Když ani pak nezačne reagovat, přichází na řadu bolestivý podnět. Ten se doporučuje provádět štípnutím do ušního lalůčku nebo přejetím klouby ruky přes hrudní kost. Pokud ani pak nereaguje, je to důvod k zahájení neodkladné resuscitace (viz kapitola 4.3. zástava oběhu).

3.4.4. Zavolání pomoc

Již od základní školy se učíme, jaká jsou čísla tísňových linek. Všichni dokáží vytočit číslo zdravotnické záchranné služby 155, hasičského záchranného sboru ČR 150, policie ČR 158, nebo jednotné číslo pro evropskou linku tísňového volání 112. Jak jej ale správně použít, aby se raněnému dostalo co nejrychlejší pomoci, už nikdo neučí.

Nespornou výhodou je umět na svém mobilní telefonu zapnout hlasitý reproduktor, aby mohl operátor na tísňové lince navigovat zachránce i když používá obě ruce.

Při volání v rámci České republiky se doporučuje, v případě úrazu, nemoci či jiném ohrožení života volat na linku zdravotnické záchranné služby 155. V případě volání na evropskou linku tísňového volání 112, se osoba dovolá na operační středisko hasičského záchranného sboru, které pak následně musí všechny informace předat dispečinku zdravotnické záchranné služby. Je tedy rychlejší a pro zdraví pacienta výhodnější volat ihned na linku 155.

Když se dovoláme na dispečink zdravotnické záchranné služby, je potřeba mluvit pomalu a srozumitelně. Je třeba jasně říct kde se nacházíme. Dispečer sedí u telefonu v krajském městě a neví, kde se volající nachází, je tedy bezpodmínečně nutné mu tuto informaci sdělit. Nevíme-li přesně, kde se nacházíme, snažíme se místo určit alespoň přibližně.

Nejprve se představíme a poté hned poskytneme informaci, kde se nachází zraněný, kterému voláme o pomoc. Tato informace je velice důležitá, protože se může v průběhu hovoru a zjišťování informací od dispečera, stát, že bude hovor náhle přerušen. Na vině může být jak technická chyba v signálu, nebo vybití baterie. Může také dojít k přerušení komunikace, protože volající utrží zranění, kvůli kterým nemůže nadále komunikovat.

Říct charakter zranění. Zdali se jedná o popálení, tonutí, úraz elektrickým proudem, poleptání kyselinou, automobilová nehoda aj.

Zjistit informace o zraněném. Uvést jméno. Jestli je to muž nebo žena. Kolik je mu let (k dětem vždy jede posádka s lékařem). Zjistit další zdravotní stav. Bere-li léky, tak jaké? Má další onemocnění, nebo má-li v operován kardiostimulátor či kardiovertr.

Při uvádění informací se snažíme uvádět informace související s daným případem. Dispečer následně vyhodnotí stupeň naléhavosti a vyšle podle toho posádku, kterou je v danou chvíli nejvhodnější vyslat.

Hovor nikdy neukončuje volající ale dispečer, protože dispečer může vyhodnotit, jestli již zjistil všechny potřebné informace (Citová 2007).

Modelová situace

Dobrý den, jmenuji se Jan Novák. V Českých Budějovicích na náměstí Přemysla Otakara II. spadla malá holka z kola. Je při vědomí. Vypadá to, že má zlomenou ruku a teče jí krev z kolena. Bouchla se do hlavy, ale tvrdí, že si vše pamatuje.

4. Vybrané situace poskytování první pomoci

4.1. Zástava dechu

Člověk nedýchá v normální dechové frekvenci, která se pohybuje mezi 12 až 20 vdechy za minutu. Mezi nejčastější příčiny patří vdechnutí cizího tělesa, silná alergická reakce, poranění hrudníku způsobené úrazem, popálení či poleptání dýchacích cest, zhoršení dýchacích onemocnění.

Nepozorovatelný pohyb hrudníku je jeden z hlavních příznaků. Dále pak není patrný vydechovaný vzduch. Kůže nejprve zčervená a následně dochází ke zmodrání (cyanóza). Ta je způsobena více jak 50 g/l neokysličeného hemoglobinu. Po 90 vteřinách dochází k cyanóze periferních částí (rty, konečky prstů). Po dalších 90 vteřinách se generalizuje po celém těle a do 2-3 minut nastává ztráta vědomí.

Tak, jako při každé první pomoci, je potřeba zavolat zdravotnickou záchrannou službu. Nejprve se z dutiny ústní odstraňují nečistoty volně ležící snadno vyjmutelné dvěma prsty (umělý chrup, rovnátka). Následně se provede záklon hlavy, který zabrání zapadnutí jazyka a zpřístupní dýchací cesty. Lze použít tzv. Esmarchův hmat (obr. 1), tj. šetrné obejmutí úhlu dolní čelisti prsty a brady palci, tlakem vysuneme dolní čelist do předu a palci pootevřeme ústa. Dále se provádí opětovná kontrola dechu poslechem a pohledem. Pokud stále nedýchá, pak mu stiskneme nos a provedeme 5 vdechů. Vdechy provádíme zhruba 2 vteřiny a měly by být plynulé, aby se dostalo do plic co nejvíce vzduchu. Poté počkáme na poklesnutí hrudníku abychom mohli opět vdechnout. V umělém dýchání pokračujeme (tab. 1). Pokud se tak nestane, není slyšet proudící vzduch a ani se nezvadá a neklesá hrudník, je možné, že je v dýchacích cestách nějaká překážka. Překážku je nutné uvolnit.

4.2. Dušení, uvolňování překážky v dýchacích cestách

Je-li postižený při vědomí a dýchá, přestože je zřejmé, že v dýchacích cestách se nachází těleso, které brání normálnímu dýchání, měl by se pokusit těleso vykašlat. Nesnažit se dýchací cesty uvolnit pomocí improvizované pomůcky.

Jestliže postižený nemůže mluvit, nebo úplně přestane kašlat či dýchat, je potřeba pomoct s uvolňování dýchacích cest. První metodou je tzv. Gordonův manévr, který je vhodný při vypuzování těles z horních cest dýchacích. Ten se provádí pěti silnými údery zápěstní hranou jedné ruky mezi lopatky postiženého a druhou rukou je podepírán hrudník. Současně je postižený předkloněný. U malých dětí se zákrok provádí položením dítěte na předloktí zachraňujícího, hlavičku níže než hrudník. Poté se zkontrolují ústa. Pokud se obstrukce dýchacích cest neuvolnila následuje druhý způsob uvolňování dýchacích cest tzv. Heimlichův zákrok (obr. 2). Je třeba, aby se pacient dostatečně předklonil. Zachránce stojí za ním a sevřenou ruku v pěst umístí mezi pupek a výběžek hrudní kosti. Obejme pacienta i druhou rukou a uchopí svou ruku sevřenou v pěst. Pětkrát rázně přitáhne pěst nahoru a k sobě. U lidí v bezvědomí, či rozměrných, že je zachránce neobejme, lze provádět Heimlichův zákrok i v pozici v leže na zádech. Zachránce leží obkročmo nad postiženým, zápěstní hrana jedné ruky se položí mezi pupek a výběžek hrudní kosti. Stlačením k zemi a nahoru provedeme uvolnění dýchacích cest. Opakujeme až pětkrát.

4.3. Zástava oběhu – kardiopulmocerebrální resuscitace (KPCR)

Mezi nečastější příčiny patří infarkt myokardu, hypoxie, úraz elektrickým proudem, otravy, alergie. Příznaky jsou patrné na barvě kůže, která není dostatečně prokrvena, tudíž je bledá až bílá, po 30 vteřinách nastává zástava dechu a již po 6-12 vteřinách ztráta vědomí. Kontrola pulzu laiky se spíše nedoporučuje, protože až v polovinách případů se jedná o chybné měření. V tak vypjaté situaci, jakou je záchrana života, laik často nahmatá svůj vlastní tep.

První pomoc zde začíná přivoláním zdravotnické záchranné služby. V případě, že je příčina zástavy srdce známa (tonutí, otrava, poranění), nebo se jedná o dítě, provádíme nejprve jednu minutu KPCR a až poté voláme záchrannou službu. Kardiopulmocerebrální resuscitaci je potřeba provádět na tvrdé podložce, či na zemi. Nelze provádět na měkkých postelích či lehátkách nebo v sedačce automobilu. Provedením záklonu hlavy uvolníme dýchací cesty. KPCR zahájíme nepřímou srdeční masáží (stlačení hrudníku). Stlačujeme jej ve středu hrudní kosti přibližně do hloubky 5 cm s frekvencí 100 stlačení za minutu.

Takto stlačujeme hrudník v poměru 30:2 tj. 30 stlačení a 2 vdechy. U různých věkových kategorií se může frekvence i poměr stlačení a vdechů měnit (tab. 1). Dlaň jedné ruky přiložíme na střed hrudní kosti a na ní přiložíme ruku druhou. Lokty jsou propnuté a paže směřují kolmo k zemi. Po stlačení se provádí dva vdechy při současném ucpání nosu prsty a pozorování, zda se zvedá hrudník. Není povinnost dýchat do úst neznámé osoby s ohledem na zdraví zachránce. Pokud si nejste jisti, jak správně provádět umělé dýchání, doporučuje se jej vůbec neprovádět. Zhruba každou minutu kontrolovat, zdali nedošlo k obnově krevního oběhu a dýchání.

Kardiopulmocerebrální resuscitaci můžeme ukončit pouze:

Dojde-li k obnově krevního oběhu a dechu (tep min 30/min).

Přijede-li zdravotnická záchranná služba.

Vystřídá-li zachraňujícího jiný člověk.

Dojde-li k absolutnímu vyčerpání sil zachránce (doslova dokud „nepadne vysílením na zem“).

KPCR nezahajujeme, když je zřejmé, že jsou následky úrazu neslučitelné s životem (ztráta mozkové tkáně aj.) (Bydžovský 2004).

4.3.1. AED – Automatický externí defibrilátor

V případě zástavy krevního oběhu je možné použít i malý elektrický přístroj zvaný automatický externí defibrilátor (Obr. 3). Jedná se o přenosný defibrilátor určený pro používání laickou veřejností. Bývá připraven k použití v místech, kde se shromažďuje více lidí (nákupní centra, letiště, koupaliště aj). Ihned po otevření víka AED začne přístroj hovořit českém jazyce. Detailně naviguje a popisuje, co přesně se má dělat. Upozorňuje na nutnost nepřímé srdeční masáže, udává rytmus masáže, ohlašuje, nebo zda je indikován elektrický výboj (Dobiáš 2007).

4.4. Péče o postiženého v bezvědomí

Je-li postižený po úspěšné resuscitaci a je v bezvědomí, nebo je „jen“ v bezvědomí, je potřeba zajisti, aby mu nehrozilo žádné další nebezpečí. To zajistíme uložením zraněného do stabilizované polohy, která zajišťuje uvolnění dýchacích cest a celkovou stabilitu těla. Zraněného člověka položíme do pozice na zádech. Pokrčíme mu pravou nohu v koleni a levou ruku v lokti. Poté jej přetočíme na levý bok a pravou ruku vložíme pod jeho hlavu dlaní dolů (provádí se i na druhou stranu). Tím se zabrání případnému vdechnutí zvratků a zajistí se stabilní poloha. Pravidelně kontrolujeme stav a vyčkáme na příjezd zdravotnické záchranné služby. Každých 30 minut přetáčíme na druhý bok. Jako vždy zavoláme zdravotnickou záchrannou službu.

4.5. Krvácení

Krev transportuje v našem těle kyslík, který je nezbytný k fungování všech orgánů v těle. Je tedy nutné zabránit ztrátám krve. Mezi první ošetření patří stlačení rány (komprese) a zvednutí končetiny nad úroveň srce, aby se snížila rychlost vytékání krve z rány a zůstávala v oběhu. U dospělého jedince lze počítat s objemem krve 4,5 – 6 l. Při ošetřování krvácení, je vhodné používat rukavice, kvůli bezpečnosti zachránce. Z rány neodstraňujeme řádné předměty (kusy skla, větev, kovové úlomky).

4.5.1. Žilní krvácení

Žilní krvácení lze poznat podle barvy krve. Ta je tmavě červená, protože obsahuje neokysličenou krev. Dále lze pozorovat, že krev svévolně vytéká, nikoliv však vystřikuje v pravidelných intervalech shodných se srdečním tepem, jak je tomu při tepenném krvácení.

Ránu ošetříme tzv. tlakovým obvazem (obr. 4). Ten se skládá ze tří složek. Nejblíže k ráně je krycí vrstva, která musí být co nejvíce sterilní, aby nedošlo k infekci. Nejlepší je použít sterilní čtverečky. Druhou vrstvou je vrstva tlaková, která vytváří tlak na ránu. Použijeme na ní nerozvinutý obvaz, složený kus oděvu, nebo složený ručník. Následně vše zpevníme fixační vrstvou, která vše udrží na jednom místě (obinadlo,

obvaz, improvizovaná pomůcka – ručník apod.). Poraněnou část se pak snažíme udržovat nad úrovní srdce, kvůli snížení tlaku krve.

Není-li možnost tlakového obvazu, ránu stlačíme přes čistou látku.

4.5.2 Tepenné krvácení

Krev má jasně červenou barvu způsobenou přítomností kyslíku v krvi. Krev z rány nevytéká, ale vystřikuje vlivem srdečního tepu.

Při tepenném krvácení se používá stisknutí tlakového bodu. Tlakovým bodem se myslím místo, které když se stiskne, tak přestane vystřikovat krev z rány. Musí být stlačen v místě, které je blíže ke středu těla, než je poranění. Princip této metody je stlačení tepny proti kosti a tím zabránit průtoku. Tlakové body jsou umístěny po celém těle (Austin 2015).

4.5.2.1. Osm základních tlakových bodů

Místa tlakových bodů jsou součástí příloho viz obr. 5

Spánková tepna

Použije se v případě krvácení z hlavy. Bod se nachází na spánkové kosti, proti které je stlačena spánková tepna. Lze stlačit jak na pravé, tak i na levé straně, podle umístění krvácející rány.

Lícní tepna

Stlačíme před okrajem žvýkacího svalu v místě, kde tepna přechází přes okraj dolní čelisti. Používá se při krvácení z tváře a úst. Nachází se na pravé i levé straně

Krční tepna

Krční tepna vede podél ohryzku. Stlačuje se pouze jedna strana. Nikdy ne obě, aby nedošlo k zamezení přístupu krve do hlavy. Používá se při krvácení z jazyka nebo krční tepny. Lze použít metodu, při níž si zraněný sám drží krční tepnu. Pacient vzpaží končetinu, která je na druhé straně, než je zranění. Zaškrcovadlo se vede přes ránu na

druhou stranu těla, pod ramenním kloubem. Když se paže vrátí zpět do upažení, vznikne tlak tlakový bod krční tepny.

Podklíčková tepna

Použije se při krvácení z ramene, nebo při vzniklé amputaci končetiny

Pažní tepna

Stlačuje se mezi dvojhlavým a trojhlavým svalem pažním (mezisvalová rýha) proti kosti pažní. Použije se při krvácení z předloktí nebo ruky. Existuje jak na pravé straně, tak na levé

Břišní tepna

Tlakový bod, který se nenachází na obou stranách těla. Břišní tepna vede středem těla a zaškrcuje se stlačením proti páteři. Ruka je sevřená v pěst, kterou krouživými pohyby tlačíme na těsně nad pupek a tím se stlačí břišní tepna. Použije se při amputaci dolní končetiny.

Stehenní tepna

Stlačení tepny v tříslech. Opět lze stlačit tepnu jak v levé dolní končetině, tak i v pravé dolní končetině. Při nízké amputaci dolní končetiny, nebo při krvácení ze stehna.

Podkolení tepna

V podkolení jamce při současném ohnutí kolenního kloubu. Používá se při krvácení z lýtka, holeně, či nohy (Pokorný 2010).

Krvácení lze zastavit i zaškrcením. Tato metoda je ale až krajním postupem. Při špatném zaškrcení je možnost, že následkem přílišného utažení dojde k poškození cév i kůže a v krajním případě může dojít i na amputaci. Pokud je zaškrcení nevyhnutelné, je nejvhodnější použít škrtidlo o šířce alespoň 10 cm aby došlo k co nejlepšímu zaškrcení a k minimalizaci zranění. Zaškrcují se pouze horní a dolní končetiny. Dále se zaškrcení použije při amputaci, kdy kromě zaškrcení tepny amputovanou oblast sterilně kryjeme.

4.5.2.2. Péče o amputát

V případě, že dojde vlivem nehody k amputaci části těla (prsty na ruce, části paže, nohy, apod.), je potřeba se o amputovanou část vhodně postarat. Lékaři jsou schopni v mnoha případech tuto amputovanou část zase navrátit na její původní místo.

Amputát se v prvé řadě očistí od nečistot (piliny, zemina apod.) pod proudem tekoucí vody. Pak jej vložíme do igelitového pytlíku a ten se vloží do dalšího pytle s připravenou studenou vodou a pár kostkami ledu. Nikdy nedáváme amputovanou část jen do ledu, mrazáku, mléka a podobně.

O amputovanou část se staráme až v případě, že jsou pacientovy životní funkce a zdravotní stav zajištěny do doby, než přijede sanitka (Hrušková 2010).

4.6. Šokové stavy

Šok je obraná reakce, která nastává při snížení krve v tělním oběhu. Jedná se o velmi vážnou komplikaci a může dojít i k ohrožení života. Jedná se o centralizaci oběhu. To znamená, že tělo se chrání proti nedostatku krve, a tudíž i nedostatku okysličení orgánů tím, že sníží energetickou náročnost periferních a pro život ne nezbytných životních funkcí. Příznaky takového šoku jsou únava, třes, bledá kůže, závratě, nízký krevní tlak v důsledku menšího oběhu tekutin v tělním řečišti. Další příznak je pak zvýšený krevní pulz, který funguje jako kompenzace za snížený objem krve.

4.6.1. Druhy šoku

Hypovolemický šok

Hemoragický – Ztráta krve a současně malá tkáňová dezintegrace, krvácení zevní i vnitřní (bodné zranění, krvácení z trávicího traktu).

Traumatický – Krvácení v důsledku rozsáhlého zranění (polytraumata).

Popáleninový – Ztráta krevní plazmy z popálených ploch.

Dehydratační – Ztráta vody a iontů (neprůchodnost střev, zvracení, průjmy).

Endokrinní – Adrenální krize nebo hyperfunkce štítné žlázy.

Kardiogenní šok

Akutní infarkt myokardu, plicní embolie, srdeční selhání, tamponáda perikardu.

Septický šok

Vlivem popálenin, pooperační infekce (horečky).

Anafylaktický šok

Reakce těla na léky, cizorodé látky vniknuté do těla (hmyzí jed, hadí jed). Projevuje se nástupem horečky a třesavky, zvracení, zvýšený srdeční tep, zhoršené dýchání (dušnost).

Neurogenní šok

Dochází k němu při poruše centrální nervové soustavy. Může být způsobena úrazem hlavy, nebo i intoxikací léky. Dochází k velkému rozšíření cév a tím k tzv. relativnímu hypovolemickému šoku (Pokorný 2010).

4.6.2. Protišoková opatření

Je to soubor opatření, který se používá při šokových stavech. Jedná se o úkony, které sníží ztrátu krevních tekutin z těla a napomáhají raněnému lépe zachovat nezbytné životní funkce.

Uložení do protišokové polohy – leh na podložce a nohy podložit tak, aby svíraly se zemí úhel 30°. Tím je pomocí gravitace ulehčena centralizace krevního oběhu (krev se

dostává hlavně k životně důležitým orgánům). Lze uložit raněného i do polohy, kdy je celé tělo nakloněno tak, aby nohy byly výše než hlava.

Autotransfuzní poloha – Horní a dolní končetiny jsou zvednuty kolmo k podložce.

U kardiogenního šoku se používá tzv. Fowlerova poloha v polosedě. Dále zajišťujeme klid a podáváme nitráty ve formě tablet nebo spreje pod jazyk.

U anafylaktického šoku se podávají léky antihistaminika (léky proti alergii) a snižuje se tělesná teplota studenými zábaly.

4.6.3. Pravidlo „5T“

Teplo

Udržení správné teploty těla a zabránit podchlazení nebo přehřátí raněného. Používá se k tomu např. izotermická fólie. Tato fólie má jednu stranu pokrytou hliníkovou vrstvou, která velmi dobře odráží teplo, proto je vhodná při potřebě, aby raněný neprochladl. Podchladnutí hrozí i na relativně teplé zemi (podlaha, asfalt) 25°C. V praxi se folie přikládá stříbrnou stranou k tělu pacienta. Lze použít i improvizované pomůcky jak zajistit teplo (deky, igelitové folie, oblečení apod.)

Ticho

Pokusit se navodit klidnější atmosféru v už tak napjaté situaci, může hrát veliký efekt na zdravotní stav raněného. Při pocitu klidu a vědomí, že pomoc je již na cestě, může dojít i uklidnění organismu a tím ke zlepšení situace. Může dojít ke zklidnění dechové frekvence, nebo k snížení srdečního tepu a menším ztrátám krve.

Tišení bolesti

Fixace zlomenin zástava krvácení, znehybnění. Nikdy nepodávat léky na tišení bolesti ústy, protože by mohlo dojít k vdechnutí léku. Může dále dojít ke zvracení. Lék se nemusí dostat do žaludku nebo být správně vstřebán v důsledku centralizace systému.

Tekutiny

Nikdy nepodávat žádné tekutiny i když si to raněný přeje. Kvůli nevědomosti, jaká zranění může pacient všechna mít, by bylo podání tekutin velice riskantní. Žízeň lze částečně zahnat svlažování rtů.

Transport

Rychlé zajištění zdravotnické záchranné služby, která zajistí transport. Je možné, že nastane situace, kdy bude rychlejší odvést raněného do nemocnice sami. Je však důležité, aby se při takové manipulaci zacházelo s pacientem velice opatrně a zabránilo se zhoršení stavu nebo dalšímu zranění (Kurucová 2008).

V dnešním světě může dojít k nespočet situacím, ve kterých je potřeba použít znalosti z první pomoci. Není v našich silách se připravit na všechny možné nastalé situace a postupovat vždy podle předem daných postupů. Je ale potřeba uvědomit si základní fungování lidského těla a udržet raněného naživu až do příjezdu zdravotnické záchranné služby.

Umění poskytnout první pomoc může v mnoha případech rozhodovat o životě či smrti postiženého. Je tedy na každém z nás znát alespoň základy poskytování první pomoci a umět tak pomoci člověku v nouzi.

5. Rámcové vzdělávací programy (RVP)

5.1. Legislativa

Rámcové vzdělávací programy jsou obecně závazné rámce pro tvorbu školních vzdělávacích programů (ŠVP), určené pro vzdělání předškolní, základní, základní umělecké, jazykové a střední školy. Tento rámec je v České Republice ošetřen zákonem č. 561/2004 Sb. a později novelizován v 2015 pod č. 82/2015.

V zákonu č. 561/2004 Sb. §3 odstavec 2 pak uvádí, že pro každý obor vzdělání v základním a středním vzdělávání a pro předškolní, základní umělecké a jazykové vzdělávání se vydávají rámcové vzdělávací programy. Rámcové vzdělávací programy vymezují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání; jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů, hodnocení výsledků vzdělávání dětí a žáků, tvorbu a posuzování učebnic a učebních textů a dále závazným základem pro stanovení výše finančních prostředků přidělovaných podle § 160 až 162.

561/2004 Sb. §4

Rámcové vzdělávací programy

Rámcové vzdělávací programy stanoví zejména konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, a to všeobecného a odborného podle zaměření daného oboru vzdělání, jeho organizační uspořádání, profesní profil, podmínky průběhu a ukončování vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů, jakož i podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a nezbytné materiální, personální a organizační podmínky a podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví. Podmínky ochrany zdraví pro uskutečňování vzdělávání stanoví ministerstvo v dohodě s Ministerstvem zdravotnictví.

Rámcové vzdělávací programy musí odpovídat nejnovějším poznatkům:

a) vědních disciplín, jejichž základy a praktické využití má vzdělávání zprostředkovat

b) pedagogiky a psychologie o účinných metodách a organizačním uspořádání vzdělávání přiměřeně věku a rozvoji vzdělávaného.

Podle těchto hledisek budou rámcové vzdělávací programy také upravovány. Tvorbu a oponenturu rámcových vzdělávacích programů zajišťují příslušná ministerstva prostřednictvím odborníků vědy a praxe, včetně pedagogiky a psychologie.

Rámcové vzdělávací programy vydává ministerstvo po projednání s příslušnými ministerstvy. Rámcové vzdělávací programy pro zdravotnické obory vydává ministerstvo po projednání s Ministerstvem zdravotnictví. Rámcové vzdělávací programy zaměřené na přípravu k výkonu regulovaného povolání vydává ministerstvo po projednání s příslušným uznávacím orgánem. Rámcové vzdělávací programy pro obory vzdělání ve školách v působnosti Ministerstva obrany, Ministerstva vnitra a Ministerstva spravedlnosti vydávají tato ministerstva po projednání s ministerstvem. Rámcové vzdělávací programy pro odborné vzdělávání projednají ministerstva před jejich vydáním s příslušnými ústředními odborovými orgány, příslušnými organizacemi zaměstnavatelů s celostátní působností a kraji.

Rámcové vzdělávací programy je možné v závažných případech měnit, a to s účinností nejdříve od začátku následujícího školního roku, pokud nejde o změny vyplývající z platných právních předpisů. V takovém případě ministerstvo, které rámcový vzdělávací program vydalo, zveřejní změnu s dostatečným časovým předstihem.

Rámcové vzdělávací programy a jejich změny zveřejňují ministerstva, která je vydala, vždy způsobem umožňujícím dálkový přístup.

5.2. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

Problematika první pomoci spadá podle RVP do tematického okruhu člověk a jeho zdraví. Zde by se měl student naučit, jak dodržovat prevenci zdraví a jak poskytovat první pomoc. Učivo péče o zdraví uvádí poskytnutí první pomoci při drobných

poraněních. Dále je zde uvedena minimální doporučená úroveň dovednosti poskytnutí první pomoci při zasažení pokožky kyselinou, otravě houbami, poranění a jiném poškození těla, likvidaci následků hromadného zasažení obyvatel, výuce tělesné výchovy, úrazu a drobném poranění, úrazu elektrickým proudem. Je zde taky uvedena potřeba zvládnout první pomoc na nejrůznějších místech (kuchyň, škola, garáž, hřiště, bazén, laboratoř, pozemní komunikace aj.).

O tom, jakým způsobem bude problematika první pomoci probírána, je uvedeno ve školních vzdělávacích programech jednotlivých škol. Látka může být probírána například v hodinách biologie proškoleným vyučujícím, nebo naopak jednorázově externím pracovním českého červeného kříže pouze v blokové výuce (Jeřábek 2017).

6. Školní vzdělávací programy

Školní vzdělávací program (dále jen ŠVP) je dokument, který musí být v souladu s rámcovým vzdělávacím programem. Tento program si školy vytváří samy. ŠVP je sepsán a vydán ředitelem příslušné školy, pro kterou je program vytvořen. Školní vzdělávací program musí být veřejně přístupný. Může se stát, že RVP není vydán pro nějakou formu vzdělávání, v tom případě musí být informace a podmínky stanoveny v ŠVP podle §5 zákona č. 561/2004 Sb.

Ředitelé mohou prostřednictvím ŠVP svou školu zaměřovat na vybrané druhy vzdělávání a tím jí odlišit od jiných škol. Mohou nabízet vlastní možnosti o druhu vzdělávání. Lépe mohou spolupracovat na projektech s jinými odbornými školami a vzdělávacími zařízeními. Můžou částečně zjednodušit výklad učiva, aby nedocházelo k zbytečné duplicitě učiva. Svými předpisy posilují i dobré vztahy v kolektivu mezi učiteli a žáky i mezi sebou navzájem. Rámcový vzdělávací program je pro své široké možnosti skvělým nástrojem, jak profilovat studenty i školu (Tamtéž).

6.2. Legislativa

Zákon č. 561/2004 Sb. §5 říká, že:

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

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

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

7. Cíl práce a výzkumné otázky

7.1. Cíl práce

Cílem práce bylo zmapovat, jakým způsobem probíhá výuka první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji.

7.2. Výzkumné otázky

1. Jakou formou probíhá výuka první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji.

2. Jaký je tematický obsah problematiky první pomoci vyučující se na základních školách v Jihočeském kraji.

3. Kdo vyučuje první pomoc na základních školách v Jihočeském kraji.

7.3. Metodika

Pro výzkumnou část jsem použil kvantitativní výzkum. Ten obsahoval dva dotazníky, z nichž jeden byl určen pro ředitele základních škol a druhý pak pro lektory první pomoci. Dotazníky byly rozeslány do 246 základních škol.

Dotazníkové šetření probíhalo podobu jednoho měsíce, a to v době od 5. března 2018 do 6. dubna 2018.

Z dotazníků rozeslaných do 246 základních škol v Jihočeském kraji se jich vrátilo 131 (53,3 %) vyplněných od ředitelů základních škol a 102 (41,5 %) vyplněných od lektorů první pomoci.

První dotazník, byl určen pro ředitele školy. Otázky byly svým zaměřením směřovány tak, aby daly optimální pohled na to, jakým způsobem probíhá výuka první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji. Odpovědi jednotlivých ředitelů škol jsou dále mezi sebou porovnány a shrnuty v kapitole „Závěr“.

Druhý dotazník pak byl směřován přímo na lektory první pomoci. V něm se zjišťoval průběh výuky první pomoci, jaké používají k výuce pomůcky, či zda je čas vyměřený pro výuku dostačující.

K vytvoření dotazníků byl použit internetový portál Survio.com, který se na dotazníkové šetření specializuje. Oba dotazníky obsahovaly shodně pět otázek (viz. příloha), které byly následně graficky zpracovány v programu Survio.com a Microsoft Excel.

U dotazníku pro ředitele základních škol v otázkách 1 a 3, a u dotazníku pro lektory první pomoci v otázkách 2 a 5 bylo možné vybrat více odpovědí. Z tohoto důvodu jsou u těchto otázek vypracovány dva grafy. První z nich ukazuje, kolik procent škol vybralo danou možnost. Druhý graf ukazuje podíl odpovědí v dané škole.

8. Výsledky

Výsledky jsou rozděleny podle toho, pro jakou skupinu lidí byly určeny. V první části budou vyhodnoceny dotazníky pro ředitele škol a v druhé dotazníky pro lektory první pomoci. Dotazníky jsou součástí přílohy.

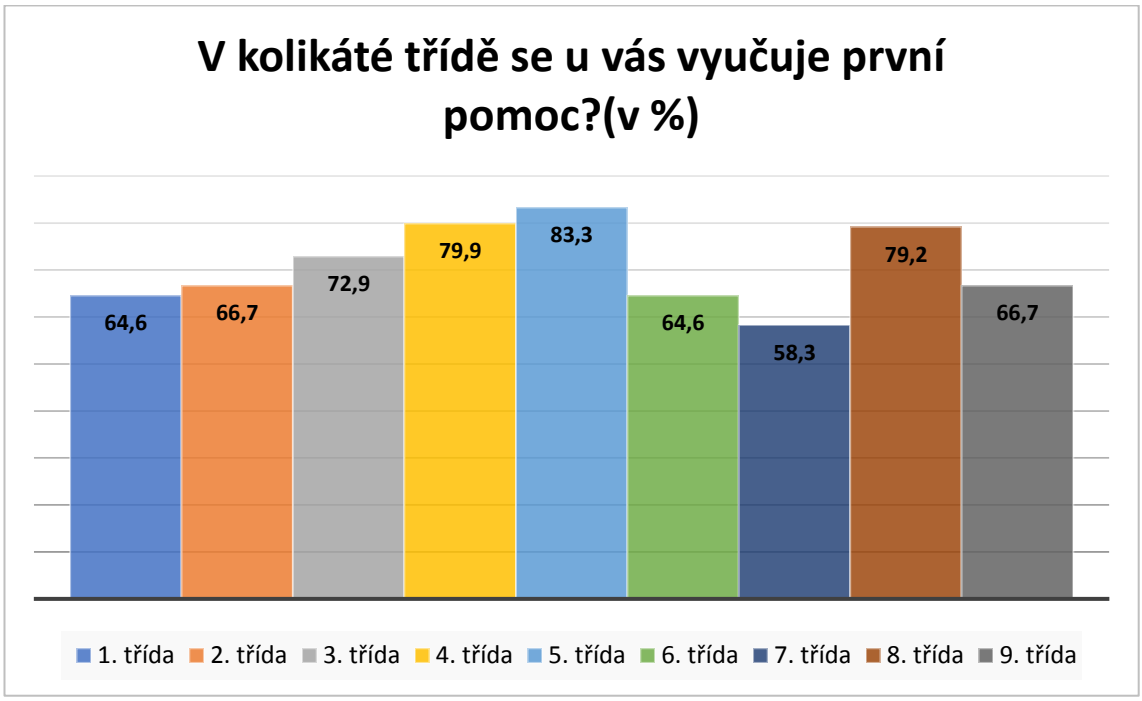
8.1. Dotazník pro ředitele škol

Otázka č. 1: V kolikáté třídě se u vás vyučuje první pomoc?

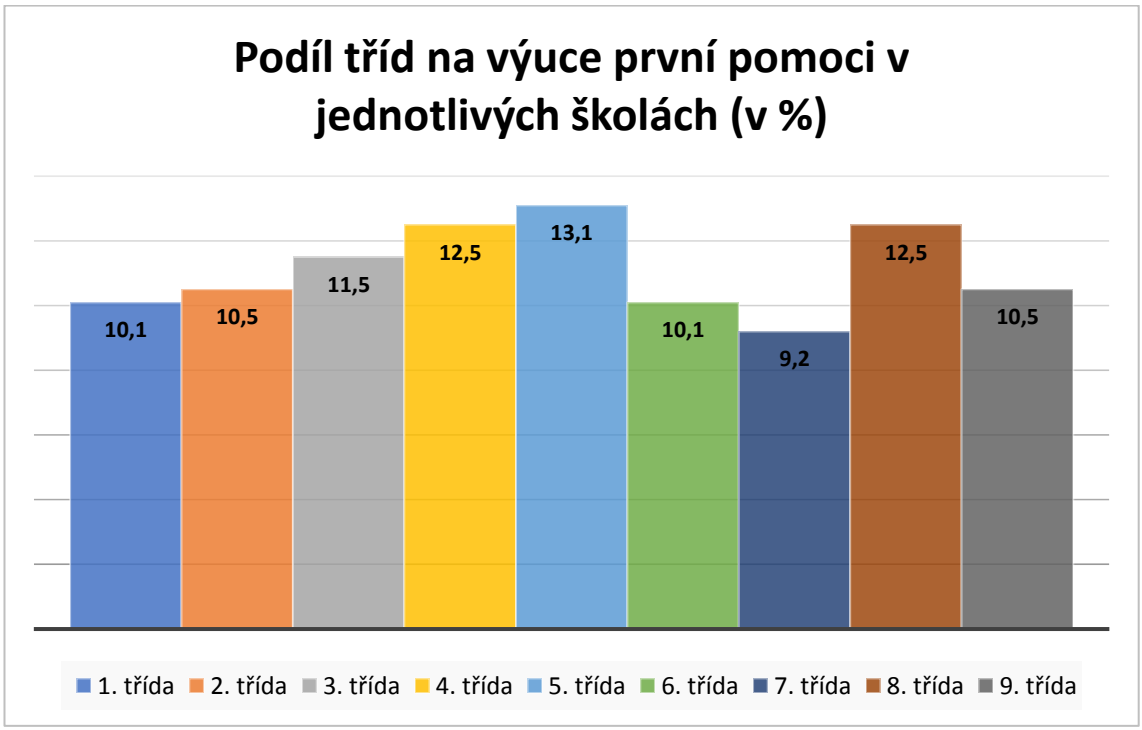
V jakém ročníku se vyučuje první pomoc, si každá škola určuje sama. K této otázce bylo možné zaškrtnout více odpovědí, jelikož některé školy tuto výuku zahrnují opakovaně i do více ročníků. Nejvíce školy zařazují výuku první pomoci, podle grafu 1a. „V kolikáté třídě se u vás vyučuje první pomoc?“, do páté třídy 83,3 % (109 škol). Hned za tím jsou třídy čtvrtá 79,9 % (105 škol) a osmá 79,2 % (104 škol). Nejméně pak školy volí výuku první pomoci v první 64,6 % (85 škol), šesté 64,6 % (85 škol) a sedmé třídě 58,3 % (76 škol).

Pokud se však na problematiku podíváme z opačného pohledu a výsledky přepočítáme abychom dostali výsledky, jakým dílem se podílí jednotlivé třídy na vyučování v rámci školy, tak jak vidíme na grafu 1b „Podíl tříd na výuce první pomoci v jednotlivých školách“. zjistíme, že školy vyučují první pomoc převážně v 5. třídě s podílem 13,1 % a na druhém místě by byly třídy 4. a 8. s 12,5 % podílem.

1a. V kolikáté třídě se u vás vyučuje první pomoc?



1b. Podíl tříd na výuce první pomoci v jednotlivých školách



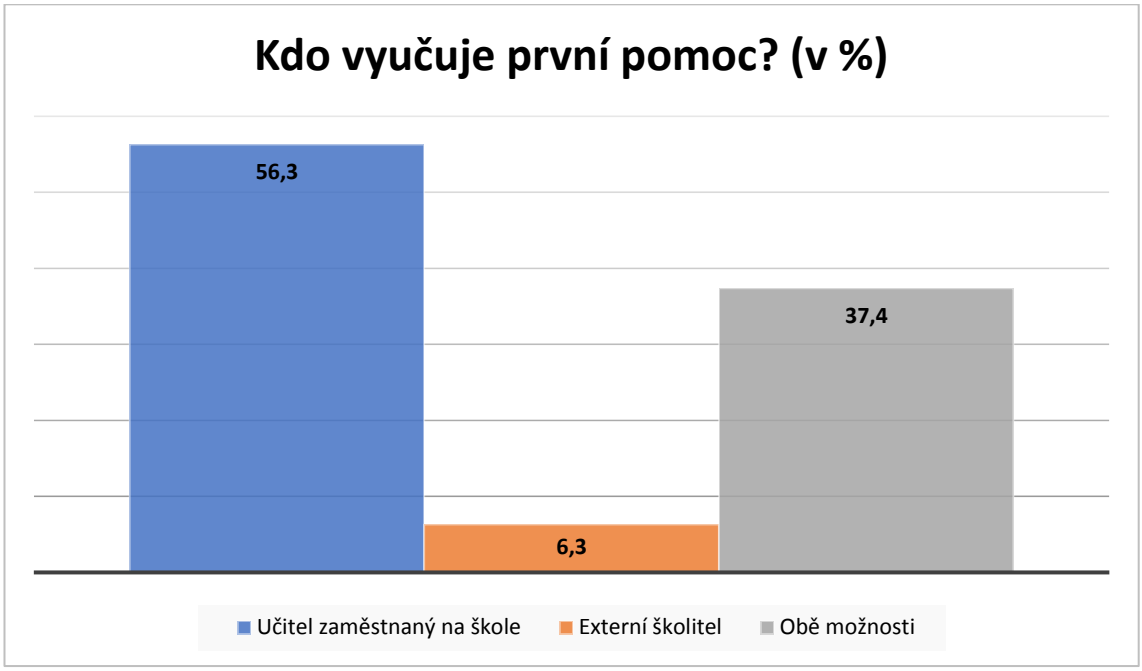
Otázka č. 2: Kdo vyučuje první pomoc?

Podle zjištěných údajů využívají školy k výuce první pomoci nejvíce své vlastní učitele. Pro tuto volbu se rozhodla většina tedy 56,3 % (74 škol). Pro volbu externího školitele se pak rozhoduje 6,3 % (8 škol) a pro obě možnosti se rozhodlo 37,4 % tj. (49 škol).

Z řad vlastních učitelů jsou to především učitelé biologie a přírodopisu. Dále pak výchovy ke zdraví, tělesné výchovy občanské výchovy. Častá je i výuka třídním učitelem.

Externí zaměstnanci jsou pak nejvíce z řad Českého červeného kříže, zdravotnické záchranné služby, studenti zdravotnických škol či zdravotní sestry.

2a. Kdo vyučuje první pomoc?



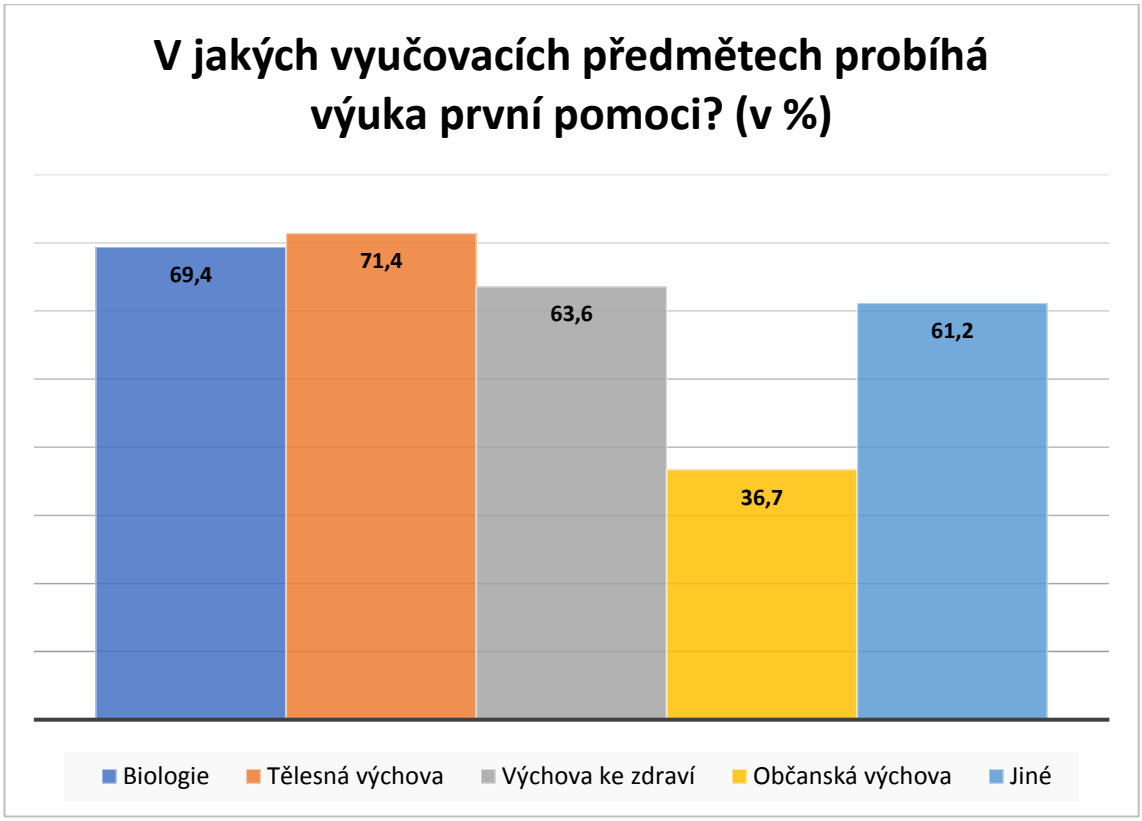
Otázka č. 3: V jakých vyučovacích předmětech probíhá výuka první pomoci?

Obecně školy nejvíce preferují výuku v hodinách tělesné výchovy, biologie, výchovy ke zdraví a občanské výchovy. Tyto výsledky jsou odrazem toho, jaké předměty vyučují učitelé, kteří zároveň vyučují i první pomoc.

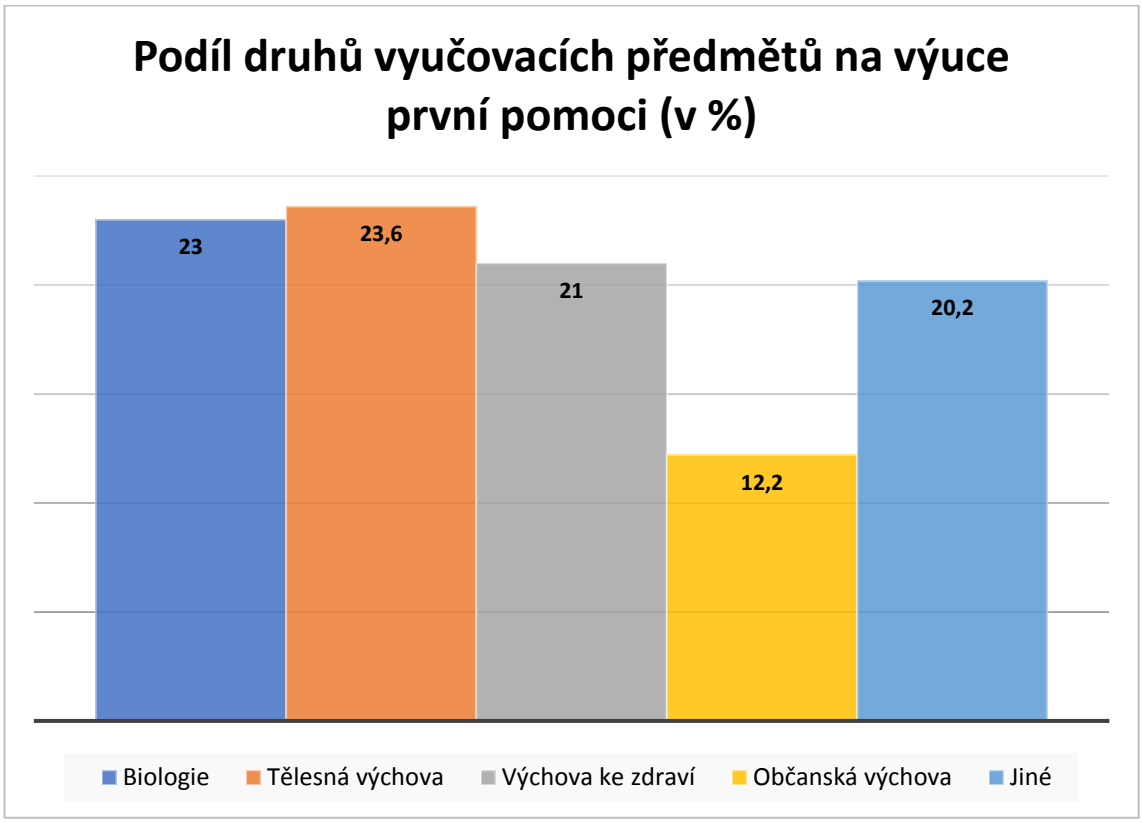
Výuku první pomoci v hodinách tělesné výchovy zvolilo 71,4 % (94 škol). Do hodin biologie nebo tělesné výchovy pak zařazuje 69,4 % (91 škol) respektive 63,3 % (83 škol) (graf 3a. „V jakých vyučovacích předmětech probíhá výuka první pomoci?“).

Z výsledků lze zjisti, jak je rozdělena výuka první pomoci do jednotlivých předmětů v rámci školy. Z 23,6 % se vyučuje v tělesné výchově, z 23 % v biologii, z 21 % ve výchově ke zdraví, z 12,2 % v jiných předmětech (například přírodověda či prvouka) a z 20,2 % v občanské výchově (graf 3b. „Podíl druhů vyučovacích předmětů na výuce první pomoci“). Některé školy dokonce výuku zahrnují i do více než jednoho vyučujícího předmětu.

3a. V jakých vyučovacích předmětech probíhá výuka první pomoci?



3b. Podíl druhů vyučovacích předmětů na výuce první pomoci



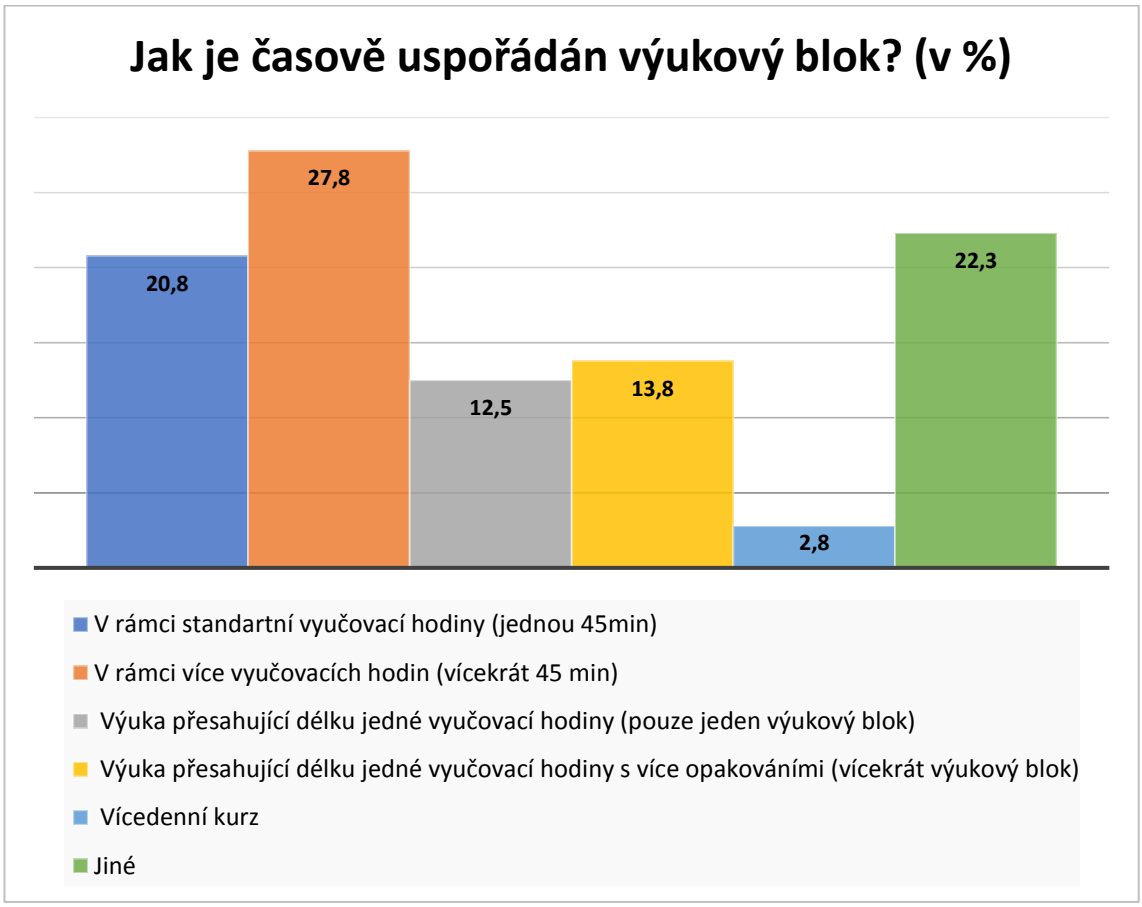
Otázka č. 4: Jak je časově uspořádán výukový blok?

Zde bylo na výběr z několika bodů, tak aby obsáhly co možná nejvíce možností, jak výuku uspořádat.

Nejvíce se vyučuje v rámci standartní hodiny, vícekrát za rok 27,8 % (36 škol). Mezi další pak patří výuka pouze jednu vyučovací hodinu 20,8 % (27 škol), či jeden den vyhraněný výuce první pomoci (branný den, projektové dny) spadající do kolonky „jiné“ 22,3 % (29 škol).

Nejméně používané uspořádání výukového času jsou vícedenní kurzy 2,8 % (4 školy). Tento výsledek je z největší pravděpodobností zapříčiněn vyšší finanční zátěží a potřebou uvolnit žáky na více dnů, a tím narušit jejich výuku v jiných předmětech.

4a. Jak je časově uspořádán výukový blok?



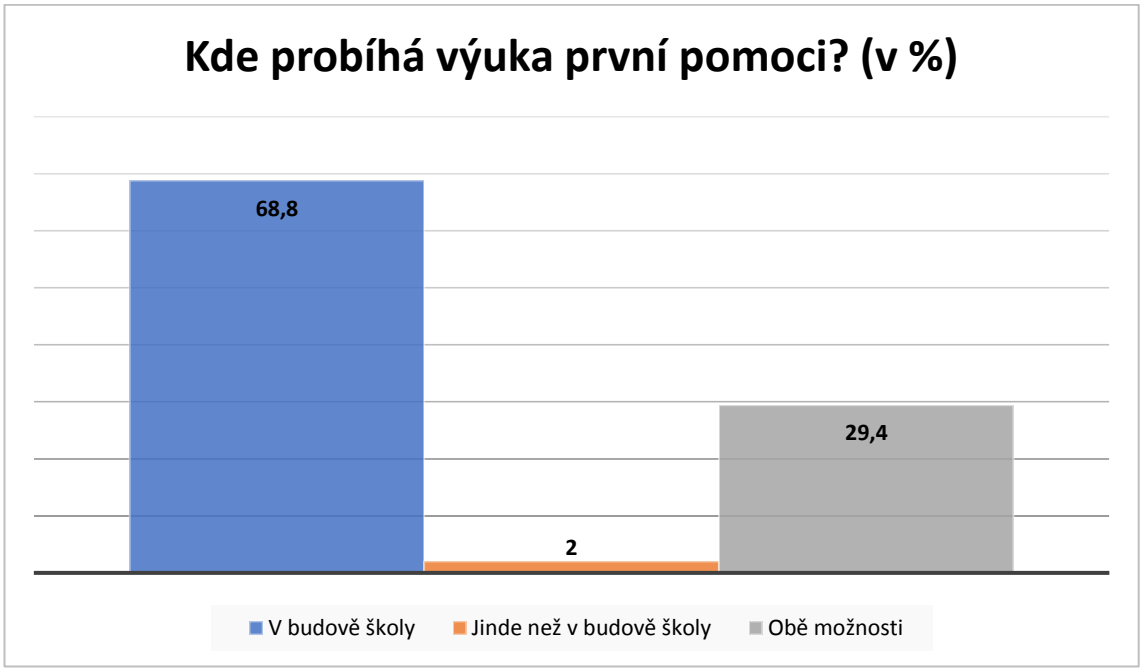
Otázka č. 5: Kde probíhá výuka první pomoci?

Podle výzkumu probíhá v 68,8 % (90 škol) v budově školy. Pouze ve 2 % (3 školy) probíhá výuka pouze mimo budovu školy a v 29,4 % (39 škol) zvolily školy obě možnosti. Tento výsledek je zcela v analogii s výsledky předešlých otázek. Protože většina výuky první pomoci se vyučuje v rámci vyučovacích hodin (viz otázka č. 4), je nepřekvapující, že i prostory budou tomu odpovídající, tedy v budově škol.

Část výuky probíhá také v jiných prostorách. V areálu školy, jako je hřiště, dvůr nebo jiné školní pozemky.

Výuka také probíhá v místě, kde pracují lektoři první pomoci. Může se jednat o stanici hasičského záchranného sboru, středisko zdravotnické záchranné služby nebo jiné složky integrovaného záchranného systému.

5a. Kde probíhá výuka první pomoci?



8.2. Dotazník pro lektory první pomoci

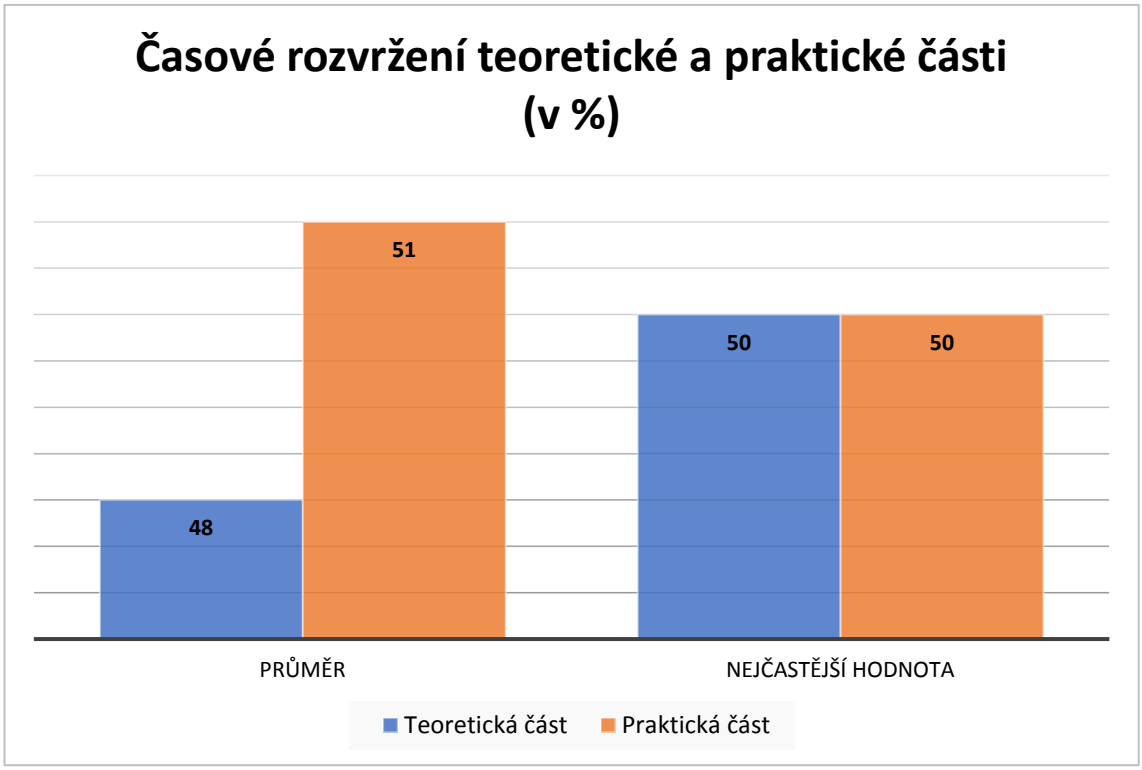
Otázka č. 1: Kolik procent času věnujete teoretické a kolik praktické části výuky?

Poměr mezi teoretickou a praktickou částí výuky se blížil jedné. Výsledky žádné velké výkyvy nenaznačují, kde by měla převahu teoretická nebo praktická část výuky. Nejvíce převládá možnost, kde se respondenti vyjadřují 50% pro teoretickou a 50% pro praktickou část. Průměrně to pak vychází na 48% teorie a 51% praxe.

Z výsledků je zřejmé, že se lektoři snaží o co nejvyšší vyváženost výuky. Neupřednostňují jednu formu před druhou, tak aby výuka probíhala hladce a byla co nejefektivnější.

V minimálních případech se objevovali i extrémní rozdíly poměrů teoretické a praktické části, kdy teoretická část byla upřednostněna na úkor praktické v poměru 90 /10 , nebo jako v opačném případě kdy převládala praktická část nad teoretickou v poměru 80 / 20. Tyto výsledky však neměly na celkový vyvážený poměr žádný významný vliv.

6a. Časové rozvržení teoretické a praktické části



Otázka č. 2: Odkud čerpáte materiály pro výuku?

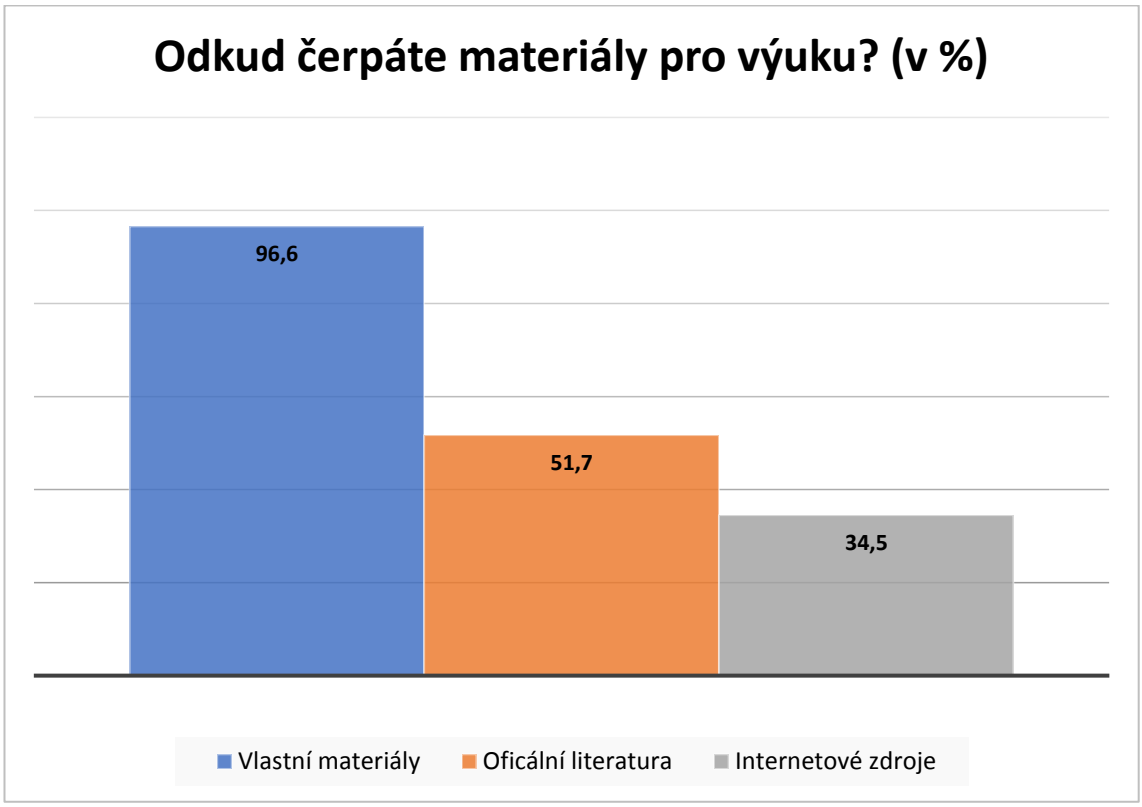
Zde je uvedeno odkud čerpají lektoři první pomoci materiály pro výuku. Z výsledů je jasné, že téměř všichni volí pro výuku materiály, které si sami vytvořili ze svých zkušeností. Pro využívání vlastních zdrojů při výuce první pomoci se vyjádřilo 96,6 % (99) všech lektorů (graf 2a „Odkud čerpáte materiály pro výuku?“). Jsou zde zahrnuty informace a zkušenosti, které se naučili při výukách prvních pomocí, při práci nebo při různých seminářích.

Knižní zdroje pak zvolilo téměř 51,7 % (53 lektorů). Nejčetnější literatura byly zvolena publikace od Českého červeného kříže. Velice používané jsou také učebnice přírodopisu, či výchovy ke zdraví.

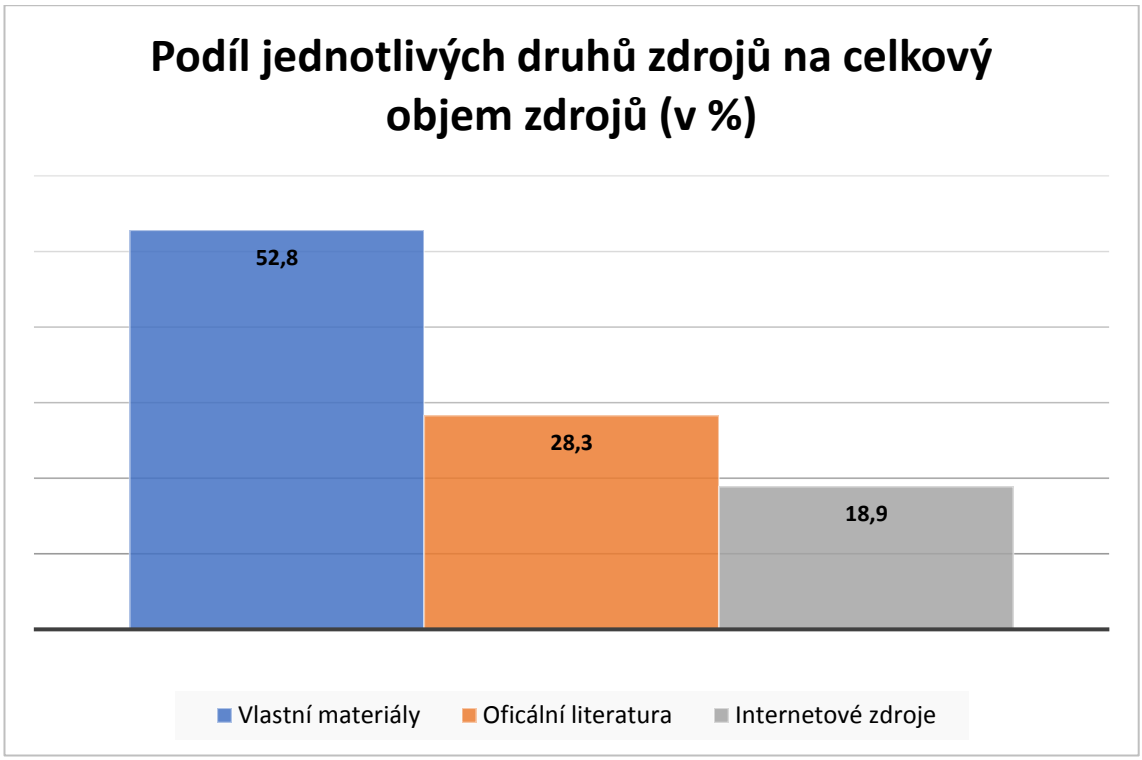
Z internetových zdrojů jsou nejvíce používány stránky www.záchranny-kruh.cz, www.cervenykriz.eu a www.mimoni.cz a video ukázky ze serveru www.youtube.com. Tuto možnost zvolilo 34,5 % (35 lektorů).

Lektoři mají portfolio odkud čerpají informace rozdělené do 3 oblastí. Z grafu 2b. „Podíl jednotlivých druhů zdrojů na celkový objem zdrojů“, zjistíme, že lektoři své zdroje rozdělují dle podílů na 52,8 % z vlastních matriálů, 28,3 % z oficiální literatury a 18,9 % z internetových zdrojů.

7a.Odkud čerpáte materiály pro výuku?



7b. Podíl jednotlivých druhů zdrojů na celkový objem zdrojů



Otázka č. 3: Používáte k výuce ukázková videa, prezentace apod.?

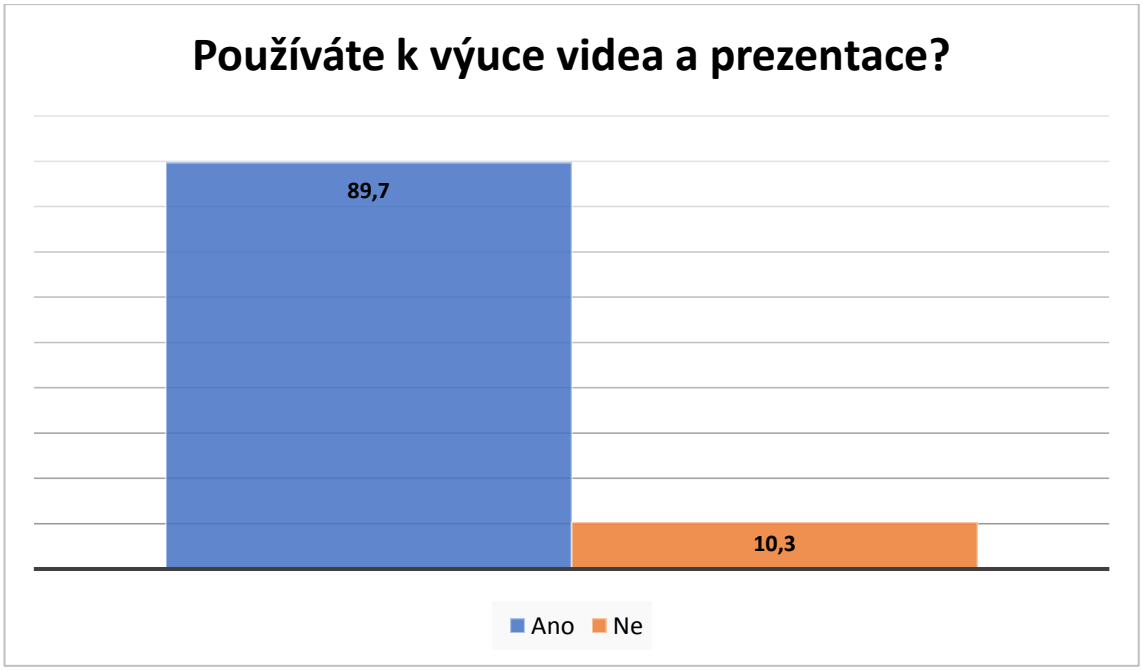
V této otázce odpovědělo 10,3 % (11) lektorů, že k výuce nepoužívají ukázková videa, či prezentace.

Převládá pak názor na výuku první pomoci, že ukázková videa a prezentace jsou vhodnými způsoby výuky. Tuto možnost vybralo 89,7 % (81) lektorů.

Tato videa napomáhají k lepšímu pochopení situace, do které se mohou žáci dostat. Pomáhají lépe vysvětlit událost, kterou by bylo v některých případech velmi obtížné nasimulovat a tím pomáhají k lepšímu zapamatování správných postupů.

Nejčastěji se videa a prezentace zabývaly poskytování nepřímé srdeční masáže (KPCR), zástavě krvácení, uložení do stabilizovaných poloh, nebo ukázky správného chování při autonehodě a mimořádné události.

8a. Používáte k výuce videa a prezentace?



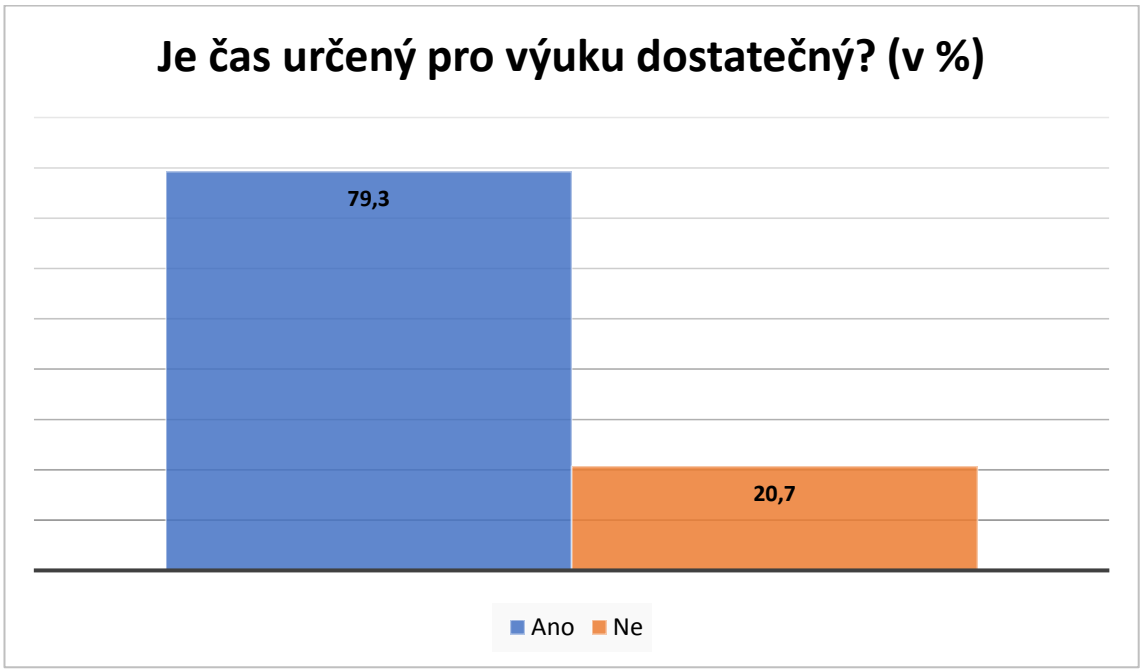
Otázka č. 4: Myslíte si, že je čas určený pro výuku první pomoci dostatečný?

Většina dotazovaných lektorů první pomoci 79,3 % (81 lektorů) se shoduje, že čas, který je určený pro výuku první pomoci, je dostačující.

Pouze v 20,7 % (21 lektorů) zvolili respondenti možnost, že čas není dostačující. Ti pak z pravidla nabízí alternativy jako navýšení hodin v rámci výuky. Nejčastější byla varianta zavedení samostatného předmětu, který by se zabýval výukou první pomoci.

Zvýšení časové dotace pro výuku první pomoci by se promítlo do znalostí žáků, kteří se první pomoc učí. V případě více času, by se probíraná látka mohla rozebírat více dopodrobna, pomaleji nebo důkladněji a zvýšila by se tím tak šance na zapamatování učiva žáky.

9a. Je čas určený pro výuku dostatečný?



Otázka č. 5: Jaké pomůcky první pomoci k výuce používáte?

Praktická ukázka je nezbytná k výuce první pomoci. Využití reálných pomůcek a nácvik práce s nimi je pro žáky bezesporu přínosné. Je tedy vhodné používat co nejvíce pomůcky se kterými se může žák reálně dostat do styku a bude potřeba aby věděl, jakým způsobem je používat.

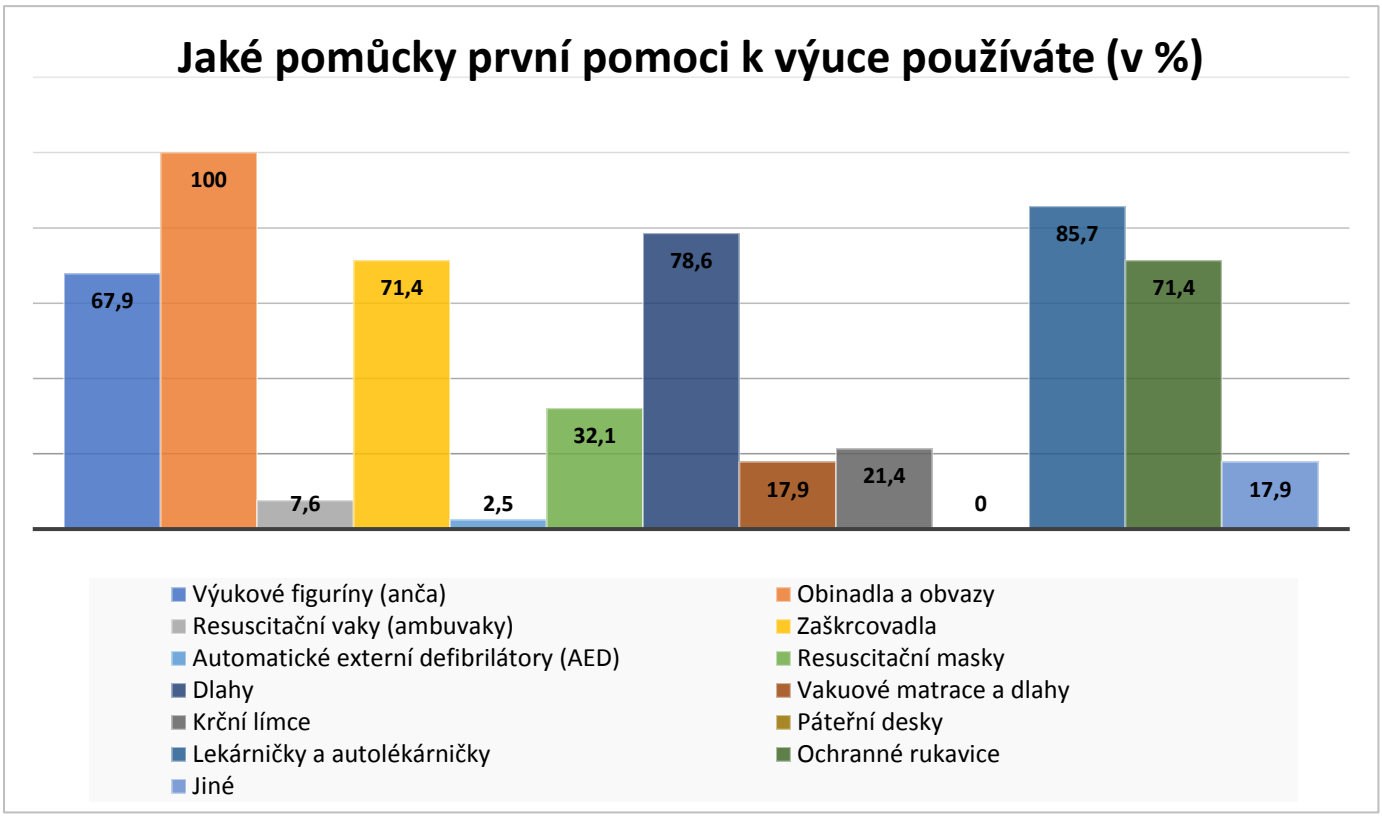
K výuce nejčastěji lektoři první pomoci používají obinadla a obvazy (graf 10a. „Jaké pomůcky první pomoci k výuce používáte?“). Tuto možnost vybrali všichni dotazovaní (102 lektorů). Dále patří mezi hojně používané výukové figuríny 67,9 % (69 lektorů), ochranné rukavice 71,4 % (73 lektorů) , dlahy 78,6 % (80 lektorů) a lékárničky s autolékárničkami 85,7 % (87 lektorů).

Někteří využívají i volně přístupné materiály k nácviku výroby improvizovaných pomůcek a v některých případech používají lektoři i umělou krev a umělé rány.

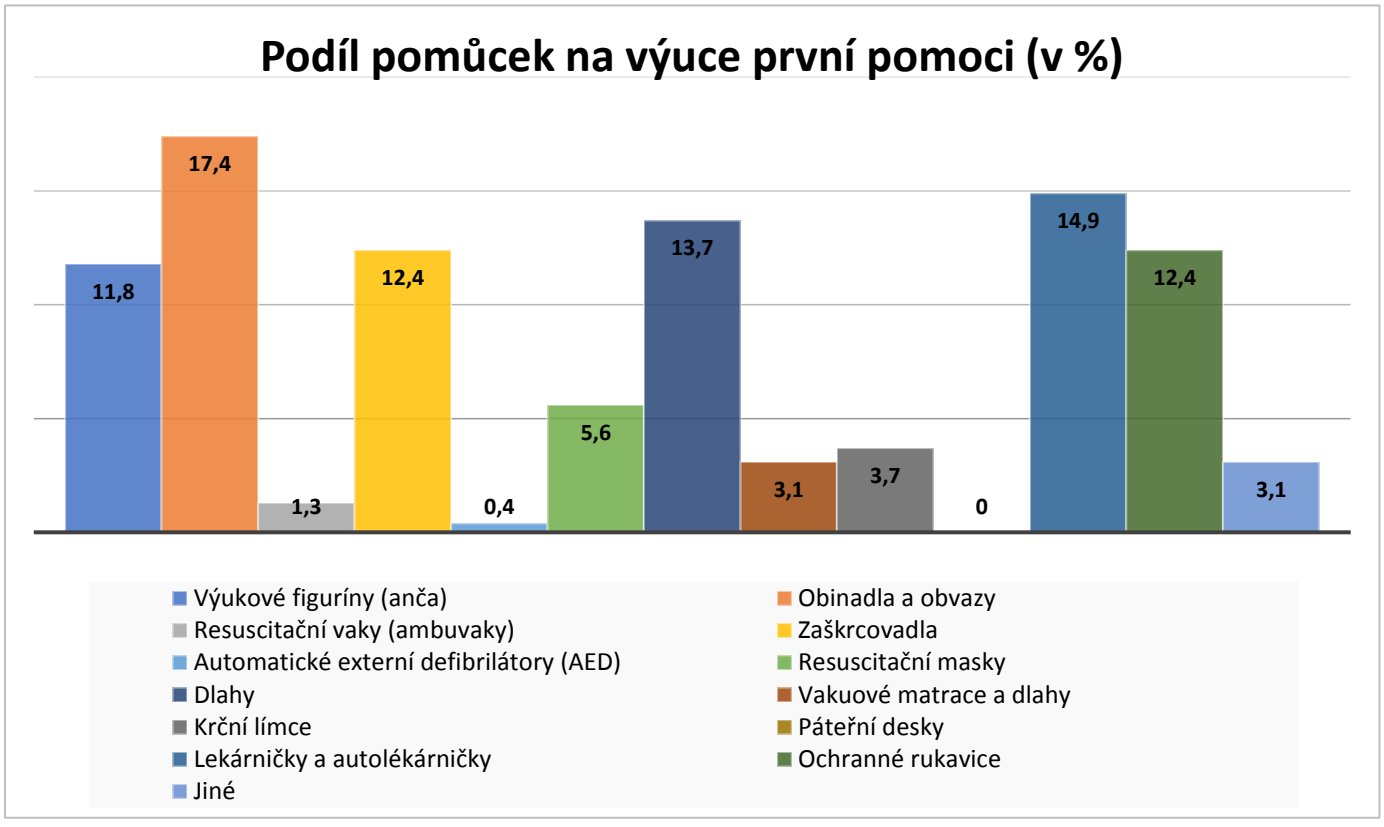
Naopak mezi nejméně používané pomůcky patří resuscitační vaky 7,6 % (8 lektorů) a automatické externí defibrilátory 2,5 (3 lektoři). Možnost páteřní desky pak nezvolil nikdo. Je to způsobeno především vyšší pořizovací cenou a také tím, že ve většině případů se zachránce k těmto pomůckám nedostane.

Nejvíce lektoři používají obinadla a obvazy a to s 17,4 % podílem, následují pak lékárničky s 14,9 % podílem a dlahy s 13,7 % podílem. Naopak pro možnost automatického externího defibrilátoru se lektoři rozhodují pouze v 0,4 % a pro páteřní desky se nerozhoduje nikdo (graf 10b. „Podíl pomůcek na výuce první pomoci“)

10a. Jaké pomůcky první pomoci k výuce používáte?



10b. Podíl pomůcek na výuce první pomoci



9. Diskuse

První pomoc, je obor, který by měl každý ovládat a umět ji poskytnout v případě nejvyšší nouze. Umět člověku poskytnout ošetření tak abychom minimalizovali následky zranění je povznášející pocit. Je však třeba se touto problematikou zabývat a zjišťovat si aktuální fakta a moderní postupy poskytování první pomoci. Je naprosto nezbytné, abychom si zlepšovali svoje dovednosti v oblasti první pomoci a předávali své zkušenosti i mladším posluchačům.

V této diskusi se zabývám výsledky mé bakalářské práce a porovnávám je s jinými pracemi. První je diplomová práce od paní Michaely Drahošové na téma Výuka první pomoci na první stupni základních škol. Dotazníkové šetření bylo cíleno na školy v okrese Olomouc, Kroměříž a Havlíčkův Brod. Druhá práce je pak bakalářská práce od paní Veroniky Mácové na téma Výuka a znalosti první pomoci žáků devátých tříd základních škol s dotazníky směřovanými do škol v Jihomoravském kraji a kraji Vysočina.

V první otázce pro ředitele základních škol jsem se zabýval tím, v kolikáté třídě se vyučuje první pomoc. Výsledky tohoto šetření pro mě byly do značné míry překvapující, protože jsem opravdu nečekal takovéto vyrovnané výsledky. Z informací, které jsem zachytil v průběhu života na základní škole jsem se spíše domníval, že budou převažovat třídy na druhém stupni základních škol. Z výsledků je však jasné, že nejvíce se vyučuje první pomoc v páté třídě (13,1 %) a hned potom ve třídách čtyři a osm (obě 12,5 %). I z ostatních výsledků tříd je jasné, že první pomoci na prvním stupni základní školy se vyučují více než na stupni druhém. Očekával bych, že bude výuka situována spíše na druhý stupeň z důvodu vyššího věku žáku a předpokladu, že budou více schopni látku pochopit a správně použít v praxi. Avšak nejmenší procento výuky první pomoci se odehrává právě ve třídách šest (10,1 %) a sedm (9,2 %). V práci paní Mácové můžeme vidět, že nejvíce se první pomoc vyučuje v 8. třídě (80 %). V mé práci se umístila 8. třída na místě druhém (12,5 %). Je však taky potřeba zmínit, že v práci paní Mácové je pouze 10 respondentů.

U následující otázky se zcela naplnil předpoklad, že většinu výuky první pomoci odpřednáší učitel, který je zaměstnaný ve škole (56,3 %). Je to naprosto logická věc, která vyplývá z toho, že tato možnost je mnohem finančně přijatelnější, než najatý externí

školitel (6,3 %). Zároveň je zde taky jednoduší práce s domluvou termínu výuky a případným přesunutím termínu či úpravou obsahu učiva. I přes to se ale objevilo několik škol, které využívají obě varianty (37,4 %). Tato volba se mi zdá nejlepší, protože dva různí lektoři mohou žákům dát různé pohledy na věc, případně objasnit nejasnosti, které mohly během výkladu vzniknout. Interní lektoři nemají zpravidla takové pomůcky pro výuku první pomoci jako ti externí, a proto se hodí, aby probrali více teorii a externí školitelé, často členové zdravotnické záchranné služby či českého červeného kříže, pak předvedli názornou ukázku. V této otázce jsou výsledky také shodné s výsledky paní Mácové a to, že nevíce vyučují první pomoc učitelé zaměstnaní ve školách.

Výuka první pomoci má největší zastoupení v hodinách tělesné výchovy (23,6 %), jak můžeme vidět u třetí otázky. Z mého pohledu je to při nejmenším překvapující. Největší zastoupení bych čekal při hodinách biologie nebo přírodopisu, protože zde se probírá stavba lidského těla. Biologie však nezůstala pozadu a obsadila druhou příčku (21 %). Nebylo pro mne překvapením, že školy hojně používají i výuku v předmětech přírodovědy nebo prvouky (12,2 %), které jsou předstupeň biologie či přírodopisu. Porovnáme-li výsledky s výsledky paní Drahošové zjistíme velice podobné rozložení výuky první pomoci mezi předměty. Na druhém místě s 55 % se umístila tělesná výchova. První příčku obsadil předmět Člověk a jeho svět, který jsem však ve svém výzkumu zahrnut neměl a ani ho nikdo z mých respondentů nepřipsal do možnosti jiné.

U čtvrté otázky jsem přepokládal výuku první pomoci v rozsahu několika výukový hodin, pro tuto možnost (V rámci více vyučovacích hodin, vícekrát 45 min) se taky vyjádřila většina (27,8 %). Překvapující pro mě byl fakt, že pro jednorázovou výuku v délce 45 min se vyjádřil třetí největší podíl škol (20,8 %). Myslím si, že jednou odprezentovat první pomoc nestačí a většina žáků si z této látky zapamatuje opravdu jen to nejzajímavější. Pro lepší zapamatování je lepší, aby žákům byla první pomoc připomínána pravidelně, v rámci třeba i samostatné výuky. Je však již na zvážení ředitelů škol, jak se s touto variantou vypořádají. Je také otázkou zda dokáží, do již tak nabitého rozvrhu hodin, zahrnout ještě nějaké výuky navíc, aby nedošlo k omezení jiných důležitých předmětů.

Kde probíhá výuka první pomoci byla otázka, která podle mého názoru měla jasnou predikci, jak hlasování dopadne. Bylo jasné, že bude převažovat názor výuku první pomoci vyučovat v budově školy (68,8 %). Bylo však zajímavé sledovat, kolik procent

ředitelů bude hlasovat pro variantu i mimo školu. Pro odpověď číslo dvě si sice rozhodla jen dvě procenta, avšak mnoho dotazovaných se rozhodlo zaškrtnout obě varianty. Variantu jak v budově školy, tak i mimo ni volí 29,4 % škol. Myslím si, že je to vhodné, protože mimo budovu školy si mohou žáci vyzkoušet situace více podobné reálné situaci. Výuka první pomoci mimo budovu školy často probíhá také na místech, odkud jsou lektoři první pomoci. Jsou to budovy a pozemky českého červeného kříže, zdravotnické záchranné služby a podobně.

Druhý dotazník byl směřován na lektory první pomoci. První otázka dotazníku byla směřována na to, jak je rozdělená výuka první pomoci. Zda-li převládá teoretická nebo praktická část. Já jsem zastánce vyučování praxí. Žák, který si pomůcku nebo modelovou situaci vyzkouší na vlastní kůži si problematiku lépe zapamatuje. Proto bylo pro mě překvapující, když praktická část nijak nepřevládala nad teoretickou. Nejvíce převládal vyrovnaný typ výuky, tedy rozložení 50/50. Je možné že toto rozložení je zapříčiněno i snahou o co největší ušetření času, kterou představuje teoretická část, jelikož lze přednášet naráz celé třídě, avšak není možné, aby si tuto látkou naráz celá třída taky vyzkoušela. Naproti tomu v práci paní Drahošové je poměr teorie a praxe nevyvážený. Nelze přesně porovnat výsledek její práce s mým, protože ve jejím případě bylo možné vybrat jednu odpověď ze tří možných. Na výběr bylo slovní, názorné a praktické. Sečetl jsem tedy procenta možnosti názorné a praktické. Tím vznikl poměr 38 % pro slovní výuku a 62 % pro názornou s praktickou. Zde se tento výsledek liší od mého výsledku 50:50.

Předpokládal jsem, že budou lektoři čerpat informace hlavně z knižní literatury, která představuje objektivně nejlepší zdroj, protože autoři těchto knih jsou znalci ve svém oboru a ví, co všechno by taková kniha měla obsahovat. Nejvíce hlasů ale dostala možnost „Vlastní materiály“ (52,8 %), pod kterou jsou schovány vlastní poznámky nebo prezentace. Ve vlastních materiálech bývají zpravidla zahrnuty i vlastní zkušenosti a poznatky, které mohou pomoci žákům první pomoc si lépe zapamatovat. Na posledním místě pak skončila možnost s internetovými zdroji (18,9 %). Možnost oficiální lieratury obdržela 28,3 %. Není tajemstvím, že internetové zdroje se neuvádí jako převažující zdroj pravdivých informací. Na jednu stranu můžeme říci, že na internet může napsat článek o dané problematice úplně každý, a tudíž není zaručeno, že informace ve článku uvedené budou vždy pravdivé a patřičně ozdrojované. Na stranu druhou je třeba si uvědomit, že internetové encyklopedie bývají pod dohledem statisíců uživatelů, a tak je velká šance,

že internetový článek bude pravdivý, leč na mnoha místech nemusí být úplný s ohledem na srozumitelnost pro širokou veřejnost.

Ve třetí otázce jsem se ptal, zda používají pro výuku nějaká videa nebo prezentace. Předpokládal jsem, že je budou využívat, protože na nich lze snadno ukázat a vysvětlit nejrůznější situace, do kterých se může člověk dostat. Můj předpoklad se tedy naplnil a valná většina zvolila možnost „Ano“ (89,7 %). Možnost „Ne“ dostala 10,3 %. Podobně je tomu i ve výsledcích paní Drahošové a to 65 %.

Naproti tomu u otázky číslo čtyři jsem byl překvapen, kolik procent lektorů vybralo, že čas, který je určen pro výuku je zároveň i dostačující (79,3 %). Myslel jsem, že bude převládat názor, že jsou přednášky příliš krátké, nebo je jich málo a není tak možné probrat potřebnou látku do detailu. Lektoři, kteří vybrali možnost, že čas není dostačující (20,7 %) pak navrhují variantu zavedení samostatného předmětu. Větší časová dotace pro tuto výuku by byla jistě prospěšná a žáci by si mohli vyzkoušet všemožné postupy s pomůckami. Nejsem si ale jist, zda je v silách škol, aby zavedly samostatný vyučovací předmět, který by se zabýval pouze první pomocí. Při srovnání s prací paní Drahošové jsem zjistil, že jsme došli k velice podobnému výsledku, a i v jejím šetření odpovídali respondenti spíše kladně a to v 82 %.

Jaké pomůcky první pomoci k výuce používáte, to byla poslední otázka pro lektory. Asi není překvapením, že na prvních místech se umístily pomůcky, které jsou jednodušší na obstarání a nenáročné na finance. Nejpoužívanější jsou tedy obvazy a obinadla (17,4 %). Práce s obvazem je důležitá a je potřeba umět pomoci v případě krvácení. Lékárničky a autolékárničky také velice používané (14,9 %). Zde je však důležité, aby lektor měl autolékárničku, která splňuje aktuální požadavky na autolékárničku. Je nevhodné, aby v ní chybělo, co tam má být a naopak. Kromě zaškrcovadel (12,1 %), dlah (13,7 %) a ochranných rukavic (12,4 %) jsou také hojně používané výukové figuríny (anča, 11,8 %). Toto zjištění mě velice mile překvapilo, protože vyzkoušet si záklon hlavy, uvolnění dýchacích cest, a nakonec i nepřímou srdeční masáž, je zkušenost, která může rozhodnout o životě a smrti. Je veliký rozdíl znát teorii KPCR a tím, mít zkušenosti se skutečnou nepřímou masáži. Díky „anče“ si všichni uvědomí, jak správně propnout ruce, jak rychle stlačovat hrudník a jak hluboko. Dále je zde taky fakt, že když si to žák vyzkouší na vlastní kůži, pozná, kolik sil stojí, byť jen jednu minutu, intenzivní nepřímá masáž srdce. Nepřekvapilo mě ani že pro automatický

externí defibrilátor se rozhoduje jen minimum lektorů (0,4 %). Tento přístroj je poněkud dražší, podobně jako vakuové matrace (3,1 %), krční límce (3,7 %) nebo páteřní deska, kterou nezaškrtl ani jeden lektor. V oblasti využívání pomůcek se v práci paní Duškové ukázala rozdílná procenta. V Případě používání obvazů vybralo tuto možnost 84 % dotazovaných a pro výukovou panu jen 25 % dotazovaných.

Při porovnávání výsledků mé práce s pracemi paní Drahošové a Mácové je důležité si uvědomit, že otázky jsou určeny pro jiný okruh lidí. Mé dotazníky byli pro základní školy pouze v Jihočeském kraji. Dotazníky pan Mácové jsou pro vybrané školy v Jihomoravském kraji a kraji Vysočina a pouze pro 9. třídu základních škol. Dotazníky paní Drahošové byli směřovány do školy v Olomouckém, Havlíčkobrodském a Kroměřížském okrese. Je proto potřeba v porovnání přistupovat s dostatečnými znalostmi porovnávaných prací.

Na základních školách je stále co vylepšovat v oblasti výuky první pomoci. Je důležité žáky vzdělávat tak, aby si z hodin odnesli všechny potřebné informace. To záleží především na přístupů lektorů. Umět zaujmout tématem a přednést zajímavě i látku, která není úplně pro žáky zajímavá je základ úspěchu. Není cílem vychovat z každého žáka profesionálního zdravotnického záchranáře. Bude stačit, když budou vědět, jak se zachovat při úrazech či mimořádných událostech.

10. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat způsoby výuky první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji.

V první části jsem se zaměřil na první pomoc. Rozebíral jsem její zákonné normy a předpisy. Dále jsem se věnoval některým postupům při poskytování první pomoci (při stavu bez vědomí, při krvácení aj.) a postup při komunikaci s dispečinkem zdravotnické záchranné služby.

Před samotným dotazníkovým šetřením bylo ještě nutné zmapovat rámcový vzdělávací program pro základní školy a zákony o školních vzdělávacích programech.

Podařilo se odpovědět na všechny tři výzkumné otázky:

1. Jakou formou probíhá výuka první pomoci na základních školách v Jihočeském kraji.

2. Jaký je tematický obsah problematiky první pomoci vyučující se na základních školách v Jihočeském kraji.

3. Kdo vyučuje první pomoc na základních školách v Jihočeském kraji.

Dotazníky byly odeslány do 246 základních škol v Jihočeském kraji. Z toho se vrátilo 131 (53,3 %) dotazníků vyplněných od ředitelů škol a 102 (41,5 %) od lektorů první pomoci. U většiny otázek bylo možno zaškrtnout více než jen jednu odpověď.

Nejčastěji se výuka první pomoci vyučuje v páté třídě. Pro tuto možnost se vyslovilo 83,3 % (109 škol). Výuka se pak z velké části koná v hodinách tělesné výchovy, a to v 71,4 % (94 škol) a probíhá vícekrát v rámci vyučovacích hodin 27,8 % (36 škol).

Výuka probíhá s převahou 68,8 % (90 škol) v budově školy a pro výuku jsou vybíráni učitelé zaměstnaní v těchto školách, tj. 56,3 % (74 škol).

Ve většině případů odpověděli lektoři na otázku, odkud čerpají materiály pro výuku, že nejvíce používají vlastní materiály z 52,8%. Většina (89,7 %) také zvolila, že k výuce používají ukázková videa a presentace. Nejvíce o zástavě krvácení a

kardio-pulmonální resuscitaci.

Rozdělení času na teoretickou a praktickou část dopadlo rovnoměrně 50 % času pro teoretickou část a 50 % času pro praktickou část. Pro toto rozvržení bylo 27,6 % lektorů. Čas určený pro výuku byl shledán dostatečným se ziskem 79,3 %.

Lektoři nejvíce používají k výuce první pomoci obvazy a obinadla. Tuto pomůcku využijí z 17,4 %.

Lze tedy z výsledků určit „průměrné“ způsoby výuky na základních školách. Taková škola by pak vyučovala následujícím způsobem. Výuka by probíhala v páté třídě při hodinách tělesné výchovy vícekrát než jednou, v budově školy, učitelem v ní zaměstnaném. Ten by pak čas dělil na půl pro teoretickou část a na druhou půl pro praktickou část. Materiál by čerpal z vlastních poznámek a výuku by prokládal ukázkovými videi. Jako praktickou pomůcku by používal obinadla.

Tímto děkuji všech ředitelům základních škol a lektorům první pomoci, kteří se podíleli na tomto výzkumu a odeslali vyplněný dotazník.

11. Seznam příloh

Dotazník 1 – Dotazník pro ředitele školy.

Dotazník 2 – Dotazník pro lektory první pomoci.

Obrázek 1 – Trojitý manévr (Esmarchův hmat).

Obrázek 2 – Způsoby uvolňování překážky z dýchacích cest.

Obrázek 3 – Automatický externí defibrilátor (AED).

Obrázek 4 – Tlakový obvaz.

Obrázek 5 – Základní tlakové body.

Tabulka 1 – Technika KPCR v závislosti na věku.

12. Příloha

Dotazník 1 - Dotazník pro ředitele školy (možnost zaškrtnout více odpovědí)

1. V kolikáté třídě se u vás vyučuje první pomoc

a) 1. třída
b) 2. třída
c) 3. třída
d) 4. třída
e) 5. třída
f) 6. třída
g) 7. třída
h) 8. třída
i) 9. třída

2. Kdo vyučuje první pomoc

a) Učitel zaměstnaný ve vaší škole
   uveďte aprobaci:
   ……...

b) Externí školitel
   specifikujte: ……

3. V jakých vyučovacích hodinách probíhá výuka první pomoci

a) Biologie
b) Výchova ke zdraví
c) Občanská výchova
d) Tělesná výchova
e) Jiné

Pokud jste vybrali písmeno E, prosím vypište:

……

4. Jak je časově uspořádán výukový blok

a) V rámci standartní vyučovací hodiny (jednou 45min)
b) Vícekrát v rámci vyučovací hodiny (vícekrát 45 min)
c) Výuka přesahující délku jedné vyučovací hodiny (pouze jeden výukový blok)
d) Výuka přesahující délku jedné vyučovací hodiny s více opakováními (vícekrát výukový blok)
e) Vícedenní kurz
f) Jiný

Pokud jste vybrali písmeno F, prosím vypište:

……

5. Kde probíhá výuka první pomoci

a) V budově školy
b) Jinde než v budově školy
   Uveďte, kde probíhá výuka:

   ……

Dotazník 2 – Dotazník pro lektory první pomoci

1. Kolik procent času věnujete teoretické a kolik praktické části výuky?

   a) Teoretická část …….%
   b) Praktická část …….%

2. Odkud čerpáte materiály pro výuku (možno vybrat více odpovědí)

   a) Vlastní materiály
   b) Oficiální literatura
   c) Internetové zdroje

   U možností B a C uveďte prosím několik konkrétních zdrojů

   ……
   ……

3. Používáte k výuce ukázková videa, prezentace apod.?

   a) ne
   b) ano

      Pokud ano, vypište prosím, čeho konkrétně se výukový materiál týká:

      ……
      ……

4. Myslíte si, že je čas určený pro výuku první pomoci dostatečný?

   a) ano
   b) ne

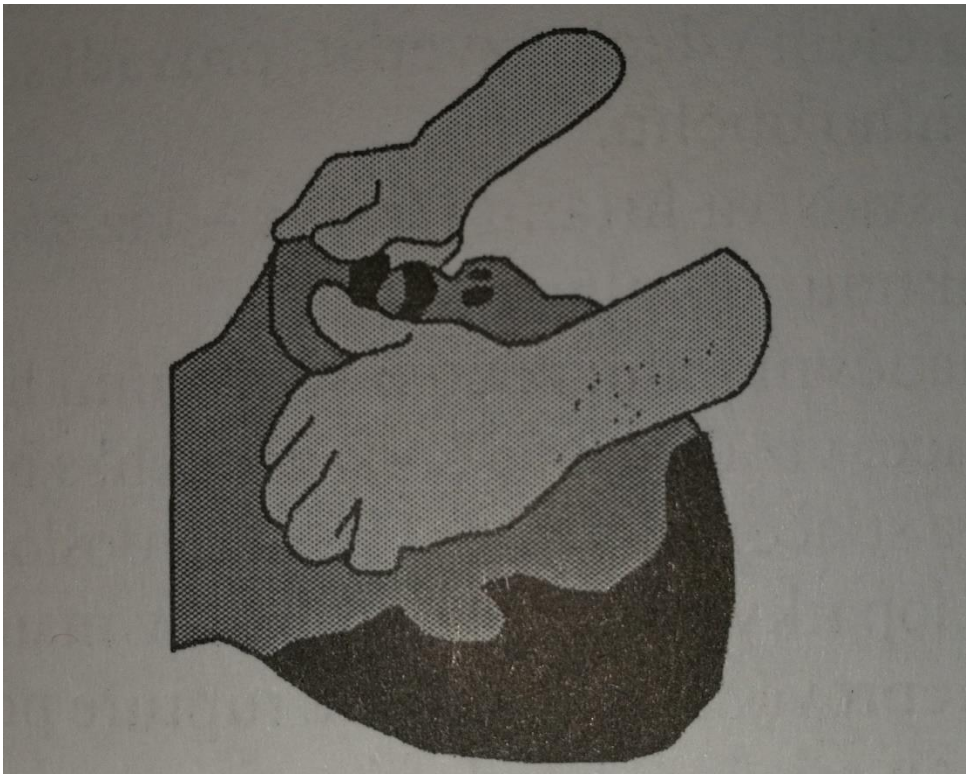
   Pokud ne, prosím uveďte čas, který by byl podle vás dostatečný:

   ……

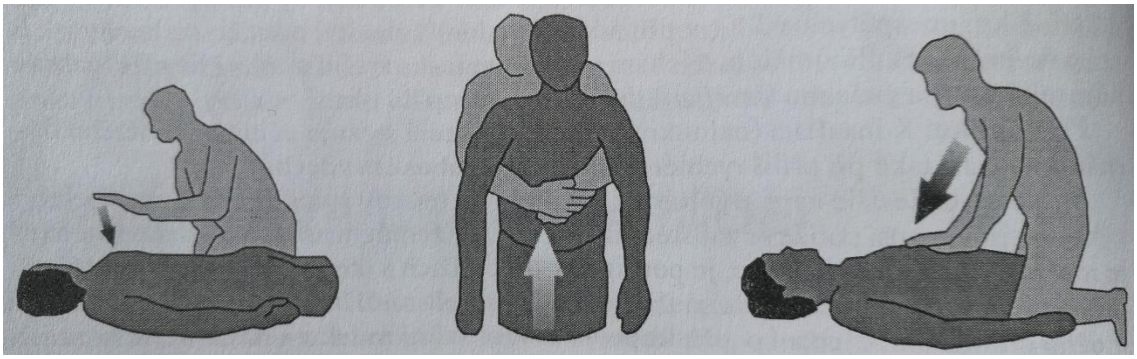
5. Jaké pomůcky první pomoci k výuce používáte (možno vybrat více odpovědí)

a) Výukové figuríny (anča)
b) Automatické externí defibrilátory
c) Resuscitační masky
d) Dlahy
e) Vakuové dlahy a matrace
f) Krční límec
g) Páteřní desky
h) Lékárničky a autolékárničky
i) Ochranné rukavice
j) Hliníkové fólie
k) Obinadla a obvazy
l) Resuscitační vak (ambuvak)
m) Zaškrcovadla
n) Jiné (uveďte):

……
……
……
……

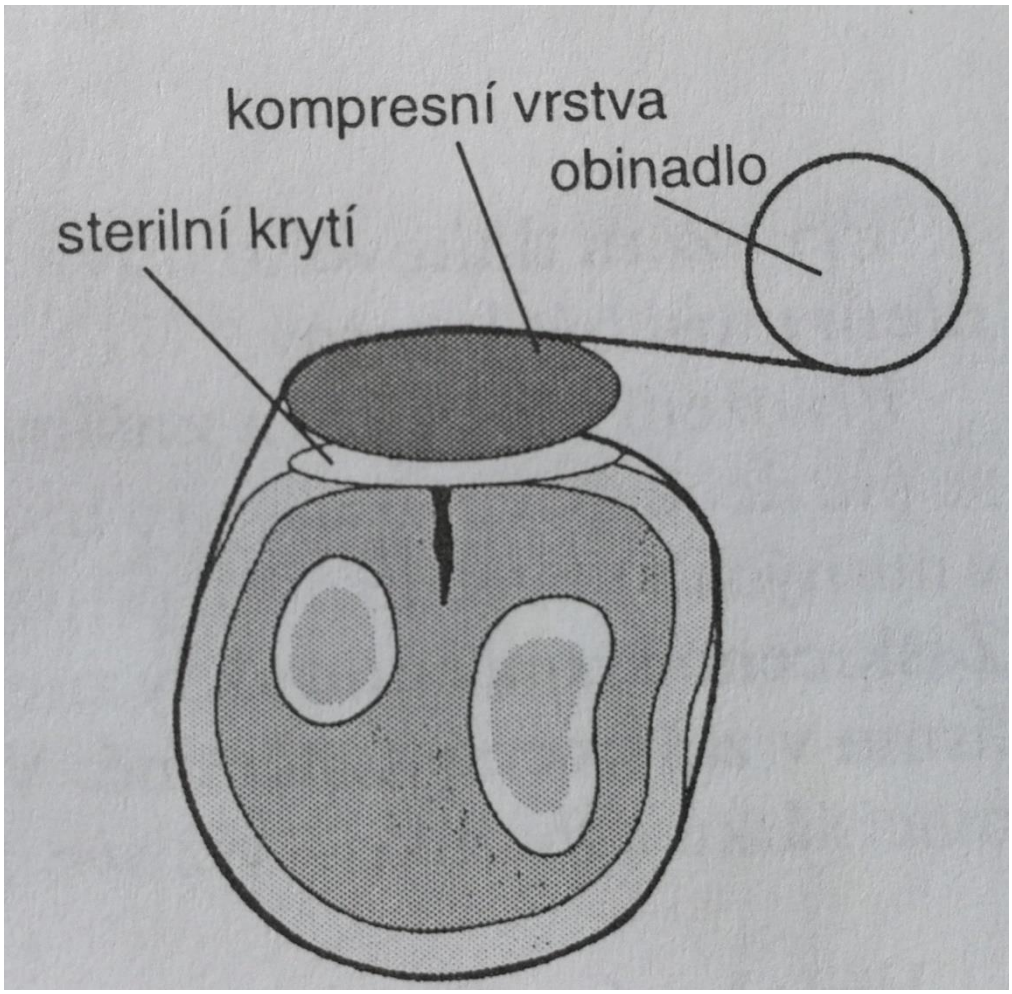


Obrázek 1 - Trojitý manévr (Esmarchův hmat) (Bydžovský 2006).

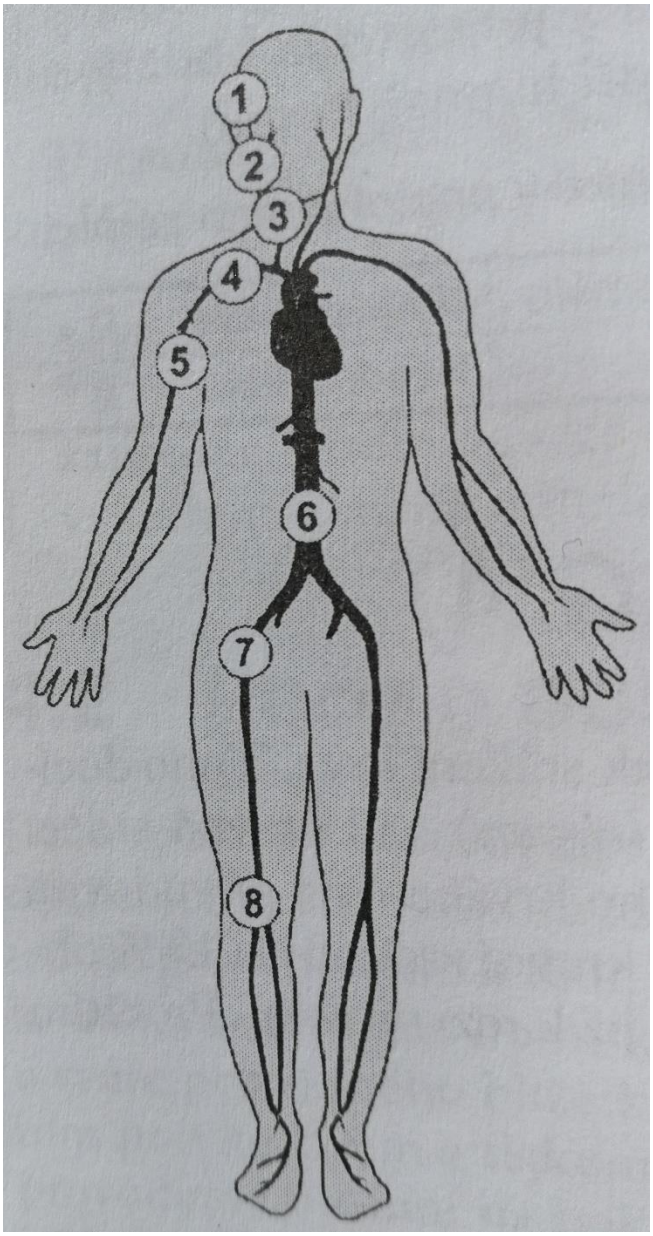


Obrázek 2 – Způsoby uvolňování překážky z dýchacích cest (Bydžovský 2006)

Obrázek 3 – Automatický externí defibrilátor (heartsmart.com)



Obrázek 4 – Tlakový obvaz (Bydžovský 2006)



Obrázek 5 – Základní tlakové body (Bydžovský 2006)

Věková kategorie	Poměr	Frekvence		Hloubka	Objem vdechu [ml]	Technika
		stisků [min^{-1}]	vdechů [min^{-1}]			
novorozenci	3 : 1	120	30	1/3 D	20–35	2 prsty/zkřížené palce
kojenci (do 1 r.)	5 : 1	100	20	1/3–1/2 D	40–100	2 prsty/zkřížené palce
děti (1–8 let)	5 : 1	100	20	1/3–1/2 D	150–500	hrana dlaně jedné ruky
dospělí	15 : 2	100	12	4–5 cm	700–1000	oběma rukama

Optimální množství vdechovaného vzduchu je asi 10–15 ml/kg.
D = předozadní průměr hrudníku

Tabulka 1 – Technika KPCR v závislosti na věku

13. Použité zdroje

13.1. Knižní publikace

AUSTIN, Margaret et. al. 2015. *První pomoc: autorizovaná příručka organizací St John Ambulance, St Andrew's First Aid a British Red Cross*. Překlad Petr Stříbrný. V Praze: Slovart, 288 s. ISBN 978-80-7391-386-1.

MONSIEURS, Koenraad et. al. 2015. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2015. *Urgentní medicína.* Mimořádné vydání, s. 6-59. Překlad Anatolij Truhlář a kolektiv. ISSN 1212-1924.

DOSTÁL, Jiří. *Práce s editorem školního vzdělávacího programu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2788-1.

DVOŘÁK, Dominik. *Od osnov ke standardům: proměny kurikulární teorie a praxe*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-7290-601-7.

Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: bílá kniha. Praha: Tauris, 2001. ISBN 80-211-0372-8.

PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

BYDŽOVSKÝ, Jan. 2011. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 117 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-2472334-1.

BYDŽOVSKÝ, Jan. 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6

DOBIÁŠ, Viliam. 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8.

HANUŠOVÁ, Jaroslava. 2014. *Zásady předlékařské první pomoci*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 75 s. ISBN 978-80-7290-647-5. Dostupné z: http://www.vzdelavani-dvpp.eu/download/opory/final/06_hanusova.pdf

HOROVÁ, Veronika. 2007. *Moderní metody výuky první pomoci*. Brno. Bakalářská práce. Fakulta sportovních studií MU.

HRUŠKOVÁ, Martina a Jaroslav GUTVIRTH. 2010 *První pomoc (nejen) pro školní praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovivích, 59 s. ISBN 978-80-7394-237-3.

MACH, Jan. 2010. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. Praha: Grada, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.

POKORNÝ, Jan. *Lékařská první pomoc*. 2010. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.

Příručka první pomoci. 2007. Kolektiv autorů. 2. aktualizované vyd. Překlad Irena Citová, Stanislav Cita. Bratislava: Perfekt, 320 s. ISBN 978-80-8046-359-5.

FÜRST, Tomáš. 2016. *Způsoby výuky první pomoci v autoškolách*. České Budějovice. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta JČU.

DOBIÁŠ, Viliam. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-255-7.

BYDŽOVSKÝ, Jan. *První pomoc*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0680-6.

YOUNGSON, R. M. *První pomoc*. Praha: Ottovo nakladatelství, divize Cesty, 2002. Ottova encyklopedie do kapsy. ISBN 80-718-1735-X.

KEGGENHOFF, Franz. *První pomoc*. V Praze: Ikar, 2006. Ottova encyklopedie do kapsy. ISBN 80-249-0662-7.

KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2183-5.

PETRŽELA, Michal. *První pomoc pro každého: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2246-7.

STELZER, Jiří a Lenka CHYTILOVÁ. *První pomoc pro každého: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2144-6.

KURUCOVÁ, Andrea a Lenka CHYTILOVÁ. *První pomoc: pracovní sešit pro studenty SZŠ a zdravotnických lyceí*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2168-2.

BERÁNKOVÁ, Monika, Blanka HOLZHAUSEROVÁ a Anna FLEKOVÁ. *První pomoc: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2002. Sestra (Grada). ISBN 80-860-7399-8.

DRAHOŠOVÁ, Michaela. 2014. *Výuka první pomoci na první stupni základních škol*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta University Palackého v Olomouci.

MÁCOVÁ, Veronika. 2009. *Výuka a znalosti první pomoci žáku devátých tříd základních škol*. Brno. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Masarykovi University v Brně.

13.2. Internetové zdroje

JEŘÁBEK, Jaroslav, TUPÝ, Jan, ed. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. V Praze: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2017.

Vzdělávací program Základní škola: včetně Osnov Ekologického přírodopisu, Osnov Volitelných předmětů, Úprav a doplňků, Učebních plánů s rozšířeným vyučováním. 2., nově dopl. vyd. Praha: Fortuna, 2001. ISBN 80-7168-595-x.

Rámcový vzdělávací program. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/R%C3%A1mcov%C3%BD_vzd%C4%9Bl%C3%A1vac%C3%AD_program

Školní vzdělávací program. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%A0koln%C3%AD_vzd%C4%9Bl%C3%A1vac%C3%AD_program

Izotermická folie. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Izotermick%C3%A1_f%C3%B3lie

Obecné zásady při poskytování první pomoci. *První-pomoc.com* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: http://www.prvni-pomoc.com/obecne-zasady-pri-poskytovani-prvni-pomoci

Zásady první pomoci. *Aktivityprozdraví.cz* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: http://www.aktivityprozdravi.cz/prvni-pomoc/zasady-prvni-pomoci/prvni-pomoc-desatero

Jak resuscitovat aneb KPR podle guidelines 2015 — neboj se pomoci!. *Prpom.cz* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: https://www.prpom.cz/jak-resuscitovat-kpr-guidelines-2015/

Mýtus 76 — Amputát patří do mrazáku. *Prpom.cz* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: https://www.prpom.cz/prvni-pomoc-mytus-76/

Addisonova choroba.*Wikiskripta.eu* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Addisonova_choroba

Rámcové vzdělávací programy.*Nuv.cz* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/t/rvp

Tlakové body pro zástavu tepenného krvácení. *Kurz-prvni-pomoc.cz* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: http://www.kurz-prvni-pomoc.cz/prvni-pomoc/prvni-pomoc-tlakove-body.pdf

První pomoc a právo. *Zachrannasluzba.cz* [online]. [cit. 2018-02-01]. Dostupné z: https://www.zachrannasluzba.cz/zajimavosti/2014_prvni_pomoc_pravo.pdf

Defibtech Lifeline AED. *Heartsmart.com* [online]. [cit. 2018-04-09]. Dostupné z: https://www.heartsmart.com/defibtech-lifeline-aed-defibrillator-p/dcf-100.htm