Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Katedra biologie a environmentálních studií

Specifika výuky první pomoci na prvním stupni základních škol

Autor: Radka Melicharová
Vedoucí práce: Mgr. Edvard Ehler, Ph.D.

Praha 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Specifika výuky první pomoci na prvním stupni základních škol vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Edvarda Ehlera, Ph.D., na základě vlastních zjištění a za použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

Praha 14. června 2012

.....

podpis

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Edvardu Ehlerovi, Ph.D., vedoucímu mé diplomové práce, za odborné rady, připomínky a čas, který mi věnoval. Všem instruktorům a členům Mládeže a oblastního spolku Českého červeného kříže Havlíčkův Brod děkuji za nemalou pomoc s vlastním uskutečněním projektu. Ing. Jiřímu Halačkovi bych ráda poděkovala za poskytnuté informace o výuce první pomoci v Kraji Vysočina. Také velmi děkuji vedení, učitelům a žákům ZŠ Ledeč nad Sázavou, bez jejichž spolupráce by tato práce pravděpodobně nevznikla. A v neposlední řadě děkuji svým nejbližším za podporu.

Název:

Specifika výuky první pomoci na prvním stupni základních škol

Abstrakt:

Tato diplomová práce pojednává o problematice výuky první pomoci na prvním stupni základních škol. V úvodu je popsána motivace, která vedla ke zpracování této tématiky. Za ní následují cíle stanovené pro tuto práci. Teoretická část se věnuje nejprve ve stručnosti školským dokumentům a programům, které se zabývají výukou první pomoci na prvním stupni základních škol. Podrobněji popisuje teoretické základy pro výuku první pomoci, mezi něž řadí definici první pomoci, rozdíl mezi úrazem a nemocí, tísňová volání, materiál využitelný pro poskytování první pomoci, typy úrazů (nemocí) a první pomoc s nimi spojenou, obvazovou techniku a v neposlední řadě i prevenci úrazů. Velmi důležitou kapitolou této části je *Didaktický pohled na výuku první pomoci*, jejímž cílem je poskytnout užitečné rady pro vytvoření efektivní výuky po stránce organizační a metodické. Stručně popisuje důležité aspekty vyučování, jako jsou výukové cíle, motivace, didaktické zásady vyučování, metody a organizační formy výuky. Následuje empirická část, která si klade za cíl popsat a zhodnotit projekt výuky první pomoci na prvním stupni základní školy ZŠ Ledeč nad Sázavou. Je zde detailně popsána příprava, průběh jarní a letní části i zhodnocení celého projektu. K utvoření představy o tom, jak celý projekt probíhal, napomáhají také detailní přípravy hodin a projektového dne, ukázky testů a myšlenkové mapy dětí, které jsou k dispozici v přílohové části. K projektu byla také pořízena fotodokumentace a videozáznam z projektového dne, jež jsou přiloženy na DVD. V závěru se nachází stručné zhodnocení, zda a do jaké míry se cíle této práce naplnily.

Klíčová slova

První pomoc, výuka, první stupeň základní školy, didaktika

Title:

Specifics of first aid education at primary schools

Summary

This diploma thesis deals with issues of first aid education at primary schools. Motivation for working on this topic is described in the introductory part. Aims, which were set for this thesis, follow. The theoretical part pays attention firstly to educational documents and programmes which look into teaching and learning first aid at primary schools. It describes theoretical basis for first aid education in detail. This basis includes definition of the term first aid, differences between injuries and illnesses, emergency services, materials used for first aid, types of injuries (illnesses) and first aid related to them, bandage techniques and last but not least prevention. *Didactic view of first aid education is a* very important chapter of this part. It offers useful advice for creating an effective teaching and learning process both organizationally and methodically. It describes briefly important aspects of teaching and learning process such as aims, motivation, didactic principles, methods and forms of organization. The empirical part follows. Its aim is to give a detailed description and evaluation of a project of first aid education at ZŠ Ledeč nad Sázavou. It describes planning, progress of the spring and summer part and evaluation of the whole project. There are detailed lesson plans, plans for the project day, examples of tests and children's mind maps in the Appendix. They are useful to gain the right view of the project. Some photos and video were also taken to illustrate the right atmosphere of this experiment. They are enclosed on DVD. There is a brief reflection in the final part of this thesis. It evaluates whether the aims were fulfilled and to what extent.

Keywords

First aid, education, primary school, didactics

OBSAH

1 Úvod 7
2 Cíle diplomové práce 9
3 Teoretická část 10
3.1 Úvod teoretické části 10
3.2 Školské dokumenty a programy zabývající se výukou první pomoci na 1. st. ZŠ 10
3.2.1 Školské dokumenty 10
3.2.2 Programy (školení, kurzy) první pomoci pro žáky prvního stupně 14
3.3 Teoretické základy poskytování první pomoci 17
3.3.1 První pomoc 17
3.3.2 Úraz či nemoc 18
3.3.3 Tísňové volání 18
3.3.4 Materiál využitelný při poskytování první pomoci 19
3.3.5 Úrazy, nemoci 21
3.3.6 Obvazová technika 42
3.3.7 Prevence – předcházení úrazů 47
3.4 Didaktický pohled na výuku první pomoci 49
3.4.1 Výukové cíle 49
3.4.2 Motivace 50
3.4.3 Didaktické zásady vyučování 51
3.4.4 Stručná charakteristika některých výukových metod 55
3.4.5 Základní organizační formy výuky 58
3.5 Závěr teoretické části 61
4 Empirická část 62
4.1 Úvod empirické části 62
4.2 Cíl empirické části 62
4.3 Zkoumaný vzorek 62
4.4 Postupy a metody použité během projektu 63
4.4.1 Příprava a plánování projektu 63
4.4.2 Průběh jarní části projektu 68
4.4.3 Zakončení projektu – letní část 70
4.5 Výsledky a zhodnocení projektu 70
4.5.1 Jarní část 70
4.5.2 Letní část 86
4.6 Diskuse 93
4.7 Závěr empirické části 96
5 Závěr 98
6 Seznam použité literatury 102
7 Seznam obrázků, grafů a tabulek 106
7.1 Obrázky 106
7.2 Grafy 106
7.3 Tabulky 106
8 Seznam příloh 107

1 Úvod

Problematika poskytování první pomoci je velmi aktuální téma. V době, kdy jsou úrazy na denním pořádku, je nezbytnou součástí našeho života. Měli bychom tedy být schopni první pomoc poskytnout. Jak je tedy možné, že když se stane neštěstí, většina lidí jen přihlíží, či si dokonce zraněného natáčí do mobilního telefonu, aby měli zajímavé video k vystavení na Facebooku? Jak je možné, že lidé nepomohou? A umí to vůbec?

Jako lektorku první pomoci mě tyto otázky velmi trápí a hledám na ně neustále odpovědi. Z osobní zkušenosti vím, že by většina lidí ráda pomohla, ale neví jak, nebo se bojí, že ošetření neprovedou správně a zraněnému ještě více ublíží, takže nakonec od neštěstí raději utečou, dělají, že ho nevidí či jen přihlíží. Málokdo v dnešní době najde odvahu pomoci a vzít na sebe odpovědnost za život jiného člověka.

Proč je tomu tak? Myslím, že odpověď je velice jednoduchá. Lidé, kteří by chtěli pomoci, ale bojí se, se často domnívají, že nemají dostatek znalostí, dovedností a zkušeností v této oblasti. Většina lidí během života projde sice několika povinnými kurzy (většinou by se daly na jedné ruce spočítat), ale musíme se také ptát, jaké byly úrovně. Nebyla to náhodou jen teoretická přednáška pro školské pracovníky, kteří tam sice fyzicky přítomni byli, ale duchem se toulali někde na svých zahrádkách?

Ještě v této době se dokonce najdou tací, kteří neprošli ani jedním kurzem první pomoci a kupodivu jich není málo. V tuto chvíli mám na mysli především nás dospělé osoby a ty už bohužel není možné přimět se vzdělávat v této problematice nějak hlouběji. Jistě se najdou jedinci, kteří jsou zodpovědní vůči sobě i svému okolí a navštěvují kurzy první pomoci z vlastní vůle. Avšak já osobně se setkávám se spíše netečnými dospělými, kteří spoléhají na to, že se podle nich „nějaký blázen“ najde, který toho zraněného ošetří.

Dospělé už tedy asi nezměníme, ale na světě přeci nejsou jen dospělí, je tu mnoho dospívajících a dětí a zde si myslím, spočívá naše největší šance k řešení neschopnosti poskytnout první pomoc.

Pokud se však zaměříme právě na kategorii nedospělých, opět zjistíme, že školení v první pomoci nejsou moc úspěšná. Z dětí neustále vyrůstají další a další dospělí, kteří neumí či nejsou schopni poskytnout první pomoc. Kde je tedy chyba?

Položme si nyní otázku: Kdy se člověk setkává poprvé v životě s první pomocí? Odpověď je poměrně jednoduchá, když se setkáme s prvním úrazem. Může to být i se svým vlastním úrazem, což může být ve velice raném věku. Sama si pamatuji, jak mi babička drhla kartáčkem odřené koleno a vysvětlovala mi, že všechny nečistoty musí pryč, aby se mi rána zahojila. Není toto už výuka první pomoci? Všichni máme své první zkušenosti (často velmi bohaté) s první pomocí již z dětství. Úrazy jsou přirozenou součástí dětského života. Proč se tedy s plošnou či soustavnější výukou první pomoci začíná tak pozdě? V Kraji Vysočina, kde přednáším první pomoc, je to speciálně až v osmé třídě (projekt První pomoc do škol). Proč se neškolí děti už v mateřských školách či na prvním stupni základních škol (ZŠ)? Zde byste mi jistě mohli namítat, že první pomoc se učí v rámci celorepublikového programu Ochrana obyvatelstva za mimořádných událostí a je i součástí běžných hodin. Ale podívejme se na to reálně, myslíte, že dvě hodiny první pomoci v rámci již zmíněného programu a cca další dvě hodiny v rámci běžných hodin za rok jsou dostačující? Nehledě na to, že většina těchto hodin je pouze teoretické povídání či dívání se na video.

Proč není žádný podobný projekt jako pro osmé třídy? Existuje v Kraji Vysočina vůbec nějaký? Co je na tom tak těžkého takový projekt připravit? Všechny tyto otázky mi během mého studia učitelství pro 1. stupeň ZŠ zaměstnávaly mysl a napadlo mne tedy, že by toto mohlo být zajímavé téma pro mou diplomovou práci. Probádat toto pro mne neznámé pole a zkusit si projekt pro děti na prvním stupni navrhnout a vyzkoušet.

2 Cíle diplomové práce

Tato diplomová práce není klasickým příkladem výzkumného šetření. Nejsou zde stanovené žádné předpoklady či hypotézy, přestože má tato práce svým způsobem výzkumný charakter. Cíle pro tuto práci jsou stanovené ve dvou rovinách, a to osobní a všeobecné.

Z osobního hlediska má tato práce mně osobně jako lektorce a zároveň začínající učitelce prohloubit zkušenosti s výukou první pomoci na prvním stupni ZŠ.

Ze všeobecného hlediska by tato práce měla poskytnout alespoň částečnou odpověď na to, zda je dostupný nějaký kurz pro prvostupňové děti v Kraji Vysočina (Kraj Vysočina jsem zde vybrala z osobně-praktických důvodů, neboť v tomto kraji žiji, učím na ZŠ a lektoruji první pomoc). Pokud žádný takový není, proč tomu tak je.

Hlavním cílem této práce je však navrhnout a vyzkoušet smysluplný projekt výuky první pomoci na prvním stupni ZŠ. V tomto ohledu stanovit vhodnou náplň i způsob výuky. Na základě vyzkoušení tohoto projektu poukázat na důležitá specifika výuky první pomoci dětí z prvního stupně.

3 Teoretická část

3.1 Úvod teoretické části

V této části se pokusíme položit teoretické základy potřebné pro výuku první pomoci na prvním stupni základních škol. Nejprve se zaměříme na školské dokumenty a jejich pohled na první pomoc. Dále se zmíníme o možnostech výuky první pomoci ve školách. A v následujících kapitolách se pak pokusíme odpovědět na otázky, co z první pomoci by děti na prvním stupni měly umět a jak je to naučit.

3.2 Školské dokumenty a programy zabývající se výukou první pomoci na 1. st. ZŠ

V této kapitole se zaměříme na dva hlavní dokumenty, podle kterých se řídí výuka první pomoci na základní škole a na programy (v Kraji Vysočina), jež jsou školám nabízeny v rámci výuky první pomoci nejmladších žáků.

3.2.1 Školské dokumenty

Pokud se zeptáme učitelů i žáků na prvním stupni, jak často a jakým způsobem se zde učí první pomoc, dostaneme velmi rozporuplné odpovědi typu - „Skoro vůbec ne“, či „Příliš často na to, že si z toho děti nic neodnesou“. Jak je toto možné? Myslím, že jednou z možných odpovědí je svoboda, kterou mají základní školy díky prováděcím dokumentům.

a) RVP ZV

Hlavním dokumentem, jímž se základní školy řídí, je *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (RVP ZV), vydaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Aktuální platná verze pochází z roku 2010, doplněná tento rok (2012) o *Standardy pro základní vzdělávání.* Podle tohoto programu si zpracovávají svůj školní vzdělávací program. RVP ZV dává školám poměrně široké možnosti jak s jeho obsahem naložit.

Soustředíme-li se pouze na výuku první pomoci na 1. st. ZŠ, nenajdeme v něm jednu oblast, která by se věnovala přímo první pomoci. Tato problematika je zařazena do

několika oblastí a to spíše jako okrajová či podpůrná. Asi nejvíce rozebranou ji najdeme v oblasti Člověk a jeho svět v tematickém okruhu Člověk a jeho zdraví, kde žáci „získávají základní poučení o zdraví a nemocech, o zdravotní prevenci i první pomoci a o bezpečném chování v různých životních situacích, včetně mimořádných událostí, které ohrožují zdraví jedinců i celých skupin obyvatel. Žáci si postupně uvědomují, jakou odpovědnost má každý člověk za své zdraví a bezpečnost i za zdraví jiných lidí. Žáci docházejí k poznání, že zdraví je nejcennější hodnota v životě člověka.“ (RVP ZV, 2010, str. 38).

Tento okruh stanoví několik výstupů a učivo, které přímo i nepřímo souvisí s první pomocí:

Očekávané výstupy – 1. období

„žák

- uplatňuje základní hygienické, režimové a jiné zdravotně preventivní návyky s využitím elementárních znalostí o lidském těle; projevuje vhodným chováním a činnostmi vztah ke zdraví
- dodržuje zásady bezpečného chování tak, aby neohrožoval zdraví své a zdraví jiných
- chová se obezřetně při setkání s neznámými jedinci, odmítne komunikaci, která je mu nepříjemná; v případě potřeby požádá o pomoc pro sebe i pro jiné dítě
- uplatňuje základní pravidla účastníků silničního provozu
- reaguje adekvátně na pokyny dospělých při mimořádných událostech

Očekávané výstupy – 2. období

žák

- využívá poznatků o lidském těle k vysvětlení základních funkcí jednotlivých orgánových soustav a k podpoře vlastního zdravého způsobu života rozlišuje jednotlivé etapy lidského života a orientuje se ve vývoji dítěte před a po jeho narození

Učivo

- lidské tělo – životní potřeby a projevy, základní stavba a funkce, pohlavní rozdíly mezi mužem a ženou, základy lidské reprodukce, vývoj jedince
- partnerství, rodičovství, základy sexuální výchovy – rodina a partnerství, biologické a psychické změny v dospívání, etická stránka sexuality, HIV/AIDS (cesty přenosu)
- péče o zdraví, zdravá výživa – denní režim, pitný režim, pohybový režim, zdravá strava; nemoc, drobné úrazy a poranění, první pomoc, úrazová zábrana; osobní, intimní a duševní hygiena – stres a jeho rizika; reklamní vlivy
- návykové látky a zdraví – odmítání návykových látek, hrací automaty a počítače
- osobní bezpečí – bezpečné chování v rizikovém prostředí, bezpečné chování v silničním provozu v roli chodce a cyklisty, krizové situace (šikana, týrání, sexuální zneužívání atd.), brutalita a jiné formy násilí v médiích, služby odborné pomoci“

Pozn.: citováno z RVP ZV, 2010, str. 42

První pomoc je dále zmiňována ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví v oboru Tělesná výchova, kde očekávaným výstupem za 1. období je, že žák „uplatňuje hlavní zásady hygieny a bezpečnosti při pohybových činnostech ve známých prostorech školy“ (RVP ZV, 2010, str. 76) a jako výstup pro 2. období „uplatňuje pravidla hygieny a bezpečného chování v běžném sportovním prostředí; adekvátně reaguje v situaci úrazu spolužáka.“ (RVP ZV, 2010, str. 76). V zadaném učivu pro tento obor můžeme aspekty první pomoci nalézt v bodě „bezpečnost při pohybových činnostech – organizace a bezpečnost cvičebního prostoru, bezpečnost v šatnách a umývárnách, bezpečná příprava a ukládání nářadí, náčiní a pomůcek, první pomoc v podmínkách TV“ (RVP ZV, 2010, str. 76).

Jako poslední se o první pomoci nepřímo zmiňuje oblast Člověk a svět práce v oboru Člověk a svět práce. První pomoc se opět objevuje ve výstupech okruhů až v 2. období v této podobě – „žák dodržuje zásady hygieny a bezpečnosti práce; poskytne první pomoc při úrazu“ (RVP ZV, 2010, str. 82, 83).

b) Ochrana člověka za mimořádných událostí

Tento dokument byl vydán již v roce 2003 Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Přesněji řečeno jedná se o dokument s názvem *Pokyn MŠMT k začlenění tematiky ochrany člověka za mimořádných událostí do vzdělávacích programů*, který školám ukládá povinnost začlenit do výuky tuto problematiku, jejíž součástí je i problematika poskytování první pomoci za mimořádných událostí. Vedení škol může rozhodnout o tom, jak tuto tematiku začlení buď jako zvláštní předmět, či jako součást nějakého povinného. Podmínkou je minimální rozsah a to je šest vyučovacích hodin v každém ročníku. Z toho dvě jsou věnované zásadám poskytování první pomoci.

V roce 2003 byla k této problematice vydaná metodická příručka, kterou vytvořil Hasičský záchranný sbor České republiky. V této příručce najdeme podrobně popsané příčiny a prevenci pro různé živelné pohromy či havárie. Bohužel o úrazech, které při nich mohou nastat, zde není ani zmínka. Je zde zmíněno pouze tísňové volání a informace o integrovaném záchranném systému. V kapitole Havárie je zmíněná první pomoc při otravě různými plyny, ale to je pouze jedna složka první pomoci.

K tematice ochrany člověka za mimořádných událostí byly vydané i různé učebnice pro první stupeň ZŠ:

- *Ochrana člověka za mimořádných událostí*, Fortuna, 2003;

- *Ochrana člověka za mimořádných událostí - Osobní bezpečí - Neztratím se? Neztratím!*, pro 1. ročník, Albra, 2004;

- *Ochrana člověka za mimořádných událostí - Osobní bezpečí - Bezpečí a nebezpečí*, pro 2. ročník, Albra, 2004;

- *Ochrana člověka za mimořádných událostí - Osobní bezpečí - Počítej se vším*, pro 3. ročník, Albra, 2004;

- *Ochrana člověka za mimořádných událostí - Osobní bezpečí - S mapou nezabloudím,* pro 4. ročník, Albra, 2004;

- *Ochrana člověka za mimořádných událostí - Osobní bezpečí - Pomáhám zraněným*, pro 5. ročník, Albra, 2004.

Všechny tyto spíše pracovní sešity řeší z hlediska první pomoci především prevenci. Poslední zmíněná příručka ukazuje dětem i zásady poskytování první pomoci při úrazech i běžných nemocech.

Pokud si pozorně přečteme výše zmíněná fakta, zjistíme, že tyto oba prováděcí dokumenty sice ukládají povinnost školám učit první pomoc, ale nejsou v tomto ohledu nijak konkrétní. A to si myslím, že je v tomto případě více na škodu, než k užitku. Nikdo vlastně neví, v jakém rozsahu, jaké úrazy, nemoci by děti měly umět ošetřit a jak je to naučit. Existuje samozřejmě mnoho příruček (základním dokumentem jsou zde *Standardy první pomoci* vydané Českým červeným křížem v Praze 2002) zabývajících se tématem, jak poskytnout první pomoc či jak předcházet úrazům. Ale metodickou příručku pro učitele, jak a v jakém rozsahu děti učit první pomoc, jsem dosud neobjevila.

Proto, si myslím, jsou ve školách takové rozdíly ve výuce první pomoci. Mnoho učitelů si na to vůbec netroufá, a tak první pomoc učí jen v tom nejzákladnějším a ještě navíc jen teoretickém rozměru. Sami se cítí nejistí a nemají dostatečné znalosti a dovednosti potřebné k tomu, aby je byly schopní předat dále. Na druhé straně tady máme učitele, kteří první pomoc učí úspěšně i po stránce praktické a věnují jí mnohem více času, než je nařízeno.

3.2.2 Programy (školení, kurzy) první pomoci pro žáky prvního stupně

K čemu jsou vůbec potřeba, když tuto práci mají zastávat sami učitelé? Myslím, že odpověď jsme nalezli již výše. Tyto programy školy potřebují tehdy, když jsou zodpovědné a chtějí problematiku první pomoci dětem zpřístupnit v co největší kvalitě a na stejné úrovni. V tomto případě kontaktují organizace či soukromé osoby, které jsou k tomuto účelu školené - a to oblastní spolky Českého červeného kříže (dále ČČK), místní hasiče, zdravotníky, záchranáře, lektory první pomoci apod. Ovšem za každé takovéto školení musí ve většině případů zaplatit nemalé peníze a to si v současné době

moc škol dovolit nemůže. A tak se dostáváme do začarovaného kruhu, z kterého není úniku. Školy si musí v tomto ohledu vystačit s tím, koho a co mají k dispozici.

Jedno řešení problému by tu samozřejmě bylo a to programy někým dotované – obcí, krajem, státem. Nejlepší by to samozřejmě bylo státem, aby takovýto program mohl být využit a aplikován celorepublikově na všech školách, ale bohužel v současné době nic podobného pro první stupeň základních škol neexistuje. Každá škola se musí většinou postarat sama o sebe. Je pravda, že některé kraje se snaží spouštět různé programy na výuku první pomoci a hradit je školám. Většinou se ale jedná o kurzy pro žáky druhého stupně.

Protože se věnuji školení první pomoci na školách Kraje Vysočina, jsou pro mne nejdostupnější informace o programech právě v tomto kraji. Snažila jsem se získat informace i z jiných krajů, ale nesetkala jsem se s velkým pochopením. Autoři programů si je chrání jako cenný poklad, jelikož se bojí o svá autorská práva. Proto jsem se nakonec rozhodla, že v této práci popíši programy poskytované Krajem Vysočina.

Již osmým rokem zde velmi dobře funguje program První pomoc do škol, který je plně hrazen krajem a může se do něj přihlásit kterákoli základní škola kraje. Bohužel se jedná pouze o kurz určený žákům osmých ročníků, tedy druhého stupně.

Hledala jsem tedy podobný, dostupný kurz pro děti mladšího školního věku a bohužel jsem neuspěla. Kontaktovala jsem tedy pana ing. Tomáše Halačku, který sídlí na krajském úřadě v Jihlavě, má na starosti odbor zdravotnictví a je koordinátorem projektu První pomoc do škol. On potvrdil mé podezření, že žádný soustavný projekt pro první stupeň se v Kraji Vysočina neuskutečňuje. Avšak nabídl mi alespoň úspěšný program, který byl poprvé vyzkoušen ve školním roce 2010/2011 a který pro svou úspěšnost je v tento školní rok opět spuštěn. Tento program bych zde ráda představila jako důkaz toho, že se i pro žáky prvního stupně připravuje něco soustavného a trvalého.

Program prevence dětských úrazů

Projekt nazvaný Program prevence dětských úrazů realizuje na popud Kraje Vysočina občanské sdružení Zdravá Vysočina ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. Je určen především pro žáky třetích tříd. Snahou tohoto projektu bylo a stále je oslovit co nejvíce žáků základních škol a zaujmout je pro tuto problematiku.

V první fázi projektu se proto rozeslaly materiály přímo vytvořené pro tento projekt do všech třetích tříd kraje. Děti obdržely barevný pracovní sešit „Nebezpečí číhá všude“, záložku se základními informacemi k tísňovému volání a pracovní listy s problematikou správného chování v rizikových situacích. Všechny tyto materiály mají především prevenční charakter a byly autory navrhnuty tak, aby s nimi děti mohly pracovat jak ve škole, tak doma po celý rok.

Školy, které tento projekt zaujal, mohly projevit zájem o besedy s lektory první pomoci a zapojit se i do výtvarné soutěže. Celkově se projektu zúčastnilo 68 škol Kraje Vysočina. Z toho dvacet projevilo zájem o besedy a šest si ještě rozšířilo program o akci „Den bez úrazů“.

Cyklus besed byl sestaven tak, aby si vše děti zkoušely prakticky a aby zde bylo minimum teorie. Na besedy navazovala akce „Den bez úrazů“, kde si děti vyzkoušely praktické nácviky, resuscitaci, přivolání první pomoci, setkaly se s policií apod. To vše bylo završeno výtvarnou soutěží, jejíž téma bylo předcházení vzniku úrazů.

Velmi důležitou a úspěšnou součástí tohoto projektu bylo i proškolení pedagogů prvního stupně v poskytování první pomoci. Pedagogové prošli šestihodinovým seminářem.

Celkově byl tento projekt hodnocen (dotazníkově) velmi pozitivně, takže se Kraj Vysočina rozhodl spustit tento program znovu v následujícím školním roce 2011/2012.

Myslím si, že je velmi dobře, že se kraj snaží zavést program i na první stupeň. Jako nevýhodu takovýchto programů vidím nesoustavnost. Nejsem si jistá, zda dva několikahodinové kurzy za devět let docházky na základní školu plus více či méně

úspěšné působení samotných pedagogů, je směr, kterým by se výuka první pomoci měla ubírat. Možná by bylo smysluplnější zajistit pro školy buď nějaký soustavný a zároveň prohlubující program pro žáky, nebo se soustředit na pedagogy a řádně je školit nejen v poskytování první pomoci, ale i v metodice – didaktice první pomoci.

Pozn.: Informace o Programu prevence dětských úrazů pocházejí přímo od ing. Halačky a z oficiálních internetových stránek Kraje Vysočina (viz seznam použité literatury).

3.3 Teoretické základy poskytování první pomoci

V této kapitole se pokusíme položit teoretické základy pro výuku první pomoci, které se týkají obsahu výuky. Budeme se zaobírat první pomocí jako takovou. Krátce pohovoříme o rozdílu nemoci a úrazu. Vysvětlíme si správné volání na tísňové linky. Seznámíme se s materiálem, který můžeme použít při ošetřování a nejvíce prostoru budeme věnovat poskytování první pomoci, kde si popíšeme příznaky úrazů (nemocí) a správný postup při ošetřování. Na závěr této kapitoly se krátce zmíníme o prevenci - předcházení úrazů.

3.3.1 První pomoc

Většina autorů publikací se shoduje na definici první pomoci, kterou uvádí Bydžovský (2004, str. 9).

„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.“

Autoři se dále shodují, že první pomoc se běžně dělí na laickou a zdravotnickou první pomoc. V této práci se budeme věnovat hlavně laické první pomoci, kterou si tedy blíže vysvětlíme. Pokud poskytujeme laickou první pomoc, nepotřebujeme k tomu nějaké zvláštní pomůcky a zařízení. V kritické situaci bychom si měli dokázat poradit jen s tím, co máme při sobě.

Beránková, Fleková a Holzhauserová (2002) upozorňují ještě na tzv. technickou první pomoc. Tu provádíme tak, že kolem postiženého vytvoříme bezpečné prostředí,

aby se jeho stav nemohl zhoršit – vyprostíme postiženého, transportujeme ho na bezpečné a chráněné místo či odstraníme vše, o co by se mohl postižený ještě více poranit.

3.3.2 Úraz či nemoc

První pomoc poskytujeme za účelem ošetření úrazu či projevů nemoci. Abychom poskytli správnou první pomoc, je jistě důležité tyto dva jevy od sebe nějakým způsobem odlišit. Je velmi těžké pro ně stanovit jednoduchou a stručnou definici, kterou by děti dokázaly lehce aplikovat. Z praktické zkušenosti je lepší si stanovit několik charakteristik, které jsou pro daný jev typické a na jejich základě pak rozlišovat, zda se jedná o úraz či projevy nemoci.

O úraze můžeme říci, že je to poranění, které je způsobeno náhle a vnější příčinou. Naopak nemoc je stav, který může být způsoben postupně i náhle, ale vnitřní příčinou. Je to reakce těla na změny funkcí buněk (wikipedie).

Ve škole jde vyučujícím především o to, aby děti dokázaly přiřadit k těmto jevům příklady a měly nějaké pravidlo (pomůcku), na jehož základě to mohou dělat. A výše zmíněné pravidlo je pro tuto fázi zcela dostatečné.

3.3.3 Tísňové volání

Nejen děti, ale i dospělé učíme, že i kdyby nebyli schopní poskytnout žádnou první pomoc, je jejich povinností (u dospělých ošetřená i zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 150) zavolat zdravotnickou záchrannou službu nebo jakoukoli jinou složku integrovaného záchranného systému (IZS). I to je totiž první pomoc a při stavech ohrožujících život je to snad nejdůležitější moment záchranného procesu.

Děti většinou seznamujeme s tím, že správný postup při první pomoci je zjistit stav postiženého, poskytnout neodkladnou první pomoc a co nejdříve zavolat odbornou pomoc.

Děti dosud seznamujeme se všemi čtyřmi základními čísly – a to 112 integrovaný záchranný systém, který pod sebe slučuje další tři důležitá čísla - 155 zdravotnická záchranná služba, 150 hasiči a 158 policie. Všechna tato čtyři čísla jsou plně funkční na

území ČR. Děti se často ptají, co se stane, když si spletou číslo a vytočí jiné. Je dobré je v tento moment uklidnit a říci jim, že všechny složky spolupracují a zprávu si jistě předají (stejné je to u dotazu, kdy děti nevědí, kterou ze složek volat – dopravní nehoda či požár se zraněnými).

Velmi užitečné jsou mnemotechnické pomůcky pro zapamatování si čísel 150, 155, 158. Děti se je rády učí a čísla si podle nich velmi dobře pamatují.

150 – 0 jako rybníček, z kterého hasiči berou vodu, 0 jako oheň

155 – 5 jako bolavé bříško, těhotné bříško, invalidní vozíček

158 – 8 jako pouta, která policie používá

Je velmi důležité poučit děti o tom, jaké informace by operátorovi měly podat, přestože to nemusí odříkat samy zpaměti – operátor se na vše potřebné doptá, ale děti jsou pak lépe připravené a samy hledají odpovědi na důležité otázky. *Kde se to stalo? Co se stalo?* a *Jak se to stalo?*. Učíme děti, že je důležité co nejpřesněji uvést, kde se nehoda stala a co se stalo – kolik je zraněných, jaká zranění zde jsou a přibližný věk zraněných. Je dobré zdůraznit, že jsou to důležité a podstatné informace, ale na druhou stranu, když něco zapomenou, protože to bývají vypjaté situace, operátor jim pomůže a zeptá se jich. Také je pro děti zajímavým a ulehčujícím zjištěním, že mohou operátora požádat o tzv. asistovanou první pomoc, kdy s nimi operátor zůstane ve spojení, než dojede záchranná služba a navádí je, jak mají poskytnout první pomoc.

Poslední informace, které dětem podáváme o volání, jsou, že je dobré se představit a uvést telefonní číslo, z kterého voláme, což zvyšuje důvěryhodnost našeho hovoru. A také, že hovor ukončuje operátor, pro případ, že by se na něco potřeboval doptat. Je dobré dětem připomenout, že zkoušet volat na tísňové linky jen tak, není projevem správného a zodpovědného chování a že tím mohou blokovat linku pro někoho, kdo je třeba v tento moment ohrožen na životě.

3.3.4 Materiál využitelný při poskytování první pomoci

Abychom děti mohli naučit poskytovat první pomoc, měli bychom je seznámit také s materiálem, který mohou použít. Žáci by také měli vědět, kde je tento materiál dostupný. Většinou samy děti vědí, že tento materiál najdeme v lékárničkách v autě

nebo doma. Už mnohem méně dětí však ví, že mohou tento materiál najít také ve škole. Paní učitelky se většinou o tom nezmíní a děti se to v lepším případě dozví na druhém stupni či v horším, když se jim samotným stane úraz a paní učitelka je odvede do sborovny na ošetření.

S dětmi většinou probíráme hlavně obsah autolékárničky, jejíž vybavení je jako jedno z mála dáno platným předpisem (vyhláška č. 283/2009 Sb. § 32 odst. (6)). Obsah ostatních lékárniček by měl být takový, aby byl schopný pokrýt možná zranění na daném místě.

Jak ukázal náš malý předvýzkum (viz praktická část) děti velmi dobře znají většinu materiálu. Znají obvazy, náplasti i šátky a vědí, k čemu slouží (nerozlišují pružné obinadlo od hotového obvazu). Vědí, že součástí lékárničky jsou rukavice a „ kysličník“, mnohé však netuší, k čemu slouží. Je dobré dětem vysvětlit, že rukavice chrání hlavně je před nakažlivými nemocemi, které se přenáší krví a až v druhé řadě postiženého člověka (u menších uvádíme příklad žloutenky – děti ji znají jako nemoc „špinavých rukou“ u větších už seznamujeme i s AIDS). V tomto momentě je důležité dětem zdůraznit, že se sice snažíme pomoci zraněnému člověku, ale vždy musíme myslet na naše bezpečí.

Ve třídě se vždy našlo nějaké dítě, které ostatním dokázalo vysvětlit velmi jednoduše a srozumitelně, k čemu slouží kysličník. Většinou jsme je doplnili tím, že kysličník je vlastně dezinfekce, abychom je seznámili s tímto cizím slovem, a zároveň jsme jim ukázali nějakou jinou dezinfekci (účinnější – Septonex, Jodisol), aby si nemyslely, že existuje pouze tento jeden druh, který není nijak zvláště účinný.

Většinou si děti vůbec nevzpomněly (popř.: vůbec netušily, že existují) na dýchací roušku, sterilní krytí a škrtidlo. Myslíme si však, že je dobré jim tento materiál ukázat a vysvětlit jim, k čemu se dá použít.

Děti často doplňovaly vybavení ještě nůžkami, pinzetou, teploměrem a léky. V tomto momentě je jistě důležité hlavně u menších dětí (1. - 3. třída) zdůraznit, že léky jim mohou dávat pouze dospělí a ony samy by si je neměly brát ani nikomu dávat.

Osvědčilo se nám také děti postupně připravovat na to, že často u poskytování první pomoci budou muset improvizovat a vystačit si pouze s tím, co mají u sebe. Je tedy jistě

užitečné je učit obvazovat s kapesníkem, používat čistou vodu či své vlastní oblečení. Děti tato improvizace velmi zajímá a baví a jsou na sebe velice pyšné, když si dovedou poradit samy. Musíme je však k tomu vést už od počátku.

3.3.5 Úrazy, nemoci

Většina autorů (např.: Srnský, 1994, Beránková a kol., 2002 či Folch 2006) příruček první pomoci hovoří na počátku o základním postupu ošetření. Folch (2006) dokonce přidává k tomuto postupu svou zkratku tzv. CHOP. Tato zkratka je složena z počátečních písmen tří zákroků, které bychom měli provést při ošetřování postižené osoby.

Chránit

Nejen zraněného, ale především sebe. Předtím, než cokoli uděláme, je nejdůležitější zhodnotit situaci, abychom zajistili svou bezpečnost (zranění či mrtví nikomu nepomůžeme) a bezpečnost všech účastníků nehody. Obecně platí, že zjistíme, co se stalo, popř. jak se to stalo a kolik je zraněných, a zajistíme bezpečnost daného místa (nasadíme si rukavice, odstraníme nebezpečné předměty, vypneme elektřinu či transportujeme zraněného na bezpečnější místo.

Oznámit

Pokud postižený nepotřebuje neodkladně pomoc, zavoláme co nejdříve záchrannou službu.

Pomoci

Poskytneme první pomoc v rozsahu, v jakém jsme sami schopni a snažíme se se zraněným (pokud je při vědomí) co nejvíce komunikovat a uklidňovat ho.

Autoři se také shodují, že základní vyšetření postiženého provádíme co nejvíce smysly, abychom zjistili co nejpřesnější informace o jeho stavu. Vyšetřujeme tedy svým zrakem, sluchem, čichem i hmatem.

Beránková a kol.(2002) vysvětlují tyto pojmy blíže. Vyšetření **sluchem** provádíme, pokud zjišťujeme přítomnost dýchání (přiložením ucha na nos) či analyzujeme zvuky,

které vydává poranění (počítá se sem i komunikace se zraněným, kdy její pomocí zjišťujeme či kontrolujeme stav zraněného).

Vyšetření **hmatem** provádíme, když zjišťujeme, zda má postižený tep a jaký je, zda dýchá (položením dlaně na břicho). Také při celkové kontrole těla, kdy zjišťujeme, zda zraněný nemá nějaká zranění, která by mohla být našemu zraku skrytá nebo kontrolujeme tělesnou teplotu.

Vyšetření **čichem** nám také může být velmi nápomocno. Čich nám pomůže rozpoznat např. opilého člověka (cítíme alkohol), otravu plynem (cítíme unikající plyn), diabetika (cítíme slabý závan acetonu – pro děti se používá spíše přirovnání k alkoholu, protože to si dokážou představit).

Nejčastěji používáme k zhodnocení stavu postiženého svůj **zrak**, o tom se však Beránková a kol. (2002) nezmiňuje. Bydžovský (2004) na něj nezapomíná a vysvětluje, že zrak nám podá informace např. o barvě postiženého (bledost, nedokrvování koncových částí těla), o výrazu obličeje, jeho poloze, chování, vnějším krvácení či dýchacích pohybech.

Srnský (1994) dále upozorňuje, že při poskytování pomoci postupujeme vždy od úrazů ohrožujících postiženého na životě až po lehká poranění, tedy dle závažnosti zranění. Úplně naposled bychom se však měli věnovat zraněním neslučitelným se životem (o těch však prvoplánově na prvním stupni nehovoříme).

A) Život ohrožující stavy

Mezi život ohrožující stavy obvykle řadíme bezvědomí se zachovanými životními funkcemi, bezvědomí bez zachovaných životních funkcí, šok, tepenné krvácení, větší otevřené zlomeniny, popáleniny velkého rozsahu, pneumotorax, infarkt, epilepsie, astmatické záchvaty a podobné stavy.

S dětmi obvykle neprobíráme pneumotorax, astmatické záchvaty, epilepsii, infarkt či jiné podobné stavy. Bylo by to samozřejmě potřeba, zvláště v posledních letech, kdy se s těmito stavy mohou setkat již u svých mladých rodičů, prarodičů či dokonce starších sourozenců. Nevykládáme je hlavně z důvodu časového. Já osobně se ale snažím si na ně chvilku (u starších dětí – 4., 5. třída) najít a dětem zdůrazňuji, že je vždy důležité

zavolat záchrannou službu. Děti se totiž často už na tyto stavy samy ptají v lepším případě, nebo si na ně hrají v horším případě a myslím, že je důležité se k tomu nějak vyjádřit v obou případech.

Bezvědomí

Oba typy bezvědomí jsou projevem poruchy činnosti nervové soustavy (Srnský, 1994). Mladším dětem tuto definici zjednodušujeme (neznají pojem nervová soustava) tak, že mozek nezvládá řídit správně tělo, a tak dojde k tomuto zranění, které nastává např. následkem pádu, dušení či při neošetření jiných závažných zranění.

a) bezvědomí se zachovanými životními funkcemi (člověk tepe a dýchá)

Toto zranění se projevuje tak, že postižený člověk nereaguje na oslovení či zatřesení. Vypadá, jako by hluboce spal. Jeho základní životní funkce jsou zachovány. Člověk tedy dýchá i tepe.

První pomoc

Většina autorů se shoduje, že u tohoto zranění je důležité zachovat průchodnost dýchacích cest, ošetření případných dalších zranění a brzké zavolání záchranné služby. Rozcházejí se však ve způsobech zajištění a udržení průchodnosti. Autoři jako například Bílek (2009) doporučují s postiženým člověkem co nejméně hýbat kvůli možnému poranění páteře, proto je dobré nechat ho ležet na zádech se zakloněnou hlavou (či provedeným trojitým manévrem – předsazení čelisti) a neustálým dohledem jednoho zachraňujícího, aby nezapadl jazyk. Zotavovací (dříve stabilizovanou) polohu by použili pouze v případě, že je nutné od zraněného odejít. Autoři jako Bydžovský (2004) či Srnský (2007) namítají, že poloha na zádech vyžaduje neustálý dohled a zvyšuje také riziko zadušení při zvracení. Tito autoři doporučují uložit postiženého do zotavovací polohy, která snižuje riziko zapadnutí jazyka a zadušení se zvracením, co nejdříve po celkové prohlídce. Takto manipulovat však s člověkem můžeme pouze, pokud nemá poraněnou (či jen podezření na) páteř či těžká zranění jako např. zlomeniny.

Ukazuje se, že je dobré děti s tímto stavem seznamovat co nejdříve. Seznámit je se základními životními funkcemi a ukázat jim, jak poznají jejich projevy. Učíme děti hledat tep na krční tepně, kde je nejzřetelnější. Ukážeme jim, jak se tep mění

v závislosti na zátěži – tento moment je velmi baví a nebojí se zkoušet hledat tep na svých kamarádech (na druhém stupni mají mnohem větší ostych).

Mnozí odborníci – Srnský (2007), Bílek (2009) a i nejnovější Guidelines z roku 2010 doporučují od tohoto upustit a děti už neučit hledání tepu. Není to podle jejich názoru tak důležité a ztrácí se tím čas při záchraně života. Člověk, který nedýchá, pravděpodobně nebude i tepat. Já osobně se s tímto názorem nedokážu úplně ztotožnit. Myslím si, že je pro děti velmi užitečné umět změřit, najít tep a vědět, že je to základní životní funkce, bez které je člověk ohrožen na životě a při tomto zranění je velmi přirozené se o tom zmínit a naučit děti tep hledat a měřit. Je však asi lepší nezařazovat už hledání tepu při celém postupu ošetření bezvědomí, aby se děti naučily a upevnily co nejrychlejší a nejúčinnější jednání. Jistě ale tuto znalost a dovednost upotřebí například při zjišťování šoku – kde je tep spolehlivým indikátorem prohlubujícího se šoku (upadání do bezvědomí).

Děti hlavně tedy učíme, že musí sledovat projevy dechu a to poslechem, pohledem i pohmatem (viz výše), které nám především indikují toto zranění a pokud postižený nedýchá zkusit nejdříve zprůchodnit dýchací cesty zakloněním hlavy či případným vytáhnutím zapadlého jazyka.

b) bezvědomí bez zachovaných životních funkcí

Toto zranění je jedno z nejdiskutovanějších v průběhu celé historie první pomoci. Snad u žádného jiného zranění se neměnily postupy u poskytování první pomoci jako u tohoto.

Bezvědomí bez zachovaných životních funkcí je velmi podobné předchozímu zranění. Člověk nereaguje na oslovení, zatřesení. Má povolené svaly. V tomto případě však člověk nedýchá a netepe.

První pomoc

Podle nejnovějších Guidelines tedy u člověka nehledáme již tep, jako indikátor tohoto zranění stačí chybějící dech či lapavé dechy (Bílek, 2009), které se také mohou vyskytovat při zástavě činnosti srdce. Pokud nastane tento stav, je tedy nutné zahájit kardiopulmonární resuscitaci (KPR) – neboli umělé dýchání a masáž srdce. Tu je podle

všech publikací, které jsme měli k dispozici, nutné zahájit co nejdříve, protože po 3-5 minutách bez kyslíku začínají odumírat mozkové buňky.

V tuto chvíli narážíme na další diskusi mezi odborníky. Podle nových Guidelines už není nutné provádět umělé dýchání u dospělého člověka, protože má dostatek zbytkového kyslíku v krvi na několik prvních minut, takže jako první zavoláme zdravotnickou záchrannou službu a zahájíme masáž srdce – ideálně cca 100 stlačení za minutu. Toto si z nových Guidelines odnesla laická veřejnost, tedy i učitelé a děti. Už si ale nedočetli, že právě po těch třech či pěti minutách i dospělý potřebuje kyslík. Proto by bylo dobré, kdyby se lidé odvážili provádět i umělé dýchání (Bílek, 2009; Srnský, 2007). A to v poměru 30 stlačení ku 2 vdechům. Na druhou stranu i masáž srdce je velmi účinná pomoc.

U dospělého člověka stlačujeme hrudník na hrudní kosti přibližně na spojnici bradavek oběma rukama do hloubky cca 5 cm a dýcháme do úst se zakloněnou hlavou a zacpaným nosem.

U dětí (cca do 15 let – spíše ale záleží na tělesné struktuře) už se odborníci (například Srnský, 2007; Bydžovský, 2004; Gregora, 2004) i nové Guidelines shodují, že je nutné použít i umělé dýchání. Postup je nutné zahájit 5 vdechy a pak pokračovat cca minutu (přibližně 3 série – 1 série je 30 stlačení a 2 vdechy) v poměru 30:2 a po minutě zavolat záchrannou službu a pak opět pokračovat v resuscitaci (to vše je samozřejmě při jednom zachránci). Dětské tělo nesnese takový tlak, proto masírujeme pouze jednou rukou do hloubky cca 3 cm, abychom nepolámali žebra (Srnský, 2007).

U novorozenců (do jednoho roku života) je resuscitace podle zkušených záchranářů nejtěžší a to hlavně z pohledu psychiky. Takto malé miminko potřebuje opět co nejdříve dávku kyslíku. Po zaklonění hlavy tedy opět zahájíme pěti vdechy a pokračujeme masáží srdce a umělým dýcháním v poměru 3:1. Tato resuscitace musí být prováděna velmi rychle, protože novorozencům bije rychleji srdce (cca 120 tepů /min). Hrudník stlačujeme pouze dvěma prsty do hloubky cca 1,5 cm. Dýcháme do úst a do nosu zároveň (Gregora, 2004) a ne příliš mnoho vzduchu, abychom neporanili plíce. Srnský (2007) zdůrazňuje, že v žádném případě nedýcháme proti výraznějšímu odporu. U takto

malých dětí nejprve také provádíme cca 1 minutu resuscitaci a pak zavoláme zdravotnickou záchrannou službu.

Srnský (2004) i Bílek (2007) doplňují ještě několik všeobecných pravidel při provádění kardiopulmonární resuscitace. Postiženého masírujeme na tvrdé podložce, aby se tělo neprolamovalo. Resuscitaci provádíme do té doby, než přijede záchranná služba, než se obnoví životní funkce či do té doby, dokud jsme schopni fyzicky provádět KPR, což je velmi fyzicky i psychicky náročná činnost a v první řadě musíme myslet na své bezpečí.

Toto je ve zkratce teoretický popis poskytnutí první pomoci u zástavy životních funkcí. Je dlouhý a poměrně komplikovaný, plný důležitých momentů, které by neměly být opomenuty. Pro děti na prvním stupni, které nemají soustavný výcvik v první pomoci, neuchopitelný za tak málo hodin, které jsou k dispozici. Proto jsme se s instruktory oblastního spolku ČČK Havlíčkův Brod domluvili, že děti budeme učit první pomoc u dětí, což je asi nejpravděpodobnější situace, s kterou by se mohly setkat. Je také dobré, když má škola k dispozici figurínu dítěte na nácvik (popřípadě možnost vypůjčit) a děti si celý postup mohou zkoušet prakticky, což vede k mnohem účinnějšímu zvládnutí této dovednosti. S resuscitační figurínou („andulou“) se děti mohou seznamovat, mohou si ji takzvaně osahat už v prvních, druhých třídách například při projektových dnech nebo přímo ve výuce. Z praxe víme, že se pak děti mnohem méně ostýchají a nebojí se tuto první pomoc zkoušet a trénovat.

Šokové stavy

Podle většiny prací, které jsme měli k dispozici, je šok velmi závažný stav, který člověka ohrožuje na životě. Srnský (2007) vysvětluje, že šok je reakce organismu na nepřiměřenou zátěž. Bydžovský (2004) k tomu dodává, že šok je obranná reakce, která je charakterizovaná nízkým tlakem a nedostatečným prokrvením všech tkání a orgánů. Ty pak trpí nedostatkem kyslíku a selhávají jejich funkce. Srdce proto musí pracovat intenzivněji a tím se zvýší srdeční tep, který je velmi dobrým indikátorem rozvíjejícího se šoku.

Srnský (2007) i Bílek (2009) upozorňují, že je důležité rozlišovat šok ve smyslu psychické reakce (úlek, panika), který se vyskytuje většinou v nepřirozené či

dramatické situaci. V první pomoci se hlavně zabýváme a snažíme se předcházet šoku traumatickému, který doprovází úraz.

Autoři se shodují, že se šok rozvíjí hlavně při velké ztrátě tělesných tekutin (20 – 30 %). Nejčastěji šok proto provází rozsáhlejší krvácení a popáleniny. Šokové stavy také vznikají při velké bolesti. Můžeme je tedy očekávat například i u zlomenin.

Beránková a kol.(2002) velmi výstižně shrnují příznaky šoku. Příznaky rozdělují do tří fází podle závažnosti šoku. V první fázi, kdy se šok začíná rozvíjet, může být postižený člověk neklidný, může cítit bolest, třást se, většinou je bledý a zmatený. Koncové části těla jsou studené. Člověk se také může na těchto místech studeně potit. Nejvýznamnějším příznakem je tep, který je 90 – 100 tepů za minutu.

V druhé fázi, kdy už je šok rozvinutý, hovoříme o středně rozvinutém šoku (Bydžovský, 2004). Okrajové části těla přecházejí z bledosti do cyanotického (modrého) zabarvení. Postižený se stává netečným, často si stěžuje na žízeň a může i zvracet. Tep se zvyšuje přes 100 tepů za minutu a je více povrchní. Dýchání se zrychluje.

Při třetí fázi hovoříme už o těžkém šoku. Srdeční činnost může dosáhnout až 160 tepů za minutu. Tep je na periferních částech těla nehmatný, na velkých tepnách je pouze nitkovitý. Postižený upadá do bezvědomí. Postupně dochází k selhání krevního oběhu a dýchání.

První pomoc

Srnský (2007) shrnuje velmi jednoduchou a účinnou první pomoc, která se dá bez výhrad učit děti již na prvním stupni ZŠ. Je lehká k zapamatování i k provedení. Nejprve postiženého uložíme do tzv. **protišokové** polohy, což je poloha na zádech s mírně podloženými dolními končetinami (cca 30°). Tato poloha umožní centralizaci krve do životně důležitých orgánů. Pokud se přesto šok rozvíjí dále, zvedneme dolní končetiny až do 90° a můžeme zvednout ještě ruce (tzv. autotransfúzní poloha). Pokud má postižený zraněné dolní končetiny tak, že s nimi není dobré hýbat, pokusíme se zraněného uložit na nakloněnou plošinu hlavou dolů (můžeme ho uložit z kopce, vyrobit z tvrdé podložky – dveře).

Následuje dodržení tzv. zásady pěti T. První T je **tišení bolesti**, to znamená ošetření průvodních zranění, při kterých se šok rozvíjí (např. zlomenina, krvácení, popálenina). Následuje druhé T – **teplo**. Musíme se snažit udržet optimální tělesnou teplotu. Většinou to znamená postiženého podložit, aby neprochladl od země či ho přikrýt. Pozor však musíme také dát na přehřátí (např. v horkých letních dnech – postiženého uložit do stínu…). Třetí T jsou **tekutiny**. Jak jsme se již zmínili výše, člověk v traumatickém šoku má často pocit žízně. Není však dobré mu dát napít kvůli možnému zvracení či případné narkóze v nemocnici. Můžeme však zraněnému otírat rty navlhčeným kusem látky. Čtvrté T je **ticho**. Měli bychom se snažit zajistit klid v okolí zraněného. Zraněného se také snažíme uklidnit. Hluk i panika totiž velmi napomáhají rozvoji těžkého šoku. Jako poslední následuje T – **transport**. V současné době se pod tímto termínem schovává hlavně zavolání záchranné zdravotní služby.

Nejtěžší na tomto stavu je nezapomenout ho předpokládat a počítat s ním. Děti musíme učit poznávat příznaky šoku. Hlavně tedy kontrolovat tep a výše zmíněné příznaky. Samozřejmě je nezatěžujeme výčtem všech příznaků ke každé fázi, to by si asi nezapamatovaly, ale učíme je, že šok existuje a čím je tep vyšší (nad 90 tepů/min), tím je šok rozvinutější a pokud se s ním něco neudělá, upadne člověk do bezvědomí. Zmíníme jim několik dalších příznaků k tepu – bledost, studený pot, žízeň, nutkání na zvracení, zmatenost a netečnost. První pomoc začínáme učit od protišokové polohy, kterou děti poznají už při výuce mdlob, kterou většinou zařazujeme na přání paní učitelek, které s tímto mají občas problém. Zásada pěti T je pro děti zajímavá a zábavná. Připomíná jim nějakou šifru, kterou jsou schopné rozluštit.

Bezvědomí a šokové stavy jsou zranění, která učíme ze skupiny život ohrožující stavy. Samozřejmě učíme i krvácení, zlomeniny či popáleniny. Ty však zařazujeme spíše do středně těžkých zranění a to z důvodů psychologických. Některé děti se bojí velkých zranění, a když jim je pak maskujeme, omdlévají či se jim z nich dělá špatně. Proto je zařazujeme jakoby do lehčí kategorie, kdy je maskujeme – představujeme v menším rozsahu a o větším rozsahu si jen povídáme. Osobně si myslím, že je to lepší způsob, než děti vystrašit tak, že odmítnou cokoli s takovýmto zraněním dělat. Myslím, že je dobré je učit tato závažná zranění postupně, a tím je krok po kroku připravit na to,

jak hrozné to může být. Doufám, že pak z těchto zranění budou mít menší obavy a zkusí pomoci postiženému, jak nejlépe budou umět.

B) Středně těžká a lehká zranění

Mezi tato zranění zařazujeme tedy krvácení, tepelná poranění či poranění pohybového aparátu. Samozřejmě, že všechny mohou mít těžší i lehčí verzi.

Krvácení

Pod tímto termínem se skrývá mnoho typů úrazů a tím pádem i mnoho typů první pomoci. Když jsem poprvé učila děti na prvním stupni první pomoc, zjistila jsem, že je třeba udělat i malý exkurz do biologie člověka. Málokteré dítě (dokonce i dospělý) si totiž dokáže spojit své dosavadní znalosti o fungování těla člověka právě s první pomocí a často pak dochází ke špatnému poskytnutí pomoci – lidé prostě zapomenou logicky přemýšlet.

Krátký exkurz do biologie člověka

Děti v prvních, druhých a třetích třídách krevní oběh neprobírají. Podle RVP (2010) mají mít děti základní znalosti o fungování lidského těla, což je dost obecné zhodnocení. Učivo často obsahuje pouze části lidského těla – ruce, nohy, břicho… a některé důležité orgány, jako je mozek, srdce a plíce. Děti prokážou své znalosti tím, že dokážou tyto části a orgány správně umístit do lidského těla. Když se jich však zeptáte, k čemu tyto orgány jsou, odpoví vám podle svého selského rozumu (mozek k myšlení, plíce k dýchání a srdce, abychom žili). Většina z nich (alespoň podle mé osobní zkušenosti) nemá potuchu, jak jsou tyto orgány propojené a co potřebují k tomu, aby fungovaly.

Proto jsem se rozhodla s dětmi vždy, pokud k tomu bude alespoň trochu času, provést několik aktivit na fungování lidského těla a životně důležitých orgánů (viz příloha č. 1 a 3). S dětmi si povídáme, k čemu slouží mozek, plíce a srdce. Říkáme si, že mozek je takový ředitel celého těla. Řídí vše, co děláme a jak to děláme. Nezodpovídá tedy jen za myšlení. Plíce nám slouží k dýchání. Dýcháním přijímáme kyslík. Ten potřebuje mozek a všechny ostatní orgány a části těla, k tomu aby mohly fungovat správně. Jak se kyslík dostane do orgánů a částí těla? Vše je propojeno cévami, což jsou „trubičky“, kterými protéká krev, jež roznáší právě kyslík. A co tu krev pohání? To je právě srdce, které funguje jako pumpa. Pravidelně se smršťuje a roztahuje zpět, a tím rozhání krev do celého těla. Už děti v první třídě jsou schopné tento systém pochopit a následně pak dokážou aplikovat tyto znalosti na zranění. Dokážou pochopit, že je důležité krvácení zastavit, aby člověk nevykrvácel. Tím by totiž přestaly fungovat

důležité orgány a člověk by nemohl žít. Dokážou si pak uvědomit, že je potřeba pomoci co nejrychleji.

S dětmi ve čtvrtých a pátých třídách si už můžeme dovolit zmínit i druhy krvácení a nastínit si fungování krevního oběhu pomocí tepen a žil. Děti to v přírodovědě také probírají, takže se většinou mají i o co opřít.

Vraťme se tedy zpět ke krvácivým zraněním. Srnský (2007) potvrzuje, že krev je jedinečnou tekutinou, která je nezbytná k životu. Přidává, že v těle dospělého člověka je 4,5 – 6 l krve a už náhlá ztráta jedné třetiny objemu je životu nebezpečná. Protože takto velká ztráta vede k rozvoji šoku či dokonce ztrátě vědomí. Bydžovský (2004) s ním souhlasí a ještě upřesňuje, že se ztrátou kolem 10 % se lidské tělo dokáže vyrovnat.

Podle autorů publikací o první pomoci existují různá dělení typů krvácení. Na dvou se ale většina z nich shodne dokonce i s autory ze zahraničí, jako je například Folch (2006). Autoři tedy krvácení dělí na vnitřní a vnější a podle typu poraněné cévy, z které krev vytéká, na tepenné, žilní, kapilární (vlásečnicové) a tzv. smíšené, kdy dojde k poranění více druhů cév najednou.

Většinou se učí **vnitřní krvácení** zvlášť. Tento druh zranění se na prvním stupni obvykle nerozebírá. Nevím z jakého důvodu – nejspíše časového, praktického – děti se mnohem častěji setkávají s vnějším krvácením a první pomoc u vnitřních krvácení je vlastně hlavně zavolání záchranné služby. Děti se občas ptají, co dělat s krvácením do břicha. Jak ho poznají a jak mohou pomoci. Já osobně jim odpovídám, že poznat to je těžké – břicho je většinou na pohmat velice tvrdé, může zde být modřina a zraněný má velké bolesti a rozvíjí se šok. První pomoc je tady opravdu co nejrychleji zavolat záchranku a mohou postiženého uložit do úlevové polohy, kterou si postižený většinou najde už sám – například poloha skrčeného miminka v břiše maminky, která je pro člověka velmi přirozená a samy děti přiznávají, že když je břicho bolí, v této poloze leží.

Vnější krvácení

První věc, kterou dětem při výuce krvácení zdůrazňujeme, je, že je velmi důležité ošetřovat tato zranění, pokud je to jen trochu možné, v rukavicích, abychom předešli nakažení krví přenosnými nemocemi.

1) Tepenné krvácení

Tepenné krvácení by se správně vždy mělo zařadit do život ohrožujících stavů, ale zvýše popsaných důvodů a pro přehlednost ho uvádíme až v této kategorii.

V tomto případě dochází k poranění tepny. Krev z místa rány vystřikuje v rytmu pulzace srdce (Bydžovský, 2004). Srnský (2007) ještě přidává, že krev je jasně červená, protože je okysličená.

První pomoc

Pokud se jedná o zraněnou končetinu, zvedneme končetinu do výšky, abychom snížili průtok krve, které se takto hůře poteče. Stlačíme ránu nejlépe alespoň sterilním krytím (může i zraněný) a zmáčkneme nejbližší (směrem k srdci) tlakový bod, toto už děláme, i když se nejedná o končetinu. Tlakový bod je místo, kde můžeme stlačit tepnu proti kosti a tím zmenšit průtok krve (Srnský 2007).

Bydžovský (2004) dále vyjmenovává, že máme tlakové body: spánkový (pro lebeční část hlavy), lícní (pro krvácení z úst, tváře), krční (měření tepu, velká krvácení krku a hlavy, také jazyka), podklíčkový (krvácení z ramene, amputace horní končetiny), pažní (pro krvácení z předloktí a ruky), břišní (amputace dolní končetiny, gynekologické krvácení), stehenní (krvácení z dolní končetiny) a podkolenní (pro krvácení z holenní části a chodidla).

Po stisku tlakového bodu převážeme ránu tlakovým obvazem (s tlakovým polštářem = obvaz hotový č. 4 v lékárnách) či improvizovaným tlakovým obvazem, který se skládá ze sterilního krytí, jednoho smotaného obinadla jako tlakové vrstvy a druhého sloužícího k upevnění předchozích dvou vrstev. Pokud krev stále protéká, můžeme aplikovat ještě další dvě vrstvy obvazů a pokud stále protéká, přistupují autoři Bydžovský (2004), Beránková a kol.(2002) a Folch (2006) k použití škrtidla. Všichni autoři se shodují, že škrtidlo používáme opravdu, až když všechno ostatní selže, protože jeho použití může znamenat ztrátu končetiny v důsledku hromadění zplodin v zaškrcené části (Bílek, 2009).

Samozřejmě nezapomínáme na ošetření šoku, který se s velkou pravděpodobností bude při tomto zranění rozvíjet. Ránu dezinfikovat nemusíme, zbytečně bychom s tím ztráceli čas. Případné nečistoty se z rány dostanou s vytékající krví.

Tento typ krvácení běžně na prvním stupni ZŠ neučíme (v našem oblastním spolku), protože si myslíme, že je pro děti velmi psychicky náročný typ. Mnoho dětí se stříkající krve zalekne a netuší pak, co s tím, přestože už první pomoc probíraly. Myslíme si, že k tomuto zranění lze dospět s dětmi buď staršími, nebo s těmi, co se první pomoci věnují více např. v zájmovém kroužku nebo se účastní soutěží s první pomocí (BESIP, Hlídky mladých zdravotníků apod.).

2) Žilní krvácení

V tomto případě vytéká z rány tmavě červená krev bez pulzace (Bydžovský, 2004). Srnský (2007) ještě dodává, že toto krvácení může být masivní, přesto ale většinou nedochází k bezprostřednímu ohrožení života.

První pomoc

Podle nejnovějších metod a většiny autorů (např. Folch, Srnský, Bílek i Bydžovský a Beránková a kol.) je nejjednodušší zastavovat masivnější žilní krvácení podobně jeho tepenné pomocí tlakového obvazu. Nemusíme zde však mačkat tlakový bod. A Bílek (2009) dodává, že ani zvedat končetinu. Účinek stlačení tlakového bodu a zvedání končetiny podle něj není prokázaný ani u tepenného krvácení. Samozřejmě i zde nezapomínáme na hrozbu rozvíjejícího se šoku. Opět tady nemusíme ránu nijak zvlášť dezinfikovat. Přednější je zastavení masivního krvácení.

U menších ran stačí, když ránu vydezinfikujeme, překryjeme sterilním krytím a obvážeme obyčejným obinadlem.

3) Vlásečnicové (kapilární) krvácení

Jedná se většinou o drobná poranění jako odřeniny, drobné řezné, tržné či bodné rány. Srnský (2007) dodává, že tato zranění nejsou nebezpečná z hlediska ztráty krve a většinou se po chvilce zastaví sama. Je zde však větší hrozba infekce, a proto je důležité rány pečlivě dezinfikovat. Rány buď necháme volně zaschnout, nebo je přelepíme náplastí.

Děti si většinou s těmito zraněními umí bez větších problémů poradit. S náplastí se setkávají běžně. Snad jediné, na co je upozorňujeme, je polštářková náplast, při jejíž aplikaci na ránu bychom neměli sahat právě na polštářek, aby se neušpinil a do rány se nedostala nějaká infekce. U větších ran děti učíme používat sterilní krytí a pak obvázat (viz obvazová technika).

Velmi častým případem vlásečnicového krvácení je krvácení z nosu. S tím se děti běžně setkávají a je tedy velmi užitečné, když si, buď samy sobě či svému kamarádovi, dokážou pomoci.

Toto zranění prošlo z hlediska poskytování první pomoci také celou řadou změn. Ještě v současnosti si lidé pletou, zda mají hlavu předklánět, či zaklánět. Současní autoři se naštěstí už v postupech sjednocují. Srnský (2007) a Gregora (2004), kteří se přímo věnují první pomoci u dětí, doporučují tento následující postup. Předkloníme hlavu postiženého. Pevně zmáčkneme kořen nosu minimálně na 5 minut a pak postupně uvolňujeme. Na čelo a zátylek můžeme ještě přiložit vlhký studený kus látky, aby se zúžily nosní kapiláry a zastavilo se krvácení. Oba dva se také shodují, že pokud krvácení přetrvává déle jak dvacet minut, je dobré zavolat zdravotnickou záchrannou službu.

4) Smíšené krvácení

V tomto případě je zřejmé, že ošetřujeme podle nejzávažnějšího typu krvácení. Ošetřujeme tedy podle postupu při tepenném krvácení.

Cizí těleso v ráně

Tento úraz je vlastně speciální případ krvácivého zranění, který může nastat u všech typů krvácení. Cizím tělesem v ráně mohou být kamínky, střepy, bodná zbraň, šíp, klacek apod. První otázka, která nás v tomto případě jistě napadne, je: Vyndat, či nechat v ráně? Bydžovský (2004) se k tomuto dilematu staví tak, že volné předměty je lepší vyndat a ostatní nechat, protože zde fungují jako jakási ucpávka a zabraňují většímu krvácení.

S dětmi toto zranění probíráme pouze při žilním či vlásečnicovém krvácení. Pro tento případ je tedy *první pomoc:*

Ránu můžeme vydezinfikovat. Cizí těleso tedy v ráně ponecháme. Obložíme jej co nejvíce sterilním krytím a fixujeme obinadlem kolem dokola. Tělesa se snažíme dotýkat co nejméně, abychom zranění ještě nezvětšili nebo nezhoršili (Srnský, 2007).

Zvláštními případy tohoto druhu zranění je tříska a odřenina. Obě dvě zranění jsou velmi častá a děti se s nimi setkávají dnes a denně. Proto je jistě vhodné s nimi tato zranění probírat a učit je, jak si mohou pomoci samy.

Pokud se jedná o třísku, nejúčinnější první pomocí je vyndat ji. Bohužel to chce jistou zručnost a procvičenou jemnou motoriku, kterou děti na prvním stupni rozvinutou moc nemají, proto je lepší, když vyndání třísky nechají na někom starším a zručnějším. Tříska bezprostředně neohrožuje na životě a jistě najdou někoho dospělého či staršího sourozence – kamaráda, který jim pomůže. Mohou jim ale připomenout a dohlédnout, aby ranku vydezinfikovali.

Naopak s odřeninou si mohou většinou poradit zcela samy. Ránu je důležité pořádně vymýt a odstranit všechny viditelné nečistoty. Zde jistě pomůže i zkušenost našich rodičů a prarodičů, kdy je nejjednodušší vzít jemný kartáček a pořádně ránu vydrhnout pod tekoucí vodou, která nečistoty odplaví. Někteří doporučují použít i mýdla jako náhražku dezinfekce. Myslím, že je klidně možné a jistě ne na škodu po vymytí ještě použít dezinfekci. Následně, pokud rána krvácí, můžeme obvázat či zalepit, ale pokud to není nijak závažné krvácení a neobtěžuje nás při činnostech, je nejlepší nechat ranky zacelit na vzduchu přirozeně.

Tepelná poškození organismu

Velmi přehledně tuto problematiku zpracovávají ve svých publikacích Bydžovský (2004) a Srnský (2007). Podrobněji se k ní vyjadřuje i Beránková (2002).

Všichni tito autoři se shodují na podobném dělení těchto druhů poranění. Bydžovský (2007) vysvětluje, že tato poškození jsou taková poranění, která jsou způsobena vlivem extrémních teplot a to jak vysokými teplotami, tak i nízkými teplotami.

Poškození organismu může být buď celkové (teplota působí na celý organismus), hovoříme pak o přehřátí či podchlazení organismu, nebo teplota může působit jen na určité místo a tato poškození, pak nazýváme lokální – hovoříme o popáleninách (opařeninách) či omrzlinách.

A) Celková tepelná poranění

Do této kategorie spadají dvě protikladná poranění a to celkové přehřátí a podchlazení.

- **Přehřátí**

Srnský (2007) vysvětluje, že přehřátí vzniká působením vysoké teploty na organismus (např. v přehřáté, nevětrané místnosti či za horkého letního dne). V těchto případech přirozená termoregulace selhává a pot se nestačí odpařovat (čímž nedochází k ochlazení těla).

Autoři hovoří o dvou typech celkového přehřátí organismu a to úpalu, který vzniká pobytem v přehřátém, nevětraném prostoru, a úžehu, který je způsoben dlouhým pobytem na přímém slunci. Oba tyto stavy mají stejné či velmi podobné příznaky, liší se většinou právě jen příčinou. Tělo je dehydratované, a proto je člověk malátný, ospalý, může pociťovat nevolnost či bolest hlavy. Většinou toto poranění provází zvýšená tělesná teplota a zčervenalá kůže. Tep i dech bývají zrychlené. Celkově tyto stavy patří mezi šokové, a pokud se neposkytne včasná první pomoc, může člověk upadnout i do bezvědomí.

První pomoc

Podle všech autorů je nejdůležitějším krokem zamezení dalšího působení zdroje tepla. Je dobré vyvětrat místnost, odvést postiženého do chladnějšího prostředí či do stínu. Dalším nezbytným krokem je snaha o ochlazení organismu a snížení tělesné teploty. Je dobré postiženému poskytnout vlažné tekutiny. Dát mu studené zábaly, osprchovat apod. Srnský (2007) varuje před nadměrným ochlazováním, aby nedošlo naopak k podchlazení.

- **Podchlazení**

O podchlazení hovoříme, klesne-li tělesná teplota pod obvyklých 35 °C (Bydžovský, 2004). Srnský (2007) dodává, že v těchto případech je veliká naděje na úplné zotavení. Problém nastává, když teplota klesne až k hraniční pro přežití, což je cca 28 °C. Pak většinou dochází už k zástavě srdce.

Příčinou tohoto poranění bývá dlouhý pobyt ve velmi chladném prostředí, často také pobytem v chladné vodě. Podle Srnského (2007) k podchlazení často přispívá nedostatečné oblečení, tělesné vyčerpání, nedostatečný příjem energie či alkohol. Podchlazení se projevuje z počátku tělesným třesem, studenou a bledou kůží. Velmi rychle se postižený cítí malátný a unavený. Je ospalý až apatický. Zpomalují se základní životní funkce a postižený může upadnout do bezvědomí.

První pomoc

Opět nejdůležitějším krokem je dopravit postiženého z prostředí, které způsobuje tento stav. V tomto případě tedy někam, kde je tepleji, není tak větrno apod. Pokud máme k dispozici, použijeme další vrstvu oblečení. Pokud nemáme nic, zahříváme vlastním tělem. Dodáme energii – tzv. „rychlé cukry“ (čokoládu, cukr – nikdy ne alkohol). Pokud možno zvyšujeme postupně tělesnou teplotu přikrývkami, teplými zábaly, teplými nápoji či koupelí. U tohoto zranění se autoři nemohou shodnout, zda třít a tím zahřívat prochladlé končetiny (Beránková a kol, 2002), či ne (Srnský, 2007 a Bydžovský, 2004) – tito autoři tvrdí, že třením vyženeme prochladlou krev do důležitých orgánů a tím můžeme způsobit až zástavu srdce.

B) Lokální tepelná poškození

Mezi tato poranění řadíme především popáleniny, opařeniny a omrzliny.

- **Popáleniny a opařeniny**

Podle většiny autorů tato poranění patří k nejtěžším úrazům, obzvláště u dětí. K závažným zraněním se řadí, protože zde hrozí rozvoj šoku, infekce a ztráta tvaru a funkce tkáně (jizvy, dlouhé hojení). Obě tato poranění mají podobné až stejné příznaky. Liší se zdrojem tepla, který je způsobí. U popálenin působí suché teplo a u opařenin hovoříme o tzv. mokrém teple (horká voda, čaj apod.).

Velmi srozumitelně hovoří o závažnosti popálenin a opařenin Srnský (1994). Říká, že závažnost tohoto poranění závisí na šesti faktorech. Velmi důležité je zjistit **rozsah** poškození tkáně. Většinou jej počítáme na procenta. Pro jednoduché počítání i pro děti je zde pomůcka naší dlaně, která představuje cca 1 %. Tato pomůcka je velmi užitečná, protože už děti na prvním stupni dokážou posoudit, kolik tělesného povrchu je popáleno, přestože netuší, co jsou to procenta, či poloviny atd. Bydžovský (2004) i

Srnský (1994, 2007) se shodují, že ohrožením na životě je u dospělých asi 15 % a u dětí 10 % popáleného povrchu těla. Bílek (2009) však říká, že vysokým rizikem už jsou dvě procenta popálené tkáně.

Dalším důležitým faktorem, který přímo souvisí s předchozím, je **hloubka** poškození tkáně. Pokud je tkáň poškozena jen v povrchových vrstvách, hovoříme o tzv. I. stupni. V tomto případě je kůže zarudlá, pálí, ale zhojí se během několika dní. Při poškození hlubších vrstev dochází ke vzniku puchýřů, které jsou vyplněny plasmou, silně bolí a hojí se v řádech týdnů. Tento případ nazýváme II. stupeň. Nejzávažnější je III. stupeň, kdy dochází k poškození kůže i podkoží. Kůže odumírá a uhelnatí. Rány bývají necitlivé a hojí se v řádech měsíců.

Dále bychom při tomto poranění měli brát ohled na **věk** postiženého, protože popáleniny mají horší průběh u dětí (jemná kůže) a starších lidí (suchá kůže), **umístění** poranění – velmi nebezpečné jsou popáleniny dýchacích cest a obličeje a **příčinu** popálení – tu samozřejmě, co nejdříve odstranit.

Srnský (1994) říká, jako vlastně i ostatní autoři, že nejdůležitějším faktorem je správné poskytnutí **první pomoci**.

První pomoc

V první řadě je nejdůležitější odstranění postiženého z dosahu zdroje tepla. Doporučuje se co nejdříve svléknout horké, mokré, hořící (nejdříve uhasit) oblečení, sundat prstýnky, náramky, hodinky, řetízky apod., pokud už nejsou ke kůži přiškvařené.

Následovat by mělo dlouhé chlazení nejlépe chladnou vodou, které provádíme, dokud je to postiženému příjemné. Srnský (1994, 2007), Bydžovský (2004) i Bílek (2009) se shodují, že by to mělo být minimálně 15-20 minut, ale opravdu nejvíc záleží na pocitech postiženého. Chlazení by mělo snížit bolesti i zmírnit případně se rozvíjející šok. První stupeň v menším rozsahu obvykle není nutné nijak obvazovat.

Pokud už se objeví puchýře, je dobré ránu sterilně krýt (sterilní krytí, krytí přímo na popáleniny apod.). Puchýře bychom neměli propichovat. Dětem vysvětlíme, že tekutina uvnitř chrání poraněnou kůži. Autoři se shodují v tom, že čerstvou popáleninu nikdy nemažeme mastí či nezasypáváme. Masti ve své podstatě totiž zvyšují teplotu místa a

rána pak může více pálit. V dnešní době jsou však v lékárnách k sehnání i gelové náplasti či gely na popáleniny a ty by tyto potíže způsobovat neměly.

U rozsáhlejších popálenin vždy předpokládáme rozvoj šoku, a proto provádíme protišoková opatření.

S dětmi hovoříme o všech třech stupních a ukazujeme si první pomoc nejlépe na ruce, která je právě u dětí nejčastěji popálená. Učíme je o chlazení, o sterilním krytí a obvazu tzv. pacičce (viz obvazová technika). Nezapomínáme připomínat možný rozvoj šoku.

- **Omrzliny**

Omrzliny jsou vlastně jakýmsi podivným opakem popálenin. Vznikají působením velmi nízkých teplot na části lidského organismu a mají podobné příznaky jako již zmíněné popáleniny. Srnský (2007) říká, že nejčastější příčinou vzniku omrzlin je vystavení nechráněné části těla nízkým teplotám. Nejčastěji vznikají na okrajových částech těla, jako jsou ruce, chodidla, uši, nos či brada. Poškození vzniká snížením prokrvení kůže a podkoží. Cévy se stáhnou, protože se tělo brání úniku tepla.

U omrzlin jako u popálenin také rozlišujeme tři stupně poranění. Při prvním stupni je kůže bledá s nafialovělými místy, při zahřívání rychle zčervenají a pálí. Při druhém stupni se objevují puchýře, kůže je bledá až žlutá. Omrzlá tkáň méně bolí. Poslední stupeň provází tuhá jakoby vosková místa, která jsou necitlivá. Dochází k hlubokému poškození či odumření tkáně.

První pomoc

Oproti celkovému podchlazení se zde doporučuje mechanické prokrvení postižených míst (šetrná masáž či umístění míst do teplejšího prostředí). Důležité je dostat postiženého co nejrychleji do tepla a zajistit celkové prohřátí (viz podchlazení). Můžeme přikládat obklady – zde si musíme dát pozor a začít ohřívat nejdříve chladnější vodou a pak teprve přidávat na teplotě, protože bychom v důsledku necitlivosti tkáně mohli způsobit naopak opařeniny.

Srnský (2007) přidává, že omrzliny I. stupně většinou nepotřebují odbornou lékařskou péči. Omrzliny II. a III. stupně bychom měli sterilně krýt a znehybnit poškozenou část těla a zajistit odborné vyšetření.

Omrzliny většinou s dětmi probíráme vcelku rychle a nijak se u nich nepozastavujeme. V našich přírodních podmínkách se většinou nesetkáme s omrzlinami horšími, než je I. stupeň. Pouze ve vyšších polohách, či v zimě hrozí vyšší riziko a to je lepší probrat, když jsou tyto případy aktuální.

- **Úraz elektrickým proudem**

Někteří autoři (Beránková a kol., 2002, či Bydžovský, 2004) řadí toto poranění zvlášť jako samostatný typ zranění. Avšak nám přijde více logické ho zmínit již teď, jako to dělá Srnský (2007), protože tento úraz doprovázejí často velmi hluboké a závažné popáleniny.

Autoři se ale shodují, že tento úraz patří mezi nejnebezpečnější jak pro postiženého, tak pro zachránce. Protože, když on neobjeví, že do postiženého stále proudí elektřina a dotkne se ho, bude z něj během několika vteřin další postižený a naděje na záchranu tak velmi klesá. Pro postiženého je zásah elektrickým proudem nebezpečný hlavně proto, že zde hrozí ztráta vědomí, porucha srdečního rytmu či zástava srdce. V místě vstupu proudu a jeho výstupu z těla vznikají hluboké popáleniny. Nesmíme zapomenout na vysoké riziko poškození vnitřních orgánů.

První pomoc

S dětmi na prvním stupni probíráme spíše prevenci tohoto úrazu, aby si uvědomily, co jim hrozí, a až následně se zmiňujeme, co s tím. Nejdůležitější zásadou u tohoto zranění je nedotýkat se člověka, do kterého stále proniká proud. Buď musíme vypnout přívod elektrického proudu nebo alespoň dřevěnou či umělohmotnou tyčí přerušit spojení těla a zdroje proudu. Potom věnujeme pozornost nejprve zajištění životních funkcí a ošetření popálenin a jiných případných zranění. Srnský (2007) i Bydžovský (2004) se shodují na tom, že v tomto případě je vždy lepší zajistit odbornou lékařskou péči a sledování.

Poškození pohybového aparátu

Pokud těmito slovy uvedeme téma, které chceme s dětmi probírat, budou se na nás dívat asi nechápavě. Měli bychom tedy dětem vysvětlit, že pohybový aparát tvoří kosti, klouby a svalstvo a to vše se podílí na schopnosti se pohybovat (Srnský, 2007).

Poranění tohoto druhu je mnoho a dají se například podle Srnského (2007) dělit na sportovní úrazy, automobilové nehody, pády apod.

Většina autorů se však spíše přiklání k dělení právě podle postižené tkáně – tedy svalstva, kloubů či kostí.

- **Poranění svalstva – tzv. měkké tkáně**

Tomuto zranění se věnuje ve své publikaci Srnský (1994). Ten říká, že nejčastěji se jedná právě o sportovní úrazy, jako je natažení, natržení či zhmoždění svalu. Příznaky bývají různorodé, ale především jsou tyto úrazy provázeny velikou bolestivostí a omezenou hybností.

První pomoc

Tato zranění většinou neohrožují bezprostředně zdravotní stav postiženého. Zranění je dobré ochladit, což přináší obvykle úlevu od bolesti. Většinou také pomůže místo znehybnit elastickým obinadlem.

- **Poranění kloubů**

Při poranění kloubů dochází často k poškození vaziva. Opět to jsou úrazy, které často vznikají právě při sportu. Provází je velká bolestivost a zmenšená pohyblivost. Mezi poranění kloubů řadíme pohmoždění, kdy dochází k poranění měkkých částí kloubu, podvrtnutí, kdy hlavice opustí kloubní jamku, ale vrací se a vykloubení, při němž hlavice opustí jamku a už se nevrátí. Všechny tyto tři typy jsou často provázeny porušením cév a tudíž i krevním výronem. Na vnější pohled se to projeví jako hematom-modřina (Bydžovský, 2004).

První pomoc

Děti učíme, že nejdůležitější je ochlazení postiženého místa, abychom snížili bolestivost a následná fixace elastickým obinadlem. Bydžovský (2004) i Beránková a kol.(2002) ještě zdůrazňují, že není dobré zkoušet „rozcházet“ tato zranění.

- **Zlomeniny**

Zlomeniny vznikají většinou přímým působením hrubé síly. Velmi často jsou přítomné u autonehod. Nejčastější dělení je na zlomeniny otevřené, kdy je porušena kůže nad zlomeninou a na zlomeniny uzavřené, kdy kůže porušena není (Bydžovský, 2004). Existují samozřejmě ještě další typy dělení, ale pro děti na prvním stupni je toto dělení nejsrozumitelnější a nejnázornější.

Srnský (1994) mluví o tzv. jistých a nejistých příznacích tohoto zranění. Mezi jisté příznaky patří deformace zlomeniny (nepřirozená poloha), otevřená zlomenina – přítomný úlomek kosti, nepřirozená pohyblivost končetiny v místě zlomeniny a tzv. krepitace („kostní drásot“) – drhnutí kostí při prohmatávání poraněného místa. Na zlomeninu nepřímo ukazuje bolestivost, otok, hematom, snížení hybnosti.

Autoři se shodují, že je někdy velmi obtížné rozhodnout, zda se jedná o zlomeninu či ne. Srnský (1994) i Bílek (2009) vychází z toho názoru, že není až tak důležité rozpoznat stoprocentně, že se jedná o zlomeninu, stačí pojmout podezření a raději postiženého ošetřovat jakoby s horší variantou, než něco zanedbat, protože u tohoto zranění hrozí vysoké riziko rozvoje šoku, poranění cév a nervů.

První pomoc

Děti na prvním stupni většinou seznamujeme jen s případem uzavřené zlomeniny, která je přeci jen méně náročná na psychiku zachránce. S dětmi, které se o první pomoc zajímají více, či když máme k dispozici více času, klidně otevřenou zlomeninu také probereme, ale většinou tedy neřešíme případ otevřené zlomeniny s přítomností tepenného krvácení.

Základním pravidlem první pomoci u takovýchto zranění je fixace (znehybnění) zlomené části těla, což by mělo vést k omezení bolestivosti. Novější trendy první pomoci preferují u laické pomoci znehybnění pouze pomocí nehýbání. Dlahy už se

většinou nedělají, protože záchranná služba už se dostane skoro do všech míst. Pokud potřebujeme zpevnit ruku či nohu více, použijeme k tomu šátky, u nohy využijeme jako oporu nohu druhou (Srnský, 2007).

Pokud se jedná o zlomeninu s krvácením, musíme zastavit především je. Nikdy však nezatlačujeme kost zpět, aby se nám rána dobře ošetřovala. Ránu překryjeme sterilním krytím a ze dvou obinadel zhotovíme „můstek“ podél vystouplé kosti a přes tento můstek převážeme ještě jedno obinadlo.

U zlomeniny musíme vždy předpokládat rozvoj šoku, takže se snažíme provádět protišoková opatření.

Když s dětmi probíráme poranění pohybového aparátu, vždy zdůrazňujeme, že jsou to velmi bolestivá zranění, a proto je důležité s poraněným jednat velmi opatrně a citlivě.

Toto jsou veskrze všechna zranění, která by se mohla probírat s dětmi na prvním stupni. Je to výběr, který jsme udělali na oblastním spolku ČČK Havlíčkův Brod se zkušenými lektory, kteří již několik let úspěšně školí děti na druhém stupni a ve svém volném čase připravují i projekty, dny a akce s první pomocí i pro menší děti. Samozřejmě, že existuje mnohem více zranění, která mohou být dokonce závažnější, ale snažili jsme se brát ohled na úroveň dětské psychiky, dovedností i znalostí právě v tomto období a na základě toho jsme stanovili právě tento obsah (podrobněji rozepsáno v přípravách na jednotlivé hodiny pro jednotlivé ročníky).

3.3.6 Obvazová technika

Jako předposlední podkapitolu této kapitoly jsme zvolili obvazovou techniku, která se velmi dobře učí a procvičuje již na prvním stupni. Pro děti je to velmi zábavná část, protože jsou zaměstnané a mají neustále co dělat a ještě ke všemu pozitivnímu je tato činnost pro ně velmi smysluplná a propojená s reálným životem. Majrich (1994) říká, že praktické zvládnutí obvazové techniky je stejně tak důležité, jako teoretické znalosti. Já osobně si však myslím, že není nutné znát přesný teoretický postup, ale rozumně přemýšlet a prakticky konat. A praktické dovednosti nejlépe získáme procvičováním a opakováním.

K obvazování nejčastěji používáme obinadla (obyčejná i pružná), šátky, sterilní krytí a náplasti. Využijeme samozřejmě i nůžky či spínací špendlík.

V tuto chvíli je možná na místě pozastavit se nad rozdílem mezi obinadlem a obvazem. Mnoho lidí si myslí, že obinadlo je pouze to pružné, které se používá na znehybnění poraněných kloubů či svalů. A obvaz je vše ostatní, co se omotává kolem rány. Když jsem však absolvovala krajské studijní středisko v roce 2006, lektoři nám vysvětlili, že to, čím obvazujeme, je obinadlo. A to, co zhotovíme na poraněném místě pomocí obinadla, je obvaz (což je vlastně obinadlo + sterilní krytí či tlaková vrstva). V lékárně však můžeme koupit již hotové obvazy, které již obsahují sterilní krytí či tlakovou vrstvu a obinadlo.

Majrich (1994) velmi srozumitelně a názorně popisuje celou problematiku obvazování, a proto většinu postupů převezmeme právě od něj.

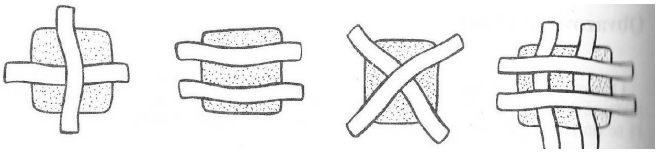
Nejprve hovoří o účelnosti obvazu. Každý obvaz by měl být natolik účelný, aby zastavil krvácení, upevnil sterilní krytí, znehybnil, uzavřel ránu či připevnil k poraněné části těla nějaký materiál (chlazení apod.).

Majrich (1994) stanoví základní pravidla pro obvazování. Dvě nejdůležitější učíme již děti od první chvíle, kdy se zabýváme touto problematikou a to, že by obvaz měl ránu překrývat o několik centimetrů a měl by být dostatečně utažen, ale neměl by škrtit.

Při ošetřování bychom vždy měli postiženého posadit či položit, aby nám ve stoje neomdlel. Je dobré s ním co nejvíce komunikovat, abychom ho udržovali při vědomí. A v neposlední řadě vždy myslíme na svou bezpečnost a při obvazování krvácivých ran používáme rukavice. Tyto tři zásady bychom podle odborníků při obvazování měli vždy dodržovat.

A) Náplasťové obvazy

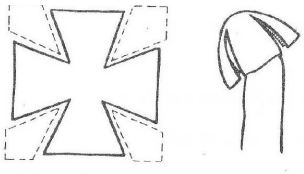
Pro své jednoduché a rychlé použití jsou velmi často využívány. Používají se pro zastavení menších krvácení, pro upevnění sterilního krytí či jiného materiálu (Obr. 1). Aby náplast na ráně dobře držela, musí být okolí rány velmi dobře očištěné.



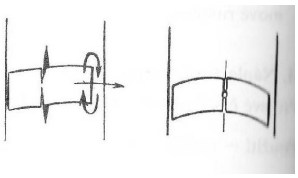
Obr. 1 - Upevnění sterilního krytí náplastí

O výuce lepení náplasti jsme se zmiňovali již u drobných řezných ran, takže se zde už o ní nebudeme více zmiňovat.

V této oblasti se děti mohou seznámit s tzv. Maltézským křížem (Obr. 2), který se vystřihne ze širší náplasti a používá se na poraněné konečky prstů. Dále děti využijí tzv. stehy z náplasti (Obr. 3) u řezných ran, kde potřebujeme ránu co nejvíce stáhnout k sobě. Z náplasti se vystřihnou „mašličky“, které se při upevňování otočí a tím se rána stáhne.



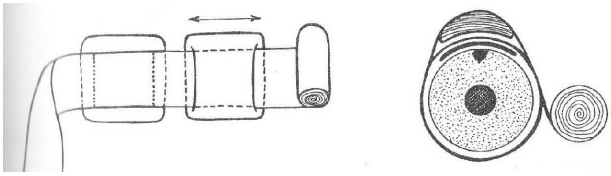
Obr. 2 - Maltézský kříž



Obr. 3 - Nepravé stehy z náplasti

B) Obinadlové obvazy

Z obinadlových obvazů má největší využití právě tlakový obvaz (Obr. 4), o kterém jsme se zmiňovali již u tepenného krvácení. Slouží tedy k zástavě prudkého krvácení a skládá se ze sterilní a tlakové vrstvy, kterou může tvořit například další obinadlo.



Obr. 4 - Tlakový obvaz

Při slabších krváceních se používají tzv. krycí obvazy, kdy na ránu přiložíme sterilní krytí a upevníme jej obinadlem (popřípadě šátkem nebo náplastí).

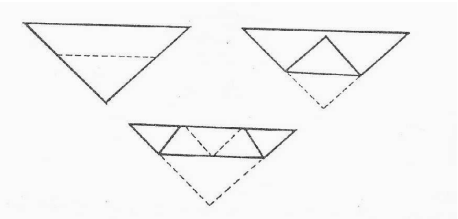
C) Šátkové obvazy

Tento typ obvazování mám osobně nejraději. Obvazy zhotovené z trojcípých šátků jsou velmi účelné, rychlé a úsporné. Popravdě si myslím, že málokdy má člověk po ruce obinadlo, ale šátek či kus látky je „po ruce“ častěji.

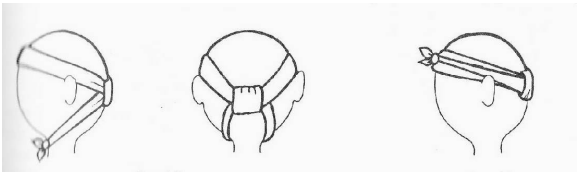
U šátků musíme mít však na paměti, že nejsou sterilní, a tudíž vždy bychom měli ránu sterilně krýt.

- použití jednoho šátku

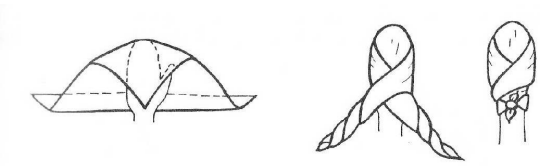
Jeden šátek používáme nejčastěji k upevnění sterilního krytí a to buď rozložený, či složený do kravaty (Obr. 5). Děti nejčastěji učíme připevnění sterilního krytí na části hlavy - na piráta, kravatou (Obr. 6), dolní a horní končetiny. Jeden šátek také využije při popálenině dlaně, kdy děti učíme tzv. pacičku (Obr. 7). Popáleninu překryjeme sterilním krytím, proložíme prostor mezi prsty, aby se neslepily, a ruku schováme do šátku, který pak kolem stáhneme a uvážeme.



Obr. 5 - Složení „kravaty“



Obr. 6 - Šátkový obvaz hlavy



Obr. 7 - Pacička

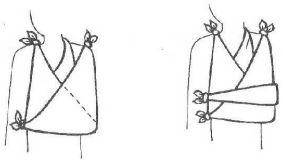
Jeden šátek se dá také použít k znehybnění. Využijeme ho jako šátkový závěs (Obr. 8) pro znehybnění předloktí. Na vrcholu šátku uděláme uzlík, který pak umístíme k lokti na poraněné ruce. Tu do šátku zavěsíme a zbylé dva cípy zavážeme za krkem postiženého.

Obr. 8 - Šátkový závěs

Nebo využijeme šátek složený do kravaty a zpevníme s ním zranění kotníku, kdy zhotovíme tzv. osmičku kolem chodidla a kotníku. Tento obvaz však musíme hodně utáhnout, aby splnil svůj účel.

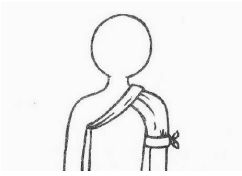
- použití více šátků

Dva a více šátků se nejčastěji používají ke znehybnění. Velmi účelný obvaz je tzv. velký šátkový závěs (Obr. 9), kdy potřebujeme zpevnit celou horní končetinu. Výše popsaný šátkový závěs ještě navíc zpevníme dalším šátkem s uzlíkem na vrcholu. Tentokrát uzlík umístíme na rameno postižené paže a cípy vedeme k druhému boku a tam je zavážeme. V případě potřeby zpevníme celý tento obvaz ještě kravatou, kterou vedeme z paže na druhý bok a uvážeme.

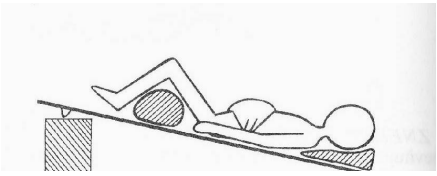


Obr. 9 - Velký šátkový závěs

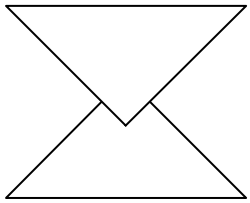
Dva šátky využijeme také pro upevnění sterilního krytí na rameno (Obr. 10) či břicho (Obr. 11). Obvaz vytvoříme tak, že si šátky položíme do polohy přesýpacích hodin (Obr. 12), kdy se budou asi z jedné třetiny překrývat. Spodní šátek pak poskládáme do kravaty. A takto obvaz zvedneme a přiložíme na zraněné místo.



Obr. 10 - Šátkový obvaz ramene

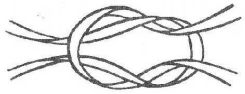


Obr. 11 - Šátkový obvaz břicha



Obr. 12 - Přesýpací hodiny

Výše zmíněné obvazy můžeme učit děti již na prvním stupni. Dostatek času věnujeme nácviku skládání kravaty a dělání uzlů. Pro mne velmi překvapivé zjištění například bylo, že děti ve druhé polovině první třídy ještě neumí uzlovat. Proto se hodí začínat s obinadlovými obvazy, kdy děti naučíme zámek (počáteční upevnění obvazu) a omotávání kolem rány buď ve stylu hoblinky (jednodušší varianta), či klásku. Zde nemusí zakončovat zauzlováním, stačí odstřihnout kus náplasti a zalepit. Když děti učíme správné zavázání šátku, je dobré je naučit tzv. ambulanční uzel (Obr. 13), který je plochý a tolik netlačí, přesto se většinou ještě podkládá nějakým jiným šátkem, obinadlem apod.



Obr. 13 - Ambulanční uzel

Pozn.: Obrázky č. 1-11 a 13 pocházejí z publikace MAJRICH, Jiří et al. *Příručka pro záchranné jednotky*. 1. vyd. Praha: ČČK v TOP AZ, 1994, 135 s.

3.3.7 Prevence – předcházení úrazů

Poslední, ale ne méně důležitá podkapitola této části. Všichni se určitě shodneme, že je velmi důležité a jistě nezbytné děti učit poskytování první pomoci. Ale nebylo by lepší, kdyby k úrazům docházelo co nejméně a děti i my dospělí bychom se nemuseli setkávat s tak hrozivými zraněními? Proto si myslím, že prevence je zde také na místě. Je potřeba děti seznámit s tím, že pokud se budou chovat uvědoměle a zodpovědně, sníží tím podstatně riziko vzniku úrazu.

Podle mých zkušeností je právě prevence asi nejvíce probíranou oblastí první pomoci na prvním stupni základních škol. Paní učitelky ji zařazují do mnoha předmětů jako prvouka, přírodověda, tělesná výchova, ale i třeba výtvarná výchova či pracovní

výchova. Ve všech těchto předmětech se prevence úrazů ve větší či menší míře objevuje. Ve výtvarné, pracovní a tělesné výchově se s dětmi baví o zásadách bezpečného používání nástrojů/přístrojů a bezpečném chování. V prvouce a přírodopise rozebírají různá prostředí, v kterých hrozí nebezpečí úrazu.

Tato oblast je většinou pro děti velmi zábavná, protože zde mohou uplatnit své dosavadní zkušenosti a znalosti. Proto si myslím, že nejlepšími metodami pro výuku prevence je diskuse, hraní rolí či mini projekty, kdy děti zpracují například nebezpečí v lese, v domácnosti, u rybníka apod.

Kromě obvyklé výuky prevence by učitelé měli s dětmi procházet nebezpečí vzniku úrazů před každými prázdninami, výletem, sportovním dnem apod. Do jaké míry je toto naplněno účelně a smysluplně, to už je otázka jiná.

Pro tuto oblast je také asi největší materiálová podpora pro učitele. Mnoho cvičení, obrázků či diskusních úkolů se nachází přímo v učebnicích daných předmětů. Na internetových portálech jako například záchranný kruh, rvp či webových stránkách oblastních spolků ČČK nalezneme také bohatou základnu různých materiálů právě pro tuto problematiku.

3.4 Didaktický pohled na výuku první pomoci

Jelikož chceme první pomoc vyučovat na základní škole, neměli bychom opomenout didaktický rozměr výuky. Nestačí vědět a umět jen to, co máme učit, ale měli bychom si poradit také s tím, jak máme dané učivo učit. K tomu by nám měla pomoci právě didaktika daného předmětu. Bohužel v České republice žádná publikace k tomuto problému dosud nevyšla, takže zkusíme využít a aplikovat myšlenky obecné didaktiky. V této kapitole se tedy zaměříme na výukové cíle, motivaci, didaktické zásady, metody a organizaci výuky, což jsou asi nejdůležitější charakteristiky, které se podílí na plánování i průběhu vyučování.

3.4.1 Výukové cíle

Výukové cíle nebo také výchovně vzdělávací cíle jsou velmi důležitou součástí učebního procesu. „Výukový cíl chápeme jako představu o kvalitativních a kvantitativních změnách jednotlivých žáků v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické, kterých má být dosaženo ve stanoveném čase v procesu výuky.“ (Kalhous, 2002, str. 274)

Skalková (2007) zdůrazňuje, že stanovení si cílů je nezbytnou součástí efektivního a smysluplného vyučování a nabízí trochu jinou variantu definice výukového cíle, která má však s Kalhousovou podobný charakter. „Cílem vyučování chápeme zamýšlený a očekávaný výsledek, k němuž učitel v součinnosti se žáky směřuje.“ (Skalková, 2007, str. 119)

Vyučující by měl stanovovat cíle pro každou hodinu a dlouhodobější cíle. Kalhous (2002) doporučuje spolupracovat na vytváření cílů se žáky. Žáci mají být aktivním účastníkem výuky, proto by se měli aktivně podílet i na jejím plánování.

Jesenská (1986) připomíná, že teprve když si učitel uvědomí, čeho chce s dětmi dosáhnout, může smysluplně vybrat cestu k dosažení tohoto cíle – promyslet uspořádání učiva, činností a motivaci, vybrat vhodné formy a metody výuky.

Kalhous (2002) stanovuje požadavky na výukové cíle. Cíle by měly být komplexní. Je třeba směřovat výuku nejen ke změnám v kognitivní oblasti žáka, ale i v oblasti afektivní a psychomotorické, aby se rozvíjela celá osobnost žáka. Cíle by také měly být konzistentní, což znamená, že by měly být provázané a hierarchicky uspořádané. Důležitým požadavkem je také kontrolovatelnost cílů, kdy bychom měli dokázat zjistit, zda se nám podařilo navodit učení žáka a došlo k požadovaným změnám. Proto by stanovený cíl měl v sobě obsahovat výkon žáků, podmínky, za kterých má být výkon realizován, a normu výkonu. V neposlední řadě by cíle měly být také přiměřené – měly by být tedy tak náročné, aby je splnila většina žáků.

Jistě i pro výuku první pomoci je důležité si stanovit výukové cíle. Ty nám pomohou naplánovat výuku tak, aby byla smysluplná a co nejefektivnější, protože na základě cílů budeme vybírat vhodnou motivaci, metody a formy výuky, které smysluplnost a efektivnost ještě více podpoří. A pokud se budeme držet didaktických zásad, uděláme z hlediska pedagogického velký krok k tomu, aby si děti z naší výuky odnesly co nejvíce.

3.4.2 Motivace

Další důležitou složkou vyučovacího procesu je motivace. Obst (2002) říká, že motivace ke školnímu učení není něco, co by si děti přinášely v úplné podobě z domova. Motivace je podle něj výsledek interakce mezi všemi složkami podílejícími se na vyučování (osobnost žáka, učitele, spolužáci, učivo apod.). Její základy jsou sice kladeny v rodině, ale zbytek je dotvářen na základě interakce s prostředím, v kterém se žák pohybuje.

Autoři publikací, které jsme měli k dispozici, se shodují, že motivace jsou vnitřní nebo vnější faktory, které vedou k energetizaci jedince. Motivace dává směr našemu chování, když chceme dosáhnout nějakého cíle.

Nejen Obst (2002) dělí motivaci na vnitřní a vnější. Vnitřní motivaci najdeme u žáků, kteří se učí proto, že je zaujalo téma či činnost. Pracují aktivně sami, aniž by potřebovali nějakou vnější odměnu (známku, dárek). McCombsová (1997) přidává, že

vnitřní motivace se u žáků rozvíjí tehdy, když vnímají učební činnost jako smysluplnou a mají možnost se aktivně podílet na výběru cílů, metod a hodnocení celé výuky. Naopak žáci s vnější motivací se učí hlavně proto, aby získali nějakou vnější odměnu, či se vyhnuli trestu. Obst (2002) zdůrazňuje, že v tomto případě žáci volí pragmatický přístup, kdy se snaží dosáhnout co nevětšího úspěchu za vynaložení minimálního úsilí. Je tedy jasné, že oproti žákům s vnitřní motivací, zvládnou učivo pouze povrchně a nemají zájem ho prozkoumat více do hloubky.

Již dlouho se vedou diskuze, zda je vůbec dobré vnější motivace užívat. Crowl, Kaminsky a Podell (1997) tvrdí, že pokud je jí užíváno střídmě a s rozumem, může být i hybnou silou pro rozvoj vnitřní motivace.

Mohlo by se zdát, že téma motivace úplně svým charakterem nespadá do této kapitoly. Myslíme si však, že motivace je jedním z nejdůležitějších faktorů. Děti, které nemají motivaci se učit, se učit nebudou. První pomoc je pro děti často tak zajímavé téma, že je samo o sobě motivací, a proto bychom se měli snažit naplnit dětská očekávání a využít toho, co nám téma jako takové nabízí. Z osobní zkušenosti i z několikaleté práce s dětmi při výuce první pomoci bychom si jistě mohli dovolit konstatovat, že tato problematika probouzí velmi silnou vnitřní motivaci k učení jak poskytnout první pomoc. Většina dětí shledává tuto problematiku jako smysluplnou a reálnou a v životě jistě uplatnitelnou a to jsou velmi cenné faktory, které se snažíme využít a rozvíjet je dál.

3.4.3 Didaktické zásady vyučování

Podle mnoha autorů, kteří se k problematice didaktických zásad vyjádřili, jsou didaktické zásady jakási pravidla, která mají zajistit efektivnost výuky. Systém těchto pravidel se vyvíjel postupně. Již Komenský či Pestalozzi formulovali některé hlavní didaktické zásady, které jsou uznávané dodnes.

Kurelová (2002) nabízí výstižné a srozumitelné vysvětlení didaktických zásad. Říká, že didaktické zásady jsou obecné požadavky, které podmiňují charakter výuky společně s výchovnými a vzdělávacími cíli.

Tato pravidla se vztahují k různým oblastem výchovně vzdělávacího procesu. Některé zásady se věnují především učivu (např.: zásada vědeckosti, soustavnosti, přiměřenosti, spojení teorie s praxí), jiné se věnují učitelově činnosti (zásada názornosti, individuálního přístupu) a v neposlední řadě samozřejmě žákově činnosti (zásada aktivity, uvědomělosti).

Dodnes se neustálil jednotný systém těchto zásad, proto pro tuto práci vybíráme ty, které by měly podpořit efektivnost výuky první pomoci na prvním stupni ZŠ.

- **Zásada komplexního rozvoje žáka**

Tato zásada říká, že by učitelé v rámci výuky měli rozvíjet všechny základní složky osobnosti žáka (Malach, 2003). Kurelová (2002) upřesňuje, že bychom se měli soustředit na oblast kognitivní, afektivní i psychomotorickou.

Tato zásada jistě patří i do výuky první pomoci. Velmi efektivně se při ní dají rozvíjet všechny tři požadované složky.

- **Zásada vědeckosti**

Tato zásada je pro výuku první pomoci velmi důležitá. Kurelová (2002) vysvětluje, že je velmi důležité, aby učitel udržoval kontakt s vědeckými disciplínami, které jsou základem daného předmětu, a neustále si aktualizoval své poznatky. V první pomoci je nutné toto provádět velmi často, jelikož se mění postupy a zásady poskytování první pomoci. Je nutné, aby učitel věděl, kde aktualizované informace najde. Velmi přínosné by určitě také bylo, kdyby učitelé absolvovali různé doškolovací semináře, které jsou přímo určené k předávání aktualizovaných informací.

- **Zásada spojení teorie s praxí**

Velmi důležitým pravidlem pro výuku první pomoci je tato zásada. Často se setkáváme s tím, že děti i dospělí mají rozsáhlé teoretické znalosti o poskytování první pomoci. Jsou schopní zpaměti odříkat sáhodlouhé postupy, jak uložit člověka v bezvědomí do zotavovací polohy, ale provést to pak v praxi už schopní nejsou. Proto by tato zásada měla být dodržována v každém možném momentě výuky první pomoci.

- **Zásada individuálního přístupu**

Tato zásada vychází z poznatků psychologie osobnosti. Základem těchto poznatků je žákova individualita. Každý žák je osobnost a tak je nutné k němu přistupovat (Malach, 2003). Kurelová (2002) zdůrazňuje, že učitel by měl individuální zvláštnosti žáků dobře poznat a podle nich pak řídit učební činnosti tak, aby každý žák mohl zažít úspěch.

Při výuce první pomoci je velmi obtížné tuto zásadu dodržet, zvláště když nám ji zajišťuje externí lektor. Přesto by měl každý lektor i učitel brát v úvahu, že každý člověk je schopen poskytnout první pomoc jen do určité své míry. Někdo například nesnese pohled na krev. Někdo má tak velký strach, že něco zkazí, že je schopen zavolat pouze záchrannou službu. Malé děti mohou mít tak malou sílu, že hrudník dospělého člověka nejsou schopné stlačit. Vše toto by zkušený lektor i učitel měl brát v potaz a měl by povzbuzovat a motivovat každého k jakékoli byť minimální pomoci.

- **Zásada přiměřenosti**

Podle Malacha (2003) tato zásada vyžaduje, aby cíle, proces i prostředky vzdělávání byly přiměřené. V první pomoci se jedná především o přiměřenost k věku, fyzické zdatnosti, rozumové vyspělosti a již získaným znalostem a dovednostem v oblastech souvisejících s výukou první pomoci (prvouka, přírodověda, tělesná výchova apod.).

Tato zásada je velmi úzce provázána s předchozí, jelikož by učivo mělo být hlavně přiměřené žákově individualitě (Kurelová, 2002).

- **Zásada trvalosti a soustavnosti**

Snad nejdůležitější zásadou při výuce první pomoci je toto pravidlo. Z osobní zkušenosti víme, že pokud neprocházíme neustálým a soustavným výcvikem, velmi rychle zapomínáme. Pro první pomoc je to ale fatální důsledek. Jestliže nebudeme vystaveni soustavnému procvičování a prohlubování našich znalostí a dovedností, nebudeme schopni správně a rychle poskytnout první pomoc. Bohužel tato zásada se v problematice první pomoci dodržuje na velmi nízké úrovni.

Pokud hovoříme o soustavnosti, měla by zde být splněna také podmínka systematičnosti. Výuka by se měla opakovat v pravidelných cyklech, měla by být systematická – logicky provázaná a prohlubující (Kurelová, 2002).

- **Zásada názornosti**

Názornost patří k nejstarším a nejdůležitějším didaktickým zásadám (Dostál, 2008). Je velmi efektivní, pokud žáci dostávají názorné příklady k výkladu. Lépe si pak propojí svou dosavadní zkušenost s novým tématem (názorné příklady by měly obsáhnout co nejvíce smyslů, nejen zrakový). Pro první pomoc je i tato zásada velmi užitečná. Je velmi efektivní, když děti vidí nebo cítí názorně, jak se má první pomoc správně poskytnout i jaké důsledky může na lidské tělo mít její neposkytnutí.

- **Zásada uvědomělosti a aktivity**

Kurelová (2002) říká, že uvědomělost vyjadřuje postoj žáka k dané problematice a také hloubku osvojených poznatků o ní. Pokud jsou poznatky uvědoměle osvojené, jsou hluboce pochopené a žák je na jejich základě schopný provádět různé operace – vysvětlit, jinak formulovat a umí je aplikovat v praxi, což je pro první pomoc nejdůležitější operace.

Učitelé/lektoři by tedy měli dbát o to, aby žáci učivo uchopili co neaktivnějším způsobem, který vede právě k uvědomělému pochopení. Měli by používat co nejvíce aktivizačních metod (například problémové otázky a úkoly, projektové vyučování, rozhovor, praktické ukázky,…), které by podněcovaly aktivitu nejen myšlenkovou, ale i citovou a volní.

- **Zásada zpětné vazby**

Velmi důležitá zásada, která se ovšem ve výuce první pomoci skoro nevyužívá. Na základě zpětné vazby učitel totiž získá informace o hloubce pochopení dané problematiky a postupu žáka k vytyčenému učebnímu cíli. Díky zpětné vazbě je učitel schopen odhalit chyby či nesprávné pochopení a vrátit se k nim a opravit (Malach, 2003).

V první pomoci tak můžeme odstranit špatné návyky, mylné informace a vést žáky k rychlé a efektivní první pomoci.

- **Zásada emocionálnosti**

Tato zásada podle Malacha (2003) vychází z faktu, že učitelé a žáci jsou jen lidé a ne stroje. Navzájem se ovlivňují. Mají nějaké pocity a potřeby.

V první pomoci je velmi důležité brát ohledy na emoce své i druhých. Je například velmi důležité sledovat, v jakém stavu je zraněný – nejen fyzickém. Jako lektoři máme těžkou, ale ne nesplnitelnou úlohu vytvoření pozitivní atmosféry při výuce první pomoci. Děti ani dospělí by se neměli bát poskytnout první pomoc a neměli by mít obavy z toho, že udělají něco trapného nebo budou neúspěšní při nácviku první pomoci. Protože emoce hrají velmi podstatnou roli při poskytování první pomoci – mohou ji pozitivně, ale i negativně ovlivnit, je důležité s nimi počítat a věnovat se jim už při výuce a nebát se o nich mluvit a pracovat s nimi.

3.4.4 Stručná charakteristika některých výukových metod

V této části se zaměříme stručně na výukové metody. Výukové metody patří mezi základní kameny školní didaktiky. V obecné rovině jsou chápány jako cesta k cíli (Kalhous, 2002).

Skalková (2007) nabízí definici vyučovací metody z hlediska didaktiky. Ta říká, že „pod pojmem vyučovací metoda chápeme způsoby záměrného uspořádání činností učitele i žáků, které směřují ke stanoveným cílům.“ (Skalková, 2007, str. 181)

Dále Skalková (2007) upřesňuje, že právě metody jsou vazbou mezi cílem, obsahem a výsledkem výchovně vzdělávacího procesu.

Pro učitele/lektory první pomoci může být zajisté užitečné znát a používat některé metody. Jejich výchovné a vzdělávací působení získá nejen na profesionalitě, ale také zajisté na efektivnosti a o tu nám jde nejvíce.

V oblasti obecné didaktiky nalezneme mnoho metod, pro tuto práci vybíráme však ty, o kterých si myslíme, že by mohly být užitečné pro výuku první pomoci u mladších žáků.

A) Metody slovní

Ve výuce mají tyto metody své nezastupitelné místo. Také ve výuce první pomoci se uplatňují velmi často, někdy bohužel i na úkor praxe. Nesmíme však opomenout, že pokud se používají správně, jsou to velmi efektivní metody, které umožňují rychlý přenos požadovaných informací (Kalhous, 2002).

Slovní metody dělíme obecně na **monologické**, **dialogické** a **metody práce s učebnicí, knihou a textovým materiálem**.

Všechny tyto tři kategorie můžeme účinně využít při výuce první pomoci. Z monologických metod často využíváme **vysvětlování**, **přednášku** a **instruktáž**, která slouží jako teoretický úvod k praktické činnosti.

U žáků oblíbenější jsou však metody dialogické, kde mohou děti uplatnit své zkušenosti s danou problematikou. Učitelé využívají hlavně **rozhovor** (formou otázek a odpovědí učitele i žáků je vysvětlován určitý jev), **diskusi** (vzájemný rozhovor mezi členy skupiny, skrze nějž se vyjasňuje daný problém) či v poslední době velmi populární **brainstorming** (formulování co nejvíce spontánních nápadů pro řešení zadaného problému v určitém časovém limitu např. 5 min) (Skalková, 2007). Kalhous (2002) přidává ještě k dialogickým metodám dramatizaci (názorné předvedení události).

Ve výuce první pomoci jsou metody dialogické velmi dobře využitelné. Vedou k hlubšímu poznání a porozumění dané problematice. Děti si díky nim lépe utvoří názor na danou problematiku (velmi oblíbený je brainstorming, kde děti konfrontují své zkušenosti mezi sebou a teprve později s učitelovými, žáci mají také rádi dramatizaci, která se dá využít pro preventivní nácvik – situace, co se stane, když se budu chovat…).

Metody práce s učebnicí, knihou či textem jsou pro první pomoc také užitečné. Děti by měly být vedené k tomu, že je nutné si znalosti aktualizovat a to jim bohužel ve škole vždy nezajistíme, proto by se samy měly zajímat o nově vydanou literaturu k této problematice. Měly by umět pracovat s materiálen na internetu, umět ho kriticky zhodnotit a ověřit.

B) Metody názorně demonstrační

Tyto metody umožňují žákovi přímý styk s poznávanou skutečností, obohacují jeho představy, konkretizují abstraktní pojmy a podporují propojení poznávané skutečnosti s reálným životem (Skalková, 2007).

Mezi tyto metody patří především **pozorování**, **předvádění** a **projekce**.

Všechny tři můžeme efektivně při výuce první pomoci využívat. Je totiž nutné, aby děti dokázaly propojit nově získané poznatky s praxí, a tyto metody jim ukazují, jak na to.

C) Didaktické hry

Mezi nejefektivnější a dětmi neoblíbenější metody patří didaktické hry, které jsou v první pomoci velmi lehce aplikovatelné. Prostřednictvím herních situací se totiž dají s dětmi řešit i závažné problémy a situace (Kalhous, 2002). Mohou si skrze ně nacvičit postup, jak se v dané situaci zachovat a později v praxi už to pro ně bude snazší.

Tyto metody jsou pro děti tak oblíbené proto, že mají silný motivační potenciál, velmi lehce stimulují právě poznávání zejména při soutěživých hrách (Kalhous, 2002).

Didaktické hry, jak už je zmíněno výše, se výborně hodí pro výuku první pomoci. Velmi často se například uplatňují při tzv. modelových situacích, kdy děti závodí jednotlivě či ve skupinách, kdo nejlépe zvládne poskytnout pomoc u různých zranění.

D) Vrstevnické vyučování – učení vyučováním

Jako poslední zde uvádíme tuto metodu. Patří mezi novější, učiteli málo využívanou metodu. Přesto je výzkumy prokázané, že je to metoda velmi efektivní a pro děti zábavná a zajímavá. Učitelovu funkci zde přebírají sami žáci a oni sami seznamují s daným tématem své spolužáky. Učitel zde má funkci poradní a kontrolní (Kalhous, 2002).

Žáci mohou svým spolužákům vysvětlovat novou látku, či si připraví opakování již probraného učiva. Z vlastní zkušenosti vím, že častokrát děti látku dokážou vysvětlit svým vrstevníkům mnohem lépe a jednodušeji než učitelé. Vysvětlují totiž jazykem, který je pro ně srozumitelný.

Tuto metodu je zajisté dobré využívat i v první pomoci, kdy se děti mohou navzájem učit například obvazování, různé techniky polohování apod. – z vlastní praxe vím, že se jim to mnohokrát povede efektivněji než nám dospělým.

3.4.5 Základní organizační formy výuky

Organizační formy výuky jsou pojem, pod kterým obvykle chápeme uspořádání vyučovacího procesu, jež zahrnuje vytvoření prostředí a způsob organizace činnosti učitele i žáků při vyučování (Václavík, 2002).

Mělo by být samozřejmé, že výuku první pomoci je třeba také nějakým způsobem organizovat, tudíž připravit a promyslet. Mohou nám k tomu být nápomocné právě již osvědčené organizační formy.

Podle Skalkové (2007) jsou základní organizační formy – frontální výuka, skupinová a kooperativní výuka, individualizovaná a diferenciovaná výuka, projektová výuka (integrované učební celky) a domácí učební práce žáků. Skalková k tomu ještě dodává, že se tyto formy v praxi často prolínají a vzájemně podporují. Učitel je většinou kombinuje v závislosti na výchovně vzdělávacím cíli, charakteru látky, potřebách žáků a možnostech školy.

K výuce první pomoci můžeme bezpochyby využít všechny základní formy výuky, proto si je zde krátce představíme.

A) Frontální výuka

Frontální či hromadná výuka se bezpochyby na našich školách stále využívá poměrně často. Při frontální výuce vyučující pracuje s určitou skupinou žáků (většinou

třídou) plánovitě a ve vymezeném časovém úseku (většinou jedna vyučovací hodina) (Skalková, 2007).

Václavík (2002) dále vysvětluje, že žáci probírají stejnou látku, plní stejné úkoly. Role učitele je řídit učební činnost všech žáků najednou. Tím se bezprostředně předpokládá, že žáci mimo tzv. průměr se automaticky přizpůsobí. Často to ale nedokážou, a tak vyrušují nebo komplikují práci zbytku třídy.

Tato forma se využívá i při výuce první pomoci. Je to poměrně úspěšná forma pro výklad typů zranění a ukázání zásad poskytnutí první pomoci. Je však velmi užitečné ji občas vystřídat jinou formou pro obnovení pozornosti dětí. Při dlouhé frontální činnosti totiž žáci velmi snadno ztrácejí pozornost.

B) Skupinové a kooperativní učení

Skupinové a kooperativní vyučování nabývá mezi učiteli na popularitě. Podle Skalkové (2007) je to proto, že tato forma umožňuje vytváření interaktivní příznivé atmosféry pro učení žáků. Václavík (2002) přidává, že skupinové vyučování se dokáže více přizpůsobit potřebám a zájmům žáků. Při rozdělení do skupin se mohou zohledňovat různá hlediska podle potřeb žáků – obtížnost, zájem, pracovní tempo či druh činnosti.

Oba autoři se shodují v tom, že práce ve skupině zlepšuje průběh učení a zvyšuje úspěšnost žáků. Děti si mohou navzájem poradit a učit se od sebe. Žáci spolu komunikují a kooperují. Proto se tomuto učení také říká kooperativní.

Při výuce první pomoci je skupinové vyučování velmi dobře využitelné. Výborně se hodí při počátečním brainstormingu, vyučování obvazové techniky či modelových situacích.

C) Individualizovaná a diferenciovaná výuka

Tato forma výuky je spíše principem uplatňovaným během vyučování. Podstatou individualizace je, že práce je přizpůsobena každému žákovi na základě jeho potřeb a

možností. Smyslem tohoto principu je vytvořit takové učební situace, v kterých si každý žák najde optimální možnosti pro své učení (Skalková, 2007).

Princip diferenciace se objevil, když vznikla potřeba zlepšení frontální výuky. V praxi se tento princip uplatňuje hlavně při práci ve skupinách. Žáci se rozdělí do homogenních skupin podle určitých kritérií, aby se zefektivnil proces učení. Kritéria mohou být – obtížnost úkolu, zájmy, specifické potřeby žáků, úroveň intelektových schopností apod. (Václavík, 2002).

Při výuce první pomoci je určitě vhodné využívat oba principy. Skoro v každé třídě už najdeme žáky se specifickými potřebami. Můžeme například individualizovat testy či zkoušení z poskytování první pomoci. Měli bychom dětem zdůrazňovat, že by měly poskytnout takovou první pomoc, které jsou samy schopné a v tom je jistě velká míra individualizace a diferenciace.

C) Projektová výuka (integrované učební celky)

Tato forma je velmi často využívaná právě pro výuku první pomoci. Na školách se běžně dělají projektové dny s první pomocí a mají většinou velmi kladné ohlasy.

Podle Skalkové (2007) je projektové vyučování tak oblíbené u žáků proto, že je založeno především na aktivní činnosti žáků většinou při řešení komplexních (teoretických i praktických) problémů a pracuje také se zkušeností žáků. Při projektovém vyučování žáci operují se svou stávající zkušeností, získávají nové, zpracovávají je, hodnotí a propojují.

Václavík (2002) se k projektové výuce staví také pozitivně. Říká, že projekt je pro žáky motivací sám o sobě. Přispívá velkým dílem k diferenciaci a individualizaci. Učí děti kooperovat a komunikovat mezi sebou. Při řešení problémů se rozvíjí celá řada schopností a dovedností (např. tvořivost, představivost,…). Projektová výuka vede žáky také k odpovědnosti a zvyšuje sebekázeň.

Všechny tyto podstatné charakteristiky projektové výuky jsou velmi dobře uplatnitelné pro první pomoc. Každé dítě má s úrazy svou osobní zkušenost a i s tou je důležité pracovat a navázat na ni.

D) Domácí učební práce žáků

Mohlo by se zdát, že tato forma výuky není u první pomoci nijak zvlášť důležitá, ale opak je pravdou. Ovšem, jak i ve své publikaci uvádí Skalková (2007), kvalita domácího učení záleží především na kvalitě školního vyučování. Je velmi důležité děti motivovat k dalšímu studiu doma. Klidné prostředí domova může do značné míry prohloubit žákovy znalosti i dovednosti získané ve škole.

Ve školách není výuce první pomoci často věnován dostatečný prostor. Žáci základních škol se s ní většinou setkávají v několika hodinách na prvním stupni a pak v osmých třídách v cyklu První pomoc do škol. Není to příliš mnoho, a tak je na vyučujících, aby děti motivovali k dalšímu studiu, obnovování a prohlubování jejich znalostí a dovedností i mimo školní prostory.

V této kapitole jsme se tedy věnovali několika didaktickým jevům, které by mohly pozitivně ovlivnit naši výuku první pomoci k tomu, aby byla efektivnější a smysluplnější. Je však samozřejmé, že musíme výuku naplánovat a provést tak, aby byla efektivní jak po stránce didaktické, tak po stránce obsahové.

3.5 Závěr teoretické části

V této části jsme se ve stručnosti pokusili nastínit teoretické podklady pro výuku první pomoci na prvním stupni základních škol. Věnovali jsme se hlavním dokumentům, podle kterých se školy musí řídit. Zmínili jsme velice okrajově projekt, který je teď k dispozici pro školy v Kraji Vysočina. Pokusili jsme se shrnout obsahové podklady pro výuku první pomoci a nakonec jsme uvedli několik zásad, které by nám mohly pomoci z hlediska didaktického či metodického.

4 Empirická část

4.1 Úvod empirické části

Tuto část jsem nazvala empirickou, protože jsem se rozhodla vyzkoušet sama na sobě, zda se dá pro školu vymyslet a provést projekt, který by měl smysl a rozšířil dětem obzory v první pomoci. Chtěla jsem také zjistit, co je na tom tak těžkého a proč je školám k dispozici tak málo projektů, které by nestály celé jmění. Vyzkoušela jsem naplánování projektu, jeho provedení ve všech ročnících na jedné základní škole a zhodnocení jeho úspěšnosti. Toto vše bych ráda rozvedla právě zde v empirické části.

4.2 Cíl empirické části

Cílem této části bylo navrhnout, provést a zhodnotit projekt výuky první pomoci na prvním stupni základní školy.

4.3 Zkoumaný vzorek

Celá tato práce je zaměřená na žáky a částečně i učitele prvního stupně základních škol, proto jsem požádala o spolupráci vedení Základní školy Ledeč nad Sázavou. Vyšli mi velmi ochotně vstříc, protože pokládají první pomoc za velice důležitou, a nabídli mi, že si svůj projekt mohu vyzkoušet ve všech třídách prvního stupně, a tím by všechny jejich děti prošly jednotným a uceleným školením.

Základní škola Ledeč nad Sázavou patří mezi největší (počtem žáků) v Kraji Vysočina. První stupeň byl v době výzkumu zastoupen třemi prvními třídami (20, 19, 18 dětí), dvěma druhými třídami (24, 25 dětí), třemi třetími třídami (23, 24, 25 dětí), třemi čtvrtými třídami (21, 20, 23 dětí), třemi pátými třídami (22, 23, 21 dětí) a jednou vyrovnávací třídou (8 dětí) – celkem tedy 15 tříd (326 dětí). Do projektu jsem zapojila i vyučující, kteří v daných třídách učí (15 vyučujících). Požádala jsem je, aby vyplnili dotazník, který reflektuje výuku první pomoci všeobecně a moji výuku konkrétně.

4.4 Postupy a metody použité během projektu

4.4.1 Příprava a plánování projektu

V první řadě bylo důležité projekt pečlivě naplánovat, aby výuka byla plně přizpůsobená dětem na prvním stupni. Plánování jsem zahájila konzultacemi se zkušenějšími instruktory z oblastního spolku ČČK Havlíčkův Brod. Konzultovala jsem s nimi především obsah, tedy co se bude učit, co je vhodné pro jaký věk a proč.

Na základě těchto konzultací, přečtené literatury a svých osobních zkušeností jsem třídy prvního stupně rozdělila do třech skupin. První skupinu tvořili prvňáčkové – jakožto speciální skupina, která se s výukou jako takovou teprve seznamuje, jistě vyžaduje trochu specifičtější přístup – více hraní než mluvení. Druhá skupina zahrnovala druhou a třetí třídu. Děti v tomto věku mají podobné fyzické i psychické předpoklady. Mají také podobné zájmy a dosavadní zkušenosti. Učivo třetí třídy bývá rozšířením toho ve druhé, takže děti jistě zvládnou podobný či stejný program. Do třetí skupiny jsem zařadila čtvrtou a pátou třídu. Děti jsem takto rozdělila nejen kvůli jejich fyzickým a psychickým předpokladům (již proběhl tzv. mid-growth spurt – adrenarché), ale také z důvodu, že ještě nikdy neprošly nějakým uceleným vzděláváním v této oblasti, takže jsem netušila, s jakými znalostmi či dovednostmi do mé výuky již vstoupí. Předpokládala jsem tedy, že prvňáčkové budou mít nejmenší zkušenost a to většinou z domova. Druháci a třeťáci by už mohli mít nějakou i ze školy a čtvrťáci a páťáci by už měli mít hlubší základy nejen v první pomoci, ale také z biologie člověka. Toto rozdělení je také děláno podle rámcového vzdělávacího programu, kde je první stupeň dělen na tzv. první období (1.-3. třída) a druhé období (4. a 5. třída).

Rozdělení jsem prováděla hlavně kvůli obsahu, metodám a samozřejmě kvůli délce výuky. Aby výuka byla vůbec smysluplná, měla by být průběžná. Bohužel takové časové možnosti jsem neměla k dispozici, takže jsem přidělila prvňáčkům alespoň dvě hodiny souvislé výuky, druhé skupině (2. a 3. třídy) tři hodiny a třetí skupině (4. a 5. třídy) čtyři hodiny. Každá skupina pak měla výuku rozdělenou do dvou bloků, abychom mohli provést alespoň nějaké zopakování a testování až po tom, co se nové vztahy, informace, dovednosti propojí se staršími a tzv. se uleží.

Když jsem měla rozmyšlený obsah, skupiny a časové rozmezí, pustila jsem se do plánování hodin. Ke každé hodině jsem zhotovila přípravu, kterou jsem se snažila vhodně naplnit nejen po stránce obsahové, ale především po stránce didaktické (metodické). Každá příprava tedy obsahovala nejen probírané učivo – ale i cíle, pomůcky, metody, organizaci či časové rozvržení (jednotlivé přípravy viz příloha č. 1).

Veškeré přípravy jsem se snažila plánovat podle principů kritického myšlení, s kterým jsem se seznámila během studia na vysoké škole a myslím si, že je velmi účinné a smysluplné.

Krátký exkurz k zásadám výuky kritického myšlení

V první řadě bychom si měli vysvětlit, co kritické myšlení vlastně je. Kritické myšlení je nezávislé myšlení (každý je schopen přemýšlet a rozhodovat se sám za sebe). Je to myšlení, kde zjištění nové informace je počáteční bod. Toto myšlení začíná otázkami a problémy a pokouší se nalézt logické argumenty. Lidé by se díky kritickému myšlení měli pokusit najít nové vztahy, významy a měli by být co nejvíce kreativní (Tomková, 2007).

Již z tohoto vysvětlení vidíme, jak je kritické myšlení důležité pro poskytování první pomoci. Není moc smysluplné naučit se sáhodlouhé postupy nazpaměť. Musíme také přemýšlet, zda jsou správné a vhodné. Kdy je použít a kdy ne. V kritické chvíli se musíme umět rozhodnout (kriticky), zda je například krvácení tak silné, že už je nutné použít škrtidla. Musíme se umět rozhodnout a kriticky zhodnotit, zda jsme vůbec schopni poskytnout pomoc a v jakém rozsahu. Na tomto místě bychom mohli vyjmenovat mnoho a mnoho příkladů, kdy je nutné při poskytování první pomoci opravdu přemýšlet, abychom postiženému ještě více neublížili.

Rozvoj kritického myšlení je u nás v České republice podporován hlavně programem Čtením a psaním ke kritickému myšlení (Reading and Writing for Critical Thinking – RWCT). Tento program nabízí velmi propracované a v praxi mnohokrát úspěšně vyzkoušené metody a postupy, které vedou k rozvoji kritického myšlení.

Základem plánování podle RWCT je vést výukové jednotky podle systému E-U-R, což je zkratka utvořená z počátečních písmen slov: evokace, uvědomění a reflexe. Celý tento model lze použít nejen pro plánování jednotlivých hodin, ale i větších výukových celků (Tomková, 2007).

V každé této fázi se uplatňují různé metody a organizační postupy. Tyto by měly být vybírány podle cílů stanovených pro jednotlivé výukové jednotky. Výuka je pak mnohem více efektivní, pokud je vše promyšleno do detailů a vše sleduje naplnění cílů.

První fází je tedy fáze evokace. Cílem této části je aktivizace kognitivních procesů žáka a vzbuzení jeho vnitřního zájmu o dané téma (Tomková, 2007). Žáci by si v této fázi měli vzpomenout, jaké vědomosti, dovednosti a zkušenosti s daným tématem už mají. Mezi nejznámější metody evokace patří brainstorming, metoda - vím, chci vědět a naučil jsem se, otázky do kruhu či myšlenková mapa.

Druhá fáze je nazývána fáze uvědomění si. Žáci se seznamují s novými informacemi o daném tématu. Ty aktivně porovnávají s dosavadními zkušenostmi, třídí je a organizují je. Vytvářejí se nové vztahy. Grecmanová a Urbanovská (2007, str. 34) přirovnávají tuto operaci ke „stavění mostů mezi starým a novým".

Z fáze uvědomění si je velmi známé řízené čtení, metoda I.N.S.E.R.T, skládankové učení a diskuse. Všechny tyto metody jsou provázeny aktivizačními otázkami, které by měly být více úrovňové (cílené na porovnání, syntézu, analýzu, hodnocení, vysvětlení či aplikaci).

Poslední, ale ne méně důležitá, je fáze reflexe. V této fázi je důležité zjistit, co všechno se děti nového naučily a kam se posunuly. Žáci vyjadřují své myšlenky a získané informace svými vlastními slovy. To je podle Grecmanové a Urbanovské (2007) ta nejlepší a nejefektivnější cesta, jak si zapamatovat a naučit se co nejvíce. Tomková (2007) přidává, že míra konečného pochopení je velice individuální, ale měla by být dostatečně motivující pro další vzdělávání. Pětilístek, klíčová slova, hlavní myšlenka či psaná reflexe se velmi často využívají v této fázi.

Jelikož jsem si mohla metody tohoto programu vyzkoušet v praxi na školách a viděla jsem, že jsou opravdu účinné a smysluplné, rozhodla jsem je zapojit i do své výuky první pomoci. Jednotlivé kurzy (přípravy hodin viz příloha č. 1) jsem se tedy pokusila rozfázovat do tří částí (E-U-R) a v nich vyzkoušet metody tohoto programu. Nechybí zde proto myšlenková mapa, brainstorming či závěrečná reflexe. Ve všech částech jsem se snažila používat spíše diskusi a aktivizační otázky než jen frontální výuku. Myslím, že je to i pro děti zajímavější a příjemnější, když jsou aktivně zapojovány do svého vzdělávání.

Na poslední hodinu výuky v každé třídě jsem připravila test, který měl zhodnotit, zda si děti zapamatovaly nejdůležitější informace z kurzu. Protože jsem testováním dětí nechtěla zabírat více času, než je nezbytně nutné, zvolila jsem pro první až třetí třídu test v podobě cca pětiminutového písemného zkoušení, kdy jsem dětem ústně pokládala otázky (než by přečetly zadání, uběhlo by mnoho času) a děti zaznamenávaly

jednoslovně, zkratkami či obrázky své odpovědi. Vzor otázek pro obě skupiny je vidět na Obr. 14 a 15 (ukázky odpovědí viz příloha č. 4 a 5).

Test pro první třídy

1) Napište písmenko A pro úraz a písmenko N pro nemoc.
(říznutí, angína, popálenina, krvácení, chřipka, zlomenina).
2) Napište číslo, kterým zavoláme záchrannou službu.
3) Patří *obvaz, čokoláda, šátek, čtverečky, telefon, náplast, desinfekce, hodinky* **do lékárničky? Pište A, N.**
4) Když přikládám náplast na ránu, mohu se dotknout polštářku? A,N
5) Ukazuji správné řešení (sochu) pro ošetření krvácení z nosu?
6) Nakreslete, co bychom měli udělat s nohama, když někdo omdlí.

Obr. 14 - Vzorový test pro první třídy

<u>Test pro druhé a třetí třídy</u>

1) Uveďte dva příklady úrazů a dva příklady nemocí.

2) Napište číslo, kterým zavoláme záchrannou službu.

3) Patří *obvaz, nůžky, čokoláda, šátek, čtverečky, telefon, náplast, desinfekce, hodinky* **do lékárničky? Pište A, N.**

4) Když se někdo popálí, měli bychom popáleninu zchladit? A,N.

5) Jsou následující výroky pravdivé?

Větší odřeninu nečistíme.

Větší odřeninu vydesinfikujeme.

Větší odřeninu překryjeme sterilním krytím a obvážeme.

6) Nakreslete, co bychom měli udělat s nohama, když někdo omdlí.

Obr. 15 - Vzorový test pro druhé a třetí třídy

Pro starší děti jsem vytvořila už test se zadáním, kde byly otevřené otázky i otázky s možností výběru (zadání i příklady vyplnění viz příloha č. 6). Opět ale neměl zabrat více jak patnáct minut.

Ve fázi plánování jsem ještě vytvořila dotazník s otevřenými a polozavřenými otázkami pro učitele (viz příloha č. 7), kteří v těchto třídách učí a byli mé výuce přítomni (celkem 15 vyučujících). Dotazník měl za cíl reflektovat výuku první pomoci na této škole jako takovou a poskytnout zpětnou vazbu k mé výuce konkrétně.

Protože kurzy byly zakončeny pouze jakousi teoretickou zkouškou, rozhodla jsem se celý kurz završit ještě praktickou podobou. Aby se děti necítily stresované a celé to probíhalo v příjemné a ještě více vzdělávací atmosféře, naplánovala jsem společně s vedením školy projektový den s první pomocí, který se konal v závěru školního roku. Tento den byl určen opět všem dětem z prvního stupně a byl realizován za velké pomoci mých přátel z Mládeže ČČK a karatistického kroužku této základní školy. Dětem jsme

připravili celkem sedm stanovišť, kde si mohly zopakovat své dosavadní znalosti a dovednosti, prokázat prakticky, co už umí, vyzkoušet si i něco nového a protáhnout své tělo (celkový plán a popis viz příloha č. 8, video z tohoto dne - na přiloženém DVD).

Fáze přípravy a plánování stále ještě nekončila. V poslední části této fáze jsem musela připravit všechny pomůcky – pracovní listy, materiál na ošetřování, pomůcky k hrám apod. Také jsem si pročetla literaturu a nové články či odkazy, abych si dostatečně oprášila své vědomosti a dovednosti a byla připravena předstoupit před několik stovek dětí.

4.4.2 Průběh jarní části projektu

Jarní část projektu byla zahájena 3. března 2011. V tento den jsem odučila první ze dvou hodin ve všech třech prvních třídách a první dvě hodiny ve třídě 2. A. 7. března jsem dokončila kurz v 1. A a zahájila v 2. B (první hodina). 11. března jsem zakončila kurzy ve zbylých prvních třídách – 1. B i 1. C a také ve 2. B. 15. března jsem dokončila kurz ve 2. A a zahájila ve 3. A a 3. B (první dvě hodiny). Ve 3. A a 3. B jsem pokračovala o dva dny později tedy 17. března (poslední hodina) a v tento den jsem také zahájila výuku v 3. C (první dvě hodiny). 21. března jsem dokončila kurz ve 3. C a odučila první dvě hodiny ve 4. A a 4. B. V těchto dvou třídách jsem kurz dokončila 25. března. Ve 4. C a 5. A jsem kurzy započala 31. března a dokončila 4. dubna. Ve třídách 5. B a 5. C jsme zahájili 5. dubna a dokončili o týden později tedy 12. dubna 2011. Tímto datem také byla zakončena jarní část tohoto projektu.

Na počátku každého kurzu jsem dětem kladla otázky, abych zjistila, zda mají s problematikou první pomoci již nějaké zkušenosti (*Co je první pomoc? Proč je důležitá? Co k provedení potřebujeme? Co je v první pomoci důležité?*) V prvních třídách jsem tyto otázky kladla především v úvodní hodině a děti mi odpovídaly formou brainstormingu. Jejich odpovědi jsem pro přehlednost zapisovala na tabuli. Pro zhodnocení této části jsem si je nahrávala na diktafon (v dvou třídách mi to nebylo povoleno) a zapisovala jako zpětnou vazbu po odučení hodin. Ve čtvrtých a pátých třídách děti nejprve k těmto otázkám vytvářely jednoduché myšlenkové mapy (ukázka

viz příloha č. 2) a vzápětí následovala diskuse. Zde už jsem si odpovědi pouze zaznamenávala v průběhu hodiny i následně po ní.

Celkově jsem tedy odučila 45 hodin. Ve třech prvních třídách po dvou hodinách. Ve dvou druhých a třech třetích třídách po třech hodinách. Ve třech čtvrtých a třech pátých třídách po čtyřech hodinách. Děti z vyrovnávací třídy byly rozdělené do čtvrtých a pátých tříd. Jednotlivé hodiny jsem se snažila vést podle připraveného plánu (viz příloha č. 1) a stihnout z něj co nejvíce vyzkoušet. Z každé hodiny jsem si následně vytvářela zápis, kde jsem si zaznamenávala průběh jednotlivých bloků, reakce dětí na mé otázky a poznámky k věcem, které se podařily, nepodařily či mne překvapily.

Jednotlivé kurzy jsme zakončili předem připravenými testy, jejichž podoba již byla popsána ve fázi přípravy projektu. Testování se bohužel nezúčastnily všechny děti, které do projektu vstupovaly. Některé onemocněly či nebyly přítomné z jiných důvodů. Avšak děti z prvních tříd svou docházku splnily stoprocentně. Všichni z 57 žáků, kteří byli přítomni úvodní části, psali závěrečný test. Ve druhých a třetích třídách vstupovalo do projektu celkem 131 dětí a závěrečného testu se zúčastnilo 118 dětí. 13 dětí tedy chybělo. Ve čtvrtých a pátých třídách se prvního bloku účastnilo 130 dětí. Závěrečný test psalo 125 žáků, tedy 5 žáků nebylo přítomno.

K závěrečnému testu jsem přidala podle zásad RWCT i slovní závěrečnou sebereflexi a reflexi žáků. Na konci kurzů měli za úkol zhodnotit, co nového se dozvěděli a o čem již slyšeli. Následně ještě pomocí svého palce zhodnotili své zapojení do výuky (palec nahoru – aktivní zapojení, palec vodorovně – občasné nedávání pozor a palec dolů – špatný den, nízká aktivita).

Během této části jsem požádala 15 učitelů (třídní učitelé v daných třídách) o vyplnění dotazníků (vzor viz příloha č. 7), což mělo sloužit jako reflexe výuky první pomoci na této škole a také mé výuky. Dotazníky vyplnilo všech 15 učitelů.

Z jarní části byla pořízena také fotodokumentace, která je k dispozici na přiloženém DVD.

4.4.3 Zakončení projektu – letní část

Letní projektový den byl uspořádán za účelem praktického zopakování, prohloubení a vyzkoušení učiva probraného v jarní části. Tento den se konal 27. června 2011 a byl určený opět všem dětem na prvním stupni. K dispozici jsme měli pět vyučovacích hodin, které jsme rozdělili do dvou bloků. První dvouhodinový blok absolvovaly první, druhé a dvě třetí třídy. Druhého bloku se účastnily děti z poslední třetí třídy, čtvrtých a pátých tříd. Děti z vyrovnávací třídy byly opět rozdělené do čtvrtých a pátých tříd.

Na děti zde čekalo čtrnáct instruktorů první pomoci a šest instruktorů sebeobrany na 2x sedmi stanovištích (Šátkování, Obvazová technika, Transport, Maskování, Život zachraňující úkony, Umíš pomoci? a Sebeobrana). Škola také uvolnila 14 žáků z druhého stupně, kteří pomáhali na stanovištích nebo představovali zraněné (figuranti). Šest stanovišť sloužilo k zopakování a prohloubení učiva či protažení těla a na posledním stanovišti (Umíš pomoci?) byly děti prověřovány, zda by uměly ve skupinách pomoci zraněnému (podrobný popis tohoto dne viz příloha č. 8).

4.5 Výsledky a zhodnocení projektu

4.5.1 Jarní část

V této části je několik záležitostí, které se dají zhodnotit. V první řadě se zaměříme na zhodnocení vstupních informací a zkušeností dětí s první pomocí. Všeobecně se dá konstatovat, že již děti v prvních třídách mají bohaté zkušenosti a docela přesnou představu o tom, co vlastně první pomoc je a proč je tak důležitá.

Vstupní „testování“

V každém ročníku jsem kladla na začátku stejné otázky (viz předchozí kapitola) Všechny tyto otázky byly předkládány formou diskuse a měly zde zastávat především funkci evokace.

Děti z prvních tříd byly schopné odpovědět na většinu otázek. Všechny otázky byly zodpovězeny na úrovni jejich zkušeností s úrazy – jejich odpovědi směřovaly k úrazům, které se jim nejčastěji stávají – odřeniny, pády z kola, nárazy. Nikdo si nevybavil

zástavu dechu, alergie či podobně závažné stavy. Jako pomůcky uváděly děti své ruce, injekci, kapesník, škrtidlo, pana doktora,… Myslím, že z těchto odpovědí je možné usuzovat, že tyto děti ještě nerozlišují laickou první pomoc a ošetření odborníky. Je to pro ně jakési léčení.

Ukázky odpovědí dětí na otázku, co je to první pomoc: „Když někdo jede na kole, může spadnout z kola, že se může odřít. Když je někdo otrávený, musíme ho praštit do břicha. Když někdo pojede na kole a nebude dávat pozor, může narazit do lampy. Třeba, když má někdo zlomenou nohu nebo ruku, tak si ho všimneme a pomůžeme mu. Musíme zavolat paní učitelku. Já jsem se jednou popálila a moje sestra se teď pořád drbe, a to je teda asi taky popálenina.“

Na otázku proč je první pomoc tak důležitá, většina prvňáčků odpověděla, že by jinak mohl zraněný člověk umřít nebo by musel být dlouho v nemocnici. Z tohoto můžeme usuzovat na to, že takto malé děti nerozlišují do velké míry závažnost zranění. Každé je pro ně závažné a je nutné ho ošetřit. Velmi mile mne překvapilo, že děti věděly, že je moc důležité zavolat „pana doktora“. Skoro polovina dětí v první třídě znala i jedno z čísel tísňového volání. Většinou to bylo číslo 112, nejspíše proto, že je v televizi více propagováno.

V druhých a třetích třídách byl vidět již značný posun. Bylo zde vidět působení vzdělávacího orgánu. Mnohdy děti odpovídaly jako učebnice. Jejich hlavním úkolem je při první pomoci zavolat dospělého. Rozvinula se zde zajímavá diskuse, co vlastně děti zvládnou a co ne. První pomoc aplikovaly buď na úrazy, s kterými se setkaly samy osobně – velmi dobře je dokázaly popsat a pojmenovat, nebo na úrazy, které viděly v televizi, či se o nich bavili dospělí. Většinou však neměly moc přesnou představu, jak tyto „úrazy z televize“ vypadají.

Ukázky odpovědí na otázku, co je první pomoc: *„Když je třeba někdo zraněný, tak mu musíme pomoci. Když se někdo zraní a bude mu téct kapku krev, tak mu nalepíme náplast. To je třeba, že zavoláme dospělého, aby zavolal sanitku. Pokud je to lehké zranění, tak mu můžeme pomoci i my. Zavoláme sanitku a můžeme mu trošku pomoc.“*

Velmi dobře ovládali čísla tísňového volání. Pamatovali si většinou všechny – problémy měli spíše s přiřazením, které komu patří, což ovšem v této oblasti není díky provázanosti záchranných složek až tak důležité. Horší už to bylo s informacemi, které by operátorům měli být schopní sdělit. Některé děti měly tu představu, že stačí říci název města a rychlá záchranná služba je najde.

Zkreslenost informací, které děti mají, se ukázala i u pomůcek, které můžeme v první pomoci používat. Dokázaly jich vyjmenovat mnoho a mnoho, ale mnohdy nevěděly, co si pod tím slovem mají vůbec představit a k čemu se používá. Pomalu se začala naplňovat má předtucha, že děti mají mnoho teoretických znalostí a zkušeností s první pomocí, ale v praxi je použít nezvládají.

Ve čtvrtých a pátých třídách byly tyto otázky spíše opakováním. Bylo vidět, že si s nimi umí poradit bez větších problémů. První pomoc zařazovali již k spíše závažnějším úrazům, jako je zástava dechu, tepu, zlomeniny, popáleniny a podobně. Na drobná zranění už nepohlíželi jako na život ohrožující stavy.

O tísňovém volání mají velké množství informací. Vědí koho a kdy volat. Jediné, co bylo třeba více upřesnit, byly informace poskytované operátorovi. Děti opět měly představu, že není třeba poskytnout příliš detailní informace o místě nehody či o postižených. Většinu materiálu, který můžeme využít při první pomoci, děti teoreticky znaly, ale prakticky moc netušily, k čemu se používá.

V těchto ročnících jsem z úvodní části měla smíšené pocity. Přišlo mi a děti mi i ve zpětné vazbě tento názor potvrdily, že úvodní část mohla být zkrácena, protože tyto informace už slyšely několikrát. Na druhou stranu jsem si uvědomila, že já s nimi tyto informace a zkušenosti opakovala, nepřednášela jsem je. Vše jsem od dětí vlastně získávala pomocí diskuse, brainstormingu i myšlenkových map (ukázka viz příloha č. 2).

Průběh jarní části

Po úvodní části jsem se snažila kurzy vést co nejvíce interaktivně a prakticky. Čím dál tím více vycházelo najevo, že děti mají mnoho teoretických poznatků, které ale

neumí aplikovat prakticky. Vědí, že se má krvácivé místo obvázat, ale když jsem jim dala do ruky obinadlo a sterilní krytí, nevytvořily nijak zvlášť účelný obvaz. Velmi těžko aplikovaly své mechanicky naučené postupy na zvláštní případy. Znají poučku o tom, že popálenou dlaň je třeba zchladit, ale popálenou nohu už by nechladily.

Tuto část lze tedy zhodnotit pouze na základě mých vlastních pocitů z výuky, bezprostředních reakcí dětí a samozřejmě i zpětné vazby přítomných učitelů. Využity byly hlavně metody pozorování, rozhovoru a dotazníku (jeho výsledky viz níže).

Domnívám se, že z reakcí dětí a učitelů lze usuzovat, že se jim tento kurz líbil a proběhl pro ně zajímavou formou. Většina dětí se velmi aktivně zapojila a po celou dobu kurzu pracovala poměrně efektivně. Nevyskytlo se zde žádné větší vyrušování a nikde se výuka nestala nezvladatelnou.

První třídy se zapojily velmi aktivně. Děti se nebály odpovídat a byly zvídavé. Odpovídaly velmi zodpovědně a kreativně na mé otázky. Vše se pokusily svým dětským uvažováním vysvětlit tak, aby to pro ně bylo srozumitelné. Jediné, co zde trochu narušovalo plynulý průběh hodiny, byla jejich touha vyprávět všechny zážitky s úrazy, co mají. V tu chvíli jsem si uvědomila, jak je těžké najít rovnováhu mezi poskytnutím dostatku času na sdílení svých zkušeností a neustrnutí v jednom místě.

Z praktického hlediska jsem musela vypustit z výuky nácvik šátkového závěsu, protože více jak polovina dětí neuměla ještě udělat uzel. Původně jsem si myslela, že šátkové obvazy budou pro děti v tomto věku jednodušší, ale není tomu tak. Mnohem lépe jim šlo obvazovat s obinadly. Pro mne překvapující moment byl, že hodně dětí nejvíce bavilo obinadla smotávat zpátky. V praktické části jsem si uvědomila, jak důležité jsou pro prvňáčky jednoduché a stručné instrukce a že ani moje několikaletá praxe s dětmi na druhém stupni tomu nepomáhá. Musela jsem velmi přemýšlet, jak dětem obvazy ukázat a jaký zvolit postup. Při výuce nalepování náplasti se několik dětí ozvalo, že je to maminka učila jinak. Zareagovala jsem tak, že si mohou vybrat postup, který se jim více líbí a který je pro ně snazší, jelikož všechny způsoby, si myslím, byly přijatelné.

V druhých a třetích třídách už byl poznat u dětí poměrně velký posun. Už nevyprávěly tolik své příhody z rodiny, ale také ze školy. Děti měly větší povědomí o prevenci úrazů a stavbě těla. Do výuky se také aktivně zapojily a byly velmi zvídavé. Problém s kázní trochu nastal v jedné z druhých tříd. Tato třída je velmi živá a děti zde nejsou schopné se navzájem poslouchat a občas si i ubližují. Po konzultaci s paní učitelkou jsem však zjistila, že u těchto dětí se jedná o přirozený stav, se kterým už bojuje od první třídy. A během mých hodin se ještě mírnily.

Praktické zkoušení nám šlo poměrně dobře od ruky. Větší problémy jsme měli se zámkem u obinadel a opět se šátkovým závěsem, kde nám pro změnu potíže dělaly cípy – zde jsem si opět uvědomila, že mé instrukce jsou nepřesné, nezjednodušené, a tím pádem nepříliš efektivní.

Se čtvrtými a pátými třídami jsem strávila nejvíce času a mohli jsme tedy do první pomoci zabrousit více. Myslím, že děti bavila i část o lidském těle, kde jsme si nakreslili (ukázka viz příloha č. 3) zjednodušené fungování oběhové a dýchací soustavy, jakožto představitelů dvou základních životních funkcí a to tepu a dechu. Děti si užívaly experiment se zrychlením tepu, hledáním na krkavici. Mne osobně překvapilo, že si několik dětí hledá projevy činnosti srdce tak, že položí ruku na místo, kde přepokládají uložení srdce. Myslím, že jsme tady možná trochu předběhli výuku a vysvětlili si, kde hledat tep (projev činnosti srdce). Když jsem toto dětem ukázala, tak se ozval jeden chlapec a uvažoval nahlas: *„To jako když je tep na krku, tak je tam i to srdce?“* V tu chvíli jsem si nebyla jistá, zda moje předchozí vysvětlování bylo vůbec k něčemu. Naštěstí se ozvali spolužáci a vysvětlili to dotyčnému chlapci znovu.

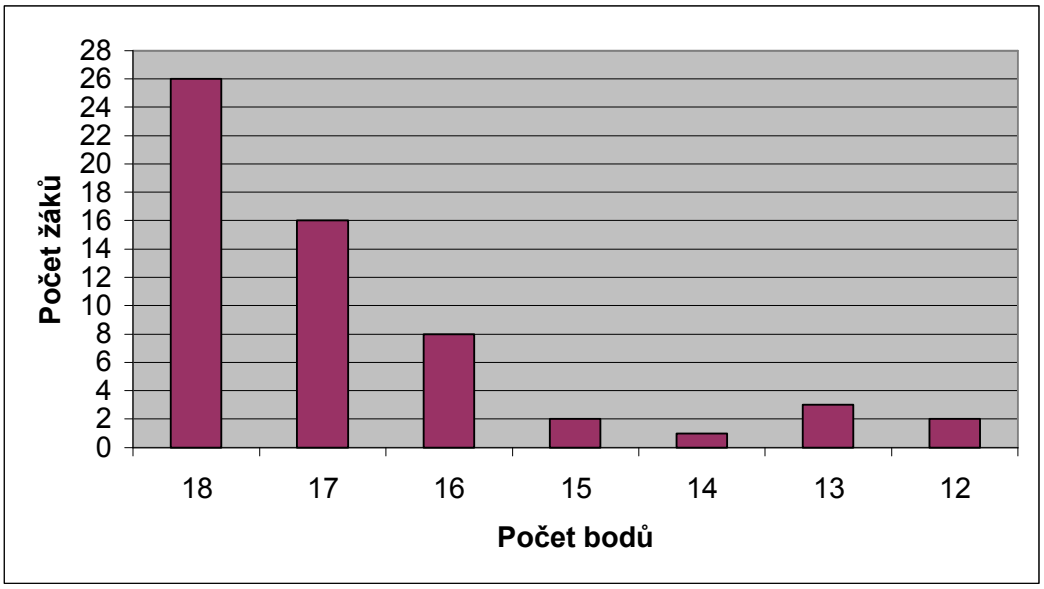
Do praktických úkolů se děti těchto ročníků zapojovaly velmi aktivně. Bavilo je nejen obvazování, ale i resuscitace. Předpokládala jsem, že analogicky podle starších dětí čtvrťáci i páťáci nebudou zkoušením resuscitace nadšení a budou se ostýchat si masáž a dýchání vyzkoušet. Ale opak byl pravdou. Původně jsem zamýšlela, že jim resuscitaci ukážu a nechám to vyzkoušet jen ty, kteří se nebudou bát (počítala jsem tak tři, čtyři děti na třídu). Ale výsledek byl takový, že v pěti třídách ze šesti si to chtěli vyzkoušet všichni a několikrát, takže jsme masírovali i o přestávkách. Pouze v jedné páté třídě se před sebou velmi ostýchali a resuscitaci si vyzkoušelo asi deset dětí.

Výsledkem této části bylo to, že jsem se snažila co nejméně mluvit a nechat děti co nejvíce zkoušet prakticky i za cenu toho, že jsme nestihli probrat všechna zranění, která jsem si naplánovala, a to se opravdu nepodařilo skoro ani v jedné třídě.

Závěrečné testování

První třídy

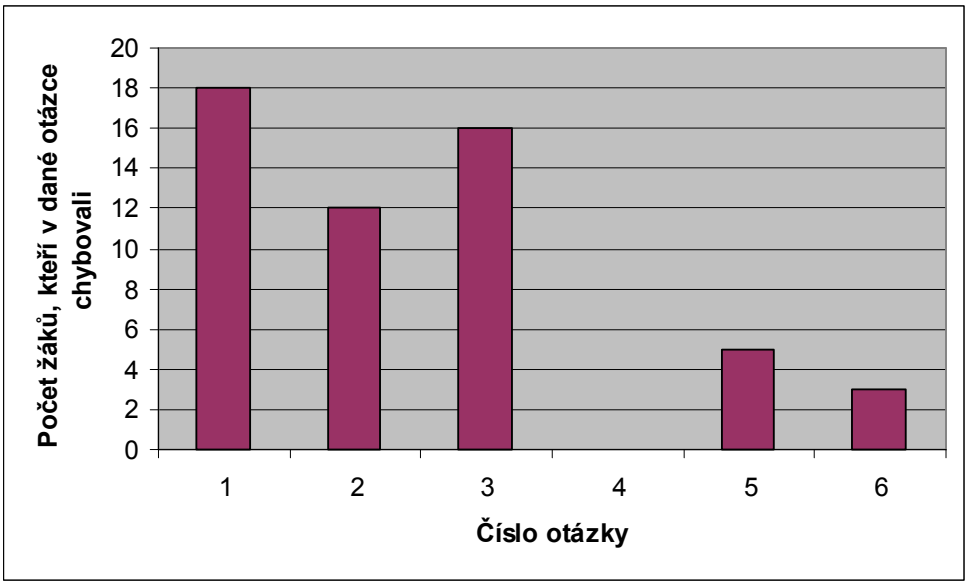
V prvních třídách bylo na závěrečný test přítomno 57 žáků. Test jsem sestavovala tak, aby nebyl náročný ani na psaní, ani na čas. Děti v prvních třídách ještě moc rychle nepíší a těžko se orientují. Proto jsem zvolila otázky typu ANO-NE, abychom psaním testu nestrávili celou hodinu. Děti zapisovaly pouze písmenko A (ano) a N (ne), popřípadě ještě kreslily čárku jako polohu nohou a psaly čísla. Test se celkem skládal ze šesti úkolů, za které bylo možné získat maximálně 18 bodů. V prvním úkolu jsem jmenovala úrazy a nemoci a žáci zapisovali A pro úraz a N pro nemoc (říznutí, angína, popálenina, krvácení, chřipka, zlomenina). Ve druhém úkolu měly děti napsat číslo, kterým zavoláme záchrannou službu (155, 112, popřípadě i 158,150 – zpráva také bude předána). Třetí otázkou jsem se ptala, co patří do lékárničky a co ne (obvaz, čokoláda, šátek, čtverečky, telefon, náplast, desinfekce, hodinky). Čtvrtá otázka se zabývala přikládáním náplasti na ránu. Smím se dotknout polštářku? Dále děti měly posoudit, zda ukazuji správnou sochu pro ošetření krvácení z nosu. Jako poslední měly děti nakreslit polohu nohou při první pomoci u mdlob. Úspěšnost dětí v tomto testu ukazuje následující graf.



Graf 1 - Bodové rozmezí závěrečného testu žáků 1. ročníku

Z tohoto grafu je možné vyčíst, že všechny děti dosáhly více jak 11 bodů, což znamená, že všechny děti dosáhly vyšší úspěšnosti než 60 %. Také si můžeme povšimnout, že více jak 90 % (16 bodů) úspěšnosti dosáhlo 50 dětí, což je 87,7 % všech dětí. Z výsledků tedy vyplývá, že děti tento test zvládly velmi dobře až nadprůměrně. Myslím, že tomu velmi přispělo psaní testu bezprostředně po skončení kurzu a možná také lehčí úroveň testu. Jelikož jsem neměla k dispozici žádný již stvořený test k porovnání, zkusila jsem test vytvořit tak, aby se zakládal na zkušenostech dětí a také byl dostatečně jednoduchý, aby každé dítě zažilo nějaký úspěch a bylo motivováno k dalšímu studiu první pomoci.

Pro porovnání, které otázky dělaly dětem nejčastěji potíže, by nám mohl názorně posloužit následující graf.



Graf 2 - Chybovost odpovědí žáků 1. ročníku v závěrečném testu

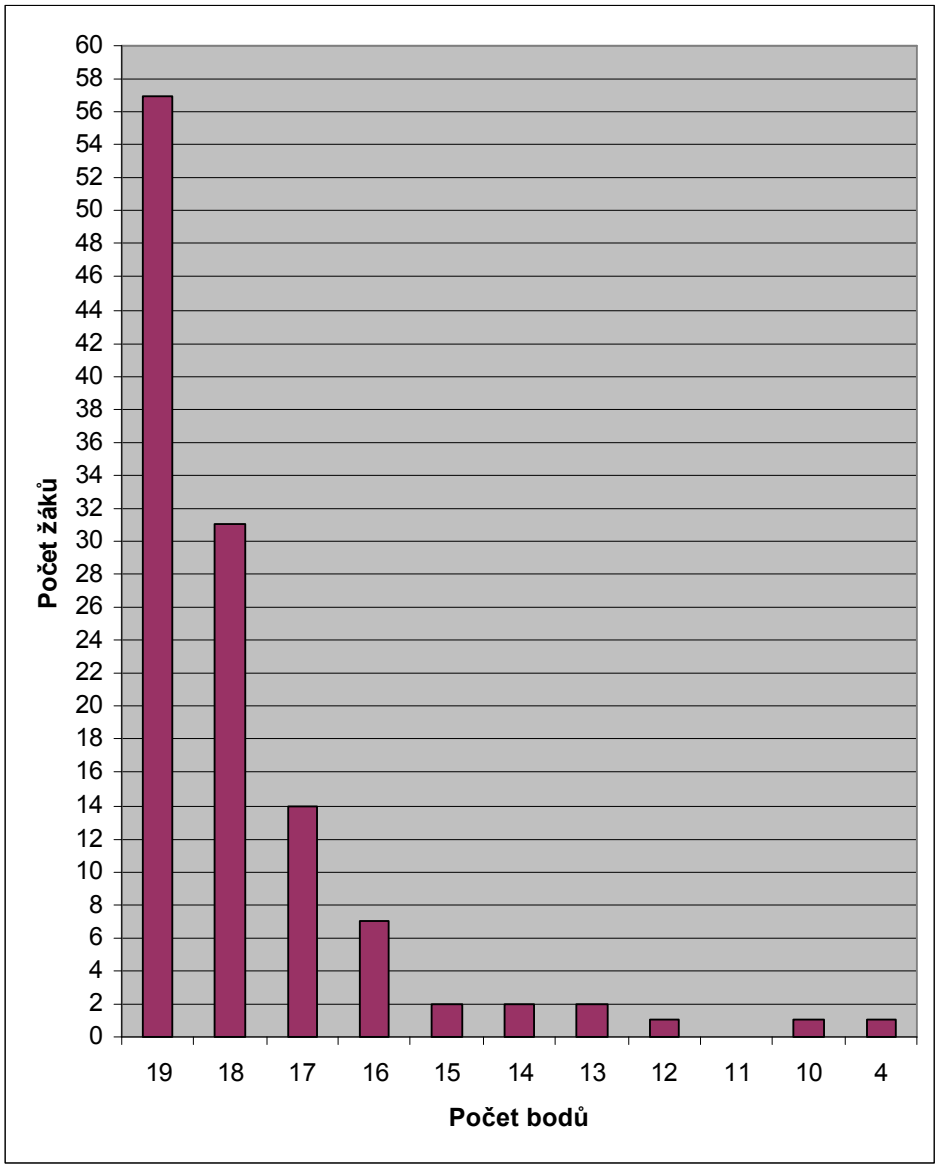
Z tohoto grafu vidíme, že největší potíže dělaly otázky číslo jedna (rozlišit nemoc, úraz) a tři (co patří do lékárničky). Zde se nejvyšší chybovost dala předpokládat, protože zde děti posuzovaly nejvíce jevů. Myslím si, že se občas prvňáčci ztratili a celkově se jim pak řada odpovědí posunula či zkrátila. Třetí nejvyšší chybovost se vyskytla u otázky číslo dvě, kde si děti bohužel nezapamatovaly číslo pro volání záchranné služby.

U otázek číslo pět (krvácení z nosu) a šest (mdloby), si myslím, se ukázala naprosto přirozená chybovost, kdy si děti nezapamatovaly správný postup u zástavy krvácení a u mdlob. Překvapující není ani nulová chybovost u otázky číslo čtyři (lepení náplasti), protože to byla velmi lehká a poměrně jasná otázka. Překvapilo by mne, kdyby zde naopak bylo příliš mnoho chyb.

Druhé a třetí třídy

Závěrečného písemného testování se v těchto ročnících zúčastnilo 118 žáků. Test byl opět koncipován převážně otázkami ANO-NE, uváděním příkladů a čísel. Neměl být ani časově náročný, ani příliš těžký, aby děti neztrácely motivaci k dalšímu učení. Opět se skládal ze šesti úkolů. V prvním úkolu děti měly uvést příklady úrazu a nemoci.

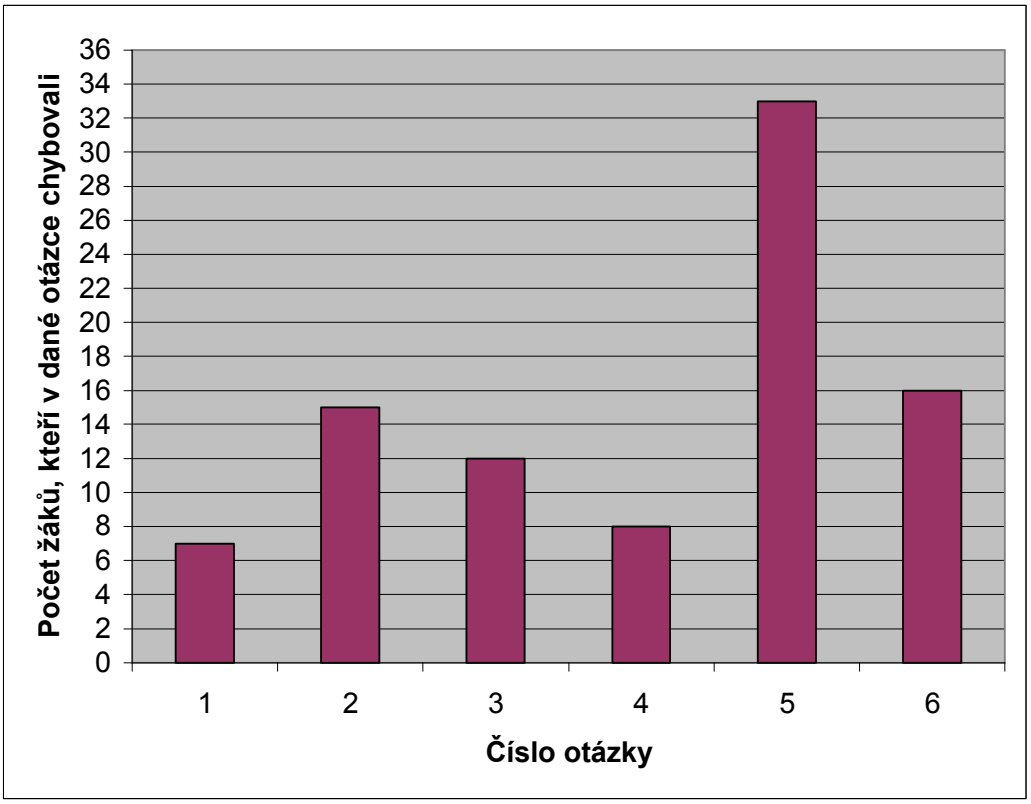
V druhém měly napsat správné telefonní číslo pro volání záchranné služby. Ve třetím úkolu měly děti rozhodnout, zda se jedná o vybavení lékárničky, či ne. Čtvrtá otázka se týkala první pomoci u popálenin, kde jsem se ptala, zda jako první je dobré popáleninu chladit. Následoval úkol se třemi tvrzeními ohledně odřeniny: *Větší odřeninu nečistíme.*, *Větší odřeninu vydezinfikujeme.* a *Větší odřeninu překryjeme sterilním krytím a obvážeme*. Poslední otázka se stejně jako u prvních tříd týkala mdlob. Maximální počet bodů, který mohl být dosažen, byl devatenáct bodů. Úspěšnost tohoto testu ukazuje následující graf.



Graf 3 - Bodové rozmezí závěrečného testu žáků 2. a 3. ročníku

Opět z grafu vidíme, že test na plný počet zvládl nadprůměrný počet dětí (57 žáků). 117 žáků se dostalo nad 50% úspěšnost. Pouze jeden žák v tomto testu neuspěl a zvládl ho na 21,1 %. Vysokou úspěšnost zvládnutí testu bychom mohli opět přisoudit psaní testu bezprostředně po ukončení kurzu a možná i přílišné snadnosti testu. Je ovšem velmi obtížné sestavit časově nenáročný test, který by měl určitou validitu, pokud děti neznáte osobně. Neznáte jejich dosavadní zkušenosti i znalosti. To si myslím, je velmi zásadní moment při tvoření testů, které by měly být tak obtížné, aby děti zažily úspěch a zároveň z testu neměly pocit, že byl pod jejich úroveň.

Zaměříme-li se na otázky, v kterých děti nejčastěji chybovaly, nabídne nám následující graf poměrně názorné zhodnocení.



Graf 4 - Chybovost odpovědí žáků 2. a 3. ročníku v závěrečném testu

Z tohoto grafu můžeme usuzovat, že největší problémy dělala dětem otázka číslo pět (ošetření odřeniny). V této otázce chybovalo 33 dětí. Nejčastěji se zde spletly v tom, že je nutné ránu vyčistit. Občas zapomněly na dezinfekci.

Otázka číslo šest (mdloby) má druhou nejvyšší chybovost. Zde si 16 dětí spletlo polohu při mdlobách. Následuje otázka číslo dvě, kde děti chybovaly v telefonním čísle pro záchrannou službu, zde už jsem totiž neuznávala čísla 158 a 150. Přípustná byla čísla 155 a 112.

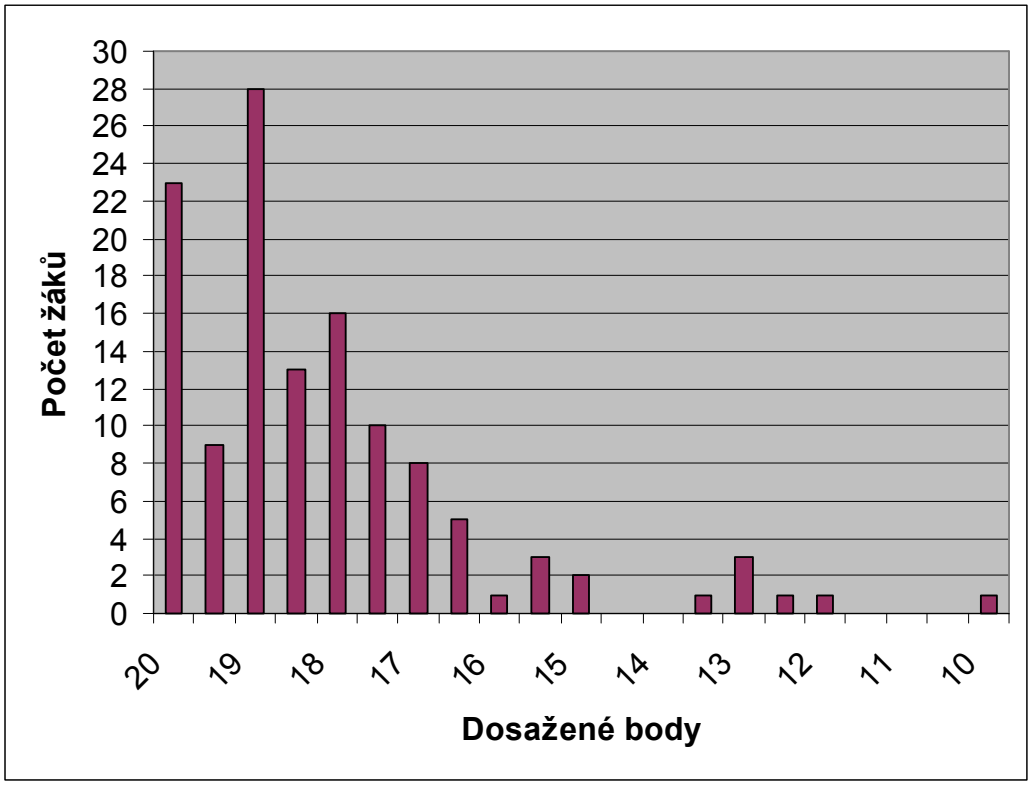
Ještě menší problémy pak dělala otázka číslo tři (vybavení lékárničky), kde se spletlo 12 dětí. Myslím, že nejčastější příčina chybování v této otázce byla ta, že děti poslouchaly nepozorně a zapomněly na jednu či dvě odpovědi. Otázku číslo čtyři (chlazení popálenin) zodpovědělo špatně 8 žáků. Pravděpodobně tyto děti v době, kdy jsme si povídaly o popáleninách, byly myšlenkami u jiných, pro ně důležitých, záležitostí. Nejmenší problémy dělala otázka číslo jedna (příklady úrazů a nemocí) a příčinnou chyb zde byla pravděpodobně opět nepozornost. Děti zapomínaly uvádět dva a dva příklady pro úraz a nemoc.

Celkově byl i tento test dětmi zvládnut velmi dobře, přestože se zde objevila poněkud větší míra nepozornosti při zadávání úkolů.

Čtvrté a páté třídy

Tyto dva ročníky absolvovaly stejný výstupní písemný test, který jsem sestavila tak, aby zde byly zastoupeny různé typy otázek - otevřené, možný výběr, doplňování, seřazení – a zároveň, aby nebyl příliš časově náročný (ukázka viz příloha č. 6).

Celkově si myslím, že test dopadl velmi dobře. Závěrečný test v této kategorii nakonec psalo 125 dětí. Maximální počet bodů, které bylo možné získat, bylo 20 bodů. Všech 125 dětí mělo úspěšnost 50 % a více. Rozložení získaných bodů ukazuje následující graf.

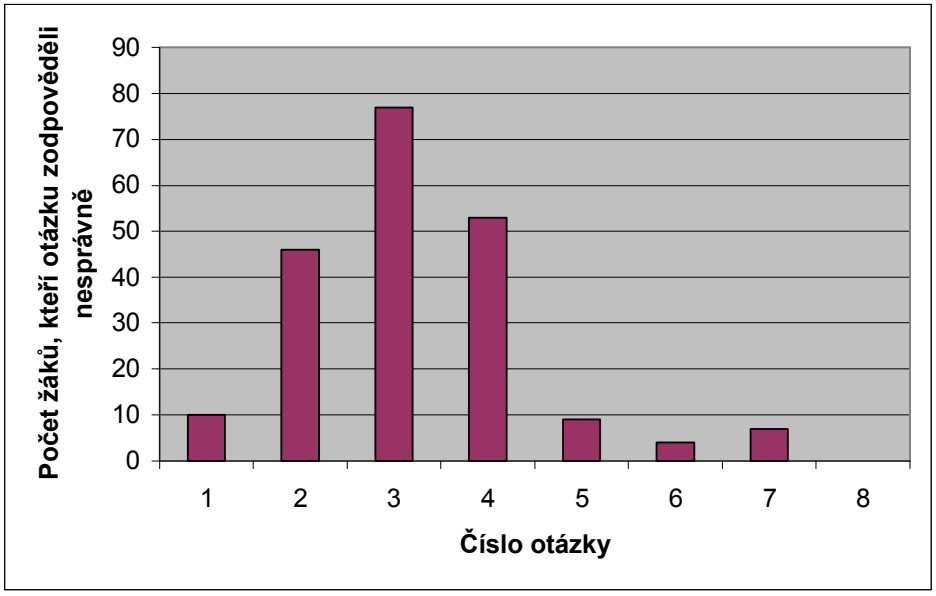


Graf 5 - Bodové rozmezí závěrečného testu žáků 4. a 5. ročníku

Z grafu vidíme, že více jak polovina účastníků (89 dětí) dosáhlo 18 a více bodů. To znamená, že 71,2 % dětí dosáhlo 90% úspěšnosti. I nejhorší výsledek testu dosáhl na 50% úspěšnost. Myslím, že tato čísla hovoří ve prospěch názoru, že většina dětí po absolvování jarního kurzu zvládla teoretický test na výbornou.

Jistě však dobrý výsledek ovlivnil fakt, že se test zadával bezprostředně po zakončení kurzu (ještě v té samé hodině) a nebyla zde žádná větší časová prodleva. Také mohl být pro žáky tento test příliš lehký. Ale bohužel jsem nenašla žádný podobný test, se kterým bych obtížnost svého testu mohla porovnat. Na druhou stranu jsem si alespoň vyzkoušela sestavování testu jako takového, a to je jistě cenná zkušenost pro začínajícího učitele.

Pokud se zaměříme na jednotlivé otázky, které dělaly dětem největší problémy, mohl by nám pro přehlednost posloužit tento graf.



Graf 6 - Chybovost odpovědí žáků 4. a 5. ročníku v závěrečném testu

Z grafu vidíme, že největší problémy dělala otázka číslo tři, kde děti měly vysvětlit, proč si při krvácivých zraněních nasazujeme rukavice. Většina dětí zde zapomněla na jednu ze dvou funkcí rukavic – ochrana zraněného a především ochrana zachránce. A právě tato odpověď zde chyběla nejčastěji.

Otázka číslo čtyři (bezvědomí) měla druhou nejvyšší chybovost. Zde se jistě nějaké chyby daly očekávat, protože zde děti doplňovaly deset údajů k postupu při bezvědomí bez zachovaných životních funkcí a vybíraly správnou první pomoc pro bezvědomí se zachovanými životními funkcemi.

Velmi často také děti dělaly chyby v otázce číslo dvě, kde měly kroužkovat, co nenajdeme v lékárničce. Většinou zde zapomněly zakroužkovat jednu či dvě věci, které buď přehlédly, nebo se domnívaly, že by zde mohly být.

Velmi nízkou chybovost měly otázky číslo jedna (čísla tísňového volání), pět (krvácení nosu), šest (ošetření popálenin), sedm (ošetření odřeniny). V otázce číslo jedna si děti nejčastěji spletly čísla. V otázce číslo pět chybovat moc nešlo, protože byla nastavená tak, aby zde děti mohly získat nějaké body. Zde děti měly očíslovat postup při zastavování krvácení z nosu a myslím, že je vcelku jedno v jakém pořadí činnosti

uděláme. Takže zde vlastně byly chyby pouze, když děti otázku nepochopily. Otázka číslo šest se věnovala popáleninám a jen čtyři děti zapomněly, že nejdůležitější je popáleninu chladit. V otázce číslo sedm, která se zabývala odřeninami, udělalo sedm dětí chybu. Většinou si neuvědomily, že je důležité ránu vyčistit a vydezinfikovat.

Překvapivě v otázce číslo osm (mdloby) neudělal nikdo chybu. Děti zde vybíraly ze dvou možností, co uděláme s člověkem, který omdlí. K úspěšnosti této otázky jistě přispěly pouze dvě možnosti na výběr a poměrně bohaté zkušenosti s tímto stavem.

Pro vyplnění testu jsem plánovala cca patnáct minut, většina dětí ho však měla vyplněn do deseti minut, takže nám alespoň zbylo více času na slovní závěrečnou reflexi.

Závěrečná slovní reflexe

Po napsání písemného testu, jsem si s dětmi vždy ještě na několik minut sedla do kroužku a pokusila jsem se s nimi kurz reflektovat. Ptala jsem se dětí ve všech ročnících, co bylo pro ně již známé a co se dozvěděly nového. Následně ještě polohou palce měli žáci zhodnotit, jak byli spokojení se svou prací (palec nahoru = pracoval jsem aktivně, palec vodorovně = občas jsem nedával pozor, palec dolů = dnes nebyl můj den a vůbec jsem se nezapojil).

V prvních třídách se děti vyjadřovaly spíše v tom smyslu, že už většinu obsahu znaly nebo už někdy slyšely. Našly se tu ale také děti, pro které většina věcí byla úplně nová. Došla jsem tedy k závěru, že velmi záleží, jak podnětné (v tomto ohledu) mají rodinné prostředí. Někde si děti s rodiči o první pomoci a prevenci úrazů hodně povídají, někde vůbec, proto je asi velmi obtížné pro učitele či instruktory stanovit ten správný obsah, aby si zde každý našel něco nového. Palec nahoru či vodorovně měly všechny děti. Je velmi těžké posoudit, zda opravdu reflektovaly samy sebe, či se jen „opičily“ po svých sousedech. Paní učitelky totiž sebereflexi v těchto třídách ještě nezkoušely.

V druhých a třetích třídách se už častěji objevovaly názory, že se děti naučily něco, co ještě neznaly. Také se zde velmi často opakovala odpověď, že se něco naučily jinak, než jak to znaly dříve. Dětem se také moc líbilo, že jsme si hodně zkoušeli prakticky a

mohly vyjadřovat své názory a mluvit o svých zkušenostech. V této skupině se objevilo šest palců dolů, z toho čtyři u dětí ve 2. B. Myslím, že toto bylo způsobeno, hlavě poznámkou paní učitelky, ať se dotyční nad sebou zamyslí, zda nevyrušovali během výuky třídu.

Ve čtvrtých a pátých třídách byly děti spokojené, že si vyzkoušely mnoho nového a zároveň si zopakovaly informace, které už znaly. Některé děti mi doporučily zkrátit úvodní informace, které slyšely v různých podobách již několikrát a přidat ještě další zranění, která by je zajímala. Překvapilo mne, že se samy zajímaly o epilepsii, alergie a podobně. Nadšené byly z umělého dýchání a masáže srdce, kterou si zkoušely úplně poprvé, a byla to pro ně velká výzva, zda uspějí. Samy sebe děti reflektovaly velmi zodpovědně až by se dalo říci, že se příliš podceňovaly. Většina dětí se zařadila do prostřední kategorie, přestože mnoho z nich se zapojilo velmi aktivně. Našli se zde i osm dětí, které si přiřadily palec dolů. Tyto děti se ale opravdu podle mého podcenily, protože ve srovnání s dětmi z 2. B spolupracovaly mnohem lépe.

Dotazníky pro učitele

Tento dotazník jsem sestavovala za účelem, abych získala zpětnou vazbu k mé výuce a zároveň, abych zjistila, jak se učitelé na prvním stupni této školy cítí být kvalifikováni pro výuku první pomoci ve svých třídách (ukázka dotazníku viz příloha č. 7). Jelikož všichni třídní učitelé (resp. všechny paní učitelky) byli přítomni mé výuce, získala jsem patnáct zpětných vazeb.

Nejprve bych se zde uvedla výsledky zpětné vazby k mé výuce. Všechny paní učitelky byly s tímto typem výuky spokojené. Materiály, které jsem používala, jim připadaly vhodné a dostatečně srozumitelné pro daný věk dětí. Paní učitelky ocenily výběr metod, které podle nich byly pestré a střídaly se ve vhodném tempu. Čtyři vyučující pochválily, že si děti zkoušely hodně prakticky. Reakce dětí na výuku všechny paní učitelky popsaly jako pozitivní. Výuka je podle nich velmi bavila, děti se na ni těšily a v hodinách pěkně spolupracovaly.

Paní učitelky mi doporučily používání nějakého DVD či interaktivní tabule, které by mohly podpořit motivaci dětí. Jedna vyučující navrhla dělenou práci, kdy by si část dětí pracovala na nějakém pracovním listu a části bych se mohla věnovat individuálně a mohli bychom lépe procvičit praktické záležitosti. Další paní učitelka by ocenila delší kurz. Myslím, že všechna doporučení jsou prospěšná a jsem vyučujícím za ně velmi vděčná, protože právě ony jsou již zkušené a mohou mě osobně posunout zase o kousek blíže k efektivní výuce.

K výuce jako takové už se názory paní učitelek lišily více. Všechny se sice shodly na tom, že první pomoc je třeba vyučovat již na prvním stupni, ale lišily se v názorech na ročník, v kterém by se mělo začínat. Sedm vyučujících se shodlo na tom, že by bylo nejúčinnější začít s výukou již od první třídy, protože i takto malé děti se setkávají s úrazy a je důležité s nimi probírat právě jejich prevenci. Čtyři paní učitelky doporučily začít ve druhé třídě, jelikož děti v tomto věku téma první pomoci velmi zajímá a už mají jisté schopnosti pomoci. Jedna vyučující doporučila pro druhý a třetí ročník pouze informativní a povídavou výuku, kde se děti seznámí s různými situacemi. A teprve ve čtvrté a páté třídě by zapojila praktické ukázky a nácvik. Dvě paní učitelky by začínaly s výukou ve třetích třídách. Jedna vyučující doporučuje třetí až čtvrtou třídu, protože v tomto období už děti umí číst, psát, rozumí abstraktním pojmům a mají už docela velké povědomí o stavbě lidského těla. Jedna paní učitelka se k této otázce vůbec nevyjádřila.

Všechny vyučující se opět shodly na tom, že by měly zájem o další výuku první pomoci ve svých třídách tímto stylem. Sedm z nich nemá pocit, že by měly dostatečné znalosti a dovednosti k tomu, aby své žáky učily samy. Šest si myslí, že mají dostatečnou kvalifikaci a dvě se k této otázce nevyjádřily. Dvě paní učitelky, které si myslí, že jsou schopné vyučovat první pomoc samy, by ale přesto preferovaly výuku odborníka.

Šest vyučujících má dostatek příležitostí k získávání znalostí a dovedností jak a co v první pomoci vyučovat. Jako příklad uvádějí pravidelné školení pro školské pracovníky, které se koná jednou za tři roky. Devět paní učitelek si myslí, že zde není dostatek školení pro výuku první pomoci. Všechny by ale ocenily metodické semináře.

Poslední otázka dotazníku se týkala dostupnosti materiálů a literatury pro výuku první pomoci. Osm vyučujících se domnívá, že nemají dostatek materiálů a jsou těžko dostupné. Naopak sedm si myslí, že je jich například na internetu dost a dvě přidávají názor, že si je mohou, a dokonce i vyrábí samy.

Jedna paní učitelka do připomínek, názorů a doporučení přidala názor, že je sice hezké, že ona má dost zkušeností i informací o první pomoci, ale odborník je odborník.

Výsledky druhé části dotazníku mne dovedly k názoru, že na této škole se učitelé na prvním stupni dělí na dva tábory, kdy si jeden věří a nebojí se pouštět do výuky první pomoci. Učitelky v tomto táboře jsou také povětšinou spokojené s dostupností materiálů i informací k této problematice. Pak je tu ovšem druhá strana, která se necítí natolik jistá, že výuku první pomoci dělá jen v nejnutnějším rozsahu. Oba tábory by však ocenily metodické semináře a pravděpodobně ještě raději návštěvu externího lektora, který se touto problematikou zabývá mnohem hlouběji.

4.5.2 Letní část

Projektový den

Od jarních kurzů uběhl měsíc a půl. Projektový den proběhl 27. 6. 2011 v prostorách budovy prvního stupně ZŠ Ledeč nad Sázavou od 8 hodin ráno do půl jedné odpoledne. Celkově si myslím, že projektový den dopadl velmi dobře. Z hlediska organizace nastalo jen několik menších problémům s posunem času, protože si paní učitelky spletly stanoviště, což bylo pravděpodobně způsobeno nedostatečným zdůrazněním, že třídy jsou rozděleny na poloviny a každá má jinou trasu. Spletly se ale jen dvě třídy a instruktoři toto malé nedorozumění zvládli bez větších problémů. Jiné problémy s organizací nenastaly. Navštívilo nás i vedení školy a bylo příjemně překvapené, jak celý projektový den probíhá plynule.

Jako hlavní organizátorka jsem měla možnost podívat se na všechna stanoviště a kontrolovat průběh. Z bezprostředních reakcí dětí i učitelů se dalo soudit, že jsou všechna stanoviště dobře připravena a děti se nenudí a všichni jsou zapojení. Velmi oblíbeným stanovištěm byly Život zachraňující úkony, Maskování a Umíš pomoci?. Ze

zpětných vazeb instruktorů se ani nejmenší děti nebály zkusit dýchání z úst do úst a masáž srdce. Velmi se jim líbilo reálné maskování. Z reakcí dětí jsem pochopila, že zranění vypadala velice opravdově a ony se cítily hrdé, že je zvládly ošetřit.

Stanoviště obvazových technik, transportu a sebeobrany byly také velmi úspěšné. Děti si zopakovaly obvazy, které se učily již dříve a naučily se i něco nového. Rychlejší skupinky si zahrály i hry na zopakování stavby lidského těla. Na stanovišti Transport a Sebeobrana děti trochu vybily svou energii a protáhly si svá těla. Samozřejmě se dozvěděly nové informace a vše si prakticky vyzkoušely.

Celkově tedy zpětná vazba od učitelů, instruktorů, dětí i má vlastní vyznívá velice pozitivně. Celý den proběhl v přátelské a pohodové atmosféře a troufám si říci, že děti si dopoledne aktivně užily.

Toto vše je spíše pocitová zpětná vazba založená především na pozorování a slovní reflexi od učitelů, instruktorů a dětí. Abych z tohoto dne získala i nějaké měřitelné výsledky, rozhodla jsem se vytvořit hodnotící tabulky pro stanoviště *Umíš pomoci?*, kde děti měly ukázat, zda by si ve skupinkách po cca čtyřech byly schopné poradit s lehčími poraněními. Tabulku (viz příloha č. 8) jsem se pokusila udělat, co nejjednodušeji, aby jejím vyplňováním instruktoři nemuseli trávit příliš mnoho času. Instruktoři hodnotili, zda u každého zranění byla přítomna základní doporučená první pomoc.

<u>První třídy</u>

První třídy vytvořily celkem šest skupin po maximálně deseti žácích. Přímo na stanovišti se tedy ještě mohli rozdělit do menších skupinek cca po třech. Instruktoři se při zpětné vazbě o těchto dětech vyjadřovali jako o úplně zvláštní skupině. Bylo vidět, že by prvňáčci moc rádi pomohli, ale trochu se báli namaskovaných zranění a také se zde projevila jejich neschopnost pracovat ve skupinách. Nedokázali se domluvit a většinou ošetřoval jen jeden ve skupince a ostatní jen přihlíželi. Zkušení instruktoři je velmi pěkně povzbuzovali a naváděli je na správnou první pomoc.

Kotník				Popálenina				Krvácení			
	O	S	N		O	S	N		O	S	N
1.	Uklidnění	2	4	1.	Uklidnění	2	4	1.	Uklidnění	3	3
2.	Obvaz	5	1	2.	Chlazení	4	2	2.	Sterilní krytí	6	0
				3.	Sterilní krytí	5	1	3.	Obvaz	6	0
				4.	Prstýnky	4	2	4.	Šátkový závěs	0	6
				5.	Mezi prsty	4	2				
				6.	Pacička	5	1				

Krvácení z nosu				Odřenina			
	O	S	N		O	S	N
1.	Uklidnění	3	3	1.	**Uklidnění**	3	3
2.	Předklonit	6	0	2.	**Vyčištění**	4	2
3.	Kořen nosu	5	1	3.	**Desinfekce**	6	0
4.	Chlazení	4	2	4.	**Sterilní krytí**	5	1
				5.	**Obvaz**	5	1

Tabulka 1 - Výsledky stanoviště Umíš pomoci? - první třídy

(*O – ošetření, S – splněno, N – nesplněno)*

Z tabulky jasně vyplývá, že děti v prvních třídách mají největší problémy s jednáním se zraněným. Avšak to není chyba dětí, ale nás instruktorů. Jasně se zde ukázalo, že děti ani nevědí, že by zraněného měly uklidňovat. Na tuto oblast první pomoci bohužel nezbývá v hodinách moc času. Většinou se tato problematika probírá na kroužcích první pomoci, kde se děti připravují na závody.

V ostatních bodech ošetření převažuje nadpoloviční většina úspěšného splnění. Pouze bychom se mohli pozastavit nad šátkovým závěsem u krvácení. Ani jedna skupinka ho zde neudělala. Opět to ale není chyba dětí. Šátkový závěs sice náplní kurzu pro první třídy byl, ale po zjištění, že děti v tomto věku neumí udělat uzel, jsme museli tento druh obvazu vypustit.

Celkem úspěšně děti zvládly popáleninu a kotník, které nebyly náplní jarní části kurzu. S první pomocí se však seznámily na ostatních stanovištích a je určitě přínosem, že nové vědomosti a schopnosti uměly hned použít v praxi.

Celkově si myslím, že prvňáčci tuto část zvládli dobře. Byla to pro ně vlastně úplně první zkušenost s maskováním a takovýmto druhem testování.

Druhé a třetí třídy

Výsledky těchto dvou ročníků spojuji, protože měly stejný kurz na jaře. Měly tedy podobné teoretické a praktické podklady pro zvládnutí tohoto stanoviště. Tyto dva ročníky tedy vytvořily deset skupin po maximálně patnácti dětech, které se pak přímo na stanovišti ještě rozdělily na menší skupinky cca po čtyřech. Děti se do ošetřování pustily s větší odvahou než první třídy. Zároveň zde ale vznikaly mnohem větší hádky o tom, kdo má pravdu a kdo ne. Děti se stále ještě nemohly ve skupinkách dohodnout, jak budou postupovat. Někteří z druháků odmítali svým spolužákům pomoci (to je ale spíše záležitost třídního kolektivu). Instruktoři mi při zpětné vazbě sdělili, že nejlepší řešení bylo, když určili rozdělení do menších skupinek sami.

Kotník				Popálenina				Krvácení			
	O	S	N		O	S	N		O	S	N
1.	Uklidnění	3	7	1.	Uklidnění	3	7	1.	Uklidnění	8	2
2.	Obvaz	9	1	2.	Chlazení	3	7	2.	Sterilní krytí	9	1
				3.	Sterilní krytí	10	0	3.	Obvaz	10	0
				4.	Prstýnky	7	3	4.	Šátkový závěs	6	4
				5.	Mezi prsty	8	2				
				6.	Pacička	9	1				

Krvácení z nosu				Odřenina			
	O	S	N		O	S	N
1.	Uklidnění	3	7	1.	Uklidnění	6	4
2.	Předklonit	7	3	2.	Vyčištění	6	4
3.	Kořen nosu	8	2	3.	Desinfekce	5	5
4.	Chlazení	7	3	4.	Sterilní krytí	9	1
				5.	Obvaz	10	0

Tabulka 2 - Výsledky stanoviště Umíš pomoci? – druhé a třetí třídy

(*O – ošetření, S – splněno, N – nesplněno)*

V této skupině se projevil stejný problém jako u dětí z prvních tříd. Děti neuklidňovaly tak často, jak by měly. Je zde sice větší zastoupení, ale to připisuji spíše větším osobním zkušenostem a větší odvaze komunikovat s figuranty. Jak už je popsáno výše, nejedná se o pochybení dětí.

Podstatné selhání výuky první pomoci (tedy i částečně mé osoby) vidím v ošetření popálenin. Sedm z deseti skupin popáleninu vůbec nechladilo, což je podstatná chyba, protože chlazení je nejdůležitější první pomocí. Myslím si, že jsme zanedbali praktické ukázání a zažití. Děti by měly reálně zažít to, že musí poraněného dovést ke kohoutku s vodou (který byl v místnostech k dispozici) a opravdu mu strčit popálenou dlaň pod vodu a chvíli chladit. Možná by si to zapamatovaly lépe.

Ostatní výsledky považuji za celkem průměrné. Myslím, že děti v těchto ročnících si poradily se zraněnými, jak jen jim to psychický i fyzický stav před prázdninami dovoloval. V úvahu opět musíme brát to, že takovéto hromadné maskování a testování zažily také poprvé.

Čtvrté a páté třídy

Tyto dva ročníky jsem spojila opět z důvodů podobné teoretické a praktické základny vědomostí, znalostí i zkušeností. Celkem tedy žáci vytvořili dvanáct skupin. S instruktory jsme se shodli na závěru, že u těchto dětí je již vidět výrazný posun z hlediska přístupu k první pomoci. Jejich pohled je svým způsobem „dospělácký“. Zranění berou vážně a pravděpodobně pociťují velkou zodpovědnost za svou práci, což usuzujeme z jejich zklamání, když se jim něco nepovede. Zároveň si ale nechávají i něco ze svého dětského přístupu – nebojí se ošetřovat. Mnohem lépe také spolupracují ve skupinách a přirozeně se dělí do menších skupinek, které jsou poměrně dobře schopné kooperovat.

Kotník			
	O	**S**	**N**
1.	Uklidnění	9	3
2.	Obvaz	12	0

Popálenina			
	O	**S**	**N**
1.	Uklidnění	8	4
2.	Chlazení	8	4
3.	Sterilní krytí	12	0
4.	Prstýnky	11	1
5.	Mezi prsty	11	1
6.	Pacička	11	1

Krvácení			
	O	**S**	**N**
1.	Uklidnění	5	7
2.	Sterilní krytí	12	0
3.	Obvaz	12	0
4.	Šátkový závěs	8	4

Krvácení z nosu			
	O	**S**	**N**
1.	Uklidnění	3	7
2.	Předklonit	7	3
3.	Kořen nosu	8	2
4.	Chlazení	7	3

Odřenina			
	O	**S**	**N**
1.	Uklidnění	6	4
2.	Vyčištění	6	4
3.	Desinfekce	5	5
4.	Sterilní krytí	9	1
5.	Obvaz	10	0

Tabulka 3 - Výsledky stanoviště Umíš pomoci? – čtvrté a páté třídy

(*O – ošetření, S – splněno, N – nesplněno)*

Z těchto výsledků můžeme usuzovat, že komunikace s figuranty se s věkem zlepšuje. Myslím, že toto zlepšení můžeme spíše připisovat narůstajícím zkušenostem a také menším zábranám vůči komunikaci se staršími dětmi, než tomu, že jsme se během jarního kurzu v krátkosti zastavili u této problematiky.

Dále je zřejmé, že pro takto staré děti nepředstavují tato zranění větší problém. Po té, co se na stanovišti trochu rozkoukaly, neměly s žádným zraněním výrazné potíže. Snad jen bychom se mohli pozastavit opět u popálenin, kde poměrně dost skupin zranění nechladilo. Tuto skutečnost připisuji opět nedostatečné praxi a zažití. Je to pro mne osobně velmi účinná zpětná vazba v tom, co by se mělo pro příště zlepšit.

Celkově si myslím, že si tyto skupiny poradily se zraněními nad očekávání dobře. A příště by se mohly zkusit „poprat“ s mnohem těžšími úrazy, jako je bezvědomí, zlomenina či větší krvácení spojené se šokem.

4.6 Diskuse

V této části bych ráda provedla diskusi celého projektu. Zmínila bych se zde o tom, co se povedlo a co ne. Co by se mohlo zlepšit a co již fungovalo tak, jak pravděpodobně mělo.

Z hlediska přípravy celého tohoto projektu bych doporučila ještě detailněji se věnovat samotným přípravám hodin. Především instrukcím pro praktickou část. Pro první stupeň musí být jasné a stručné, pak mohou být teprve efektivní. Nestačí, jak jsem předpokládala, letité zkušenosti se staršími dětmi. Jinak si myslím, že přípravám jsem se snažila dát, co jsem mohla a kurzy díky tomu proběhly plynule a bez větších potíží.

Pokud se dále zaměříme na průběh jarní části projektu, myslím, že se povedl a měl u dětí celkově úspěch. Jistě by celkovému zhodnocení prospělo, kdyby byl pilotnímu projektu přítomen další instruktor, jenž by mi poskytl zpětnou vazbu po stránce odbornosti. Byla by zde další zpětná vazba k efektivnosti výuky takovýmto stylem. Toto se bohužel kvůli časové vytíženosti instruktorů v Kraji Vysočina nepodařilo zajistit.

Většina výsledků této části je tedy založena na pozorování a rozhovorech s dětmi, případně s učiteli. Hodnocení jarních kurzů je z velké části pocitové. Ale i takováto zpětná vazba je jistě hodnotná a vypovídá o úspěšnosti projektu mnoho. Když přímo ve výuce vidíte, že jsou děti aktivně vtažené do výuky, samy se zajímají, samy si chtějí zkoušet, je to jistě dobrý indikátor zajímavé výuky.

Myslím, že se celkem úspěšně podařilo sestavit a odučit jednotlivé hodiny tak, že se většina dětí nestačila nudit, střídaly se typy aktivit i organizační formy. Velmi dobrý pocit mám z toho, že velkou část hodin mluvily spíše děti a já je jen směřovala k tématům, o kterých jsem se domnívala, že jsou pro tyto kurzy vhodné. Jistě by se dalo ocenit, že si děti mnohé postupy vyzkoušely prakticky a teorie byla zkrácena na nezbytně nutnou délku.

O úspěšnosti a efektivnosti této části nelze s jistotou mnoho říci. Proces učení se jako takový je dlouhodobá záležitost. A výuka první pomoci by se tomuto pravidlu měla také podřídit. Uvědomuji si, že výsledky testů, které dopadly nad očekávání dobře, pravděpodobně nejsou plně relevantní. Jistě by se ukázala efektivnost mé výuky mnohem lépe, kdyby se testování udělalo po delší době a ne hned bezprostředně po skončení jarních kurzů. Ukázalo by se, zda nově získané informace a dovednosti mají trvalejší charakter a nejsou jen krátkodobými záležitostmi. Bohužel toto se z časových důvodů také nepodařilo zajistit.

Dále by se jistě dalo polemizovat o tom, zda byly testy sestaveny ve správné obtížnosti. Jak už jsem se zmínila v předchozí kapitole, nebyla jsem schopná najít nějaké testy, se kterými by se mé prototypy daly porovnat. Já osobně úroveň testu nepovažuji za nějaké pochybení. Jako začínající učitelku mě to naopak posunulo dál a vyzkoušela jsem si sestavit závěrečné testy pro různě staré děti tak, aby byly alespoň trochu přizpůsobené jejich znalostem a dovednostem. Tyto testy nás mohou alespoň dovést k závěru, že většina dětí by byla schopna uspět v těžší úrovni, protože jejich znalosti a zkušenosti s první pomocí jsou mnohem větší, než testovaly tyto testy.

Další nevýhodou těchto testů je, že neukazují, jaké dovednosti děti mají či získaly. Ukazují nám pouze, jaké znalosti mají v dané problematice. Mnohem průkaznější by

tedy byly praktické testy, které jsou však oproti teoretickému testování velmi náročné na čas i přípravu. Proto se s nimi skoro nikde nesetkáváme. Ani v tomto projektu to nebylo možné, protože by každé dítě mělo ošetřit alespoň jedno zranění v co nejvíce reálném provedení. V jednom člověku by se toto u více než 300 dětí provádělo jen velmi těžko. Tato oblast by jistě stála za to, aby byla dále rozvíjena.

Abych si ale alespoň na nějaké nižší úrovni ověřila, jak by děti na zranění reagovaly (ve skupinkách) a zda by se odhodlaly vůbec poskytnout první pomoc, uspořádala jsem projektový den s první pomocí na konci školního roku. Z výsledků, které jsem prezentovala v předchozí kapitole, a zpětných vazeb instruktorů i dětí, jsem došla k závěrům, že tento způsob ve skupinkách je vhodný pro děti, které jsou ve skupinách zvyklé pracovat. Většina dětí se po rozkoukání do nějakého ošetření pustila. Výsledky nám bohužel neukazují dovednosti jednotlivců, ale skupinek, které byly náhodně utvořeny. V některých byly schopné děti spolupracovat a v některých skupinách zranění ošetřil jeden žák a zbytek jen přihlížel.

Po několika teoretických hodinách, jednom praktičtějším kurzu a jednom dni s praktickým procvičováním by ale pořád první pomoc nebyla dostatečná. Byla by nějaká, jistě by neuškodila, avšak mohla by být mnohem lepší a hlavně rychlejší. Letní projektový den ukázal, že maskování a zkoušení si ošetřovat reálně vypadající zranění je účinným a motivujícím prostředkem ke zlepšení dovedností poskytnout první pomoc. Ovšem nestačí tuto akci udělat jednou za celé studium na prvním stupni. Protože tento den také ukázal, že čas zde pracuje proti nám všem a z paměti se vytrácí mnoho důležitých spojů, což nás přivádí opět k potřebě opakovat výuku (procvičování) poskytování první pomoci co nejčastěji.

Z projektového dne byl pořízen i videozáznam (viz přiložené DVD), na němž je možné vidět ukázky činností na jednotlivých stanovištích a zapojení dětí aktivně do výuky. Bohužel v prostorách školy je velmi špatné akustické prostředí, takže zvuku není moc dobře rozumět.

V neposlední řadě je jistě důležité zmínit se zde v krátkosti o dotaznících, které jsem zadávala učitelům. Myslím, že svou funkci jako reflexe mé výuky, splnily velmi dobře.

Ocenila bych především, že paní učitelky byly tak ochotné a napsaly mi i několik možných vylepšení a tipů, jak děti ještě více zaujmout a motivovat pro učení se první pomoci.

Dotazník měl také zjistit názor těchto učitelů na výuku první pomoci jako takové. Zde se však neukázalo mnoho nového. Z odpovědí učitelů vyplynulo, že pokud má sám učitel o problematiku první pomoci zájem, je schopný si sám zajistit materiál, kurzy a tím pádem se ani první pomoc nezdráhá učit. Bohužel však často jen v teoretické rovině. Na druhé straně jsou zde učitelé, kteří o první pomoci moc neví a nemají ani zájem tento stav měnit a v hodinách této problematice věnují minimum času. Toto vše pak způsobí, že výuka první pomoci je značně nevyvážená a děti stejného věku mají velmi odlišné povědomí o poskytování první pomoci. A pokud vůbec nějaké mají, je to povětšinou pouze v rovině teoretické.

4.7 Závěr empirické části

V této poslední části kapitoly bych se ráda věnovala mé vlastní reflexi celého projektu. Musím přiznat, že nejnáročnější pro mne osobně byla časová náročnost. Z počátku jsem si dokonce myslela, že jsem si ukousla příliš velké sousto.

Fáze příprav byla poměrně zdlouhavá a neustále jsem se obávala, zda jsem něco nepodcenila či na něco důležitého nezapomněla. V tuto chvíli mi velmi pomohly konzultace se zkušenějšími instruktory. Bohužel ale ani oni neměli osobní zkušenost s projektem podobného typu, takže jsme jen intuitivně a na základě zkušeností z kroužků, táborů a různých akcí ČČK dali dohromady obsah jarních kurzů.

S blížícími se termíny jarní části ve mně narůstala nervozita. Cítila jsem velkou zodpovědnost za úspěšnost tohoto projektu, protože paní ředitelka, učitelé i rodiče v něj vkládali svou důvěru a očekávali, že jejich děti budou efektivně proškoleny v poskytování první pomoci.

Již první den kurzů ze mne nervozita spadla a to jen díky přístupu dětí samotných. Děti byly aktivní, spolupracovaly a bylo na nich vidět, že si tyto hodiny užívají. Ještě teď se mne ptají, když je ve škole navštívím, jestli zase nebudeme obvazovat.

Samozřejmě se zde vyskytlo nějaké menší vyrušování a určitě všechny děti nebavilo všechno, ale celkově jarní část dopadla úspěšně. Užívaly si to děti i já. Neměla jsem vůbec pocit, že to musím vydržet do konce. Naopak jsem se na děti těšila a musím říci, že mne velmi mile překvapil jejich zájem například o resuscitační figurínu („andulu“).

Z letní části jsem měla také velmi dobrý pocit. Paní ředitelka chválila organizaci i obsah celého projektového dne. Paní učitelkám se líbilo, že si mohou na chvíli odpočinout a o děti je postaráno. Děti se těšily na jednotlivá stanoviště a instruktoři si je chválili. Samozřejmě se i zde našlo několik věcí, s kterými jsem já osobně nebyla spokojená. Vyskytla se zde menší kolize ve střídání skupin na stanovištích, s kterou jsme si však bez větších obtíží poradili.

Více mne však zklamal přístup některých z instruktorů. Jelikož jsem potřebovala patnáct instruktorů, přijeli i členové Mládeže ČČK, s kterými jsem ještě nikdy nespolupracovala. Pozdě jsem zjistila, že se na tuto práci nehodí a dětem vysvětlovat neumí či možná ani nechtějí. Musela jsem si s nimi několikrát promluvit, aby děti netrpěly takto neprofesionálním výkonem. Na druhou stranu mě to opět poučilo v tom, že na takovéto větší projekty je potřeba své spolupracovníky dobře znát a pečlivě vybírat, kdo se kam hodí.

Když jsem v tom pracovním ruchu pobíhala mezi jednotlivými stanovišti a kontrolovala, zda všechno funguje tak, jak má a instruktorům ani dětem nic nechybí, přišlo mi trochu líto, že já v tento den nejsem také jedním z instruktorů. Dostala bych se mnohem více do interakce s dětmi. Avšak někdo tuto kontrolní a možná trochu nevděčnou práci dělat musí, když chcete, aby vše běželo tak, jak má. A jelikož jsem si tento projekt vymyslela já a chtěla jsem, aby probíhal nějakým způsobem, nezbylo mi nic jiného než se této funkce ujmout.

5 Závěr

V závěru této práce bych se ráda věnovala cílům, které jsou stanoveny v úvodu. Ráda bych zde zhodnotila, zda byly cíle vůbec naplněny a do jaké míry.

Začala bych cílem zjistit, zda je v Kraji Vysočina školám k dispozici nějaký projekt pro výuku první pomoci dětí na prvním stupni ZŠ. Již v teoretické části této práce je možné nalézt odpověď na tuto otázku. Ano, je, ale je teprve ve fázi zkoušení a je zaměřen pouze pro děti ve třetích třídách. Díky hledání odpovědi na tuto otázku jsem také zjistila, že zde neexistuje žádný metodický kurz či příručka pro učitele, kteří sice znají obsah toho, co mají učit, ale netuší, jak to děti naučit správně. Učitelé musí tedy učit tuto problematiku intuitivně podle svého úsudku.

Dalším cílem, který jsem si zpočátku kladla, bylo zjistit, proč takové kurzy nejsou. Tento cíl, se domníván, nebyl v této práci zcela naplněn, protože jsem na tuto otázku nesehnala dostatek kvalifikovaných odpovědí. Neochota sdílení svých nápadů a obavy o autorská práva pronikly i do problematiky první pomoci. Jediní, kdo byli ochotní se mnou o tomto problému bavit, byli instruktoři oblastního spolku ČČK Havlíčkův Brod a pan ing. Halačka. Všichni se shodli na tom, že práce s tak malými dětmi je velice specifická a málokdo má odvahu se do ní pustit a právě největším problémem je chybějící metodika výuky první pomoci takto starých dětí.

Jako hlavní cíl této diplomové práce jsem si stanovila připravit a odzkoušet smysluplný projekt výuky první pomoci na prvním stupni ZŠ. Myslím, že tento cíl jsem se snažila naplnit, jak nejlépe jsem mohla. Když jsem o projektu začala přemýšlet, musela jsem se rozhodnout, jak staré děti by jím měly vůbec projít. Nechtěla jsem vyčlenit žádný ročník, protože každý z nich má svá specifika a jsou jistě zajímavá. Vymyslela jsem si tedy projekt, který byl ušitý tak trochu na míru mně osobně. Nemyslím si, že by takto připravený mohl být použit ještě někým jiným. Musel by projít řadou změn.

Především, pokud by měl takovýto projekt sloužit opakovaně, muselo by se učivo uspořádat tak, aby na sebe v jednotlivých ročnících navazovalo a aby děti neslyšely

pořád to samé. To jsem ve svém projektu udělat nemohla. Nevěděla jsem, jak rozsáhlé povědomí děti o první pomoci mají, a tak jsem pro jistotu začala v každém ročníku tak trochu od začátku. Vcelku se to ukázalo jako správný předpoklad, protože děti měly velice různé množství informací o dané problematice, které jsme si alespoň ucelili a opravili případné nedostatky či mylné informace. Pokud by byl ale takovýto kurz pravidelně opakován, musel by být kladen mnohem větší důraz na provázanost učiva mezi jednotlivými ročníky.

Domnívám se, že se celkem úspěšně za pomoci zkušených instruktorů podařilo stanovit vhodný obsah učiva. Důležité bylo vypustit příliš těžká zranění, kterých by se děti mohly zaleknout a věnovat se především těm, která jsou pro jejich věk typická a se kterými budou schopné si poradit. Na počet hodin, který mi byl dán k dispozici, bylo ovšem učivo často příliš obsáhlé. Raději jsem tedy upustila od zvládnutí všech zranění, abychom si probrané úrazy mohli prakticky řádně procvičit.

Díky studiu na pedagogické fakultě jsem získala inspiraci, jak zvládnout metodickou stránku. Její teoretické základy jsou popsány v teoretické části a aplikace těchto rad a doporučení prochází částí empirickou i přípravami hodin a projektového dne v části přílohové.

Cíl odzkoušet připravený projekt a na jeho základě stanovit specifika vzdělávání prvostupňových dětí v problematice poskytování první pomoci byl jistě do určité míry také naplněn. Odzkoušení projektu proběhlo bez větších obtíží a myslím si, že nejen mně poskytlo velmi cenný pohled na tuto tématiku.

Specifika dětí na prvním stupni se postupně objevují v empirické části a mnohdy byla pro mne překvapující. Lektor či učitel, který s takto malými dětmi pravidelně nepracuje, si například neuvědomí, že prvňáčci (někdy i druháčci) neumí zavázat uzel, a proto je nesmysl je učit šátkové obvazy. Nejdříve je potřeba natrénovat právě ten uzel. Děti do třetích tříd velmi těžko spolupracují ve skupinách, protože všechno chtějí dělat samy (je to jejich přirozenost). Takto staří žáci také nerozumí složitým instrukcím, a čím jednodušší jsou, tím jsou efektivnější. Učí se nejlépe tak, že si hrají a mají pocit, že zkoumají něco velmi důležitého. Jejich pozornost nevydrží déle jak deset minut, a proto

musí mít lektor připraveno více krátkých aktivit. Nevydrží vás poslouchat déle jak pět minut. Přednášky je nezaujmou, raději si na vše přijdou sami a rádi se vám pochlubí se svými zkušenostmi, které nemusí být nulové, jak jste předpokládali. Jsou spontánní a nebojí se si vše vyzkoušet. Milují pohyb.

Když pak učitel či lektor přijde do čtvrté a páté třídy, pocítí rozdíl. Už tady nejsou jen děti, ale jsou to děti, které se pokouší na věc dívat dospělým pohledem. Hodně se podceňují a potřebují povzbuzení a pocit, že jim mi dospělí věříme a dáme jim tu možnost problém zvládnout. K první pomoci se staví velice zodpovědně a nechtějí nic zkazit. Chtějí být nejlepší. Jejich pozornost už vydrží více, ale teoretickou přednáškou je také nepotěšíte. Na rozdíl od mladších dětí velmi dobře spolupracují ve skupinách a umějí si rozdělit úkoly. Mají rádi zajímavé a těžké úkoly, v kterých ale musí mít šanci uspět. A to první pomoc určitě je.

Děti na prvním stupni mají jistě mnohá další specifika, o kterých by se dalo mluvit hodiny a hodiny. Já jsem zde zmínila jen ty nejmarkantnější, které jsem mohla sledovat při zkoušení svého projektu.

Poslední cíl, který jsem si stanovila, byl osobního charakteru. Chtěla jsem sama sebe jako učitelku a lektorku posunout někam dál. Myslím, že tento cíl se mi povedl naplnit vrchovatě. Zjistila jsem, že příprava takovéhoto projektu není jednoduchá, ale ani nemožná. Myslím si, že pokud by se sešlo několik lidí, kteří dané problematice rozumí, možná učitelé, didaktici s instruktory, záchranáři, mohla by být metodika vytvořena jistě bez větších problémů. Pak by musela však následovat školení učitelů i instruktorů a v neposlední řadě kurzy pro děti.

Uvědomila jsem si, že i po řadě odučených let na druhém stupni i kroužků s prvostupňovými dětmi se mám ještě mnoho co učit ať už v oblasti samotného učiva, či především v oblasti didaktické. A jediný způsob, jak se zlepšit, je zkoušet učit a zase učit.

Úplným závěrem bych chtěla poděkovat za tuto životní etapu. Dala mi mnohé zkušenosti, rozšířila znalosti i dovednosti a vzala mi snad jen čas. Jako lektorka i

začínající učitelka budu doufat, že se brzy objeví skupina lidí, kteří se pustí do zpracování metodiky výuky první pomoci, jež budu moci plně využívat v mé učitelské praxi a z dětí, které projdou mojí výukou, vyrostou zodpovědní lidé, kteří se nebudou bát poskytnout první pomoc.

6 Seznam použité literatury

1. ALTRICHTEROVÁ, Anna, Václav STRAKA a Pavel ŠTAJER. *Maskér Českého červeného kříže*. 1. vyd. Praha: Úřad ČČK, 2003.

2. BERÁNKOVÁ, Monika, Anna FLEKOVÁ a Blanka HOLZHAUSEROVÁ. *První pomoc*: *pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: INFORMATORIUM, 2002, 199 s. ISBN 80-860-7399-8.

3. BERNATOVÁ, Eva. *Hry a nápady pro výuku první pomoci*. 1. vyd. Praha: Úřad Českého červeného kříže, 2006, 34 s. ISBN 978-802-5445-457.

4. BÍLEK, Jiří. *První pomoc zážitkem*. 9., zcela přeprac. a dopl. vyd., V Computer Press 1. Editor Karel Bílek. Brno: Computer Press, 2009, 57 s. ISBN 978-80-251-2564-9.

5. BYDŽOVSKÝ, Jan. *První pomoc*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004, 75 s. ISBN 80-247-0680-6.

6. CROWL, Thomas K., Sally KAMINSKY a David M. PODELL. *Educational psychology*: *windows on teaching*. Madison, WI, c1997. ISBN 06-972-6816-0.

7. ČERNOCH, Felix. *Pomáhám zraněným*: *učebnice pro 5. ročník základních škol*. Vyd. 1. Úvaly: Albra, 2004, 24 s. Ochrana člověka za mimořádných situací. ISBN 80-864-9095-5.

8. DOSTÁL, Jiří. *Učební pomůcky a zásada názornosti*. Vyd. 1. Olomouc: Votobia, 2008, 40 s. ISBN 978-80-7220-310-9.

9. FOLCH, Goncal. *První pomoc*. 1. vyd. Editor Jordi Vigué. Překlad Lucie Buhajová. Čestlice: Rebo Productions, 2006, 294 s. Knihovna zdraví. ISBN 80-723-4538-919.

10. GRECMANOVÁ, Helena a Eva URBANOVSKÁ. *Aktivizační metody ve výuce, prostředek ŠVP*. Vyd. 1. Olomouc: Hanex, 2007. ISBN 80-857-8373-8.

11. GREGORA, Martin. *První pomoc u dětí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2004, 68 s. ISBN 80-204-1064-3.

12. JESENSKÁ, Zdena. *Příprava a analýza výuky*. Praha: Krajský pedagogický ústav, 1986, 78 s.

13. KALHOUS, Zdeněk. *Školní didaktika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 447 s. ISBN 80-717-8253-X.

14. KURELOVÁ, Milena. Didaktické zásady. In: KALHOUS, Zdeněk. *Školní didaktika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, s. 5. ISBN 80-717-8253-X.

15. MAJRICH, Jiří et al. *Příručka pro záchranné jednotky*. 1. vyd. Praha: ČČK v TOP AZ, 1994, 135 s.

16. MALACH, Josef. *Základy didaktiky*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003, 181 s. Studijní opora pro kombinovaná studia. ISBN 80-704-2266-1.

17. MARTÍNEK, Bohumír. *Ochrana člověka za mimořádných událostí*: *příručka pro učitele základních a středních škol*. Vyd. 2., opr. a rozš. Praha: Ministerstvo vnitra, generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2003, 119 s. ISBN 80-866-4008-6.

18. NOLAN, Jerry P. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2010, roč. 81, č. 10, s. 1219-1276. ISSN 03009572. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.021. Dostupné z: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957210004478.

19. OBST, Otto. Realizace výuky. In: KALHOUS, Zdeněk. *Školní didaktika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, s. 20. ISBN 80-717-8253-X.

20. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika*: *vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. 2., rozš. a aktualiz. vyd., [V nakl. Grada] vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.

21. SRNSKÝ, Pavel. První pomoc. In: MAJRICH, Jiří a kol. *Příručka pro záchranné jednotky*. 1. vyd. Praha: ČČK, 1994, s. 63.

22. SRNSKÝ, Pavel et al. *Standardy první pomoci*. Praha: Úřad ČČK, 2002, 102 s. Dostupné z: http://www.cervenykriz.eu/cz/standardy/Standardy_prvni_pomoci.pdf.

23. SRNSKÝ, Pavel. *První pomoc u dětí*. 3. přepracované. Praha: JS Press, 2007, 99 s.

24. TOMKOVÁ, Anna. *Program Čtením a psaním ke kritickému myšlení v primární škole*: *distanční text*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2007, 97 s. ISBN 978-807-2903-153.

25. VÁCLAVÍK, Vladimír. Organizační formy výuky. In: KALHOUS, Zdeněk. *Školní didaktika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, s. 14. ISBN 80-717-8253-X.

Ostatní zdroje

1. MCCOMBS, Barbara L. *Understanding the Keys to Motivation to Learn* [online]. 1997 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: http://www.mcrel.org/PDF/Noteworthy/Learners_Learning_Schooling/barbaram.asp

2. Nemoc. *Wikipedie* [online]. [cit. 2012-04-16]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc

3. Pokyn MŠMT k začlenění tematiky ochrany člověka za mimořádných událostí do vzdělávacích programů. [online]. 2003 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/ministerstvo/pokyn-msmt-k-zacleneni-tematiky-ochrany-cloveka-za-mimoradnych-udalosti-do-vzdelavacich-programu-a-dodatek-k-ucebnim-dokumentum-pro-zakladni-skoly-stredni-skoly-specialni-skoly-a-vyssi-odborne-skoly-ochrana-cloveka-za-mimoradnych-udalosti-1

4. Pomůcky k výuce témat ochrany člověka za mimořádných událostí na základních a středních školách. [online]. 2011 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: http://www.hzscr.cz/clanek/pomucky-pro-zakladni-a-stredni-skoly.aspx

5. Prevence dětských úrazů. *Kraj Vysočina* [online]. 2011 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: http://www.kr-vysocina.cz/prevence-detskych-urazu/d-4034460/p1=32066

6. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání - verze 2010. [online]. [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/21592

7. Úraz. *Wikipedie* [online]. 8. 2. 2012 [cit. 2012-16-04]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Úraz

8. Vyhodnocení projektu Program prevence dětských úrazů ve školním roce 2010/2011. HALAČKA, Tomáš. *Kraj Vysočina* [online]. [cit. 2012-14-04]. Dostupné z: http://extranet.kr-vysocina.cz/samosprava/index.php?akce=rada_materialy_detail&id=16451

9. *Záchranný kruh* [online]. 2009 [cit. 2011-01-25]. Dostupné z: http://www.zachranny-kruh.cz/

10. Vyhláška č. 283/2009 Sb. § 32 odst. (6)

11. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 150

7 Seznam obrázků, grafů a tabulek

7.1 Obrázky

1. Upevnění sterilního krytí pomocí náplasti
2. Maltézský kříž
3. Nepravé stehy z náplasti
4. Tlakový obvaz
5. Šátkový obvaz „kravata“
6. Šátkový obvaz hlavy
7. Šátkový obvaz popálené ruky „pacička“
8. Šátkový závěs
9. Velký šátkový závěs
10. Šátkový obvaz ramene
11. Šátkový obvaz břicha
12. Přesýpací hodiny (poloha šátků)
13. Ambulanční uzel
14. Vzor závěrečného testu první třídy
15. Vzor závěrečného testu druhé a třetí třídy

7.2 Grafy

1. Graf 1 - Bodové rozmezí závěrečného testu žáků 1. ročníku
2. Graf 2 - Chybovost odpovědí žáků 1. ročníku v závěrečném testu
3. Graf 3 - Bodové rozmezí závěrečného testu žáků 2. a 3. ročníku
4. Graf 4 - Chybovost odpovědí žáků 2. a 3. ročníku v závěrečném testu
5. Graf 5 - Bodové rozmezí závěrečného testu žáků 4. a 5. ročníku
6. Graf 6 - Chybovost odpovědí žáků 4. a 5. ročníku v závěrečném testu

7.3 Tabulky

1. Tabulka 1 - Výsledky stanoviště Umíš pomoci ? - první třídy
2. Tabulka 2 - Výsledky stanoviště Umíš pomoci ? - druhé a třetí třídy
3. Tabulka 3 - Výsledky stanoviště Umíš pomoci ? - čtvrté a páté třídy

8 Seznam příloh

1. Plány výukových hodin, pracovní listy
2. Ukázky myšlenkových map
3. Ukázka kresby lidského těla s důležitými orgány
4. Ukázka vyplněných testů žáků 1. ročníku
5. Ukázka vyplněných testů žáků 2. a 3. ročníku
6. Vzorový test pro čtvrté a páté třídy, ukázka vyplněných testů žáků 4. a 5. ročníku
7. Vzor dotazníku pro učitele
8. Projektový den – plán, hodnotící tabulka pro stanoviště Umíš pomoci?
9. Fotodokumentace jarní části (na přiloženém DVD)
10. Video z projektového dne – ukázka náplně jednotlivých stanovišť (na přiloženém DVD)