

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zdravotní gramotnost začínajících učitelů

Health literacy of beginning teachers

Bc. Daniel Kříž

Vedoucí práce: PhDr. Michal Zvírotsky, Ph.D.

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: Pedagogika – Technická a informační výchova

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma zdravotní gramotnost začínajících učitelů vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 9. dubna 2015

.....

podpis

Na tomto místě bych rád poděkoval všem, kteří mě v práci podporovali, především pak vedoucímu práce PhDr. Michalu Zvírotskému, Ph.D. za cenné rady, konstruktivní připomínky a celkovou spolupráci při psaní diplomové práce.

## **Abstrakt**

Jedním z témat zdravotní gramotnosti učitelů je poskytování laické první pomoci. Hlavním cílem této diplomové práce je odpovědět na otázku, zda kompetence začínajících učitelů v oblasti první pomoci jsou na dostatečné úrovni a zda začínající učitelé dokážou v mimořádných situacích adekvátně reagovat. Teoretická část popisuje východiska k těmto kompetencím učitele. Analyzuje úrazovost dětí, profesní přípravu učitelů, nové trendy a projekty pro zvýšení zdravotní gramotnosti učitelů. Praktická část pomocí dotazníkového šetření zjišťuje kompetence v oblasti poskytování první pomoci u začínajících učitelů. Sleduje, zda jsou na dostatečné úrovni a zda učitelé dokážou správně reagovat v situacích ohrožujících zdraví. Dále analyzuje názory učitelů na přípravu v oblasti poskytování první pomoci a celkový pohled na problematiku první pomoci ve školním prostředí. V závěrech výzkumu se uvádí, že kompetence učitelů v poskytování první pomoci nejsou na dobré úrovni a že učitelé profesní přípravu v oblasti první pomoci hodnotí jako nedostatečnou. Práce přináší nabídku možných změn, které by zvýšili kompetence začínajících učitelů.

## **Klíčová slova**

zdraví, zdravotní gramotnost, první pomoc, péče o zdraví, začínající učitel

**Abstract**

One of the areas concerning the medical literacy is the first aid giving. The aim of this diploma thesis is to answer the question whether the skills of beginning teachers concerning the first aid are on a sufficient level and whether the teachers are able to react adequately in emergency situations. The theoretical part describes the bases of these skills. It analyses the accident rate of children, professional training of teachers, new methods and projects how to increase the medical literacy of teachers. The practical part provides the results of a questionnaire survey analysing the first aid skills of beginning teachers. It observes whether the level of teachers is sufficient and whether they are able to react properly in health endangering situations. It also discusses the opinions of teachers concerning the first aid giving and the general vision of the first aid area in school environment. The conclusion of the survey shows that the teachers' first aid skills are not up to standard and that teachers assess the professional training concerning the first aid as insufficient. The thesis offers possible changes which would develop the skills of beginning teachers.

**Keywords**

health, health literacy, first aid, health care, beginning teacher

## Obsah

1	Úvod.....	7
2	Definice.....	9
3	Zdravotní gramotnost.....	19
3.1	Historický kontext.....	19
3.2	Struktura zdravotní gramotnosti.....	22
3.3	Zdravotní výchova .....	23
3.4	Příprava učitelů .....	24
3.5	Kompetence učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti.....	28
4	Východiska ke zdravotní gramotnosti učitelů .....	32
4.1	Úrazy .....	32
4.2	Úrazovost .....	33
4.3	Zranění .....	35
4.4	Prevence úrazů .....	37
4.5	Poskytnutí první pomoci .....	38
5	Vybrané studie a projekty zdravotní gramotnosti.....	40
5.1	Výzkumy v oblasti první pomoci učitelů v České Republice .....	40
5.2	Zahraniční výzkumy.....	41
5.3	Projekty první pomoci a ochrany zdraví .....	43
6	Empirická část.....	47
6.1	Metodologická kapitola.....	47
6.1.1	Smíšený výzkum a jeho charakteristika.....	48
6.1.2	Hypotézy výzkumu .....	48
6.1.3	Výzkumný soubor .....	49
6.1.4	Metody sběru dat .....	50
6.1.5	Přípravná fáze výzkumu .....	50
6.1.6	Dotazníková struktura.....	51

6.1.7	Výběr respondentů.....	52
6.1.8	Analýza dat .....	53
6.2	Interpretace dat.....	54
6.3	Navrhovaná opatření .....	69
7	Závěr .....	71
8	Seznam zdrojů.....	73
9	Seznam uvedených zkratk.....	79
10	Seznam příloh .....	80
10.1	Příloha č. 1 .....	80

# 1 Úvod

Téma zdraví se každodenně objevuje a používá v mnoha souvislostech. Často slyšíme o zdraví a nemocech, o zdravém životním stylu, zdravé výživě, nezdravém prostředí a dalších věcech, které mohou ohrozit naše zdraví. Abychom dokázali na tuto problematiku nahlížet kriticky, musíme být zdravotně gramotní. Být zdravotně gramotný znamená mít dostatečné informace, efektivně s těmito informacemi nakládat, získávat nové poznatky a kriticky na ně nahlížet.

Stejně jako v běžném životě, se se zdravotní gramotností setkáváme ve školním prostředí. U pracovníků ve výchovně-vzdělávacím procesu se předpokládá vyšší zdravotní gramotnost než u běžné populace. Učitelé a další pracovníci svým jednáním přímo ovlivňují vývoj dítěte a musí být kompetentní i v oblasti ovlivňování zdraví žáků.

Tato práce je přínosná svým specifickým zaměřením na začínající učitele a přináší průsečík mezi studii zaměřenými na celkovou populaci učitelů a výzkumy v oblasti přípravy budoucích učitelů. Diplomová práce se zaměřuje na oblast mimořádných situací ve škole a řešení těchto situací vybranou skupinou učitelů. Tím do problematiky zdravotní gramotnosti přináší nový, zatím nezkoumaný pohled.

Hlavním cílem práce je odpovědět na otázku, zda u začínajících učitelů na základních a středních školách jsou kompetence k poskytnutí první pomoci na dostatečné úrovni. Analyzuje, zda učitelé dokážou včas a erudovaně reagovat v životu nebezpečných situacích, při kterých žákům hrozí vážné poškození zdraví nebo smrt. Dílčími cíly je zanalyzovat výskyt a frekvenci situací, při kterých učitelé musí využít své kompetence v oblasti zdraví, tedy rozbor potřeby dovedností učitelů poskytovat první pomoc. Následně pomocí vlastního výzkumu změřit a zhodnotit aktuální úroveň kompetencí začínajících učitelů a tuto studii porovnat s již existujícími výzkumy. Posledním dílčím cílem je navrhnout možné změny, které by úroveň začínajících učitelů posunuly na žádoucí úroveň.

Diplomová práce vychází z předpokladu, že ačkoliv školní prostředí je pro zdraví dětí velmi rizikové, kompetence začínajících učitelů nejsou na dobré úrovni a u více jak poloviny respondentů je možné úroveň označit dokonce za nedostačující. Lze se domnívat, že výsledky většiny existujících studií korelují s výsledky tohoto výzkumu. Dále lze předpokládat, že v oblasti přípravy budoucích pedagogů existuje



nevyužitý prostor pro zavedení efektivních a finančně nenáročných změn, jež dokážou výrazně zvýšit kompetenci učitelů poskytovat první pomoc svým žákům.

Práce je rozdělena do dvou základních částí - na teoretickou a empirickou. V první části jsou definovány základní pojmy a východiska, se kterými diplomová práce pracuje, se zaměřením především na klíčové pojmy *zdravotní gramotnost a začínající učitel*. Dále se zabývá rizikovými situacemi, do kterých se žáci ve školním prostředí mohou dostat, a tedy potřebou učitelů zvládat poskytování základní první pomoci. Zároveň jsou v této kapitole analyzovány a následně komparovány v České republice již provedené studie a je uvedeno i několik zahraničních prací na obdobné téma.

Druhá část práce - empirická, obsahuje vlastní výzkum, jehož se zúčastnilo 54 respondentů a je primárním zdrojem této práce k určení úrovně znalostí první pomoci u začínajících učitelů. Závěrečná kapitola této části nabízí potencionální změny v přístupu edukace učitelů a studentů pedagogických škol, které by mohla zajistit vylepšení kompetencí učitelů v poskytování první pomoci.

## 2 Definice

### Zdraví

Slovo zdraví je velice módním a moderním slovem. Využívá se v běžném hovorovém jazyce, v odborných kruzích, mluví se o něm jako o prostředku a cíli a denně se objevuje v médiích. Představa o tom, co pojem zdraví znamená, je silně závislá na kulturním, sociálním a ekonomickém prostředí člověka a na jeho historické proměně. Tyto determinanty pak přispívají k velmi rozdílnému chápání pojmu zdraví, od čehož se odvíjí veliký počet mnohdy vzájemně se vylučujících či překrývajících definic.

Zdraví můžeme definovat v mnoha rovinách. Lze na něj pohlížet negativně, jako absenci nemoci či poruchy, pozitivně, jako způsobilost, vyrovnanost a vyladěnost jednotlivce a společnosti. Funkcionálně, jako podmínku důležitou pro výkon sociálních rolí, adaptačně, jako podmínku přizpůsobení se prostředí. Zdraví lze chápat jako normu či ideál, lze na něj pohlížet laicky a odborně, definovat ho jako statickou veličinu či dynamickou proměnnou. Způsobů uchopení pojmu zdraví je široké spektrum.

Nejjednodušší a nejstarší definicí je definice biomedicínská, která stav nenarušeného zdraví chápe jako stav bez patologických změn. Významnou rolí jsou příznaky nemoci a nemoc sama jako důsledek patologických změn. Na základě diagnózy se určuje způsob léčby. Léčí se však pouze důsledky, ne příčiny nemoci. Psychický a sociální faktor vzniku nemocí je u tohoto modelu zcela opomenut (Křivohlavý, 2009). Na nemoc je nahlíženo jako na selhání těla jedince a významnou roli hraje medicína, která objasňuje biofyzické příčiny a vhodně zvolenou léčbou navrácí jedinci zdraví. Biomedicínské pojetí zdraví zažívalo největší úspěchy v minulém století. Dokladem je vymýcení infekčních nemocí, rozvoj nemocniční techniky a metod léčení a moderní farmakologie. Předpoklad, že medicína je jediným možným východiskem léčení nemocí, a že správná diagnóza a volba léčby je jediným systémem péče o zdraví, byl postupně vytlačován vstupem sociálních faktorů do zdravotní péče a v současnosti hovoříme o holistickém přístupu ke zdraví.

Tradičně se využívá definice zdraví Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO) z roku 1946. Ta pojem zdraví chápe jako „...stav fyzické, psychické a sociální pohody, není to jen nepřítomnost nemoci nebo vady, neduživosti“ (WHO, 1946). Toto vymezení splňuje podmínky holistického pojetí zdraví,

neboť pracuje se třemi dimenzemi - fyzickou, psychickou a sociální. Problém však nastává u užití vágního výrazu „pohoda“, které WHO blíže nedefinuje. „Pohoda“ je velmi subjektivní a těžko měřitelná veličina, což na jednu stranu dobře poukazuje na neobjektivnost samotného pojmu zdraví, na druhou stranu ale činí definici velmi nepraktickou. Navíc v krajním případě by se pohodou mohl rozumět i stav navozený toxickou látkou, což pro fyzickou dimenzi zdraví člověka z dlouhodobého hlediska jistě přínosné není.

Vhodnější pojetí představuje tzv. pracovní definice, pro kterou zdraví znamená *„celkový (tělesný, psychický, sociální) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“* (Křivohlavý, 2003).

Do problematiky zdraví vedle sociálních faktorů vstupují faktory psychologické. Psychologie zdraví studuje individuální chování člověka a životní styly, které pak mají přímý vliv na zdraví jedince. Křivohlavý ve své knize *Psychologie zdraví* (2001) uspořádal teorie zdraví podle toho, zda je zdraví chápáno jako prostředek k určitému cíli, nebo zda je chápáno jako cíl sám o sobě, jako konečný stav veškerého snažení.:

1. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, která pomáhá zvládat těžkosti. Jedná se například o zvládnutí nemoci, která tělo ohrožuje.
2. Zdraví jako metafyzická síla. Metafyzická síla zastupuje elán, vitalitu a schopnost adaptace. Zdraví je definováno jako schopnost dosáhnouti vyššího cíle, realizování svého potenciálu a zvládnutí životních problémů.

Zdraví jako individuální zdroj bytí. Definice zastupuje postoj člověka k vlastnímu životu, smysluplnosti bytí, zvládnutí životních překážek a celkové odolnosti jedince.

Zdraví dále definujeme jako schopnost adaptace, *„jako schopnost jednak přizpůsobit si prostředí, schopnost upravit prostředí, ale také změnit vlastní způsob života, schopnost přizpůsobit se nepříznivým podmínkám.“* (Křivohlavý, 2001) Člověk je schopen vytvářet si obranu proti tomu, co ho ohrožuje, je schopen pozitivně reagovat na různé výzvy života.

Zdraví lze vymezit jako schopnost optimální sociální funkce (fitness) *„člověka vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“* (Parsons in Křivohlavý, 2001). Slovem fit, rozumíme dobrou kondici, správnou funkci tělesné

i duševní stránky. Definice vymezuje optimální výkon sociálních rolí. Problémem definice je možné vyloučení sociálních skupin (handicapovaných osob).

Zdraví lze definovat ekonomickým pohledem. Hovoříme o zdraví jako o zboží. „*Jde o pojetí zdraví jako něčeho, co se dá koupit ve formě léku v lékárně, nebo ve formě lékařského zákroku dodat, nebo ztratit. Toto pojetí se dá definovat slovy: zdraví je zbožím.*” (Seedhouse in Křivohlavý, 2001). Definice však předpokládá až mystickou víru v léky a lékaře a vede k pasivnímu postoji v prevenci a péči o zdraví.

Často se setkáváme s pojmem pracovní definice zdraví. Ta reflektuje negativní aspekty zmiňované definice Světové zdravotnické organizace. Pracovních definic je nepřehledné množství, pro úplnost uvedeme alespoň jednu z nich. „*Optimální zdraví určité osoby závisí na souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly využity zvolené a biologické možnosti (potenciály)... Aktuální stav zdraví závisí na realizaci těchto podmínek: uspokojení základních fyziologických potřeb a naplňování smyslu života. K tomu je nutné, aby člověk chápal faktory, které zdraví ovlivňují a dovedl s těmito informacemi pracovat*“ (Křivohlavý, 2001). Péče o zdraví odstraňuje nežádoucí faktory, které ovlivňují zdraví negativně, a posiluje faktory působící pozitivně.

V odborných člancích a vědeckých pracích se setkáváme s operačními definicemi zdraví. Jedná se o stručné definice zdraví, které zdůrazňují kontext s popisovanou problematikou a slouží ke kvantifikačním účelům. Pro příklad uvedeme pár definic. „*Zdraví je potenciál vlastností a schopností člověka vyrovnat se s nároky zevního prostředí bez narušení životních funkcí*“ (Bureš in Holčík, 2010). Zajištění zdraví je „*...poskytnutí pomoci bez vlastní žádosti*“ (Beránková in Křivohlavý, 2001). Tyto definice jsou zaměřeny pouze na oblasti jednotlivých studií a nemají potenciál obecné platnosti. O obecnější pojetí se snaží definice, která zdraví definuje jako „*...relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí*“ (Žáček in Holčík, 2010). Tato definice pojímá zdraví ve třech rovinách. Chápe ho jako tělesnou a psychosociální integritu, nenarušenost funkcí a rolí a přizpůsobivost ve smyslu homeostázy. I přes snahy vymezení zdraví v jednotlivých typech definic, konkretizace definic se pro snazší vymezení zdraví více využívají tzv. modely zdraví.

Za historicky první se považuje biomedicínský model zdraví, který byl postupně doplněn o model sociologický, humanitní a behaviorální. V současné době se ve snaze o komplexní multidimenzionální pojetí zdraví hovoří o složeném ekologicko-sociálním modelu zdraví (Holčík, 2005), (Čeledová, 2010), který v sobě tyto přístupy a modely kombinuje.

Rozvoj humanitních věd se promítl i do medicíny a k modelu biomedicínskému byl postupně přidán *„...model sociologický, všímající si společenské role individua, humanitní model, který vyzvedá morální a volní stránku existence člověka, nebo model behaviorální, respektující význam chování pro zdraví lidí a snažící se využívat zjištěných poznatků jak ke zlepšení zdraví, tak ke zvýšení kvality života“* (Holčík, 2005). Díky tomuto multidisciplinárnímu principu začal být člověk - pacient chápán více v kontextu společnosti a prostředí, ve kterém žije. Ani tento model však není pro dnešní potřeby pochopení pojmu zdraví dostačující.

V kontextu zdraví se stále více zmiňuje sociální a přírodní prostředí člověka a z toho vyplývá vědomí zdraví na základě kultury, ekonomických a aktuálních politických okolností. Proto je v nejnovějším modelu, ekologicko-sociálním, kladen důraz na komplexní multidimenzionální pojetí zdraví. Centrem stále zůstává jedinec, zdůrazňují se však opatření a restrikce v rámci prostředí.

Jednou z premis komplexního multidimenzionálního pojetí je, že *„...zdraví není jen charakteristikou organismu. Je i významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty“* (Holčík, 2005). Zdraví je zároveň považováno za předpoklad *„plného, plodného a skutečně kvalitního lidského života. Zdraví lidí je rovněž nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje“* (Machová, Kubátová, 2009).

Ekologicko-sociální model klade důraz na sociální role jedince, sociální charakteristiky zdraví, individuální hodnoty jedince, subjektivní pojetí zdraví, sociální život, zdravotní stav, vztah lékaře a pacienta, zdravotní gramotnost, široké spektrum způsobů léčení a péče a další témata z oblasti zdraví. Současně klade vysoký důraz na podíl jednotlivce v oblasti péče o vlastní zdraví. Strategie zdravotní péče v souladu s tímto modelem směřuje k vyšší osobní odpovědnosti jedince v otázkách vlastního zdraví a k spoluúčasti v jednotlivých oblastech zdraví týkající se sociokulturního prostředí a celé společnosti.

*„Ekologicko-sociální model zdraví neusiluje o oddělení léčby, prevence a občanských aktivit. Snaží se o jejich rovnováhu, komplementární působení a co největší účinnost. Je nutné ovšem zdůraznit, že sociálně ekologický model zdraví rozhodně není protipólem biomedicínského přístupu, ale jeho významným rozšířením“ (Holčík, 2005).*

## **Gramotnost**

Obdobně jako zdraví i gramotnost, neboli alfabetismus, je velmi obecný a zpravidla široce definovaný pojem, jehož historicky vývoj byl značně dynamický. Jedná se o „...jev závislý na mnoha faktorech, především na sociálním, ekonomickém, kulturním a informačním prostředí. Velice obecně řečeno, gramotností rozumíme osvojení určité dovednosti.“ (Mareš, Průcha, Walterová, 2013). Jedná se o schopnost využití relevantních informací a dovedností v jakýchkoliv životních situacích.

Gramotnost není vrozenou dispozicí, ale longitudinálním procesem získávání dovedností, který je ovlivněn kombinací vnějších a vnitřních faktorů. Vnější faktorem gramotnosti rozumíme prostředí, mezi vnitřní faktory řadíme zpravidla vrozené předpoklady, rysy, osobnostní charakteristiky a získané zkušenosti.

Gramotnost nejčastěji dělíme na dva druhy. Základní - zde se setkáváme s pojmem osvojení dovednosti, a na funkční - dovednost přemýšlet o přijatých informacích a umění využívat je v různých životních situacích. V nejlaičtějším slova smyslu rozumíme gramotností umění číst a psát, tedy porozumět obsahu psaného textu, kriticky o něm přemýšlet a umět ho interpretovat. Vedle této gramotnosti existuje i neméně důležitá gramotnost matematická, tedy porozumění předloženým početním úlohám. Kromě těchto základních typů gramotnosti se lze setkat s dalšími, které determinují způsobilost ve specifických a zpravidla odborných oborech (Průcha, Walterová, Mareš, 2003), například gramotnost počítačová, finanční či zdravotní, jež dohromady nazýváme gramotností sekundární.

Gramotnost jako civilizační jev je často používána jako ukazatel úrovně vzdělanosti jednotlivce, sociální skupiny či národa a s tím i spojené úrovně hospodářského rozvoje dané země. V tomto případě se tento ukazatel označuje jako míra gramotnosti a vyjadřuje podíl populace, která ovládá základní schopnost číst, psát a počítat. Výzkumy v oblasti edukace se zaměřují právě na zjišťování gramotnosti v regionech, neboť se jedná o relativně jednoduše zjišitelnou a měřitelnou veličinu.

Významný vliv na úroveň a rozvoj gramotnosti má pro jedince jeho nejbližší sociální prostředí, tedy rodina a škola. Gramotnost je výsledkem procesu vzdělávání v tomto sociálním prostředí a zároveň se následně stává prostředkem pro další vzdělávání.

V posledních letech se v souvislosti s gramotností objevuje spojení „kompetence“ či „klíčové kompetence“. Tato dvě slova označují vědomosti a dovednosti důležité pro začlenění do společnosti, zvládání pracovních úkolů a životních situací (Bělecký, Walterová, Mareš, 2007). Pojmy klíčové kompetence a funkční gramotnost se svým obsahem a charakteristikou překrývají, zmiňovat se však o zaměnitelnosti těchto slov by bylo více než odvážné.

### **Zdravotní gramotnost**

Zdravotní gramotnost je jeden z typů již výše zmiňované sekundární gramotnosti. Světová zdravotnická organizace ji definuje jako *„...kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví“* (Kristek, 2013). Tato definice se snaží pokrýt co nejširší oblast života jedince a života společnosti. Zdravotní gramotností tak rozumí jev, stav i cíl určité aktivity a chápe jej i jako ukazatel úrovně vzdělanosti jednotlivce, sociální skupiny či národa a ekonomické úrovně země. Tento specifický typ gramotnosti vede jednotlivce ke zlepšení jeho vlastního zdraví a zároveň tím ke zlepšování zdraví celé společnosti. Na tuto premisu lze pohlížet z mnoha pohledů. Osvojení znalostí, dovedností a návyků vede logicky k lepšímu zdraví každého člověka. Každý člověk si prvotně představí systém zdravotnictví jako nejvyšší autoritu v oblasti zdraví a prevence. Málakoho ale napadnou jiné zdravotní aktivity v dalších sociálních skupinách jako je rodina, přátelé, pracovní skupiny a podobně, které jsou neméně důležité.

Získané informace o zdraví bychom skrz funkční gramotnost měli být schopni filtrovat, třídit a efektivně využívat. V praxi to znamená naučit se rozpoznávat, jaké vzorce chování jsou dobré pro naše zdraví - jak se vyhýbat stresorům, patogenním činitelům a prostředím a aktivně se zajímat o zdraví životní styl. Torpidním přístupem ke zdraví dochází k tomu, že se jedinec zaměřuje pouze na důsledky zdravotních problémů, tedy, že neřeší vnitřní příčiny a je pouze pasivní příjemcem zdravotní péče - trpící a čekající na pomoc z vnějšku. Na druhou stranu, i pokud je někdo zdravotně gramotný, neznamená to, že svoje znalosti, schopnosti a dovednosti dokáže správně zužitkovat.

Aktivním přístupem v oblasti zdravotní gramotnosti člověk pomáhá svému zdraví a je schopen pomoci i ostatním. V základním pojetí se může jednat o pouhé předávání informací dalším lidem, ve funkčním pojetí se jedná o konkrétní pomoc při hygieně, změně životních návyků, prostředí, psychologickou pomoc a v neposlední řadě (předlékařskou) první pomoc. Ta je nedílnou součástí zdravotní gramotnosti a její osvojení je stejně důležité jako osvojení správných návyků a dovedností v oblasti preventivní péče o zdraví.

Zvyšování zdravotní gramotnosti, stejně jako kteréhokoli jiného typu gramotnosti, má národní a nadnárodní význam. Nízká zdravotní gramotnost vede k „méně zdravé“ společnosti a to následně k finančním deficitům a ztrátám v ekonomice. Zvyšování zdravotní gramotnosti jednotlivých národů je nesrovnatelně méně nákladné než ex post řešení zdravotních problémů službami zdravotnických ústavů a mělo by tudíž být v zájmu vlády každé země.

Je tedy více než opodstatněné, že zdravotní gramotnost je nedílnou součástí všeobecného vzdělávání obyvatelstva a formálního vzdělávání - rámcového vzdělávacího programu (RVP) primárního a sekundárního vzdělávání a je implementována i do vybraných předmětů terciárního vzdělávání a programů celoživotního vzdělávání. Zároveň s tím nás v této oblasti silně ovlivňují média, sociální skupiny, rodiny a obecně prostředí mimo školu (Bělecký, Walterová, Mareš, 2007).

## **Učitel**

Učitel je jedním ze základních pojmů v oblasti pedagogických věd a hlavním aktérem vzdělávacího procesu. Učitel je nositel poznatků, pravidel, hodnot a ideálů. Pro jednoznačnost pochopení pojmu učitel je vhodné uvést alespoň jednu definici pedagogického slovníku. Ta učitele považuje za jeden ze „základních činitelů vzdělávacího procesu, profesionálně kvalifikovaného pedagogického pracovníka, spoluzodpovědného za přípravu, řízení, organizaci a výsledek tohoto procesu“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2013). Jedná se tedy o osobu, která v pedagogické praxi zprostředkovává poznatky a rozvíjí schopnosti dalším účastníkům procesu.

Podmínky pro profesi učitele určuje *Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*. Ten definuje veškeré předpoklady pro činnost učitelů, jejich vzdělávání a kariérní systém. *Díl 2 Zákona č. 563/2004 Sb.* přesně určuje podmínky pro získání kvalifikace. Jedná se prvotně o „odbornou



*kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na přípravu učitelů“* a dalších modifikacích, které tento zákon předpokládá. To se vztahuje k učitelům působících v primárním a sekundárním vzdělávání.

Výjimku tvoří preprimární vzdělávání, kde je vedle magisterského stupně dostačující vyšší odborné či střední vzdělání zakončené maturitní zkouškou v oborech vzdělání zaměřených na přípravu učitelů mateřské školy či na pedagogiku předškolního věku.

### **Začínající učitel**

U učitelské profese stejně jako u jakékoliv jiné profese definujeme a rozlišujeme fáze profesního rozvoje. Podle profesního rozvoje můžeme učitele rozdělit na:

1. Učitele, který je ve fázi profesní přípravy
2. Začínajícího učitele
3. Pokročilého začátečníka
4. Kvalifikovaného a schopného učitele
5. Velmi zdatného a schopného učitele, učitele experta.

Začínajícího učitele definujeme jako *„nezkušeného, nezralého, neovládající dosud všechny pracovní techniky a postupy. Začínající učitel má příslušné vysokoškolské vzdělání a pedagogickou způsobilost, chybí mu však pedagogická zkušenost. Od prvních dnů vykonává své povinnosti v plné šíři, ale potřebuje systematickou radu a pomoc a je pověřován i činnostmi, na něž nebyl připravován (výuka neaprobovaných předmětů)“* (Podlahová, 2004).

Stanovit přesně časový bod, kdy se začínající učitel stává zkušeným, je velice složité. K získání dostatečných zkušeností je samozřejmě potřeba určitý časový horizont. Na rychlost nabývání zkušeností má vliv mnoho faktorů, ať už vnějších, nebo vnitřních. Vývoj je ovlivněn typem školy, kde se učitel připravoval na svou profesi. Dalším faktorem je ekologie školy, do které řadíme charakteristiky budov školy a jejich kapacitu, zázemí školy, do které spadají charakteristiky ostatních učitelů a žáků. Sociální systém školy, jako další ovlivňující faktor, zastřešuje výchovné a vzdělávací programy, sociální vazby učitel - učitel, učitel - žák, škola - prostředí. Poslední proměnnou, kterou řadíme k ovlivňujícím faktorům, je kultura školy, do které spadají konkrétně definovatelné sociální vztahy (Mareš, 2003).

Změna stavu ze začínajícího na kvalifikovaného učitele, který má potřebné kompetence k výkonu své profese, je ovlivněna místem kde pracuje, individuálními zvláštnostmi, aprobační a v neposlední řadě představami a ideály a jejich rozporem se skutečností. Průcha, Walterová a Mareš (2009) definují období začínajícího učitele na prvních pět let praxe.

Vysokoškolské studium umožňuje získat postoje, dovednosti a znalosti pro budoucí praxi, jednotlivé determinanty jsou však rozvíjeny teprve až ve vlastní pedagogické praxi, a tak tvoří pouze základ, odrazový můstek pro vznik profesních kompetencí.

U každého učitele tedy dochází k rozvinutí profesních kompetencí v rozdílném časovém horizontu, a proto k pojmu začínající učitel nelze objektivně a jednoznačně stanovit období. Pro účely této práce budeme ovšem uvažovat začínajícího učitele jako učitele, který je absolventem pedagogické fakulty nebo jejím studentem, nebo se na své povolání připravuje v adekvátním studijním programu na jiné než pedagogické fakultě a pedagogickou praxi vykonává po dobu maximálně pěti let. Mnoho autorů v pedagogických výzkumech vymezuje začínajícího učitele právě pěti lety praxe, např. Measorová (1989), Kaganová (1992), Švaříček (2007).

### **První pomoc**

Kompetence učitele v oblasti zdravotní gramotnosti a zdravotní výchovy jsou popsány dále v textu práce. Jednou z kompetencí, kterou by si měl učitel osvojit, a která je definována zde, je kompetence v poskytování první pomoci.

V nejobecnější rovině definujeme první pomoc jako „...*soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života účinně omezují rozsah a důsledky poškození*“ (Kelnarová, 2007). Tato definice neurčuje způsob, rozsah ani zásady první pomoci. Pro účely vyjasnění termínu první pomoc je však dostačující. Zároveň je důležité uvědomit si co je cílem první pomoci. Cílem první pomoci chápeme „...*snížení možných následků poruchy zdraví, předejití možných komplikací a rychlé navrácení zdraví postiženého. Dále mírnění bolesti a transport do zdravotnického zařízení, kde je poskytnuto definitivní ošetření a léčba*“ (Kapounová, 2007). Aby bylo možné naplnit cíl první pomoci, je nutná znalost prostředků. V tomto kontextu hovoříme o osvojení zásad první pomoci.

Pro využití první pomoci v praxi musíme objasnit dělení a jednotlivé druhy první pomoci. Dělení první pomoci je také nazýváno jako tzv. „řetězec přežití“, tedy kroky, kterými je nezbytné projít od prvního zásahu až do předání postiženého do zařízení nemocničního typu. Řetězec přežití tvoří technická první pomoc, laická první pomoc, lékařská první pomoc, samotný transport a předání do odborného ošetření (Bydžovský, 2001).

Pod technickou první pomoc řadíme „...*odstranění příčiny úrazu a vytvoření základních podmínek pro poskytování zdravotnické první pomoci*“ (Bydžovský, 2001). Jedná se o přípravu prostředí pro další postup a typ první pomoci. Po technické pomoci nastává laická zdravotnická první pomoc. Zde už se jedná o přímou práci s postiženým a je definována jako „...*opatření, která jsou zpravidla poskytována bez specializovaného vybavení. Součástí je přivolání odborné zdravotnické pomoci a péče o postiženého do doby, kdy jej odborná zdravotnická pomoc převezme*“ (Bydžovský, 2011). Tímto pojmem je myšlena pomoc postiženému laikem nebo školeným zdravotníkem před příjezdem a zásahem *Zdravotnické záchranné služby*. Po laické první pomoci následuje transport a výkon prováděný zdravotnickým personálem. Tento typ se nazývá odborná zdravotnická první pomoc.

Povinnost poskytnutí laické první pomoci dle možností a schopností jedince určuje *Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník*, s účinností k 1. 1. 2010. Výjimku tvoří situace, kdy může dojít k ohrožení zdraví záchránce či dalších osob. První pomoc musí být poskytována až do příjezdu *Zdravotnické záchranné služby*. Zákon primárně stanovuje sankce za neposkytnutí první pomoci a to v § 150 a § 151.

Další legislativní zakotvení první pomoci je dáno *Zákonem č. 262/2006 Sb. Zákon zákoník práce*. Ten určuje zaměstnavateli povinnost zajistit pracovní podmínky eliminující zranění, zajištění první pomoci a povinnost umožnit získání vědomostí a dovedností v oblasti poskytování první pomoci.

Platnou legislativou doplňuje ve školství metodický materiál *Základy první pomoci ve školských zařízeních* vydaný *Národním institutem dětí a mládeže MŠMT* a interní předpisy jednotlivých zařízení školního typu. Povinnosti poskytnout první pomoc žákům a učitelům určuje pracovní řád, traumatologický plán, případně školní řád.

### 3 Zdravotní gramotnost

#### 3.1 Historický kontext

Již od nepaměti se lidé snažili ovlivňovat své zdraví. Nejstarší nám dochované úvahy o vzniku duševní či tělesné nemoci předpokládaly působení nadpřirozených démonických sil. Chirurgické zákroky spojené s obřadem měly umožnit démonům opustit nemocného a tím mělo dojít k uzdravení jedince (Slováčková, 2008).

Snahy o ovlivnění zdraví se dále odvíjely od tradic jednotlivých etnik a dalších sociálních skupin, z nichž mnoho se zachovalo dodnes. Další forma ovlivňování zdraví vycházela z náboženských rituálů a příkazů, které usměrňovaly způsob života a osobní hygienu člověka. Zkušenosti byly zároveň předávány z generace na generaci.

Již v antickém Řecku a Římě nacházíme vyspělejší přístup k péči o zdraví a setkáváme se s myšlenkami o vzdělávání pacientů a ovlivňování zdraví chováním a individuálním životním stylem (např. Platón, Hippokrates). Antičtí filozofové, jako nositelé vědění a učitelé, věnovali velikou pozornost myšlence zdravého způsobu života, která zahrnovala dvě roviny. Žít zdravě - žít moudře a dobře. Již zde můžeme pozorovat myšlenku holistického pojetí zdraví. Na druhé straně však v antickém Řecku vznikla myšlenka humorální teorie, tedy oddělení mysli a těla (např. Platón, Aristoteles) a to vedlo k psychofyzickému rozporu (Slováčková, 2008). Následný rozpad římské říše a geopolitická destabilizace vedla ke stagnaci vědních oborů a rozpadu na tehdejší poměry značně vyspělého systému zdravotní péče.

V Evropě následně došlo k poklesu úrovně zdravovědy na úroveň pohanských rituálů, exorcismu, pokání a modliteb. Kvalitnější úroveň zdravotní péče poskytovaly pouze mnišské řády, které pokračovaly v tendencích a myšlenkách období Antiky. Zvyšující se vliv církve přinesl i změnu v přístupu k nemoci. Nemoc či defekt byl považován za důsledek božího hněvu. Církev kontrolovala léčebné postupy a k nemocným byli připouštěni kněží, kteří měli odstranit nemoc vymítáním (Slováčková, 2008). Za jediného možného učitele a všemocného léčitele byl považován Bůh a jeho syn (Zvírotsky, 2010).

Situace se začala s následným rozvojem měnit. Vedle duchovního lékaře začaly vznikat profese lékařů. Zároveň se pomalu zvyšovala úroveň hygienických podmínek a osvěta v oblasti zdraví zajišťovaná šlechtou a v kláštřích (Slováčková, 2008).

Největší změny nastaly v období renesance. Začaly se rozvíjet vědní obory a nastala tzv. vědecká revoluce. S rozvojem přírodních a humanitních věd, a to především medicíny a pedagogiky, souvisí i rozvoj zdravotní výchovy.

Z českých myslitelů je nejvýraznější postavou renesance Jan Amos Komenský, který prvky a myšlenky výchovy ke zdraví zmiňuje ve svých dílech. Zdůrazňuje myšlenku eliminace negativních vlivů v procesu vyučování, které by mohly narušit zdraví dítěte. Zároveň nabádá učitele k výchově všech žáků bez rozdílu a k vedení žáků ke zdravému životnímu stylu (Slováčková, 2008).

V zahraničí se o vývoj výchovného systému se zapojením zdravé výchovy zasloužil John Locke. Ve svých myšlenkách kladl důraz na tělesnou výchovu a mravní výchovu. Ve svých pracích zdůrazňuje pohyb, péči o tělo, otužování, způsob stravy a dostatek spánku (Singule, 1984). Vychovatel a rodič má působit s odpovědným přístupem v otázce zdraví.

S následným rozvojem vědních oborů docházelo k proměnám přístupu v problematice zdraví. Začaly se uplatňovat programy specializující se na zdraví a jeho osvětu. Problémem však bylo, že zpětná vazba se zprvu projevila jen u vzdělanějších, „vyšších“ vrstev obyvatelstva. Pro zajištění kvality života široké veřejnosti proto vznikaly osvětové programy zaměřené na vzdělávání a výchovu v oblasti zdraví.

Zdravotní gramotnost začala stále více pronikat do výchovy a vzdělávání. Již v 19. století se začal prosazovat názor, že pouhá znalost čtení, psaní a počítání nestačí, a že lidé musí být poučeni i v oblasti péče o zdraví. Vznikající osvětová kampaň byla zaměřena na základy hygieny pro dospělé a děti a informovanost o některých nebezpečných nemocech.

Koncem 19. století a na začátku 20. století se jak v Evropě, tak i v Americe objevují tendence reformy školství a postupně se rozvíjí hnutí označované jako pedagogický reformismus. S ním je spojena myšlenka nové koncepce vzdělávání, která by více odpovídala moderní společnosti a byla více zaměřena na individuální vlastnosti dítěte (Jůva, 1995). V rámci hnutí jsou zakládány nové školy a v mnohých z nich se ve vzdělávacím obsahu a použitých metodách vyučování setkáváme s pojmy zdraví, zdravý životní styl, přirozená výchova, zdravá výchova, zdravá škola apod.

Ve 20. století s dalším rozvojem medicíny a změnách ve vzdělávacích systémech dochází k vyšší inkluzi zdravotní výchovy do vzdělávání. Medicína, jako věda toho „nemohla až do konce 19. století mnoho nabídnout. Rychlý nárůst medicínských poznatků začátkem 20. století, a převážně v jeho druhé polovině, dodal zdravotní výchově významný impuls“ (Holčík, 2010).

Výchova v oblasti zdravotní gramotnosti byla vždy podmíněna vyskytujícími se zdravotními problémy, systémem, ekonomickou a sociální situací jedince a společnosti. S vývojem zdravotní gramotnosti souvisí změna druhů nemocí, které vedou ke smrti, změna pojetí zdraví a změna v oblasti medicínského přístupu (Holčík, 2010). Ve 20. století se jednalo o nemoci nakažlivé a přenosné, ve 21. století je mortalita spojena s kardiovaskulárními onemocněními, nádory a dalšími nemocemi, které více souvisí se způsobem života. U pojmu zdraví dnes nemluvíme pouze o nepřítomnosti nemoci, ale více jsou do těchto souvislostí zapojovány bio, psycho, sociální a spirituální struktury.

Jestliže 20. století považujeme za století dítěte, nemůžeme nezmínit snahy o zlepšení zdraví dětí ze začátku tohoto století, zdravotní programy, které se v tomto století stále zdokonalovaly, a vyšší implementaci programů týkajících se zdraví do kurikula, která probíhala v průběhu celého století a v podobě kontinuální transformace učiva probíhá dodnes (Marádová, 2003).

V českých zemích i přes svou expanzi ve 20. století není problematika a termín zdravotní gramotnosti příliš rozšířen. V literatuře se začal více objevovat teprve začátkem 21. století a tomuto tématu se věnuje pouze užší skupina odborníků.

Koncem 20. století došlo a v poslední dekádě stále dochází k legislativním změnám a transformaci kurikula a kurikulárních dokumentů. Zároveň s tím logicky dochází k inovacím studijních programů a oborů profesní přípravy učitelů. V oblasti zdravotní gramotnosti hovoříme o výchově ke zdraví. Výchova ke zdraví je součástí kurikulárních dokumentů státní i školní úrovně. Národní program vzdělávání vymezuje vzdělávání jako celek a podskupiny tvoří rámcové vzdělávací programy předškolního, základního, středního, odborného a gymnaziálního vzdělávání. Nejnižším formátem zastupující školní úroveň je školní vzdělávací program a s ním spojené dokumenty.

### 3.2 Struktura zdravotní gramotnosti

Abychom mohli lépe pochopit strukturu zdravotní gramotnosti a její jednotlivé komponenty, určit a posuzovat hodnoty a dynamické vazby, využíváme tzv. modely zdravotní gramotnosti. Nejčastěji uváděným modelem je Nutbeamův model, který zdravotní gramotnost definuje ve třech úrovních. Tvoří ho funkční, interaktivní a kritická zdravotní gramotnost (Čevela, Čeledová, 2014).

Funkční zdravotní gramotnost obsahuje předávání relevantních informací o zdravotních rizicích a zdravotnických službách. Jedinec s funkční gramotností je schopen pochopit informaci, má výše zmíněné znalosti a je více aktivní ve zdravotních programech. Cílem funkční zdravotní gramotnosti je rozšíření a prohloubení znalostí v oblasti zdraví v celé společnosti (Holčík, 2010). Jako prostředek pro dosažení cíle se využívají letáky, brožury, edukace pacientů a dalších skupin.

Interaktivní zdravotní gramotnost, nebo také komunikativní gramotnost, pracuje s funkční zdravotní gramotností a kombinuje ji se sociálními dovednostmi. Jedinec se aktivně podílí na každodenních činnostech života, aktivně komunikuje s odborníky ze zdravotnických oborů a aplikuje poznatky ve vzniklých situacích (Holčík, 2010). Jedná se o vytváření vlastních schopností, rozvoj samostatného jednání a rozhodování. Zahrnujeme do ní zdravotně výchovné programy orientované na konkrétní programy sociálních skupin.

Kritická zdravotní gramotnost zahrnuje hodnocení a kritický pohled na získávané informace. Jedinec se podílí na utváření prostředí a na eliminaci rizikových faktorů, které by mohly poškodit zdraví. Jedná se o změnu organizačních či přímo politických struktur. Obsahem je poskytování informací a rozvoj komunikace o tématech zdraví (Holčík, 2010).

Dalším modelem zdravotní gramotnosti je environmentální model. Vychází z premisy, že zdraví ovlivňuje životní prostředí a jeho kvalita. Způsob, jakým ovlivňujeme prostředí, působí zpětně na naše zdraví. Tento model více reflektuje geopolitické a ekonomické determinanty zdraví.

Environmentální model zahrnuje tři oblasti. Životní prostředí a lidské zdraví, vědomosti a aktivitu. Stav životního prostředí má přímý vliv na kvalitu zdraví, informovanost je

důležitá pro motivaci ke změně a přímá aktivita jedince přímo mění životní prostředí (Seifert, 2011).

Z modelů zdravotní gramotnosti vyplývají činnosti, které by měly být vykonávány pro účely zvýšení kvality zdraví. Ať se jedná o podporu a ochranu zdraví, prevenci nemocí, či systém zdravotnických služeb poskytovaných státem.

Vývoj ukázal, že je třeba přenos informací pojmout komplexně a proces mnohotvárněji. Z tohoto důvodu vznikla postupem času zdravotní výchova, kterou tvoří základní podskupiny (Holčík, 2009):

1. Edukace pacientů, při níž dochází k poučení postiženého zdravotními problémy.
2. Osvěta v oblasti zdravotně rizikových faktorů.
3. Zdravotní výchova.

### **3.3 Zdravotní výchova**

Zdravotní výchova si klade za cíl utvářet vědomosti a rozvíjet činnosti vedoucí k zachování zdraví jedince či sociální skupiny bez ohledu na její velikost. Jedná se o soubor výchovně-vzdělávacích, agitačních a propagačních činností, které vedou k udržení psychické a fyzické aktivity, k upevnění, zachování a obnově zdraví (Čevela, Čeledová 2010).

Zdravotní výchova je nedílnou součástí systému péče o zdraví, který je legislativně zakotven v právním systému a má na něj právo každý občan. Strukturálně rozdělujeme výchovu ke zdraví podle toho, na jakou cílovou skupinu je zaměřena (např. podle věku, velikosti skupiny, geografie, stavu apod.). Resortem, který zodpovídá za zdravotní výchovu je *Ministerstvo zdravotnictví*, ale podílet by se na zdravotní výchově měli všichni, kteří svým jednáním a postoji ovlivňují chování lidí. Mezi tuto skupinu patří rodiče, zdravotníci, politici, mediálně známe osobnosti a samozřejmě učitelé.

V rámci podpory zdravotní výchovy v České republice i v zahraničí byl do kurikula implementován předmět zdravotní výchovy (u nás výchova ke zdraví). Jako předmět postupuje preprimárním, primárním, sekundárním i mimoškolním vzděláváním (Zvírotský, 2009). Dnes již výchova ke zdraví patří do výuky stejně, jako výuka matematiky, českého jazyka a ostatních předmětů. Ne vždy tomu tak bylo. K implementaci zdravotní výchovy pomohla transformace školy, která probíhá



v poslední dekádě nového milénia. Cílem dnešní školy není pouze předat informace, ale prvotně utvářet kompetence jedinců, které vedou k dalšímu rozvoji.

Požadavky na kurikulum jsou zformulované v *Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR*. Transformace byla podpořena přijetím nového školského zákona a rámcovými vzdělávacími programy, které jsou ze zákona závazné pro mateřské školy, základní školy, střední školy a gymnázia. Zdravotní výchovu v rámcových vzdělávacích programech zajišťují oblasti *Člověk a příroda*, *Člověk a jeho svět*, *Člověk a jeho zdraví* a *Člověk a zdraví*, podle úrovně a typu školy.

V těchto oblastech rámcových vzdělávacích programů jsou definována témata podle úrovně školy. Pro základní vzdělávání jsou to vztahy mezi lidmi a jejich soužití, změny v životě člověka, zdravý způsob života a péče o zdraví, rizika ohrožující zdraví a jejich prevence, hodnota a podpora zdraví, osobnostní a sociální rozvoj. Na úrovni gymnaziálního vzdělávání se jedná o témata péče o zdraví, zdravá výživa, partnerství a rodičovství, výchova k odpovědnému sexuálnímu chování, návykové látky, osobní bezpečí a ochrana za mimořádných situací (Jeřábek, 2013), (Balada, 2007).

Oblast zdravotní výchovy v rámcových vzdělávacích programech má jako každá oblast rámcových vzdělávacích programů definované klíčové kompetence, které musí žák získat. Kompetence se týkají ochrany vlastního zdraví, sociálního rozvoje a aktivního působení v tématech zdraví. Do témat zdravotní výchovy spadá ochrana za mimořádných situací, do které řadíme i první pomoc na laické úrovni.

Transformace učiva, větší zapojení tématu zdraví do učiva a nově vzniklé oblasti rámcových vzdělávacích programů přinesly nové otázky v oblasti přípravy učitelů. Institute zajišťující přípravu učitelů musely na tuto problematiku umět zareagovat.

### **3.4 Příprava učitelů**

Chceme-li sledovat problematiku přípravy učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti, informovanost o chování v mimořádných situacích a správných postupech při řešení rizikových situací včetně poskytování první pomoci, musíme vycházet z historického kontextu a současného stavu oblasti přípravy učitelů na svou profesi, dále pak školního kurikula základních a středních škol.

Z historického hlediska došlo v oblasti přípravy učitelů na svou profesi k zásadním proměnám. Do reforem školství za vlády Marie Terezie v podstatě neexistovaly

instituce, které by připravovaly budoucí učitele pro tehdejší primární vzdělávání. Po zavedených reformách byly zřízeny tzv. preparandie, kde probíhaly učitelské kurzy (Spilková, 2004). Příprava učitelů pro sekundární vzdělávání probíhala na univerzitě a realizovala se na filosofické a přírodovědecké fakultě.

S dalším vývojem vznikaly učitelské ústavy a časová dotace přípravy učitelů se stále zvyšovala. V průběhu 19. století stoupal tlak ze strany učitelů primárního vzdělávání na zavedení dalšího vzdělávání a implementaci přípravy učitelů do vysokoškolského prostředí. Propagátorem vysokoškolské přípravy učitelů byl např. Gustav Adolf Linder, později Otakar Kádner, František Drtina a další (Valíšková, Kasíková, 2011).

I přes snahy odborníků a učitelů se vysokoškolská příprava učitelů začala realizovat až po vzniku samostatného Československa. V letech 1921 a 1922 byly zřízeny *Školy vysokých studií pedagogických*. Nejdříve v Praze, později v Brně a časem vznikaly pobočky těchto škol v Plzni, Českých Budějovicích, Chrudimi a Zlíně (Spilková, 2004). První pedagogická fakulta byla založena v roce 1929 při *Škole vysokých studií pedagogických*. Činnost však následně utlumila německá okupace.

Po skončení druhé světové války vznikly pedagogické fakulty a pedagogicko-psychologická příprava učitelů probíhala na těchto školách. Příprava učitelů se dále vyvíjela i přes vliv socialismu a po uvolnění systému v roce 1989 se mohla plně rozšířit nabídka v oblasti přípravy na budoucí profesi učitelů.

Prvky zdravotní výchovy lze najít v historickém kontextu vývoje pedagogicko-psychologické přípravy učitelů. Například na začátku 20. století skládali učitelé zkoušku z univerzálního základu, která vedle pedagogiky, psychologie a filosofie obsahovala školní hygienu se zřetelem k anatomii a fyziologii (Spilková, 2004). Zdravotní výchova se následně rozvíjela v rámci pedagogicko-psychologické přípravy učitelů a požadavky na znalost této problematiky zároveň vznášelo školní kurikulum.

Historicky tuto úlohu plnila branná výchova. Ta byla poprvé zavedena na přelomu 19. a 20. století za vlády císaře Františka Josefa, jako velikého milovníka armády. Žáci měli být v rámci tohoto předmětu připravováni na vojenskou službu. Prvotní pokus byl však neúspěšný a branná výchova (původně junobrana) byla ve školách zavedena v době první světové války, a to především na středních školách. Po první světové válce však došlo k všeobecnému pacifismu, branná výchova se začala vyučovat až ve třicátých letech, od roku 1937 povinně. „V roce 1935 byl vydán *Výnos*

*Ministerstva školství o výchově žáků národních škol k brannosti s důrazem na mravní a občanskou výchovu, na vědomosti a dovednosti důležité z hlediska vlastní bezpečnosti a na tělesnou výchovu, zejména cvičení v přírodě. Branná výchova prostupovala všemi předměty, a to na všech stupních národní školy“ (Chlíbková, Mazal, 2008). Povinnou výuku určoval Zákon č. 184/1937 Sb. Národního shromáždění o branné výchově. V 50. a 60. letech docházelo k postupnému uvolňování. Účast v oblasti branné výchovy byla dobrovolná. V dobách upevňování socialismu a hlavně v období studené války se opět branná výchovy zintenzivnila, vedle civilní ochrany, orientace v terénu, mapách se vyučovala první pomoc. Branná povinnost však po celou dobu narážela na odbornou nekompetentnost učitelů. Příprava učitelů v oblasti branné výchovy byla nedostatečná.*

Následně na to došlo ke změně metod, obsahu a cílů ve vzdělávání, které byly podpořeny v roce 1973 *Zákonem č. 73/1973 Sb., o branné výchově*. Branná výchova se stala opět povinnou na základních a středních školách a v návaznosti na to byl pro přípravu učitelů na pedagogických fakultách zaveden nový obor. Od roku 1991 nebyla na školách branná výchova vyučována a byla přerušena i příprava učitelů pro tuto oblast.

V roce 1999 byl vydán *Pokyn MŠMT čj. 34776/98-22* ukládající školám poskytujícím základní a střední vzdělávání povinnost začlenit od 1. 9. 1999 do své výuky tematiku ochrany člověka za mimořádných situací, včetně výuky první pomoci. V návaznosti na události z roku 2002 bylo usnesením vlády rozhodnuto o aktualizaci vzdělávacích programů. Od roku 2002 byla rozšiřována metodika a bylo vydáno několik nových metodických materiálů a učebnic pro základní a střední školy (Marádová, Hanušová, 2007).

Od roku 2003 docházelo k rozšiřování metodiky a ke změnám v určitých dokumentech a to zejména na základě metodických materiálů připravovaných hasičským záchranným sborem. Příprava učitelů probíhá v kurzech celoživotního vzdělávání a to především s pomocí hasičského záchranného sboru v krajích (Marádová, Hanušová, 2007). Do vysokoškolské přípravy nebyla tato problematika zahrnuta.

V poslední době dochází k výrazné transformaci českého školství a pozornost je zaměřena na formy a proměny kurikula v edukačním procesu. Jedná se o trend zrcadlící společenské proměny přinášející otázky multidisciplinárního charakteru. Především

se jedná o mezioborové vazby v předmětech. Do této problematiky se řadí vzrůstající význam zdravotní gramotnosti a potřeby rozvoje v rámci celoživotního procesu.

V návaznosti na programy *Světové zdravotnické organizace* <sup>[1]</sup> dochází k výraznému rozšíření kurikula o oblast podporující zdraví a chránící bezpečí dětí a mládeže. Tyto změny se dějí na všech úrovních vzdělávání. V souvislosti s tím dochází ke změně přípravy učitelů v této oblasti.

Rámcové vzdělávací programy ve své koncepční rovině stanovují zdravotní gramotnost a její rozšiřování jako jeden z cílů „...učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný“ (RVP ZV, 2007). Požadavek v této koncepci předpokládá na školách komplexně pojaté programy podpory a ochrany zdraví.

Školní vzdělávací programy musí být projektovány tak, aby naplňovaly očekávané cíle rámcově vzdělávacích programů. A to především v oblasti „Člověk a zdraví“. Jedná se o konkrétní náplň strategií, vzdělávacích a výchovných záměrů a jejich implementaci do konkrétních předmětů v návaznosti na vytváření příležitostí pro dosahování očekávaných výstupů.

Tato skutečnost úzce souvisí s problematikou přípravy učitelů. Transformace kurikula klade vyšší nároky na práci pedagogických pracovníků a jejich přípravu na profesní život. Významnou roli zde hraje odbornost učitele, motivace a schopnost dodržování zásad v oblasti zdraví. Projektování učiva vyžaduje spolupráci učitelů. Nejedná se pouze o jednotlivce, kteří za vzdělávání žáků v oblasti zdraví zodpovídají. Všichni pracovníci by měli respektovat a podporovat implementaci programů podporujících zdraví. Ve škole se jedná jak o pedagogické, tak nepedagogické pracovníky, kteří svými postoji ovlivňují každodenní život školy. Na tyto skutečnosti a výzkumy v oblasti kurikula reagují odborníci a systémově se snaží rozvíjet kompetence v rámci pregraduálního studia a další přípravy budoucích učitelů (Marádová, 2007).

V současné době jsou učitelé připravováni ve více rovinách. Na pedagogických fakultách se jedná o obory přímo zaměřené na výchovu ke zdraví. V těchto oborech jsou připravováni pedagogové - specialisti pro oblast podpory a ochrany zdraví (Marádová, 2007). V bakalářském programu zastřešuje přípravu obor *Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání*. Obor je koncipován na prevenci ochrany zdraví,

---

<sup>1</sup> Jedná se o program Zdraví pro všechny v 21. století

požadavky RVP v oblasti zdraví a zdravotní gramotnosti a získání komplexní a odborné orientace v problematice zdraví. V navazujícím magisterském studiu se jedná o studium učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy, střední školy nebo jejich kombinaci. Jedná se o přípravu odborníků na danou problematiku.

V obecné rovině přípravy všech učitelů bez ohledu na zvolený obor dochází částečně ke změnám v rámci pedagogicko-psychologické přípravy či univerzitního základu. Do studijních programů jsou zahrnovány volitelné či povinně volitelné předměty zaměřené na zdravotní gramotnost. Cílem je tyto předměty implementovat do povinných předmětů univerzitního základu.

V rámci pregraduální přípravy učitelů se nejedná pouze o pedagogické fakulty, které přípravu učitelů zajišťují primárně. Přípravu kvalitních učitelů odborných předmětů, zejména pro střední odborné školy, zastřešují i nepedagogické fakulty s obory akreditovanými MŠMT. V rámci obecného základu dochází k přípravě učitelů v oblasti zdravovědy či ochrany zdraví, hygieny žáků a dalších témat zdraví.

Další rovinou přípravy učitelů je příprava na středních pedagogických školách či lyceích. Časová dotace studia maturitního oboru je nadstandardní, a proto je zde veliký prostor a potenciál pro zařazování předmětů týkající se zdraví. Pro tyto formy přípravy je zároveň závazný již zmiňovaný RVP.

Přípravu na profesi učitele zároveň zajišťují kurzy pedagogického minima. Stěžejní náplní kurzu je psychologie, pedagogika, sociologie a filozofie. Kurzy se zaměřují primárně na oblast didaktiky, neopomínají však oblast zdravovědy, bezpečnosti práce a ochranu zdraví.

Každý učitel by měl mít povědomí a informace o zdraví a zdravém životním stylu, měl by umět předcházet patologickým jevům a krizovým situacím ve školním prostředí, rozvíjet dovednosti podporující zdraví u žáků, předávat odborné informace o zdraví, o ochraně zdraví a zajištění bezpečí. V neposlední řadě má učitel povinnost poskytnout první pomoc a tuto dovednost by měl umět předat žákům.

### **3.5 Kompetence učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti**

V souvislosti s rolí učitele ve vzdělávacím procesu hovoříme o jeho kompetencích. Obecně u učitelů kompetence definujeme jako „*soubor profesních a osobnostních dovedností a dispozic, kterými má být vybaven učitel, aby mohl efektivně vykonávat své*

*povolání*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2001). Kompetence tvoří operacionální vymezení toho, co by měl učitel znát, co by měl ovládat a čím by měl disponovat, aby byl schopen kvalitně a kvalifikovaně vykonávat své povolání. Jedná se o obecnou hodnotu pedagogické profesionality, způsobilost k výkonu pedagogického povolání, komplex znalostí, dovedností, postojů a zkušeností měnících se v čase, normu stanovující klíčové kompetence pro vstup do profese apod. Jednotná definice kompetencí učitele neexistuje, stejně tak jako jejich determinace je velice složitá.

V. Spilková (2010) rozlišuje dva základní druhy kompetencí:

1. Oborově předmětové kompetence.
2. Pedagogicko-psychologické a psychodidaktické kompetence (komunikativní, diagnostické a intervenční, poradenské a konzultační a sebereflexivní).

Pro účely podrobnější diferenciací kompetencí učitele využijeme klasifikaci pedagogického slovníku Průchy, Walterové a Mareše (2009):

1. Kompetence oborově předmětové, do kterých spadá osvojení znalostí oboru, transformace poznatků do vzdělávacího obsahu, integrace mezioborových vazeb a poznatků a práce s aktuálními informacemi.
2. Kompetence didaktická a psychodidaktická, ke které řadíme osvojení strategií výuky, využívání metodického repertoáru, přizpůsobení výuky individuálním vlastnostem jedince, tvorbu vlastních výukových projektů, schopnost hodnocení a využívání hodnocení žáků.
3. Kompetence obecně pedagogická, která zastřešuje ovládání procesů a podmínek výchovy, znalost vzdělávacích soustav a nových trendů jejich rozvoje, akceptaci individualit a jejich respektování ve vzdělávacím procesu.
4. Kompetence diagnostická a intervenční, ve které učitel využívá prostředky pedagogické diagnostiky, identifikuje žáky se SPU, talentované žáky a další, identifikuje sociálně patologické projevy a zajišťuje kázeň.
5. Kompetence sociální, psychosociální a komunikativní, do které se řadí vytváření pozitivního učebního klimatu, socializace žáků, orientace v náročných sociálních situacích a efektivní pedagogická komunikace.
6. Kompetence manažerská a normativní, do které spadá znalost legislativních dokumentů, norem, procesů školy a vytváření projektů.

7. Kompetence profesně a osobnostně kultivující, ve které je zahrnována znalost všeobecného rozhledu, profesionální vystupování, předpoklady spolupráce s kolegy a kooperace, reflexe a sebereflexe a celoživotní vzdělávání učitele.

V oblasti zdravotní gramotnosti je důležité propojení tří složek - odborná připravenost učitele, formování vztahu pedagogů ke kurikulu a k jeho transformaci a rozvíjení metodické erudice (Marádová, 2007).

Pokud hovoříme o získávání kompetencí v oblasti zdravotní gramotnosti, tento požadavek je nejvíce naplňován pregraduální přípravou učitelů na pedagogických fakultách ve studijním oboru *Výchova ke zdraví*. Časové dotace předmětů týkající se zdraví a jeho ochrany vysoce převyšuje ostatní studijní obory. U ostatních oborů se jedná o přípravu v rámci pedagogicko-psychologické přípravy a v již zmiňovaných kurzech dalšího vzdělávání.

Oborově předmětová znalost problematiky sama o sobě tvoří pouze základ pro další kompetence. Bez odborných znalostí vyučovaného oboru a učiva není učitel kompetentní k výkonu své role. Pro zdravotní gramotnost je odborná znalost problematiky stěžejní o to více, že ve svém důsledku ovlivňuje kvalitu života dalších osob.

Na odbornou znalost problematiky zdraví navazují další kompetence a ty vedle sebe musí fungovat v dokonalé symbióze. Sociální, prosociální a intervenční kompetence se bez odborně předmětové zdravotní gramotnosti neobejdou. V nejnovějších metodách zdravotní výchovy (programech zaměřených na oblast zdraví) hovoříme o třech fázích. O přípravné, realizační a hodnotící. Při průchodu všemi fázemi programu či projektu využívá pedagogický či nepedagogický pracovník postupně všechny kompetence.

Kompetenční profil pracovníka v organizaci poskytující výchovné a vzdělávací aktivity obsahuje odborné znalosti a dovednosti v rámci poskytování první pomoci, komunikace se zdravotním personálem a integrovaným záchranným systémem a zároveň hodnocení rizik a předcházení situacím, které mohou vést k ohrožení života.

V předmětové kompetenci v oblasti zdravotní výchovy musí učitel znát obor, tzn. být zdravotně gramotný, umět vyhledávat aktuální informace v oblasti zdraví a umět tyto informace předávat svým žákům.

V didaktických a psychodidaktických kompetencích, s přihlédnutím k učitelově zdravotní gramotnosti, musí učitel dodržovat základy psychohygieny a dbát na individuální potřeby žáků. Volí takové metody, které podporují zdraví žáků.

V obecně pedagogické kompetenci učitel klade důraz na individualitu dítěte a přirozený a zdravý rozvoj s ohledem na jeho práva.

Diagnostická a intervenční kompetence vyžaduje po učiteli identifikaci žáků se specifickými poruchami, práci s talentovanými dětmi, práci se zdravotně omezenými dětmi a rozpoznání sociálně patologických jevů. Zvládnutím této kompetence přispívá učitel nejvíce ke zdravému klima ve třídě, škole a prevenci k případnému poškození zdraví u žáků.

Sociální, psychosociální a komunikativní kompetence s ohledem na zdravotní gramotnost je důležitá ve spolupráci s ostatními orgány spolupracující se školou. Správnou socializací dítěte se učitel podílí na tvorbě zdravého prostředí bez patologických jevů a správnou komunikací přispívá k primární prevenci.

Nelze přímo oddělit jednu kompetenci od druhé. Jak bylo zmíněno výše, pro výkon učitelské profese s ohledem na zdravotní gramotnost učitele je důležité zvládnutí všech kompetencí.



## 4 Východiska ke zdravotní gramotnosti učitelů

Předchozí část práce popisuje zdravotní gramotnost, její strukturu, význam zdravotní gramotnosti ve společnosti, ve škole a její historický vývoj. Potřebu zdravotní gramotnosti učitelů zaměřenou na poskytování první pomoci determinuje rizikové chování žáků a škola, jako rizikové prostředí. K poškození zdraví dochází ve všech školách bez rozdílu ročníků a úrovně. Hlavní příčinou jsou úrazy. Kapitola se zaměřuje na východiska potřeb zdravotní gramotnosti učitelů v oblasti poskytování první pomoci.

### 4.1 Úrazy

V každodenním životě se člověk běžně setkává s lehkou formou úrazu, aniž by si uvědomoval, že pod pojem úraz nespadá pouze zlomenina a krvácení. Do skupiny úrazů řadíme i pohmožděniny, odřeniny a říznutí. Úraz je definován jako „...*poškození zdraví, které vzniká většinou náhle, působením vnější síly, která přesahuje svoji intenzitou adaptační možnosti lidského organismu*“ (Grivna, 2003). Legislativně je definice úrazu zakotvena v *Zákoně č. 37/2004 Sb. O pojistné smlouvě § 60: „ Úrazem se pro účely tohoto zákona rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo během trvání soukromého pojištění a kterým bylo způsobeno poškození zdraví nebo smrt.“* Za úraz považujeme poškození organismu vzniklé působením vnějších sil a to úmyslně, či neúmyslně. Úmyslný úraz vzniká s cílem ublížit sobě či někomu jinému, neúmyslný úraz vzniká bez úmyslného přičinění. Při jakémkoliv typu úrazu dochází k fyziologickým změnám, k akutní expozici energií a dalších veličin. Úrazy vznikají na základě vnějších příčin, v ideálním případě lze všem úrazům zabránit.

Školní úraz je obdobně definovatelný jako úraz, má však některá specifika. Školním úrazem rozumíme úraz, který se žákovi či studentovi stal při vyučování, nebo při výchově v předškolních a mimoškolních zařízeních nebo v přímé souvislosti s nimi (Tošovský, 2006). Jedná se například o vycházky, exkurze, zájezdy, výlety, sportovní výcviky a soutěže pořádané zařízeními definovanými v *Zákoně č. 561/2004 Sb. Školský zákon*. Za školní úraz tedy nemůžeme považovat úraz, který se stal při cestě do školy a na akcích konaných mimo školu.

Přehledy nejčastějších příčin úmrtí ukazují, že úrazy jsou po kardiovaskulárních a nádorových onemocnění na třetím místě. Vezmeme-li v úvahu skupinu lidí do třiceti

let, nehody a úrazy se jako příčina úmrtí vyskytují na prvním místě. Statisticky však na jeden úraz vedoucí ke smrti člověka připadá více než padesát úrazů, u nich dochází k tělesnému zranění. Situace se různí podle věkové skupiny osob. U dětí do čtyř let se ve většině případů jedná o tonutí, autonehody a popálení. U dospívajících mezi patnáctým a devatenáctým rokem života jsou nejčastější příčinou úrazů autonehody (Křivohlavý, 2001).

Následkem úrazu je poranění, tj. objektivně zjiitelná porucha zdraví vzniklá v důsledku úrazu (Grivna, 2003). Dělí se na poranění otevřená - porušení kůže či sliznice a poranění uzavřená - bez porušení sliznice či kůže. Následkem úrazu je zlomenina, rána, tržná rána, otřes mozku, krvácení, poškození páteře či amputace.

Následky zranění u drobných odřenin, říznutí či lehkých zlomenin a dalších zranění bez komplikací jsou minimální a zranění se velice rychle hojí. Problémem jsou vážné úrazy, které často končí trvalými následky či smrtí dítěte. Ze zdravotního hlediska se jedná o smrt, nezvratná poškození kognitivních funkcí, ztrátu či snížení pohyblivosti končetin, narušení či přerušování funkčnosti smyslových orgánů, narušení somatického vývoje a působení dlouhodobé bolesti. Z psychosociálního hlediska se jedná o narušení psychického vývoje jedince, vystavení enormnímu stresu, narušení rodinných a ostatních sociálních vazeb a dlouhodobý pobyt v nemocnici či léčebnách.

Hlavní příčinou vzniku úrazu a následného zranění je nebezpečné prostředí a nevědomost v prevenci k úrazům. V rámci snížení rizika vzniku úrazu existuje řada preventivních zásad, doporučení a nepřehledné množství metodik pro pedagogické i nepedagogické pracovníky. Ti by společně měli zajistit primární prevenci vzniku úrazů. Nastane-li situace, při které dojde k úrazu, měli by umět tuto situaci fundovaně řešit.

## **4.2 Úrazovost**

Jak je zmíněno výše, úrazy jsou velikou hrozbou pro děti a dospívající. Jako příčina úmrtí a trvalého postižení v České republice jsou na prvním místě, v příčinách nemoci dětí na místě druhém. Podle statistických údajů je každoročně z důvodu úrazu hospitalizováno 35 000 dětí a ambulantně ošetřeno 550 000 (Devátá, 2014). Mortalita z důvodu úrazu v České republice je ve srovnání s vyspělými zeměmi vyšší, např. ve srovnání se Švédskem, Lucemburskem, Švýcarskem výrazně zaostáváme. Na následky úrazu u nás ročně zemře 250 dětí, u zmíněných zemí je to méně

než polovina. V evropském průměru se však Česká republika řadí k lepší polovině. (Zvandová, Janoušek, 2014)

Nejvyšší podíl na úrazech a úmrtnosti mají dopravní nehody, které představují nejzávažnější skupinu úrazů vůbec, druhou polovinu tvoří utonutí, otravy, popálení, pády a další. Nejrizikovějším prostředím je veřejná komunikace, následují úrazy v domácnostech a na sportovištích. Úrazy vzniklé ve škole se řadí hned za tato prostředí. Prostor domova, škol a veřejná prostranství vytváří i přes preventivní opatření ideální podmínky pro vznik mimořádných situací vedoucích k úrazu. Nejvýraznější skupinou úrazů, které v těchto prostředích vznikají, jsou sportovní úrazy. Méně zastoupenou skupinou jsou úrazy ve volném čase a při zájmové činnosti.

Zvláštní skupinou úrazovosti je školní úrazovost. Statistiky školních úrazů a zranění ve školách jsou dostupné díky *Školskému zákonu* a návazné *Prováděcí vyhlášce č. 64/2005 Sb. O evidenci úrazů dětí, žáků a studentů*. Legislativní normy ukládají školám povinnost zasílat *České školní inspekci* záznamy o úrazech studentů a ta pak tato data shromažďuje a zpracovává.

Ze statických dat *České školní inspekce* lze vyvodit závěry, že nejrizikovější skupinu tvoří žáci ve věku 12 – 16 let, kde dochází v průměru k 70 % všech úrazů. Naopak skupinou s nejnižší úrazovostí jsou děti do 6ti let, u kterých úrazovost tvoří pouhá 3 % (Zvandová, Janoušek, 2014).

V rámci školního prostředí dochází nejčastěji k úrazům při tělovýchovných a sportovních aktivitách, které tvoří až polovinu všech úrazů ve škole. Další rizikovou částí školního dne jsou přestávky, při kterých dochází k 20 % úrazů. Nejméně rizikovou činností ve škole jsou praktická cvičení ve školních laboratořích (Čapková, Toráčová, Velemínský, 2006).

Polovina všech úrazů vzniká nešťastnou náhodou, kdy si zranění přivodí žák sám. Třetina úrazů je spojena s nekázní a neopatrností a jednu šestinu tvoří zranění zaviněné třetí osobou. Úrazy vzniklé nedodržením pravidel BOZP tvoří jen nepatrnou část, řádově se jedná v průměru o 1 % všech případů (Janoušek, 2014).

Problematiku úrazovosti lze analyzovat z pohledu věku dítěte. V předškolním věku dochází k většině úrazů v domácnosti. Vysoké riziko zde tvoří popáleniny, otravy chemikáliemi či rostlinami. Častým jevem jsou pády z výšky, úrazy hlavy či tonutí.

V mladším školním věku již narůstá počet úrazů ve školním prostředí a na veřejných prostranstvích. Zde je vysoké zastoupení úrazů spadajících do kategorie dopravních úrazů. Ve starším školním věku se úrazovost přesouvá do prostředí školy. Nejrizikovější je zde již zmíněný sport, stále častěji se však objevují násilná zranění, která vznikají na základě konfliktů mezi vrstevníky (Marádová, 2003). Poslední skupinou jsou dospívající, pro které je riziko úrazu nejvíce spojené s adrenalinem. Úrazy pro tuto věkovou kategorii se vyznačují svou dlouhodobostí a často i trvalými následky.

Příčiny úrazů lze spatřovat v měnícím se životním stylu jedince. Technický rozvoj a rychlejší tempo života vede ke zvýšené úrazovosti v rámci dopravy a zvyšuje se i počet dopravních nehod. Mezi další příčinu lze zařadit měnící se životní styl v oblasti zvýšené atraktivnosti nebezpečných sportů. Dalším problémem je zvyšující se dětská agresivita. Na tuto skutečnost mají nemalý vliv média, videohry, televizní filmy a seriály. Nevypělý jedinec nemá plně rozvinout schopnost odlišovat realitu od fikce a v konfrontaci s druhou osobou může mít tendenci chovat se obdobně jako fiktivní postava. Často dochází ke zvýšené agresivitě k vlastní osobě. U žáka v dimenzi úspěch/neúspěch v případě neúspěchu může dojít k úmyslnému sebepoškození či radikálnímu řešení ve formě sebevraždy.

Dalším významným faktorem příčiny zranění je rodina a domácí prostředí. Nejčastěji ke zraněním dochází v rodinách s nižším sociálním statusem a jsou způsobeny nepozorností rodiče, nebezpečným prostředím, týráním a nedostatečnou výchovou v oblasti bezpečnosti.

### **4.3 Zranění**

Ve školách a školských zařízeních se jedná nejčastěji o zranění končetin. V polovině případů je zaznamenáno zranění ruky, ve třetině zranění nohy. Ke zranění hlavy dochází průměrně v 15 % všech případů. K poraněním jiných částí těla v méně než 5 % případů (Janoušek, 2014). Pro úplnost uvedeme seznam nejčastějších zranění dětí školního věku.

#### **Otřes mozku**

Neboli komoce je lehčím poraněním mozku, při kterém dochází k přechodným změnám v některých z jeho funkcí. Tento stav trvá několik hodin až dní a postupně odezní. Je provázen bezvědomím, bolestmi hlavy, nevolností, zvracením a zmateností (Ertlová,

Mucha, 2003). K otřesu mozku nejčastěji dochází v důsledku pádu z výšky, při sportovních a tělovýchovných aktivitách.

### **Zlomeniny nosu**

Jedná se o poškození kostěné a chrupavčité části nosu, v závažnějších případech i nosní přepážky. Tento typ zranění je nejčastěji způsoben při sportovních aktivitách, dětských rvačkách a prudkým úderem do oblasti nosu.

### **Avulze zubu**

Avulze zubu není zranění ohrožující život. Jedná se u volnění zubní jamky a v případě vypadnutí zubu hovoříme o vyražení zubu. Úraz vzniká úderem do oblasti čelisti. Příčinou jsou pády na mokřem povrchu a pády z výšky (Dostálová, Seydlová a kol., 2008).

### **Vdechnutí cizího tělesa**

Neboli aspirace je úraz, při kterém dochází k dušení dítěte. Jedná se o vniknutí cizího tělesa do dýchacích cest, které způsobuje zhoršené dýchání a kašel. Příčinou úrazu je vdechnutí potravy, či jiného drobného předmětu (Bydžovský, 2011). Nejčastěji k tomuto jevu dochází u dětí v předškolním věku. Se zvyšujícím věkem těchto úrazů ubývá.

### **Zlomeniny končetin**

Ke zlomenině dochází působením sil a tlaku na kost. Zlomeniny vznikají traumaticky, kdy k poškození dochází u zdravé tkáně. Únavově, kde dochází k poškození nemocné, nebo dlouhodobě přetěžované kosti. Zlomeniny rozlišujeme otevřené a uzavřené podle toho, zda dochází k porušení kůže v místě zlomeniny (Pokorný, 2010). Zlomeniny vznikají pády, při sportovních a tělovýchovných aktivitách a nadměrným přetěžováním končetin. Nejčastěji dochází ke zlomeninám dlouhých kostí. Zlomeniny kloubů a kůstek se u dětí vyskytují ve výjimečných případech.

### **Tonutí**

Při tonutí dochází k uzavření dýchacích cest. Při úrazu dojde ke vdechnutí vody do plic, nebo k podráždění hlasivek (suché tonutí). Tonutí je stav vysoce ohrožující život. Dochází ke ztrátě vědomí, případně i srdeční zástavě (Ertlová, Mucha, 2003). Nebezpečí tohoto úrazu se skrývá ve faktu, že k tonutí dochází již s malým množstvím

vody. Zvýšené riziko tonutí vzniká při sportovních aktivitách a při pobytech školy v přírodě v blízkosti vodních ploch.

### **Popáleniny**

Popálenina je stav poranění tkáně způsobené ohněm, horkou kapalinou a tělesy o vysoké teplotě (Pokorný, 2010). Při popálení dochází prvotně k poškození kůže. Podle rozsahu zranění dělíme popáleniny na stupně s pomocí třístupňové škály. Ve školním prostředí dochází k popáleninám nejčastěji při laboratorních cvičeních.

### **Úrazy elektrickým proudem**

Úraz vzniká ve chvíli, kdy se postižený stane součástí elektrického okruhu, nebo je zasažen obloukovým teplem. Podle vzniku dělíme poranění na zásah bleskem, vysokým a nízkým napětím střídavého proudu, a poranění vzniklá působením stejnosměrného proudu. Důsledkem zásahu jsou různé stavy. Jedná se o zástavu srdce, popáleniny, zlomeniny, bezvědomí a zástava dýchací činnosti (Ertlová, Mucha, 2003). Nejčastější příčinou úrazu je „zkoumání“ elektrických zásuvek, poškozená izolace elektrického přístroje a nedůslednost žáků při laboratorních cvičeních.

### **Otravy**

Otrava je negativní změna stavu v důsledku přítomnosti jedu v organismu. Otrava může být způsobena závadnými potravinami, alkoholem, léky, oxidem uhelnatým a dalšími toxickými látkami (Pokorný, 2010). Otrava potravinami je spojená s podrážděním trávicího traktu. Způsobují ji houby, plísně a bakterie.

Ve školním prostředí se s otravou setkáváme ve výjimečných případech. Jsou způsobeny nevhodným zacházením s potravinami či použitím závadných potravin.

Intoxikace u dětí způsobená alkoholem či jinou drogou je závažným problémem objevuje se již na základních školách. Nezkušenost, pocit dospělosti a motivace k experimentování s vlastním tělem vedou žáky k požívání alkoholu s rizikem otravy alkoholem.

## **4.4 Prevence úrazů**

Prevence je systém opatření, který eliminuje či vylučuje rizika určitých situací, stavů, procesů a dalších jevů, které negativně působí na člověka či skupinu lidí (Emmerová, 2011). V rámci primární prevence úrazů, kterou zajišťují také školská zařízení, se jedná

o programy zaměřené na architektonické řešení prostředí, která přímo podporují snížení rizik vzniku úrazů a dále o aktivity, které vedou k odpovědnosti jedince za své chování. Vedle toho hovoříme o specifčnosti programů u rizikových sociálních skupin s ohledem na sociální patologii. Sekundární prevence má za cíl chránit jedince, kteří jsou již reálně ohroženi. Je zaměřena na poskytování první pomoci a eliminaci dopadu úrazu tak, aby došlo k co nejmenším následkům a rychlé rekonvalescenci. V rámci terciární prevence jsou prováděna opatření vedoucí ke zhoršení stavu osob postižených úrazem. Cílem je plnohodnotný návrat poškozeného do sociální skupiny. Do problematiky terciární prevence vstupují zdravotnická zařízení, která ošetřují následky úrazu, rehabilitační zařízení a v neposlední řadě zařízení školského typu.

#### **4.5 Poskytnutí první pomoci**

Bezprostřední první pomoc je součástí soustavy občanských povinností. Každý občan bez rozdílu dosažené úrovně vzdělání a věku je povinen první pomoc poskytnout podle svých schopností a znalostí a zároveň setrvat s postiženým na místě do příjezdu zdravotnické pomoci (Scheinarová, 2001).

Škola, jako instituce v souvislosti s úrazy a zraněními, nesmí zapomínat na své povinnosti v oblasti poskytování první pomoci. Učitelé jsou hlavním elementem ve výchovně-vzdělávacím procesu. Měli by být schopni poskytnout první pomoc a zároveň tuto dovednost předávat. Vedení školy v ideálním případě zajišťuje pracovníkům podporu pro rozvoj jejich schopností a dovedností v oblasti poskytování první pomoci. Dále pak prevenci ochrany zdraví. Řada škol využívá možnosti pozvat si do školy odborníky z oblasti zdravotnictví či spolupracuje se zdravotnickými školami, s jejichž pomocí předává žákům informace týkající se první pomoci.

Rozhodujícím faktorem v oblasti první pomoci je časový rámec zásahu. Čím dříve dokáže učitel identifikovat ohrožující stav a zahájí „léčebná“ opatření, tím více se zvyšuje šance postiženého na přežití a uzdravení. Cílem není stanovit odbornou diagnózu, ale rychle rozpoznat příznak, který postiženého ohrožuje. Postižení je dynamický děj, který se ve většině případů vyvíjí pejorativně, a rozvíjejí se další patofyziologické změny, které mohou ve svých kombinacích způsobit smrt. Je tedy logické, že časový rámec hraje významnou roli v zamezení vzniku akutního závažného stavu a dalších nepříznivých změn (Scheinarová, 2001).

Mezi základní podmínky pro poskytnutí pomoci patří:

1. Rychlost, rozhodnost a účelnost
2. Zajištění podmínek a místa, kde došlo k úrazu
3. Vyšetření postiženého
4. Zahájení neodkladné pomoci

V rámci první pomoci se omezujeme na rychlou diagnózu a léčebné postupy, které musí zabránit nebezpečí plynoucího z časové prodlevy zásahu. Podmínkou je sledování základních životních funkcí, do kterých řadíme krevní oběh, dýchání, vědomí (funkci CNS) a metabolismus.



## 5 Vybrané studie a projekty zdravotní gramotnosti

V oblasti zdravotní gramotnosti, poskytování první pomoci, úrazovosti dětí, onemocnění dětí a dalších témat proběhla již řada studií v České republice i zahraničí. V této části práce je uveden krátký přehled studií a projektů zaměřených na zdravotní gramotnost učitelů a poskytování první pomoci.

### 5.1 Výzkumy v oblasti první pomoci učitelů v České Republice

V roce 2007 proběhlo šetření na *Pedagogické fakultě Karlovy Univerzity v Praze* pod vedením doktorky Marádové a doktorky Hanušové se zaměřením na ochranu člověka při mimořádných situacích. Do studie bylo zároveň implementováno dotazníkové šetření zaměřené na poskytování první pomoci. Vysoký počet respondentů, který se dotazníkového šetření zúčastnil (210 respondentů), zajišťuje velice relevantní data. Výzkumná sonda odhalila nedostatky ve zdravotní gramotnosti studentů pedagogické fakulty. Respondenti v didaktických otázkách dosáhli velice nízkého skóre. Z volných odpovědí lze vyvodit závěr, že vzdělávání v oblasti ochrany člověka za mimořádných situací je nedostatečné a témata jsou úmyslně či neúmyslně ve výuce opomíjena. V možných opatřeních, které autorky studie uvádí, je zmiňován požadavek na změnu v programech pregraduálního vzdělávání budoucích učitelů a rozšíření nabídek kurzů celoživotního vzdělávání.

Jeden z výzkumů zaměřený na připravenost učitelů poskytnout první pomoc v případě náhlé zástavy tělního oběhu u žáků základních škol provedla *Česká společnost podpory zdraví* s agenturou *DEMA a.s.* Celkový vzorek čítal 300 učitelů a 30 ředitelů. Výsledky studie ukazují, že učitelé nemají dostatečnou znalost v oblasti kardiopulmonální resuscitace, neumí resuscitaci správně provádět a neví, kdy s resuscitací začít. Nezanedbatelným zjištěním je, že začínající učitelé a učitelé v mladém věku (23-34 let) zaostávají se svými znalostmi oproti starším kolegům. Dle studie se jedná o alarmující stav, protože přímo konfrontováno se situací náhlé zástavy tělního oběhu bylo více než 7 % učitelů.

Jeden z výzkumů zaměřený na znalosti v oblasti první pomoci proběhl na *Pedagogické fakultě Masarykovy Univerzity v Brně* v roce 2010. Reismannová v rámci své studie analyzovala znalosti první pomoci, názory na přípravu učitelů a statisticky významné rozdíly v úrovni znalostí u studentů oboru výchova ke zdraví a ostatních oborů.

Výzkumný soubor čítal 623 respondentů. Z výsledků studie vyplývá, že informovanost v oblasti první pomoci je u studentů pedagogické fakulty nedostačující. I přes to, že výzkumné otázky byly zaměřeny na situace, se kterými se učitel může setkat v každodenním životě, uvést správné postupy dokázalo jen malé procento respondentů. Na základě tohoto výzkumu byly na pedagogické fakultě v Brně otevřeny předměty zaměřující se na první pomoc. Studie zároveň uvádí potřebu užší spolupráce pedagogických fakult, rozšíření metodiky pro učitele a spolupráci se sektorem zdravotnictví.

Česká školní inspekce každoročně vydává zprávy o úrazech ve školách a školských zařízeních. Ve zprávě (Tupý, 2010) se uvádí, že problematika úrazů a poskytování první pomoci není do osnov pregraduálního a dalšího vzdělávání učitelů dostatečně zahrnuta. Témata jsou zahrnuta do přípravy jen na malém počtu fakult připravující učitele na budoucí povolání. Doporučení vyplývající ze zprávy je soustředit se na upevňování vědomostí a dovedností v oblasti prevence úrazů a poskytování první pomoci na školách.

## **5.2 Zahraniční výzkumy**

Ze slovenských výzkumů zmíníme studii Wiegnerové, *Učitel - škola – zdravie*, z roku 2005. Ze studie, kterou provedla u učitelů základních škol, vyplývají obavy učitelů v tématech zdraví a poskytování první pomoci. Závěry studie uvádí, že učitelé tématům nerozumí a nejsou na tato témata dostatečně připravováni. Závěr studie uvádí, že tento problém připisují nedokonalému systému pregraduální a postgraduální přípravy budoucích učitelů.

V prostředí amerického školství proběhla studie *Mimořádné události ve školním prostředí: jsou učitelé dostatečně vyškoleni, aby na ně mohli reagovat?*. Studie analyzuje rozsah znalostí první pomoci učitelů veřejných škol ve středozápadních státech USA. Podružným cílem bylo zhodnotit četnost zranění a onemocnění ve školním prostředí, na které musí jako první reagovat učitel. Výzkumnou sondou bylo zjištěno, že jedna třetina (112 učitelů) neměla žádné zvláštní školení v oblasti první pomoci a 40 % z nich nebyli nikdy školeni v kardiopulmonální resuscitaci. Veliká část (87 %) respondentů uvedla názor, že výcvik první pomoci by měl být do programů přípravy učitelů zahrnut. V otázkách mimořádných situací uvedlo 18 % učitelů fakt, že museli řešit více než 20 zranění či nemocí u studentů ročně a 17 % uvedlo,

že se během své kariéry setkala alespoň jednou se situací, kdy byl život studenta v ohrožení. Součástí výzkumu byl test, kdy většinu správných odpovědí mělo pouze 60 % respondentů.

Polsko provedlo v roce 2002 studii zaměřenou na znalosti v zásadách první pomoci u učitelů a studentů středních škol ve Slezsku. Studie byla založena na vzorku 227 studentů a 79 učitelů středních škol (28 mužů a 51 žen). Součástí studie byl didaktický test, ve kterém pouze 7 dotázaných studentů dosáhlo skvělého výsledku, 57 mělo dobrý výsledek a 163 studentů reprezentovalo nedostatečnou úroveň znalostí. Žádný z dotázaných učitelů nedosáhl vynikajícího výsledku, 11 dosáhlo dobrého výsledku a 63 učitelů prokázalo nedostatečnou úroveň znalostí. Vyšší úroveň znalostí se prokázala u držitelů řidičského průkazu, kteří absolvovali kurz první pomoci v rámci přípravy na řidičské oprávnění. V závěru hodnocení studie je shrnuto, že znalosti studentů středních škol a učitelů se jeví jako nedostatečné k případnému úkonu první pomoci.

Obdobnou studii, která byla prováděna ve Slezsku, provedli odborníci i v oblasti Baltského moře. Jednalo se o posouzení znalostí první pomoci učitelů vybraných středních škol v regionu Baltského moře. Závěr studie uvádí, že i když se většina respondentů zúčastnila kurzů první pomoci v rámci profesní přípravy, průzkum potvrdil, že úroveň znalostí v poskytování první pomoci je nedostatečná. Závěr studie uvádí, že pouze polovina respondentů zná pravidla poskytování první pomoci a jedna třetina je umí užít v praxi.

Čínská pediatriká společnost provedla v roce 2012 studii zaměřenou na znalost první pomoci a postoje mezi zaměstnanci v předškolních zařízeních v čínské Šanghaji. Dotazníkového šetření se účastnilo 1067 respondentů. I přes tento počet, žádný z respondentů neodpověděl správně na všechny zadané otázky. Pouze 39 respondentů (3,7 %) dosáhlo dostatečného skóre, které si výzkumníci pro tyto účely nastavili. Výzkum prokázal nedostatečné znalosti v první pomoci při křečových záchvatech (jen 16,5 % odpovědělo správně), poranění oka (23 %), intoxikaci (27,6 %), a při dušení (30,1 %). Závěrečná zpráva uvádí, že úroveň znalostí první pomoci u zaměstnanců předškolních zařízení v Šanghaji je nízká. Dle závěrů existuje naléhavá potřeba vzdělávat zaměstnance, pokud jde o postupy první pomoci a různé rizikové faktory týkající se specifických zranění.

Turecko provedlo průzkum zaměřený na potřebu povědomí o první pomoci mezi budoucími učiteli. Studie byla zaměřena na ověření znalostí první pomoci budoucích pedagogů (studentů pedagogické fakulty) a efektivnosti zavedení FAT (trénink první pomoci) do praxe. Průměrné pre (před tréninkem FAT) a post výsledky testů byly  $47,89 \pm 11,29$  resp.  $75,28 \pm 12,62$ . Průzkum potvrdil, že díky zavedení kurzu došlo k výraznému zvýšení správných odpovědí na otázky zajištění základních životních funkcí. Výrazně více účastníků uvedlo, že mají po školení dostatečné znalosti první pomoci a dovednosti (58 %) ve srovnání s úrovní před školením (8 %).

Vzhledem k tomu, že zranění je pátou nejčastější příčinou úmrtí žáků iráckých základních škol, proběhla zde studie zaměřená na znalosti učitelů v první pomoci v oblasti Bagdádu Al-Rusafa. Prezentované výsledky uvádí, že ze 100 účastníků pouze 4 % vykazují dobré znalosti, 19 % slabší znalosti a 77 % z nich velmi slabé. Výzkumný vzorek tvořili učitelé základních škol, z čehož 26 % byli učitelé přírodovědných předmětů, 9 %, byli učitelé sociálních studií, 43 % tvořili učitelé literatury a 22 % byli učitelé výtvarné výchovy a tělocviku. Průzkum prokázal, že úroveň znalostí v první pomoci nezávisí na učebním oboru ani počtu odučených let. Úroveň učitelů byla napříč všemi skupinami stejná.

### **5.3 Projekty první pomoci a ochrany zdraví**

#### **Zdraví pro všechny v 21. století**

Velká část programů a projektů pro podporu zdraví a zdravotní gramotnosti vychází z dokumentu *Zdraví 21, Světové zdravotnické organizace*, ve kterém je vymezeno 21 dílčích cílů pro dosažení vyšší úrovně zdraví a zdravotní gramotnosti ve společnosti. V České republice byl program oficiálně podpořen usnesením vlády z roku 2002, která zřídila radu a výbor. Odpovědnost za program předala Ministerstvu zdravotnictví.

Program je zaměřen na zlepšení zdravotního stavu obyvatel a představuje komplexní model péče o zdraví. Na tomto zdravotně politickém programu pracuje široký okruh odborníků ze zdravotních profesí ve spolupráci s dalšími resorty. Logicky tedy do tohoto programu vstupují také odborníci na výchovu a vzdělávání a další školní problematiku.

V návaznosti na tento program vznikl výzkumný záměr *Škola a zdraví pro 21. století*, který si za cíl klade rozpracování paradigma moderní zdravotní politiky a filozofie

do života současné školy. Projekt se zaměřuje na zdravý životní styl, zdravotní chování, které může škola ovlivnit, výchovu ke zdraví a její možnosti. Cílem je zasadit problematiku zdraví do školního prostředí s ohledem na nejmodernější trendy ve vědě.

V rámci tohoto projektu vznikl nespočet menších projektů a studií. Každoročně jsou pak výsledky studií a další články publikovány v knižní i elektronické podobě v ročence *Škola a zdraví 21* (v anglickém jazyce jako *School and Health 21*) pod záštitou brněnské univerzity.

Studie se zaměřují na výchovu ke zdraví jako předmět, zdravotní gramotnost dětí a učitelů, prevenci patologických jevů, zdravotní styl, ochranu zdraví a nespočet dalších témat.

### **Národní koordinační centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti**

Z důvodu vysoké úrazovosti dětí v České republice byla vytvořena pracovní skupina pro prevenci dětských úrazů spojující odborníky na prevenci v oblasti poruch zdraví, úrazů a násilí. Skupina byla zřízena *Ministerstvem zdravotnictví* ve spolupráci s *UK 3. lékařskou fakultou - Ústavem zdraví dětí a mládeže a Fakultní nemocnice Brno, klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie*. Cílem centra je systematická spolupráce se školami a dalšími organizacemi a řešení problematiky prevence.

*Národní koordinační centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti* publikuje letáky, bulletiny, brožury a studie. Provádí edukační činnost, konzultační činnost a spolupodílí se na preventivních programech. Jedním z programů, které centrum vede, je program *Mezinárodní bezpečné školy*.

### **Dětství bez úrazů**

Projekt je zaměřen na primární prevenci dětských úrazů již od roku 1997. Vznik projektu byl východiskem vysokého počtu dětských úrazů a úmrtí. Cílem projektu je tedy logicky snížit počet úrazů a úmrtí a výchova k ochraně zdraví. V rámci projektu jsou tvořeny metodické materiály pro pedagogy, rodiče a projekt přesahuje rámec školy tím, že se snaží informovat širokou veřejnost. Projekt se zaměřuje na tvorbu preventivních programů v mateřských a základních školách a při volnočasových aktivitách mládeže. Projekty zajišťuje nezisková organizace *Dětství bez úrazů*.

## **Prevence dětem**

Jedná se o občanské sdružení založené v roce 2012, které se zabývá rizikovým chováním dětí. Snaží se motivovat k péči o vlastní zdraví, vytvářet preventivní a výukové projekty ke snížení úrazovosti dětí. Hlavním cílem sdružení jsou preventivně bezpečnostní činnosti, a proto velice úzce spolupracuje s odborníky z *Integrovaného záchranného systému*. Sami zakladateli tohoto sdružení jsou profesionální zdravotničtí záchranáři. Cílovou skupinou jsou oproti projektu *Dětství bez úrazů* děti v předškolním věku a jejich rodiče.

## **Zdravá škola**

Nebo také *Škola podporující zdraví* je ucelený projekt inovativních programů v České republice. Projekt je podporován *Státním zdravotním ústavem*, což projektu zajišťuje silnou metodickou podporu. Zdravé školy usilují o fyzické, sociální a duševní zdraví všech entit ve školním prostředí, ať se jedná o žáky, učitele nebo nepedagogické pracovníky. Program je postaven na pilířích pohodového prostředí, zdravého učení a otevřeného partnerství. Každá škola má vytvořený rámcový projekt podpory zdraví kde jsou definovány cíle, prostředky a plán prací. Z didaktického hlediska se škola zaměřuje na otevřené vyučování, kooperativní výchovu a pedagogický konstruktivismus. Přesto, že se jedná o jednotný projekt, metody se mohou na jednotlivých školách velmi lišit.

## **První pomoc prožitkem - pamatuj - poskytni - předávej**

Jedná se o projekt operačního programu *Vzdělávání pro konkurenceschopnost* spolufinancovaného ze státního rozpočtu ČR a *Evropského sociálního fondu* probíhající od září 2013 do prosince roku 2014 v *Jihočeském kraji*. Cílem projektu bylo vypracovat „...návrh koncepce vzdělávání pracovníků škol a školských zařízení v problematice první pomoci“ (Jakeš, 2015). Dílčími cíli bylo vytvoření vzdělávacích akcí pro pedagogické i nepedagogické pracovníky škol a školských zařízení. Vzdělávací akce probíhaly formou prezenčních akcí a e-learningových kurzů.

V rámci výstupů projektu byly vytvořeny nové programy pro vzdělávání pedagogů (program *Poučený* a program *Zdravotník*), které získaly akreditaci v systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků. Zároveň vznikl e-learningový kurz, metodiky

a publikace v oblasti první pomoci pro základní a střední školy doplněný o filmový materiál.

### **První pomoc do škol**

Jedná se o projekt dotovaný krajem *Vysočina* a pro školy je poskytován bezplatně. Lektory tvoří učitelé zdravotnických škol a lektori *Českého červeného kříže*. Kurz byl určen žákům škol v tomto regionu. V průběhu projektu však zájem o vzdělávání v oblasti první pomoci projevovali i pedagogičtí pracovníci. Projekt měl široký záběr, v letech 2010 až 2011 prošlo tímto kurzem necelých 9500 posluchačů.

### **Další projekty**

V rámci operačních programů a to prvotně *OP investice do rozvoje vzdělávání, vzdělávání pro konkurenceschopnost* probíhaly další projekty na podporu zvýšení úrovně první pomoci ve školách. Jedná se například o projekty: *Pomáháme zlepšovat znalosti žáků základních škol v první pomoci; První pomoc => šance pro život; Výuka první pomoci dětí a mládeže; Zachraň životy, i ty můžeš pomoci; První pomoc up to date; Multimediální první pomoc pro pedagogy; Předlékařská první pomoc* a další. Zaměření projektů je obdobné již zmíněným projektům. Společný cíl mají všechny projekty obdobné - zvýšení zdravotní gramotnosti, respektive zvýšení úrovně znalostí v oblasti první pomoci.

## **6 Empirická část**

### **6.1 Metodologická kapitola**

Z teoretické části práce vyplývá, že problematika zdraví, zdravotní gramotnosti, ochrany zdraví a s ní spojená první pomoc stále více infiltruje do kurikula, a že tato skutečnost má své opodstatnění. Vývoj ukázal, jakým směrem by se měli učitelé a odborníci na zdravotní výchovu, potažmo výchovu ke zdraví, ubírat a novými studii se doporučují konkrétní kroky a studuje se jejich účinnost. Na rozdíl od některých oborů a předmětů ve škole je zdravotní výchova a výchova ke zdraví stále relativně novým oborem a témata se dynamicky proměňují na základě nových poznatků. Škola a učitelé pak musí umět tyto poznatky přenést do pedagogického procesu.

Škola je centrem výchovy a vzdělávání a učitel prostředníkem zajišťující správný rozvoj dítěte. Důležitým prvkem správného působení učitele, potažmo začínajícího učitele, jsou kompetence k výkonu své profese. Zmiňovaná příprava na výkon pedagogické profese v učitelích prohlubuje jednotlivé kompetence a snaží se připravit budoucího učitele na další rozvoj těchto kompetencí přímo v praxi. Cílem této práce je zhodnotit oblast zdravotní gramotnosti učitelů a to se zaměřením na schopnosti a dovednosti v poskytování první pomoci. Jak vyplývá z teoretické části práce, úrazy a zranění dětí jsou velkým problémem, a škola na tuto skutečnost musí umět reagovat.

V oblasti první pomoci bylo provedeno na celosvětové i národní úrovni množství výzkumů. Tyto výzkumy jsou zaměřeny na samotnou pregraduální přípravu učitelů nebo na celkový stav úrovně první pomoci ve školním prostředí. Tato studie se svým zaměřením na začínající učitele přináší průsečík mezi těmito výzkumy. Výzkum se zaměřuje jak na studující, tak na již vystudované učitele a analyzuje jejich názory na úroveň připravenosti pro pedagogickou praxi v oblasti poskytování první pomoci. Zároveň se zaměřuje na mimořádné situace, se kterými se může učitel ve školním prostředí setkat.

Průzkumy analyzované v teoretické části uvádí, že znalosti a dovednosti v oblasti poskytování první pomoci a příprava učitelů v této oblasti není na dobré úrovni. Podle výzkumů nejsou učitelé schopni ve většině případů adekvátně poskytnout první pomoc.



Cílem empirické části diplomové práce je (1) zjistit, zda kompetence v oblasti poskytování první pomoci u začínajících učitelů jsou na dostatečné úrovni a že učitelé dokážou správně reagovat a zvolit správný postup první pomoci v situacích ohrožujících zdraví. Dalším cílem je (2) analyzovat názory učitelů na přípravu v oblasti poskytování první pomoci, názory na úroveň jejich kompetencí a celkový pohled na problematiku první pomoci ve školním prostředí. Posledním dílčím cílem je (3) navrhnout možné změny, které by úroveň kompetencí začínajících učitelů posunuly na žádoucí úroveň.

Pro dosažení cílů byla zvolena metodologická kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Tuto kombinaci nazýváme smíšeným výzkumem. Východiskem je mínění, že se nelze na kvalitativní a kvantitativní přístupy dívat kontradiktorně a díky využití smíšeného výzkumu se lze hlouběji zaměřit na zkoumaný problém. Kvantitativní výzkum popisuje jevy pomocí proměnných. U dat dokážeme měřit vlastnosti, sledujeme závislosti mezi jednotlivými proměnnými a s pomocí statistických metod následně interpretujeme data. Naopak kvalitativní výzkum využívá induktivních metod, čímž doplňuje nedostatky kvantitativního výzkumu v kazuistických výzkumech.

#### 6.1.1 Smíšený výzkum a jeho charakteristika

Smíšený výzkum má více synonym. Při použití kombinace metod či přístupů hovoříme o metodologické triangulaci, metodě mix designu, kombinovanému výzkumu apod. Současné pojetí smíšený výzkum chápe jako kombinaci alespoň jedné metody kvantitativní a jedné metody kvalitativní. Hlavním východiskem pro smíšený výzkum je, že s využitím tohoto typu výzkumu můžeme problematiku pochopit a analyzovat hlouběji než s aplikováním pouze jedné metody.

#### 6.1.2 Hypotézy výzkumu

Východiskem pro formulaci hypotéz byly především následující skutečnosti:

1. Úrazovost dětí a četnost mimořádných situací v České republice je stále vysoká. Znalosti a dovednosti spojené se zásadami první pomoci jsou pro ochranu a podporu zdraví velmi potřebné.
2. Studie zaměřené na dovednosti a znalosti poskytování první pomoci globálně hovoří o tristních znalostech a dovednostech člověka v poskytování laické první pomoci.

3. Dle legislativního rámce a pokynů Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy byla do vzdělávacích programů základních a středních škol zařazena problematika ochrany zdraví a lze tedy předpokládat, že v rámci přípravy na profesi učitele jsou tato témata zařazena.

H1: Více než 70 % respondentů postrádá v přípravě na profesi učitele témata o poskytování laické první pomoci.

H2: Začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci uvádí, že mají dostatečné znalosti a dovednosti v postupech první pomoci.

H3: Ve více než 60 % případů dokážou začínající učitelé správně určit postupy první pomoci.

H4: Začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci mají výrazně lepší znalosti v oblasti první pomoci.

H5: Výsledky již uskutečněných výzkumů zabývajících se obdobnou problematikou první pomoci s odlišnou cílovou skupinou korelují s našimi daty.

### 6.1.3 Výzkumný soubor

Pro účely výzkumu byly jasně definovány znaky základního výzkumného souboru. Základní výzkumný soubor tvořili začínající učitelé, tedy učitelé s délkou učitelské praxe do pěti let včetně. Definice začínajícího učitele a další specifika této skupiny jsou uvedené v teoretické části práce včetně důvodů, proč je pro pojem začínající učitel stanoven časový horizont 5 let.

Dalším parametrem výzkumného souboru je, že se jedná o začínající učitele působící na úrovni předškolního, základního, odborného, středního a gymnaziálního vzdělávání. Vedle těchto institucí byli do výzkumného souboru zahrnuti učitelé vyšších odborných škol, učitelé ve volnočasových zařízeních a jazykových školách.

Dosažené vzdělání začínajících učitelů nebylo zařazeno jako parametr výzkumného souboru, ale je součástí výzkumu jako jedna ze zjišťovaných informací. Výzkumný soubor tedy tvoří jak absolventi pregraduálního vzdělávání, tak studenti přípravy na profesi učitele.

Obdobně jako dosažené vzdělání nebyl do parametrů zařazen věk. Základní výzkumný soubor tedy tvoří všichni začínající učitelé. Věk je zařazen do výzkumu jako jedna ze zkoumaných informací.

#### 6.1.4 Metody sběru dat

Pro účely sběru dat v rámci výzkumu této diplomové práce byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření je nejčastěji prováděná metoda sběru dat v kvantitativně orientovaných výzkumech. Jedná se o kladení otázek a získávání odpovědí v písemné podobě. Nespornou výhodou je získání relativně velkého množství dat v krátkém časovém úseku. Takto získaná data lze následně jednoduše statisticky zpracovat a právě tato skutečnost vedla k volbě dotazníkové metody. Pro účely získání dat byl koncipován vlastní dotazník, který je součástí práce jako příloha číslo 1.

Zdravotní gramotnost, znalosti a dovednosti první pomoci lze samozřejmě analyzovat mnoha způsoby. Účinný výzkum by mohl být orientován kvalitativně, například kvalitativním experimentem - simulováním situace, rozhovorem se začínajícími učiteli o stavu zdravotní gramotnosti a dovednostech v první pomoci a dalšími výzkumnými metodami. Problémem je časová náročnost na samotné provedení experimentu či rozhovoru. Učitelé, a speciálně začínající učitelé, jsou velice časově vytíženi z důvodů tvorby příprav na výuku, ztotožňováním se s realitou učitelské praxe a reflexí své vlastní práce. Vstupovat do tohoto procesu s časově náročnějším výzkumem by mohlo být pro učitele stresující a existuje reálná hrozba neochoty se takového výzkumu zúčastnit. Zvolené dotazníkové šetření nevykazuje takovou časovou náročnost a touto metodou lze oslovit relativně vysoký počet respondentů zaručující vyšší výpovědní hodnotu získaných dat.

#### 6.1.5 Přípravná fáze výzkumu

V přípravné fázi dotazníkového šetření byla konstruovaná verze dotazníku s různými typy otázek ověřovaný na menším vzorku respondentů. Cílem pilotního dotazníku bylo zjistit nejvhodnější formu pokládání otázek v následném dotazníku pro co nejúčelnější získání dat. Pilotní dotazník, obdobně jako finální podoba dotazníku, obsahoval tři části. Část, kde začínající učitelé vyplňovali tvrdá fakta pomocí uzavřených, polozavřených a otevřených otázek.

Dále byla zařazena část hodnotící s uzavřenými otázkami s využitím Likertova škálování pro určení míry stupně souhlasu či nesouhlasu. Polarizování proběhlo s pomocí odpovědí ano – spíše ano – nevím – spíše ne – ne. Tento typ škálování byl po ukončení předvýzkumu a analýze identifikován jako vhodně zvolený a se stejnou škálou pracovala finální verze dotazníku. Hodnotící část pro zatraktivnění dotazníku obsahovala volné vyjádření názorů učitelů pomocí otevřených otázek s volnou možností odpovědi.

Největší úskalí při vytváření dotazníku přinesla část ověřující znalosti. Předvýzkum zahrnoval více možností ověřování znalostí. Obecně se jednalo o test úrovně v kombinaci standardizovaného testu první pomoci a subjektivně a relativně objektivně skórovatelným testem.

Předvýzkum obsahoval úlohy s výběrem odpovědí, kde respondenti vybírali ze tří až čtyř alternativ jednu správnou odpověď. Dále zde byly zastoupeny otevřené úlohy s tvořenou odpovědí a situační úlohy ve formě modelových situací ze základů poskytování první pomoci.

Po analýze výsledků byla u úloh s výběrem odpovědí potvrzena hrozba tzv. uhodnutí správných odpovědí. Úlohy vytvořené pro studii, ale i použité ze standardizovaných testů, zodpověděli respondenti z velké části bez velikých problémů nebo dokázali odpověď odhadnout. Pokud však obdobné téma této úlohy interpretovala modelová situace, úroveň správných odpovědí klesala.

Analýza převýzkumu rozhodla, že část ověřující znalosti bude obsahovat pouze situační úlohy zaměřené na jednoduché modelové situace. Přidanou hodnotou této metody je, že vychází z reálných situací. Učitel, který prochází dotazník, si tedy uvědomí, že situace se ve školním prostředí opravdu může stát a při neznalosti této problematiky se nad postupem přinejmenším zamyslí.

#### 6.1.6 Dotazníková struktura

Dotazník byl rozdělen podle logické struktury na část, kde respondenti odpovídali na tvrdá fakta jako je věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe v letech a absolvování předmětu první pomoci v rámci přípravy na profesi učitele a v jiných zařízeních.

Další část dotazníku obsahovala měkká data, kde měli respondenti za úkol zhodnotit v uzavřených otázkách, podle již zmiňované Likertovy škály, problematiku poskytování první pomoci. V otevřených otázkách dostali prostor pro širší vyjádření k problematice.

Poslední část dotazníku obsahovala modelové situace mimořádných situací, ve kterých se může ocitnout každý učitel. Čtyři modelové situace byly obdobně strukturovány. Krátce, ale výstižně zde byl popsán případ, ve kterém se postižený ocitl (místo zranění, příznaky zranění, apod.) a postup zachránce (zásah první pomoci, spolupráce s okolím apod.). Respondent měl za úkol zhodnotit modelovou situaci a správnost zásahu zachránce. Podle daných pokynů respondenti případné chyby a nedostatky zásahu vypsal pod jednotlivé modelové situace. Jak je uvedeno výše, dotazník využívá metody situačních úloh.

#### 6.1.7 Výběr respondentů

Základní výzkumný soubor tvoří úzká skupina z celkového souboru všech učitelů. Takto parametrováný soubor republikově sice zastupuje relativně vysoký počet jedinců, veřejně však nejsou vydávány statistiky, na jakých školách v aktuálním školním roce působí učitelé podle délky jejich praxe. Problémem je samotný kontakt se školou, které jsou již často přesyceny pedagogickými výzkumy a nejsou ochotny se na dalších výzkumech podílet. Dalším problémem je časové hledisko výzkumu. Kontaktovat všechny školy, zkoumat zda u nich působí učitel spadající do základního výzkumného vzorku, dále kontaktovat jednotlivé začínající učitele a postupovat podle pravidel pravděpodobnostní techniky výběru by bylo takřka nemožné. Pro účely výběru respondentů byla vybrána odlišná metoda. Výsledky výzkumu tedy nejsou jednoduše zobecnitelné, měření může vykazovat určité odchylky.

Respondenti byli osloveni metodou záměrného výběru s kombinací výběru na základě dostupnosti a techniky referenčního výběru. Základním záměrným výběrem byli pomocí sociálních sítí, studentských skupin a organizací osloveni bývalí studenti, kteří prošli pregraduální přípravou na profesi učitele. Následně byla zapojena technika referenčního výběru respondentů a díky online vyplňování dotazníku bylo průběžně kontrolováno, zda se výzkum neodchyluje od respondentů, kteří jsou cílovou skupinou této studie.

### 6.1.8 Analýza dat

Výzkum pracuje na bázi mix designu. Při analýze kvalitativních dat byla použita metoda vytváření trsů. Jedná se o metodu uspořádání jednotlivých výroků do subkategorií podle podobnosti.

Pro statistickou metodu testového ověření hypotéz byl použit test významnosti. Pomocí těchto testů jsou ověřovány vztahy mezi jednotlivými proměnnými a na základě provedených testů jsou interpretovány závěry, zda mezi jednotlivými zjištěnými daty existují vztahy nebo se jedná o náhodu. Testů významnosti je celá řada, pro účely této práce byl zvolen chí-kvadrát test a jeho modifikace.

## 6.2 Interpretace dat

V této části kapitoly jsou interpretována získaná data z dotazníků a jejich analýza.

### Zastoupení respondentů

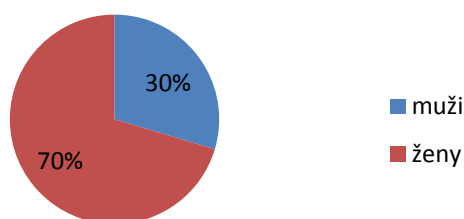
Díky využití referenční techniky sběru dat nelze přesně určit počet oslovených respondentů. Samotného výzkumu se zúčastnilo celkem 54 respondentů. Údaje o respondentech jako je pohlaví, věk, dosažené vzdělání apod. jsou analyzována níže a pro lepší percepční představu graficky znázorněna.

### Respondenti podle pohlaví a věku

Z celkového počtu 54 respondentů se výzkumu zúčastnilo 16 mužů a 38 žen. Zaokrouhlením na celá procenta můžeme konstatovat, že se výzkumu zúčastnilo 30 % mužů a 70 % žen. Tato data odpovídají současnému stavu školství, kde hlavně v předškolním vzdělávání a na 1. stupni základních škol je znatelně vyšší zastoupení učitelek než učitelů. Grafické znázornění je prezentováno grafem číslo 1.

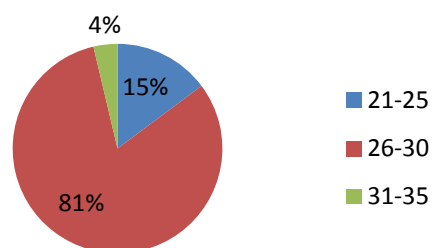
Analýzou s přihlédnutím na parametr věku respondentů zjistíme, že největší zastoupení učitelů s praxí do pěti let je ve věku 26 - 30 let. Z celkového počtu 54 respondentů je celých 44 právě v tomto věkovém intervalu. Další zastoupenou skupinou je věkový interval 21 - 25 let zastoupený osmi respondenty a interval 31 – 35 let zastoupený dvěma respondenty. Procentuální zastoupení je prezentováno grafem číslo 2.

**Rozložení respondentů podle pohlaví**



Graf [1]

**Rozložení respondentů podle věku**



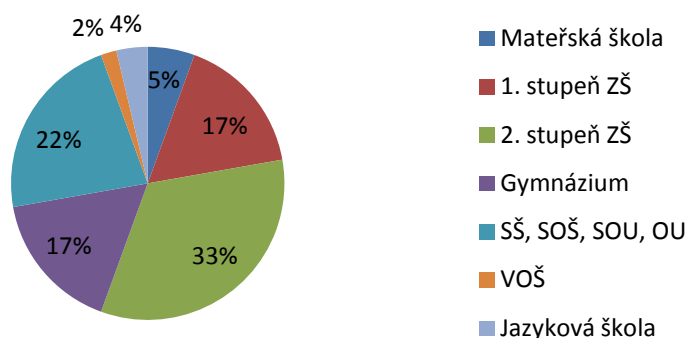
Graf [2]

### Délka učiteléské praxe a typ školy, na které respondenti působí

Dalším kvalifikačním rámcem je stupeň, na kterém jednotliví učitelé působí a jak dlouho učitelkou praxí vykonávají. Pokud respondent uvedl více stupňů, na kterých působí, každý typ byl do závěrečných statistik promítnut rovnocenně.

Největší zastoupení mělo dotazníkové šetření učiteli druhého stupně, které tvořilo 33 % respondentů, následují učitelé středního vzdělávání se zastoupením 22 % a následně učitelé gymnázií 17 % a se stejným zastoupením učitelé prvního stupně základních škol. Rozložení učitelů podle typů škol je znázorněn na grafu číslo 3.

**Rozložení respondentů podle typu školy**



Graf [3]

Délka praxe učitele není pro samotný výzkum důležitá. Již při sestavování dotazníku byla definována na maximální délku 5let včetně. Do dotazníku byla zahrnuta pro účely kontroly splnění zadaných podmínek výzkumu.

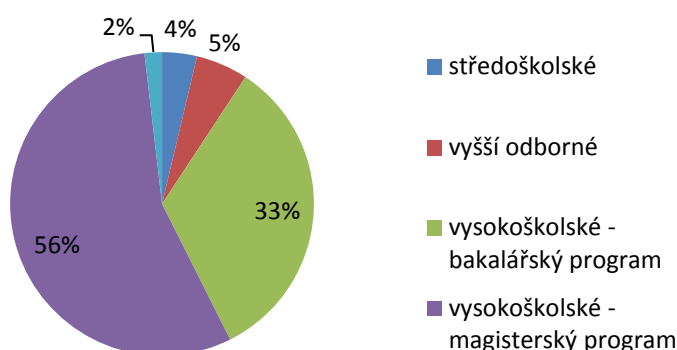
### **Vzdělávání a profesní příprava respondentů**

Důležitým hodnotícím prvkem pro výzkum je dosažené vzdělání a typ vzdělání, kde se učitelé připravovali na svou profesi. Výzkumu se účastnili jak učitelé, kteří již mají profesní přípravu absolvovanou, tak i učitelé, kteří v současné době prochází vzděláváním na vysokých školách či jiným typem vzdělání. Výzkum sledoval stupeň dosaženého vzdělání, typ vysoké školy a vystudovaného oboru, způsob přípravy na profesi učitele a obor.

Výzkumu se účastnilo 56 % respondentů, kteří již mají dokončené magisterské studium, 33 % respondentů, kteří absolvovali bakalářský program a zbytek tvoří učitelé se středoškolským vyšším odborným, a postgraduálním vzděláváním viz graf číslo 4.



### Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf [4]

Dalším zkoumaným prvkem byl typ vystudované případně studované školy, fakulty a oborů. Jednotlivý přehled typů škol a zastoupení respondentů je uvedeno v tabulce 1. Nejvyšší procentuální zastoupení měla ve výzkumu Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Absolventi či studenti této fakulty tvořili celých 33 % respondentů.

Název školy a fakulty	Četnost
UK v Praze - Pedagogická fakulta	18
UK v Praze - Přírodovědecká fakulta	5
MU v Brně - Pedagogická fakulta	5
UK v Praze - Fakulta tělesné výchovy a sportu	4
UHK - Pedagogická fakulta	4
JČU - Pedagogická fakulta	4
ZČU - Pedagogická fakulta	3
VOŠ - Pedagogická a sociální Evropská	3
SŠ pedagogická v Berouně	2
ČVUT v Praze	2
UHK - Přírodovědecká fakulta	1
JČU - Zdravotně sociální fakulta	1
MU v Brně - Filozofická fakulta	1
UPOL - Pedagogická fakulta	1

Tabulka [1]

Dalším sledovaným prvkem byl vystudovaný obor a kombinace u jednotlivých respondentů. Předměty na jednotlivých školách mají různé názvy, pro jednotnost byly předměty a předmětové kombinace zjednodušeny a rozděleny do jednotlivých předmětů. Obory zastoupené ve výzkumu a seřazené podle četnosti výskytu jsou v tabulce 2.

Název oboru	Četnost
Informační technologie	9
Učitelství 1. stupně ZŠ	9
Pedagogika	8
Tělesná výchova	7
Český jazyk	5
Biologie	4
Francouzský jazyk	4
Technická a informační výchova	4
Matematika	4
Chemie	3
Anglický jazyk	3
Výtvarná výchovy	3
Učitelství pro mateřské školy	3
Německý jazyk	2
Výchova ke zdraví	2
Základy společenských věd	1

Tabulka [2]

### **Předmět zaměřený na poskytování první pomoci**

První zjišťovanou informací týkající se první pomoci bylo, zda byl do studijních plánů na učitelskou profesi zahrnut předmět zaměřený na poskytování první pomoci, případně o jaký typ předmětu se jednalo a zda respondenti tento předmět absolvovali.

V rámci výzkumu nebyla provedena analýza studijních plánů jednotlivých škol z důvodu, že sylaby předmětů mnohdy neodpovídají přednášeným tématům. Zkoumání této problematiky bylo promítnuto do dotazníku z důvodu zjištění pohledu respondentů, což sebou nese i jisté riziko zkresleného pohledu na samotný stav profesní přípravy učitelů. Analýzou výsledků zjistíme, že pouze 33 % začínajících učitelů uvedlo, že studijní plány obsahovaly předmět zaměřený na poskytování první pomoci. Z toho 15 % respondentů uvedlo, že se jednalo o předmět volitelný, 11 % uvedlo, že se jednalo o předmět povinně volitelný a pouhých 7 % respondentů mělo téma první pomoci ve svých studijních plánech zahrnuté povinně. Předmětem zaměřeným na poskytování první pomoci prošli povinně učitelé předmětů tělesná výchova (FTVS) a biologie (PedF UK). Všechny 33 % respondentů, kteří měli možnost projít předmětem zaměřeným na první pomoc, tento předmět absolvovali.

Pokud se vrátíme k východiskům uvedených v teoretické části týkající se vysoké úrazovosti dětí a mládeže, můžeme konstatovat, že tento stav je značně znepokojující. Pokud má pouze 1/3 budoucích či začínajících učitelů možnost projít předmětem s tématem poskytování laické první pomoci, nemůžeme hovořit o dokonalosti systému v profesní přípravě učitelů.

### **Další vzdělání v oblasti první pomoci**

Dotazník obsahoval výzkumnou otázku zaměřenou na absolvování kurzu první pomoci jiného než v rámci přípravy na vysoké škole. Celých 44 % respondentů absolvovalo kurz mimo rámec své profesní přípravy. Jednalo se především o kurzy ČČK, CASPV a přípravu pro získání řidičského oprávnění.

### **Hodnotící část dotazníku**

V hodnotící části dotazníku byli respondenti dotazováni na názor v problematice přípravy poskytování první pomoci, schopnosti adekvátní pomoci a informovanosti.

Jak je uvedeno výše, pouze 30 % učitelů mělo v rámci přípravy na profesi učitele možnost zúčastnit se předmětu zaměřeného na poskytování první pomoci. Jedna z otázek dotazníku zkoumala názor začínajících učitelů, zda je toto téma dostatečně zařazováno do přípravy na profesi. Není tedy překvapujícím zjištěním, že 92 % respondentů považuje zařazování témat za nedostatečné. Zbýlých 8 % nedokázalo tento stav posoudit. Alarmujícím zjištěním je skutečnost, že žádný respondent nevedl kladnou odpověď.

V otevřené otázce dotazující se na kompetence učitelů k poskytnutí první pomoci se nejčastěji objevovaly odpovědi negativního charakteru, což potvrzuje předchozí závěr. Pro názornost uvedeme pár odpovědí respondentů:

*„Velmi slabá či žádná.“*

*„Nijak zvláště dobré.“*

*„Kompetence učitelů v poskytování první pomoci jsou průměrné, ve škole by měl být přítomen i zdravotník.“*

*„Není dostatečná. Měly by být opakované rekvalifikační kurzy.“*

*„Úroveň poskytování první pomoci je špatná - není snaha budoucí pedagogy na fakultě připravovat na možné situace, se kterými by se mohli ve škole setkat a nastítnit první pomoc, často si pak musí doplňovat vzdělání v první pomoci sami.“*

*„Na nízké, protože na poskytování první pomoci nejsou připravováni.“*

*„U tělocvikářů jsou tyto dovednosti na velmi dobré úrovni. U ostatních učitelů podle mne tyto dovednosti nejsou dostatečné a většina učitelů v takových případech vůbec neví, co dělat.“*

A mnohé další příklady. Z této analýzy lze interpretovat závěr, že obecně vnímají začínající učitelé strukturu přípravy v oblasti zdravotní gramotnosti velice negativně. Z dat vyplývá, že jednotlivé instituce by se měly více zaměřit na tuto problematiku a zavést koncepční změny v přípravě učitelů.

Stanovenou hypotézu, že více než 70 % respondentů postrádá v přípravě na profesi učitele témata o poskytování laické první pomoci, můžeme potvrdit.

V otázce názoru na vlastní schopnosti a dovednosti však i přes značné nedostatky v přípravě 53 % začínajících učitelů uvádělo názor, že by byli schopni adekvátně poskytnout pomoc, a že mají dostatečné znalosti. Dalších 20 % nedokázala své schopnosti a dovednosti zhodnotit a dalších 27 % uvedlo, že se necítí být v této souvislosti kompetentní.

Se situací ohrožující život se setkalo 30 % a ve školním prostředí 18 % začínajících učitelů. To se může zdát jako relativně nízké číslo. Přihlédneme-li k faktu, že se jedná o učitele s maximální praxí 5 let, jedná se o relativně vysoké číslo.

### **Předmět první pomoci a domnělé schopnosti**

V této části sledujeme vztah učitelů, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci a jejich pohled na vlastní znalosti v problematice poskytování první pomoci. Zjišťujeme, zda je mezi těmito dvěma jevy statisticky významný vztah. Pro účely stanovení vztahu byly stanoveny hypotézy:

H<sub>0</sub>: Začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci neuvádí častěji, že mají dostatečné znalosti a dovednosti v postupech první pomoci.

H<sub>1</sub>: Začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci uvádí častěji, že mají dostatečné znalosti a dovednosti v postupech první pomoci.

Pro potvrzení hypotézy byl využit chí-kvadrát test. Data a výpočet jsou uvedeny v obrázku 1. Schopnosti a dovednosti jsou převedeny na nominální hodnoty 0 a 4 a absolvování kurzu či předmětu na hodnoty 0 a 1. Grafickou podobu výpočtu znázorňuje obrázek číslo 1.

Kontingenční tabulka Schopnostidovednosti (řádky) proti PredmetKurz (sloupce)

	[ 0]	[ 1]	CEL.
[ 0]	8	16	24
[ 4]	8	22	30
CELKEM	16	38	54

Pearsonův chí-kvadrát test = 0,284211 (1 df, p-hodnota = 0,593955)

Obrázek [1]

V pedagogických výzkumech standardně využíváme na hladině významnosti hodnotu 0,05. P-hodnota je v tomto případě vyšší, a proto nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout.

Závěrem můžeme interpretovat, že učitelé jsou o svých dostatečných znalostech v problematice poskytování první pomoci přesvědčeni nezávisle na tom, zda absolvovali předmět či kurz první pomoci.

### **Hodnocení modelových situací**

Jednou z částí výzkumu je hodnocení modelových situací zaměřených na mimořádné situace. Jedná se o situace s obdobnou strukturou: popis případu, příznaků zranění a postup zachránce. Respondent měl za úkol volně zhodnotit modelovou situaci a správnost zásahu zachránce. Podle daných pokynů respondenti případné chyby zásahu vypsali pod jednotlivé modelové situace.

Podle intenzity případných chyb respondentů při hodnocení situací, jsou odpovědi rozděleny do tří skupin na:

1. Odpovědi doplňující možnost zásahu nad rámec zadané modelové situace.
2. Odpovědi se správně zjištěnou chybou v modelové situaci.
3. Odpovědi nesprávné, při kterých může dojít k poškození zdraví postiženého.

## **Modelová situace 1**

*Jirkovi se v hodině českého jazyka spustila krev z nosu. Učitelka Jirku posadila do mírného předklonu na židli k umyvadlu tak, aby krev odkapávala do umyvadla a na Jirkovo čelo a zátylek přiložila hadr namočený v chladnější vodě. Aby došlo k lepšímu odtoku krve z nosu, nechala žáka krev vysmrkat, dokud neustalo krvácení.*

V této modelové situaci měli respondenti v rámci volné odpovědi určit minimálně fakt, že špatným zásahem učitelky bylo nechat žáka vysmrkat krev.

Odpovědi jsou zařazeny do jednotlivých skupin podle míry správnosti. Pro názornost jsou v každé skupině uvedeny nejfrekventovanější odpovědi.

### **Odpovědi správné a doplňující možnost zásahu nad rámec modelové situace**

*„...a měla by zjistit příčinu krvácení.“*

*„...měla by ještě tisknout nosní křídla a chladit kořen nosu.“*

*„...a zmáčknot nos a zchladit nos – dojde k zúžení cév a zastavení krvácení“*

*„...při delším krvácení zajistit lékařskou pomoc.“*

### **Odpovědi se správně zjištěnou chybou v modelové situaci**

*„Žáka bych nenechávala vysmrkat, pouze by seděl po určitou dobu u umyvadla, dokud by se krev nezastavila.“*

*„V pořádku, jen by podle mně neměl smrkat.“*

*„Učitelka postupovala správně. Podle mě ale neměla nechat Jirku vysmrkat. Myslím, že by tím mohla situaci zhoršit.“*

*„Ne, žák by neměl smrkat.“*

### **Odpovědi nesprávné, při kterých může dojít k poškození zdraví postiženého**

*„Nos by měla ucpat vatou“*

*„Hlava by měla být zakloněna a mokrá hadr by měl být na čele“*

*„Hlava by měla být v zákonu“*

*„Jirku bych poslala na záchod, aby ostatní neviděli krev, mohlo by se jim z toho udělat špatně“*

Z analýzy vyplývá, že 19 % respondentů uvedlo odpověď nad rámec modelové situace. Správně našlo chybu v modelové situaci 59 % respondentů. Celkem 78 % respondentů si tedy s touto situací dokázalo poradit bez vážnějších problémů. Zarážející je zjištění, že zbylých 22 % respondentů v dané situaci nedokázalo nalézt chybu. Přitom se jedná o běžnou, a na řešení nenáročnou situaci.

## **Modelová situace 2**

*Maruška si na škole v přírodě při ranní rozcvičce vymkla kotník. Pedagogický dozor nohu okamžitě zaledoval, znehybnil elastickým obvazem a nechal Marušku celé dopoledne odpočívat s nohou ve zvýšené poloze. Po obědě se již Maruška vrátila k aktivnímu programu hry na schovávanou.*

V této modelové situaci měli respondenti určit za špatný postup to, že pedagogický dozor Marušku zapojil odpoledne do aktivního programu. Při vymknutém kotníku se ve většině postupů doporučuje minimálně dva dny nohu nezatěžovat. Podle míry otoku lze doporučit doprovod k lékaři.

Odpovědi jsou zařazeny do jednotlivých skupin podle míry správnosti. Pro názornost jsou v každé skupině uvedeny nejfrekventovanější odpovědi.

### **Odpovědi správné a doplňující možnost zásahu nad rámec modelové situace**

*„Nelze určit míru poranění. Doporučila bych následné lékařské vyšetření. Nechala bych raději nohu několik dní v klidu. Jinak první pomoc ok.“*

*„Rozhodně bych s kotníkem doporučil návštěvu lékaře, dozor postupoval správně, ale jen pro okamžitou pomoc. Marušku bych transportoval k lékaři. Lékařem jste vždy krytí v případě pozdějšího stěžování si rodičů.“*

*„Aktivní program nebyla správná volba, měla by mít klidový režim a navštívit lékaře.“*

*„.. žákyni by měli odvézt k lékaři.“*

### **Odpovědi se správně zjištěnou chybou v modelové situaci**

*„Ano, jen měla mít nohu v klidu déle.“*

*„Pedagogický dozor postupoval v první fázi správně. Maruška měla ale zůstat v klidu i odpoledne, neměla s nohou začít hýbat tak brzy.“*

*„Záleží na míře vymknutí, pokud bylo vymknutí většího rozsahu, určitě bych odpolední program nedoporučila“*

*„Vyznačené chyby: po obědě se již Maruška vrátila k aktivnímu programu hry na schovávanou.“*

### **Odpovědi nesprávné, při kterých může dojít k poškození zdraví postiženého**

*„Zaledování v pořádku nohu bych hned neovazovala kvůli otoku a zatumutí. Pokud se mohla vrátit ke hrám, nebylo to nic vážného.“*

*„Pomoc byla poskytnuta dobře.“*

*„V pořádku.“*

*„Pedagogický dozor zasáhl správně.“*

Další postupy laické první pomoci uvedlo 26 % respondentů. Většina doporučení se zaměřovala na přivolání lékařské pomoci či doprovodu postiženého do nemocničního zařízení. Správně určilo chybu v modelové situaci 49 % respondentů. Správně vyřešit situaci by tedy dokázalo 75 % respondentů. Chybu v postupu nedokázalo nalézt 25 % dotazovaných.

### **Modelová situace 3**

*Petr při tělocviku běhal a najednou se skácel k zemi. Začal sebou škubat a zmítat a zdálo se, že nedýchá. Učitel k němu hned přiběhl a snažil se ho uklidnit. Dva chlapci ho chytli za nohy, dva za ruce. Stejně se jim však po chvílce vytrhl a dále se zmítal v křečích. Po chvílce byl už Petr opět při vědomí. Nic mu na první pohled nebylo, jen trochu krvácel z úst. Učitel pouze ošetřil krvácení. Záchrannou službu nevolal.*

Tato modelová situace popisuje téměř učebnicově příznaky epileptického záchvatu u dítěte. Respondenti měli v rámci volné odpovědi za špatný postup určit, že se spolužáci snažili zabránit křečím a záškubům těla, což může při použití větší síly vést ke zranění. Správným postupem je podložení a zaklonění hlavy. Diskutabilní částí je přivolání záchrané služby. Pokud se u dítěte epileptické záchvaty vyskytují pravidelně a jejich trvání není dlouhého charakteru, není třeba volat zdravotní záchranou službu. Přivolání záchrané služby v žádném případě nemůžeme hodnotit jako chybu v postupu první pomoci.



Odpovědi jsou zařazeny do jednotlivých skupin podle míry správnosti. Pro názornost jsou v každé skupině uvedeny nejfrekventovanější odpovědi.

### **Odpovědi správné a doplňující možnost zásahu nad rámec modelové situace**

*„Žáka nedržet. Jen zajistit aby se o něco neuhodil a nezapadl jazyk. Určitě bych volala záchranku.“*

*„Špatně - vyučující by měl být informovaný, zda žák netrpí epilepsií (informovat rodiče a domluvit se s nimi na dalším postupu), zavolat záchrannou službu - mohlo by se jednat o něco závažnějšího, co není na první pohled zřejmé.“*

*„Nejspíš epileptický záchvat. Při krvácení z úst nevíme, co se mu stalo - jestli nedošlo k vnitřnímu krvácení. Ihned zavolat lékařskou pomoc. Během záchvatu zajistit, aby se nezranil, kontrolovat základní životní funkce.“*

*„Pravděpodobně se jednalo o epileptický záchvat. Hlavní chybou je snažit se omezit postiženého v pohybu. Je třeba nechat epileptický záchvat odeznít - důležité, zda postižený již podobný záchvat zažil nebo zda se jednalo o malý či velký epileptický záchvat.“*

*„Při záchvatu by neměl být jedinec znehybňován, uklidňován. Lze podložit hlavu něčím měkkým. Snažíme se jen předejít zranění odstraněním nebezpečných předmětů z dosahu. v případě delšího záchvatu volat zdravotnickou záchrannou službu - 155.“*

### **Odpovědi se správně zjištěnou chybou v modelové situaci**

*„Žáka nedržet, jen zajistit aby se o něco neuhodil a nezapadl jazyk.“*

*„Neznehybňovat postiženého.“*

*„Žáci zasáhli špatně, když zabraňovali křečím.“*

*„Dva chlapci ho chytli.. Stejně se jim..“*

### **Odpovědi nesprávné, při kterých může dojít k poškození zdraví postiženého**

*„Měl navíc "něco" vložit žákovi do úst, aby se neporanil.“*

*„Zdá se, že Petr měl epileptický záchvat. Chlapci dobře udělali, že mu podrželi nohy a ruce - neublížil si.“*

*„Špatně ho drželi, měli ho držet lépe.“*

*„Když se jim vyškubl, měli ho chytit znovu.“*

Rozdělením odpovědí do jednotlivých subkategorií a následnou analýzou můžeme interpretovat závěry, že s touto situací si nad rámce uváděného postupu dokázalo poradit 25 % respondentů. Chybu v modelové situaci objevilo 42 % respondentů. Celkem 67 % respondentů by si tedy s touto situací dokázalo adekvátně poradit. Celých 33 % hodnotilo zásah jako správný a v modelové situaci chybu neobjevilo, nebo uvedlo špatně další postup zásahu.

Překvapivým zjištěním je fakt, že 70 % respondentů, bez ohledu do jaké subkategorie odpovědi spadají, uvedlo nutnost volat zdravotní záchrannou službu při epileptickém záchvatu. Jak je zmíněno výše, volání zdravotní záchranné služby není v žádném případě chybou, nicméně v tomto případě není přivolání tohoto typu pomoci nutné.

V odpovědích se navíc objevil názor, že chybu udělali rodiče, pokud neinformovali učitele o možnosti výskytu epileptického záchvatu u žáka, a že tato skutečnost by měla být písemně evidovaná v kartě žáka.

#### **Modelová situace 4**

*Marcel v jídelně vdechl větší část nerozkousané stravy. Okamžitě k němu přiběhl sloužící dozor a nutil Marcela k vykašlání sousta. Když se Marcel dusil dál, přistoupil k němu zezadu, objal ho za břicho a opakovaně stlačoval pod hrotem hrudní kosti. Marcel nakonec začal normálně dýchat a nevykazoval žádné příznaky dalšího zranění. Učitel tedy žáka posadil na židli, uklidňoval ho a dal mu napít vody.*

U této situace popisující dušení cizím předmětem se v zásahu nevyskytuje žádná chyba. Postupů pro záchránce při vniknutí tělesa do dýchacích cest je celá řada a nelze říci, jaký z nich je méně či více účinný. V této situaci je popsán postup Heimlichova manévru, který učitel použil. Pro využití této metody se však doporučuje nácvik a určitá zkušenost s poskytováním první pomoci. Lze použít další metody jako je úder mezi lopatky a masírování nadbříšku a bránice.

Odpovědi jsou zařazeny do jednotlivých skupin podle míry správnosti. Pro názornost jsou v každé skupině uvedeny nejfrekventovanější odpovědi.

### **Odpovědi správné a doplňující možnost zásahu nad rámec modelové situace**

*„Dozor po neúspěšném kašlání měl přidat údery mezi lopatky v mírném předklonu. Vykašlal také vdechnuté sousto? Měla by být na závěr zotavovací poloha.“*

*„Dle mého názoru dozor postupoval správně, provedl Heimlichův manévr. Žáka bych pozoroval a v případě podezření na poranění bych ho transportoval k lékaři.“*

*„Dozor měl nejdříve zkusit údery do zad mezi lopatky a pokud by to nezbralo, pak teprve přistoupit k Heimlichovu manévru (který by v tomto případě proveden správně).“*

*„Správně. Postup bych zároveň konzultovala se zdravotnickou záchrannou službou.“*

*„Informovat rodiče, zapsat do knihy úrazů.“*

### **Odpovědi se správně zjištěnou chybou v modelové situaci**

*„Učitel postupoval správně.“*

*„První pomoc byla provedena dobře.“*

*„Podle mého soudu dozor v této situaci postupoval správně.“*

*„V pořádku.“*

### **Odpovědi nesprávné, při kterých může dojít k poškození zdraví postiženého**

*„Nedávat napít.“*

*„Nevím.“*

*„Chyby: přistoupil k němu zezadu, objal ho za břicho a opakovaně stlačoval pod hrotem hrudní kosti.“*

Zařazením odpovědí do jednotlivých subkategorií a následnou analýzou můžeme interpretovat závěry, že s touto situací si nad rámce uváděného postupu dokázalo poradit 28 % respondentů. Zásah jako správný určilo 54 % respondentů. S vysokou pravděpodobností by při dušení správně zasáhlo 82 % respondentů. Na otázku nedokázalo správně odpovědět 18 % respondentů.

Pozitivním zjištěním je fakt, že velká část respondentů uvedla, o jaký typ manévru se jedná, a že k jeho použití je třeba určitá znalost. Z tohoto důvodu by zvolila jinou metodu první pomoci, která je stejně účinná.

Dalším pozitivním zjištěním je, že se u této modelové situace často objevovaly odpovědi, které doplňovaly situaci o nezbytnosti zápisu do příslušného dokumentu - do knihy úrazů a doporučení informovat rodiče o vzniklém problému.

### **Hodnocení modelových situací**

Hypotéza H3 předpokládá, že ve více než 60 % případů dokážou učitelé zhodnotit situaci správně. Pokud analyzujeme data ze všech modelových situací, průměrné chyby objevující se v této části dotazníku činí 24,5 %. Hypotézu můžeme tedy na základě tohoto výsledku potvrdit. Začínající učitelé si dokázali poradit v celých 75,5 % případů.

Nelze však hovořit o pozitivním stavu situace. V modelových situacích byly popsány nejjednodušší případy v oblasti první pomoci a výsledek by tedy měl být podstatně lepší.

Hypotéza H4 předpokládá, že začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci mají výrazně lepší znalosti v oblasti první pomoci. Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy byl použit chí-kvadrát test.

H4<sub>0</sub>: Začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci nemají výrazně lepší znalosti v oblasti první pomoci.

H4<sub>1</sub>: Začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci mají výrazně lepší znalosti v oblasti první pomoci.

Nejprve byl proveden převod kvalitativních dat na nominální hodnoty tak, abychom s nimi mohli statisticky pracovat. Metoda, která byla využita při analýze modelových situací, byla využita zároveň v tomto případě. Následně byla jednotlivým subkategoriím přiřazena nominální hodnota. Poté byla provedena analýza správnosti situací. Následný rozbor pracuje pouze s učiteli, kteří dokázali bezchybně odpovědět na všechny modelové situace.

V analýze dat sledujeme vztah absolvování předmětu či kurzu první pomoci s dosaženým výsledkem. Statistický výpočet je pro názornost zobrazen na obrázku číslo 2.

Kontingenční tabulka PredmetKurz (řádky) proti VAsledek (sloupce)

	[ 0]	[ 4]	CEL.
[ 0]	14	2	16
[ 1]	20	18	38
CELKEM	34	20	54

Pearsonův chí-kvadrát test = 5,8702 (1 df, p-hodnota = 0,0153993)

Obrázek [2]

Provedením statistického výpočtu na hladině významnosti 0,05 zamítáme nulovou hodnotu, protože p-hodnota je v tomto případě nižší.

Z provedené statistické analýzy usuzujeme závěr, že začínající učitelé, kteří absolvovali předmět nebo kurz první pomoci, mají výrazně lepší znalosti v oblasti první pomoci. Existuje tedy vztah mezi absolvováním předmětu a znalostmi v oblasti poskytování první pomoci.

### **Porovnání s ostatními výzkumy**

Studie uvedené v teoretické části práce interpretují ve svých závěrech nedostatečné znalosti a dovednosti v poskytování první pomoci učitelů na základě didaktických testů.

Analýzou získaných dat ve výzkumu interpretujeme závěr, že úroveň kompetencí začínajících učitelů v oblasti poskytování první pomoci není na dobré úrovni. I přes to, že celých 75,5 % respondentů dokázalo na všechny modelové situace odpovědět správně, nelze hovořit o pozitivním stavu zdravotní gramotnosti učitelů.

Pro účely této práce byl proveden výzkum smíšeným designem. Nelze proto výzkumy porovnávat nominálními hodnotami. Porovnání již uskutečněných výzkumů s výzkumem v rámci této diplomové práce lze posuzovat pouze subjektivním pohledem.

Výsledky již uskutečněných výzkumů zabývající se obdobnou problematikou první pomoci s odlišnou cílovou skupinou korelují s našimi závěry, a proto můžeme danou hypotézu podobnosti výsledků potvrdit.

### **6.3 Navrhovaná opatření**

Z výzkumu vyplývá, že zdravotní gramotnost začínajících učitelů není na dobré úrovni. Problém je již v pregraduální přípravě učitelů a celkově ve vzdělávání učitelů. Cílem práce je navrhnout jednoduchá opatření, která by pomohla tento stav změnit k pozitivnímu.

#### **Implementace předmětu první pomoci do univerzitního základu**

Každý budoucí učitel by měl mít možnost se zúčastnit v rámci přípravy na profesi učitele kurzu první pomoci. Velký prostor pro tento předmět je v univerzitním základu pedagogických fakult.

#### **Opakované kurzy pro učitele**

Absolvování kurzu první pomoci by se mělo opakovat s určitou časovou periodou. Není dostačující, když učitel projde kurzem pouze jedenkrát v životě. Úroveň znalostí a dovedností v poskytování první pomoci klesá, a proto by měla být pravidelně ožívována.

#### **Odborníci ve škole**

Pokud má škola metodika prevence, měla by do jeho kompetencí spadat také problematika proškolení učitelů v tématech ochrany zdraví.

#### **Vyšší implementace témat do pedagogického minima, CŽV**

Témata ochrany zdraví a poskytování první pomoci by měla být promítnuta do kurzů pedagogického minima a celoživotního vzdělávání učitelů.

#### **Spolupráce s IZS**

Některé školy využívají možnosti spolupráce s HZS, Zdravotnickou záchrannou službou, ČČK a dalšími institucemi, do jejichž kompetence spadá poskytování první pomoci. S využitím besed či kurzů spolupracují se školou a pravidelně proškolují učitele. Využívání těchto prostředků by mělo být v zájmu každé školy.

#### **Legislativní změny**

Ideálním stavem by bylo zahrnout téma poskytování první pomoci do povinného vzdělávání učitelů v průběhu kariérního rozvoje. Tyto legislativní změny však může nastavit pouze MŠMT.

### **Mezifakultní spolupráce**

Pedagogické fakulty by si měly předávat zkušenosti v oblasti přípravy učitelů. Minimálně při změnách univerzitního základu, kde každá fakulta preferuje rozdílný přístup. Jednotlivé fakulty tak mohou přinést rozdílný a podnětný vhled do problematiky přípravy učitelů na budoucí praxi.

## 7 Závěr

Zdravotní gramotnost je důležitou složkou gramotnosti učitelů. Učitelé a další pracovníci svým jednáním přímo ovlivňují vývoj dítěte a měli by být kompetentní i v oblasti ovlivňování zdraví žáků. Práce analyzuje zdravotní gramotnost začínajících učitelů se zaměřením na schopnosti a dovednosti poskytování první pomoci. Svou výzkumnou otázkou se snaží odpovědět, zda jsou učitelé kompetentní v poskytování první pomoci a řešení mimořádných situací ve škole.

Teoretická část komparativně zkoumá obecnou rovinu zdraví a zdravotní gramotnost s přesahem do školního prostředí. V historickém kontextu sleduje proměny přístupů a analyzuje přístupy využívané v posledních letech s využitím nejaktuálnějších poznatků.

Ve východiscích k potřebám zdravotní gramotnosti učitelů studuje úrazovost u dětí v různých prostředích a uvádí statistická data školních úrazů. Studie se nezaměřuje pouze na školní prostředí, ale v obecné rovině analyzuje mimořádné situace objevující se i v ostatních prostředích jako je rodina a volnočasové aktivity dětí. Vedle samotné úrazovosti popisuje prevenci úrazů.

Na uvedená východiska navazuje část sledující přípravu na profesi učitele a způsoby dalšího vzdělávání učitelů. Analýza se zaměřuje na kompetence v oblasti první pomoci a jejich rozvoj v průběhu profesní kariéry učitele. V jednotlivých typech kompetencí uvádí příklady zdravotní gramotnosti. V profesní přípravě se zaměřuje na univerzitní základ a pedagogicko-psychologickou přípravu učitelů a relativně nový obor výchovy ke zdraví.

Závěrem teoretické části můžeme konstatovat, že z důvodu vysoké úrazovosti u dětí, je znalost a dovednost učitelů v poskytování první pomoci velmi důležitá. Zároveň lze konstatovat, že i přes vysokou potřebnost této kompetence, není příprava učitelů v oblasti zdraví na ideální úrovni.

Existují projekty, které se snaží úroveň kompetencí učitelů zvýšit. Zároveň se objevují tendence konstruktivní proměny systému přípravy učitelů, kdy na některých fakultách dochází k zařazení tématu zdraví do profesní přípravy učitelů. Projekty, studie a doporučení jsou uvedeny na závěr teoretické části.



Praktická část práce přímo analyzuje úroveň znalostí učitelů v poskytování první pomoci. Cílem práce bylo prokázat, zda je úroveň dostatečná. Analýzou získaných dat konstatujeme závěr, že úroveň připravenosti učitelů na mimořádné situace není na dobré úrovni a že učitelé nejsou kompetentní adekvátně poskytovat první pomoc.

Výzkum prokázal, že sami učitelé v oblasti poskytování první pomoci tápou a cítí se nekompetentní. Učitelé spatřují problém v nedokonalé přípravě na profesi. Ještě více umocňuje potřebu vzdělávání učitelů v oblasti první pomoci zjištění, že existuje přímý vztah mezi absolvováním kurzu a úrovní znalostí. S tímto problémem by měly prvotně pracovat školy připravující budoucí učitele.

Z důvodu nedostatečné připravenosti učitelů nabízí diplomová práce několik základních jednoduchých opatření, která by úroveň učitelů zvýšila. Jedná se o změny v přípravě učitelů - implementaci předmětu první pomoci do univerzitního základu a mezifakultní spolupráci. Dále navrhuje změny v kariérním systému, legislativní změny a zdůrazňuje potřebu spolupráce s odborníky poskytující první pomoc.

## 8 Seznam zdrojů

AL-ROBAIAAY, Y. K. H. *Knowledge of Primary School Teachers Regarding First Aid In Baghdad Al-Rusafa*. Al – Kindy Col Med J 2013; Vol. 9 No. 1 P: 59 [online]. 2002 [cit. 2015-01-15] dostupné z: <http://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aId=82415>

BALADA, J a kol. *Rámcový vzdělávací program pro gymnázia: RVP G*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2007, 100 s. ISBN 978-808-7000-113. [cit. 15. 1. 2015]. Dostupné z: <http://rvp.cz/informace/dokumenty-rvp/rvp-zv>

BĚLECKÝ, Z, WALTEROVÁ, E, MAREŠ, J. *Klíčové kompetence v základním vzdělávání*. 1. vyd. v Praze: Výzkumný ústav pedagogický, 2007, 75 s. ISBN 978-808-7000-076.

BERÁNKOVÁ, M.; FLEKOVÁ, B.; HOLZHAUSEROVÁ, B. *První pomoc* 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 199 s. ISBN 80-86073-99-8

BÍLDÍK, F., KILIÇASLAN, I., DOĞRU, C. *The Need for First Aid Awareness among Candidate Teachers*. [online]. 2002 [cit. 2015-01-15] dostupné z: [http://www.journalagent.com/tatd/pdfs/TATD-50490-RESEARCH\\_ARTICLE-BILDIK.pdf](http://www.journalagent.com/tatd/pdfs/TATD-50490-RESEARCH_ARTICLE-BILDIK.pdf)

BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001, 76 s. ISBN 80-247-0099-9.

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

ČAPKOVÁ, M., TORÁČOVÁ, L., VELEMÍNSKÝ, M.: *Prevence úrazů dětí od narození do předškolního věku*. České Budějovice: ZSF JU, 2006. ISBN 80-7040-912-6.

ČELEDOVÁ, L. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-3213-0.

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 238 s. ISBN 978-802-4745-442.

DEVÁTÁ, I. *Úrazovost dětí a mladistvých*. [online]. 2014 [cit. 2015-02-23] Dostupné z: <http://www.khsstc.cz/Soubor.ashx?souborID=2029&typ=application/pdf&nazev=%C3%9Arazovost%20d%C4%9Bt%C3%AD.pdf>.

DOSTÁLOVÁ, T., SEYDLOVÁ, M. *Stomatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 193 s. ISBN 978-80-247-2700-4 (BROŽ.).

EMMEROVÁ, I.: *Aktuálne otázky prevencie problémového správania u žiakov v školskom prostredí*. Banská Bystrica : 2011, 150 s. ISBN 978-80-554-0212-4

ERTLOVÁ, F., MUCHA J. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 368 s. ISBN 80-701-3379-1.

FOLAUFOVÁ, B. *Pedagogické minimum: Vzdelávání dospělých*. [online]. 2014 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/pedagogicke-minimum>

FRIML, J., HANOUSEK, P. *Branná výchova pro studující u\_itelství*. 1. svazek. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986

GAGLIARDI, M., NEIGHBORS, M., SPEARS C. *Emergencies in the school setting: are public school teachers adequately trained to respond?* Prehosp Disaster Med. 1994 Oct-Dec;9(4):222-5., [online]. 1994 [cit. 2015-02-23] dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10155531>

GRIVNA, M., BENEŠOVÁ, V., BOUŠKA, I. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, Praha, 2014. 144 s. ISBN 80-239-2063-4.

HANUŠOVÁ, J. *Zásady laické první pomoci*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 28 s. ISBN 978-80-86991-03-0

HOLČÍK, J. *Zdraví pro všechny v 21. století; In. Studie k výchově ke zdraví: Škola a zdraví pro 21. století*, 2011. 1. vyd. Editor Evžen Řehulka. Brno: MSD, 2011, 398 s. ISBN 978-807-3921-842.

HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 978-807-0134-177.

HOLČÍK, J. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2009. 153 s. Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-80-7392-089-0.

HOLČÍK, J.: *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. MU 2010, Brno, 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0

- CHLÍBKOVÁ, D, MAZAL, F. *Úvaha o vzdělávání v oblasti ochrany obyvatelstva z pohledu nejen historického* [online]. Olomouc: Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého, 2008 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.telesnakultura.upol.cz/index.php/telesnakultura/article/download/3/3>
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JAKEŠ, J. *První pomoc prožitkem*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: <http://ppp.mimoni.cz/>
- JANOUSEK, V. *Školní a pracovní úrazy dětí, mladistvých a mladých zaměstnanců v ČR (Evropský týden BOZP 2014 pro mladé a o mladých) : Rozbor úrazů ve školách a školních zařízeních*. [online]. 2014 [cit. 2015-02-23] [http://www.bozpinfo.cz/win/knihovnabozp/citarna/tema\\_tydne/ew\\_06\\_urazovost.paty.html](http://www.bozpinfo.cz/win/knihovnabozp/citarna/tema_tydne/ew_06_urazovost.paty.html)
- JEŘÁBEK, J. a kol. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: ústav pedagogický v Praze, 2013, 126 s. ISBN 978-88-78-113.
- JŮVA, V. *Stručné dějiny pedagogiky*. Brno: Paido, 1995. ISBN 80-85931-07-9.
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s., 16 stran barevné přílohy. ISBN 978-80-247- 1830-9.
- KELNAROVÁ, J., et al. *První pomoc I: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-2182- 8.
- KRISTEK, Nikola. *Zdravotní gramotnost*. In: *Gramotnost.cz* [online]. 2013 [cit. 2015-02-08]. Dostupné z: <http://www.gramotnost.cz/zdravotni>
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 279 s., ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-71-785-512.
- LI, F., JIANG, F., JIN, X. *Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff in the preschools of Shanghai, China*. BMC Pediatr. 2012 Aug 14;12:121. [online]. 2002 [cit. 2015-02-15] dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22891706>

- LINHART, P. *Formy a metody výuky na základních a středních školách v oblasti ochrany*. In FIALA, M. (Ed.), *Výuka problematik bezpečnosti a přežití v mimořádných situacích* Praha: Univerzita Karlova v Praze. 2004. Fakulta tělesné výchovy a sportu.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*. Praha: GRADA, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8
- MARÁDOVÁ, E. *Ochrana člověka za mimořádných událostí*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 40 s. ISBN 978-80-86991-24-5
- MARÁDOVÁ, E. *Pilotní studie přípravy budoucích učitelů v oblasti ochrany člověka za mimořádných událostí*. 2007. [online].[cit. 2010-07-21]. Dostupné z www: <http://www.hzscr.cz/clanek/pilotni-projekt-priprava-budoucich-ucitelu-v-oblastiochrany-cloveka-za-mimoradnych-udalosti.aspx>
- MARÁDOVÁ, E. *Škola a ochrana před úrazy*. In: GRIVNA, M. et al.: *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003, s. 59. ISBN 80-239-2063-4.
- MARÁDOVÁ, E., HANUŠOVÁ, J. *Zpráva o realizaci vstupní etapy projektu „Ochrana za mimořádných událostí v učitelském vzdělávání“*. Praha, 2007. MV - GŘ HZS ČR. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/soubor/studie-pdf.aspx>.
- MAREŠ, J. *Diagnostika sociálního klimatu školy*. In JEŽEK, S. (Ed.), *Sociální klima školy I*. Brno: MSD s.r.o., 2003, [Online]. [citováno 1. 3. 2015]. Dostupné z: [http://klima.pedagogika.cz/skola/doc/03\\_2.pdf](http://klima.pedagogika.cz/skola/doc/03_2.pdf).
- PODLAHOVÁ, L. *První kroky učitele*. Vyd. 1. Praha: Triton. 2004. ISBN 80-7254-474-8.
- POKORNÝ, J. *Lékařská první pomoc*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2010, xvii, 474 s. ISBN 978-807-2623-228.
- PROKOPOVÁ, A., REISSMANNOVÁ, J. *Implementace problematiky první pomoci do přípravy učitelů (implementation of first aid into teacher preparation)*. In Řehulka, Evžen. *Škola a zdraví 21 Studie k výchově ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. p. 101-111, 11 pp. ISBN 978-80-210-5722-7.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.

*Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. 1. vydání. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006. 48 s. [cit. 2011-03-18]. ISBN 80-87000-00-5. Dostupné z WWW: [http://www.vuppraha.cz/wpcontent/uploads/2009/12/RVPZV\\_2007-07.pdf](http://www.vuppraha.cz/wpcontent/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf).

ŘEHULKA, E. *Škola a zdraví pro 21. Století*. [online]. 2005-2010 [cit. 2015-03-24]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/z21/>

SEIFERT, M. *Pierce county environmental health indicators: a model for improving environmental health literacy* [online]. Tacoma-Pierce County, 2011.[cit. 15. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.tpchd.org/files/library/e8ab9c693da235cb.pdf>.

SCHEINAROVÁ, A. *První pomoc*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 73 s. ISBN 8070675918.

SILVERMAN, D. *Ako robiť kvalitatívny výskum: praktická príručka*. Překlad Martin Štulrajter. Bratislava: Ikar, 2005, 327 s. Pegas (Ikar), zv. 8. ISBN 80-551-0904-4.

SINGULE, F. *Vývojové trendy čs. školského systému v souvislosti s vývojem školství v zahraničí*. Praha: Ústav školských informací při Ministerstvu školství ČSR, 1984, 122 s.

SLOVÁČKOVÁ, Z. *Zdraví: historie a současnost*. In *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity Brno*, 2008. ISBN 978-80-210-4826-3. Dostupné z: [https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114381/P\\_Psychologica\\_12-2008-1\\_8.pdf?sequence=1](https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114381/P_Psychologica_12-2008-1_8.pdf?sequence=1)

SOSADA, K., ZURAWIŃSKI, W., STEPIEŃ T. *Evaluation of the knowledge of teachers and high school students in Silesia on the principles of first aid, [Article in Polish]* Wiad Lek. 2002;55 Suppl 1(Pt 2):883-9., [online]. 2002 [cit. 2015-02-15] dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17474616>

SPIPKOVÁ, V. a kol. *Současné proměny vzdělávání učitelů*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-081-6.

SPIPKOVÁ, V., TOMKOVÁ, A. *Kvalita učitele a profesní standard*. v Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2010, 257 s. ISBN 978-807-2904-969.

TOŠOVSKÝ, V. *Chraňme děti před úrazy*. Praha: Alfa-Omega 2006. ISBN 80-86318-79-6.

TUPÝ, J. *Výchova ke zdraví v dosavadních RVP a ŠVP na základních a středních školách*. In Program Zdraví 21 a výchova ke zdraví 2008. Brno : Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4677-1.

VALIŠKOVÁ, A., KASÍKOVÁ H. *Pedagogika pro učitele*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. s 40. ISBN 978-80-247-3357-9

WIEGEROVÁ, A. *Učitel – škola – zdravie*. 1. vyd. Bratislava : Regent, 2005. 163 s. ISBN 80-88904-37-4.

WIŚNIEWSKI, J., MAJEWSKI, W. *Assessment of knowledge about first aid among the teachers of chosen high schools in the Western Pomerania region*. [Article in Polish] Ann Acad Med Stetin. 2007;53(2):114-23. [online]. 2002 [cit. 2015-01-15] dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18557385>

*Zákon č. 37/2004 Sb. o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*. In: *Sb2004*. [online] 2004 [cit. 2015-01-15] Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/legislativni-dokumenty/2004/zakon-c-37-2004-sb-3576>

*Zákon č. 563/2004 o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*. In: *Sb. 2004* [online]. 2004 [cit. 2015-01-15] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/aktualni-zneni-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich-k-1-lednu>

ZVANDOVÁ, Z., JANOUŠEK, S. *Základní informace o úrazovosti. Prevence úrazů u dětí a dospívajících ČR*. [online]. 2014 [cit. 2015-02-23] Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-urazu-u-deti-a-dospivajicich-cr>

ZVÍROTSKÝ, M. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7290-431-0.

## **9 Seznam uvedených zkratek**

BOZP - Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

CASPV - České asociace Sport pro všechny

CNS - Centrální nervová soustava

CŽV - Celoživotní vzdělávání

ČČK - Český červený kříž

ČVUT - České vysoké učení technické

FTVS – Fakulta tělesné výchovy a sportu

HZS - Hasičský záchranný sbor

IZS - Integrovaný záchranný systém

JČU - Jihočeská univerzita

MŠMT - Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

MU - Masarykova univerzita

OP - Operační program

OU - Odborné učiliště

PedF – Pedagogická fakulta

RVP - Rámcový vzdělávací program

SOŠ - Střední odborná škola

SOU - Střední odborné učiliště

SPU - Specifické poruchy učení

SŠ - Střední škola

ŠVP - Školní vzdělávací program

UHK - Univerzita Hradec Králové

UK - Univerzita Karlova

UPOL - Univerzita Palackého v Olomouci

VOŠ - Vyšší odborná škola



WHO - World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ZČU – Západočeská univerzita

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

## **10 Seznam příloh**

### **10.1 Příloha č. 1**

Příloha obsahuje vzor dotazníku, který byl naprogramován online pomocí aplikace na webové stránce survio.com

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v rámci výzkumu na téma zdravotní gramotnost a znalost první pomoci u začínajících učitelů prosím o vyplnění předkládaného dotazníku.

Velice děkuji za spolupráci a svědomité vyplnění dotazníku.

---

---

**Vyplňte prosím následující údaje:**

---

**1) Pohlaví:**  žena  muž

**2) Věk:**

- méně než 20  21-25  26-30  31-35  36-40  40-45  
 45-50  50 a více

**3) Uveďte délku Vaší učitelské praxe v letech:**

**4) Uveďte, na jakém stupni školy působíte:**

- Mateřská škola  1. stupeň ZŠ  2. stupeň ZŠ  Gymnázium  
 SŠ, SOŠ, SOU, OU  VOŠ  Jiný:

**5) Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

**6) Uveďte název vy/studované školy, v případě VŠ uveďte zároveň název fakulty:**

**7) Uveďte název vy/studovaného oboru nebo kombinaci oborů:**

**8) Byl do studijních plánů Vaší přípravy na učitelskou profesi zahrnut předmět zaměřený na poskytování první pomoci?**  ano  ne  nevím

Pokud ano, jednalo se o  povinný,  povinně volitelný  volitelný předmět?

**9) Absolvoval/a jste tento předmět?**  ano  ne

**10) Absolvoval/a jste jiný kurz první pomoci?**  ano  ne

Pokud jste odpověděli ano, uveďte prosím názvy kurzů, případně institucí, kde příprava probíhala:

**V hodnotící části uveďte Váš názor na problematiku poskytování první pomoci.**

---

**11) Je v rámci přípravy na profesi učitele zařazována problematika poskytování první pomoci dostatečně?**

- ano       spíše ano       nevím       spíše ne       ne

**12) Myslíte si, že máte dostatečné znalosti v problematice poskytování první pomoci?**

- ano       spíše ano       nevím       spíše ne       ne

**13) Myslíte si, že jste schopen/schopna adekvátně poskytnout první pomoc?**

- ano       spíše ano       nevím       spíše ne       ne

**14) Setkal/a jste se v životě situací, kde bylo nutné použít zásady první pomoci?**

- ano       ne

Pokud jste odpověděl/a ano, stručně popište situaci/e a její řešení:

---

---

**15) Setkal/a jste se ve škole se situací, kde bylo nutné použít zásady první pomoci?**

- ano       ne

Pokud jste odpověděl/a ano, stručně popište situaci/e a její řešení:

---

---

**16) Informujete se o změnách pravidel poskytování první pomoci?**

- ano       spíše ano       nevím       spíše ne       ne

**17) Na jaké úrovni jsou dle Vašeho názoru kompetence učitelů v poskytování první pomoci?**

---

---

---

---

**V části zaměřené na modelové situace posuďte, zda byla první pomoc v níže uvedeném případě poskytnuta správně, případné chyby podtrhněte nebo vypište. Případně zákrok doplňte o další možné postupy.**

---

**18) Modelová situace 1:**

Jirkovi se v hodině českého jazyka spustila krev z nosu. Učitelka Jirku posadila do mírného předklonu na židli k umyvadlu tak, aby krev odkapávala do umyvadla a na Jirkovo čelo a zátylek přiložila hadr namočený v chladnější vodě. Aby došlo k lepšímu odtoku krve z nosu, nechala žáka krev vysmrkat, dokud neustalo krvácení.

---

**19) Modelová situace 2:**

Maruška si na škole v přírodě při ranní rozcvičce vymkla kotník. Pedagogický dozor nohu okamžitě zaledoval, znehybnil elastickým obvazem a nechal Marušku celé dopoledne odpočívat s nohou ve zvýšené poloze. Po obědě se již Maruška vrátila k aktivnímu programu hry na schovávanou.

---

**20) Modelová situace 3:**

Petr při tělocviku běhal a najednou se skácel k zemi. Začal sebou škubat a zmítat a zdálo se, že nedýchá. Učitel k němu hned přiběhl a snažil se ho uklidnit. Dva chlapci ho chytli za nohy, dva za ruce. Stejně se jim však po chvíli vytrhl a dále se zmítal v křečích. Po chvíli byl už Petr opět při vědomí. Nic mu na první pohled nebylo, jen trochu krvácel z úst. Učitel pouze ošetřil krvácení. Záchranou službu nezavolal.

---

**21) Modelová situace 4:**

Marcel v jídelně vdechl větší část nerozkousané stravy. Okamžitě k němu přiběhl sloužící dozor a nutil Marcela k vykašlání sousta. Když se Marcel dusil dál, přistoupil k němu zezadu, objal ho za břicho a opakovaně stlačoval pod hrotem hrudní kosti. Marcel nakonec začal normálně dýchat a nevykazoval žádné příznaky dalšího zranění. Učitel tedy žáka posadil na židli, uklidňoval ho a dal mu napít vody. Marcel se odpoledního vyučování zúčastnil, jako by se nic nestalo.