

Připravenost učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních stavů u dětí

Alexandra Hasíková

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav školní pedagogiky

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Alexandra Hasíková
Osobní číslo:	H22208
Studijní program:	B0112P300001 Učitelství pro mateřské školy
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Připravenost učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních stavů u dětí

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních stavů u dětí.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti poskytování první pomoci u úrazů a akutních stavů.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace. Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- Bollig, G., Wahl, H. A., & Svendsen, M. V. (2009). Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures. *Resuscitation*, 80(6), 689–692. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.03.012>
- Haluzíková, J. (2023). *Základy první pomoci a přednemocniční péče (pro nelékařské obory)*. Grada.
- Kolek F. et al. (2022). *Zdravotník – první pomoc pro pedagogické pracovníky a pořadatele dětských táborů*. Grada.
- Lánská, M. (2018). *Domácí první pomoc dětem: co dělat při nehodách, poraněních či nemocech*. Euromedia.
- Zideman, D. A., Singletary, E. M., Borra, V., Cassan, P., Cimpoesu, C. D., De Buck, E., Djärv, T., Handley, A. J., Klaassen, B., Meyran, D., Oliver, E., & Poole, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. *Resuscitation*, 161, 270–290. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.013>

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Barbora Plisková, Ph.D.**
Ústav školní pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **8. ledna 2025**
Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Mgr. Marcela Janíková, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Práce má teoreticko-empirický charakter a zabývá se připraveností učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci při úrazech a akutních stavech u dětí. Teoretická část se zabývá bezpečností v mateřských školách, přípravou učitelů na zajištění bezpečnosti a první pomoci. Podrobně se zabývá klíčovými principy a postupy v případě úrazů a zdravotních problémů dětí. V praktické části byl proveden kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření určeného učitelům mateřských škol. Jeho cílem bylo zhodnotit teoretické znalosti a připravenost učitelů na krizové situace. Výzkum prokázal nejen silné znalosti v oblasti běžných úrazů, ale zároveň poukázal i na místa, kde je prostor pro zlepšení. Nejlépe hodnocené teoretické znalosti respondenti dosáhli u otázek týkajících se dušení dítěte nebo ošetření poraněného kolene (93,8 %). Naopak nejnižší úspěšnost byla zaznamenána v otázkách týkajících se uvíznutí cizího tělesa v nose (46,9 %). Na základě výsledků byly navržena doporučení pro praxi, zaměřená na pravidelná školení a nácviky krizových situací.

Klíčová slova: bezpečnost dětí, úrazy dětí, akutní stavy, první pomoc, profesní kompetence učitele

ABSTRACT

This thesis has a theoretical and empirical character and focuses on the preparedness of preschool teachers to provide first aid for injuries and acute health conditions in children. The theoretical part deals with safety in kindergartens, the preparation of teachers for ensuring safety and first aid. It thoroughly examines key principles and procedures for dealing with injuries and health issues in children. The practical part involved a quantitative research study conducted through a questionnaire survey aimed at preschool teachers. The aim was to assess the theoretical knowledge and preparedness of teachers for acute situations. As well as demonstrating a good understanding of common injuries, the research also highlighted areas for improvement. The highest scores for theoretical knowledge were achieved by respondents on questions relating to choking child and how to treat an injured knee (93.8 %). In contrast, the lowest success rate was recorded for questions relating to the introduction of a foreign objects into the nose (46.9 %). Based on the results, recommendations for practice were proposed, focusing on regular training and rehearsal of crisis situations.

Keywords: first aid, children's accidents, children's safety, acute state, teacher's vocational qualifications

Především vyjadřuji své upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Barboře Pliskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a trpělivost, které mi byly během celého procesu zpracování práce neocenitelnou oporou. V neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým za jejich morální podporu, trpělivost a pochopení během celého studia i při tvorbě této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 BEZPEČNOST V MATEŘSKÉ ŠKOLE.....	15
1.1 BEZPEČNOST V RÁMCI LEGISLATIVY	15
1.1.1 Bezpečnost v kontextu RVP PV	16
1.2 PŘÍPRAVA UČITELŮ K ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNOSTI A PRVNÍ POMOCI	16
1.2.1 Příprava v rámci pedagogického studia	16
1.2.2 Příprava v rámci kurzů a školení.....	17
2 PRVNÍ POMOC V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH.....	19
2.1 CÍLE A ZÁSADY PŘI PRVNÍ POMOCI	19
2.1.1 Obecné zásady poskytování první pomoci.....	19
2.1.2 Legislativa poskytování první pomoci	20
2.2 ROZDĚLENÍ PRVNÍ POMOCI	20
2.2.1 Integrovaný záchranný systém.....	21
2.3 POVINNOSTI UČITELE PŘI ÚRAZU	22
2.3.1 Evidence školních úrazů	22
3 FYZIOLOGIE PŘEDŠKOLNÍHO DÍTĚTE	23
3.1 VÝVOJ DÍTĚTE	23
3.2 SPECIFIKA DĚTSKÉHO ORGANISMU PŘI POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI	23
4 KRIZOVÉ SITUACE V MŠ A JEJICH SPRÁVNÉ ŘEŠENÍ.....	25
4.1 PORANĚNÍ HLAVY.....	25
4.2 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE	26
4.3 KRVÁCENÍ.....	27
4.3.1 Krvácení z nosu.....	28
4.4 CIZÍ TĚLESO V DÝCHACÍCH CESTÁCH, NOSE A TRÁVICÍM TRAKTU	28
4.5 ZLOMENINY HORNÍ A DOLNÍ KONČETINY	29
4.6 BODNUTÍ HMYZEM (VOSA, VČELA, SRŠEŇ)	30
4.6.1 Anafylaktický šok	31
4.7 RÁNY	31
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	34
5.1 CÍLE VÝZKUMU	34
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
5.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY – HYPOTÉZY	34

5.4	METODA SBĚRU DAT	35
5.5	VÝZKUMNÝ VZOREK	36
6	ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	37
6.1	VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	37
7	VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ	61
8	DISKUSE	64
8.1	LIMITY VÝZKUMU	66
8.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	66
	ZÁVĚR	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM GRAFŮ	76
	SEZNAM TABULEK	77
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	78
	SEZNAM PŘÍLOH	79

ÚVOD

Téma připravenosti učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních zdravotních stavů u dětí předškolního věku jsem si zvolila na základě osobního zájmu o tuto problematiku, a také z přesvědčení o její zásadní důležitosti pro každodenní učitelskou praxi. V průběhu své odborné přípravy i osobních zkušeností jsem si opakovaně uvědomovala, jak křehké a zranitelné může být zdravé dítě a jak snadno může v prostředí mateřské školy dojít k úrazu či náhlé změně zdravotního stavu.

Děti předškolního věku jsou přirozeně aktivní, impulzivní a často postrádají schopnost odhadnout riziko. To klade zvýšené nároky na učitele a jejich připravenost adekvátně reagovat v neočekávaných a potenciálně ohrožujících situacích, protože jsou to často oni, kdo tuto základní pomoc poskytuje jako první. Právě jejich reakce mohou být rozhodující pro další vývoj zdravotního stavu dítěte, v krajním případě i pro jeho přežití. Z tohoto důvodu považuji za nezbytné, aby učitelé působící v mateřských školách disponovali nejen teoretickými znalostmi z oblasti první pomoci, ale také schopností zachovat klid, rychle se orientovat a účinně zasáhnout v krizové situaci.

Tato bakalářská práce si klade za cíl analyzovat úroveň připravenosti učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci, identifikovat typické úrazy a akutní stavy, se kterými se ve své praxi setkávají, a zhodnotit míru jejich znalostí v závislosti na délce pedagogické praxe. V teoretické části se věnuji vymezení pojmu první pomoc, charakteristice nejčastějších rizikových situací u dětí předškolního věku a rovněž právnímu rámci, který tuto oblast upravuje.

Výzkumné šetření je postaveno na kvantitativním přístupu a realizováno prostřednictvím strukturovaného dotazníku, který obsahuje celkem 30 otázek. Ty byly koncipovány tak, aby pokryly jak obecné informace o respondentech, tak především jejich teoretické znalosti v oblasti poskytování první pomoci při úrazech a akutních stavech u dětí. Výsledky jsou prezentovány v přehledných tabulkách a grafech, které umožňují rychlou orientaci ve zjištěných datech a podporují jejich srozumitelnou interpretaci. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že většina respondentů si uvědomuje důležitost znalostí první pomoci. Největší rezervy se objevily v reakcích na méně časté, ale rizikové situace, jako je například dušení nebo bezvědomí. Tyto poznatky poukazují na potřebu systematického a pravidelného vzdělávání pedagogů v oblasti první pomoci.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 BEZPEČNOST V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Učitelé nesou odpovědnost nejen za samotný vzdělávací proces, ale také za zajištění bezpečnosti dětí, které jim byly svěřeny (Kovaříková, 2017). Úrazy přitom představují nejčastější příčinu úmrtí v předškolním a školním věku, přičemž zhruba 84 % z nich si v dětských zařízeních vyžádá poskytnutí první pomoci. Včasná a správná intervence může v těchto situacích výrazně omezit riziko závažných zdravotních komplikací a zlepšit prognózu postiženého dítěte (Hassan et al., 2015). Z uvedených důvodů je důraz na otázky bezpečnosti a ochrany zdraví kladen nejen v samotné výchovně-vzdělávací činnosti, ale také v související školní dokumentaci (Drahokoupilová, 2007).

1.1 Bezpečnost v rámci legislativy

Zajištění bezpečnosti dětí v mateřských školách (dále jen MŠ) vyžaduje dodržování platných právních předpisů. Podle Zákona č. 561/2004 Sb. (2004) jsou školy povinny chránit zdraví a bezpečnost dětí při vzdělávání a zároveň zajišťovat informovanost v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví.

Konkrétně MŠ se řídí vyhláškou č. 14/2005 Sb. (2005), která stanovuje maximální kapacitu tříd na 24 dětí. Pokud je do třídy zařazeno dítě s podpůrným opatřením čtvrtého nebo pátého stupně, se snižuje kapacita o dvě děti za každé takové dítě. Pokud by však byly splněny požadavky na bezpečnost a byly by upraveny podmínky vzdělávání, umožní Zákon č. 561/2004 Sb. (2004) navýšení kapacity až na 28 dětí.

Podle § 5, odst. 2 vyhlášky č. 14/2005 Sb. (2005) stanovuje ředitel MŠ počet pedagogických pracovníků, kteří zajišťují dohled nad dětmi při aktivitách mimo prostor určený k vzdělávání. Na jednoho učitele MŠ tak může v běžné třídě připadnout až 20 dětí.

Povinnosti pedagogických pracovníků v oblasti bezpečnosti dětí vymezují různé právní předpisy. Mezi ně patří i vyhláška č. 160/2024 Sb. (2024) o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých, vyhláška č. 64/2005 Sb. (2005) o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů a vyhláška č. 263/2007 Sb. (2007), která stanovuje odpovědnost za bezpečnost dětí po celou dobu jejich pobytu ve školském zařízení i mimo něj.

1.1.1 Bezpečnost v kontextu RVP PV

Podmínky zajištění bezpečnosti v MŠ jsou vymezeny také v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV).

Například v oblasti **Dítě a jeho tělo** se doporučuje zařazovat aktivity zaměřené na poznávání lidského těla, ochranu zdraví a prevenci úrazů. V této oblasti by tak dítě mělo umět jednat tak, aby neohrožovalo své ani cizí zdraví.

Požadavky na bezpečnost jsou specifikovány také v kapitole **Podmínky předškolního vzdělávání**. Zde je stanoveno, že všechny prostory mateřské školy musí splňovat bezpečnostní a hygienické normy, týkající se čistoty, teploty či přítomnosti škodlivých látek. (NPI, 2025)

1.2 Příprava učitelů k zajištění bezpečnosti a první pomoci

Podle Metodického pokynu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2005) mají školy a školská zařízení povinnost zajistit, aby jejich zaměstnanci byli řádně seznámeni se zásadami poskytování první pomoci. Dále se doporučuje, aby byl na vhodném a dostupném místě umístěn seznam pracovníků, kteří absolvovali školení v této oblasti.

1.2.1 Příprava v rámci pedagogického studia

Středoškolské pedagogické studium

Výuka první pomoci na středních pedagogických školách se řídí Rámcovým vzdělávacím programem pro obor Předškolní a mimoškolní pedagogika. Vzdělávací oblast Vzdělávání pro zdraví se zaměřuje na rozvoj znalostí a dovedností nezbytných pro prevenci a aktivní péči o zdraví a bezpečnost.

Cílem je rozvoj praktických dovedností v poskytování první pomoci a schopnosti rozpoznat rizikové situace a adekvátně reagovat. Výuka zahrnuje teoretické poznatky o nejčastějších dětských úrazech a akutních stavech (jako je dušení, popáleniny, zlomeniny, febrilní křeče) i postupy při mimořádných událostech. (MŠMT, 2009)

Vysokoškolské studijní programy

Výuka první pomoci na vysokých školách je realizována v různé míře – na některých fakultách je tento předmět povinnou součástí studijního programu, zatímco jinde je nabízen pouze jako volitelný kurz nebo jako součást jiných předmětů. Cílem je prohloubit znalosti studentů v oblasti zdravotní péče a rozvíjet praktické dovednosti, zejména

v kardiopulmonální resuscitaci (KPR) a ošetření úrazů a akutních stavů u dětí. (Šáchová, 2008)

Na **Univerzitě Tomáše Bati** je výuka součástí předmětů *Medicínská propedeutika* a *Výchova ke zdraví*, které kombinují teorii s praktickým nácvikem (Univerzita Tomáše Bati, 2019). Pro porovnání je na **Masarykově univerzitě** je první pomoc zahrnuta v předmětu *Zdravotní problematika dětského věku*, jenž se věnuje také prevenci a hygieně (MUNI, 2024).

1.2.2 Příprava v rámci kurzů a školení

Vedle formálního vzdělávání mají pedagogové možnost doplnit své znalosti prostřednictvím odborných kurzů a školení zaměřených na první pomoc. Tyto programy organizují různé instituce a neziskové organizace.

Učíme první pomoc

Prvním z nich je vzdělávací projekt manželů Richterových, **Učíme první pomoc**, který vznikl v roce 2015 jako reakce na nedostatečnou praktickou přípravu studentů medicíny v oblasti první pomoci.

Jedním z nabízených kurzů je **První pomoc u dětí s lékařem**, jehož cílem je seznámit účastníky s řešením závažných zdravotních stavů. Kurz zahrnuje také praktický nácvik zástavy krvácení, což je klíčová dovednost při ošetřování dětských úrazů. Výuka probíhá pod vedením lékaře a využívá moderní výukové technologie, a to figuríny propojené s tabletem pro zpětnou vazbu o správnosti provedených úkonů. Délka kurzu činí 240 minut. (Richter & Richterová, n.d.)

Český červený kříž

Český červený kříž se dlouhodobě věnuje vzdělávání v oblasti první pomoci. Pro pedagogické pracovníky jsou relevantní zejména dva kurzy. (Český červený kříž, n.d.a)

První školení nese název *Základy první pomoci u dětí*, jenž je určené rodičům, prarodičům a pedagogickým pracovníkům všech typů škol. Tento kurz se zaměřuje na specifika poskytování první pomoci dětem a na nejčastější dětská onemocnění. Celková časová dotace kurzu činí 8 výukových hodin v jednom dni. (Český červený kříž, n.d.b)

Druhým kurzem je Základy první pomoci (ZNZZ) pro pedagogy, který je akreditován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Tento kurz je specificky zaměřen na první pomoc u dětí a má časovou dotaci 20 hodin. (Český červený kříž, n.d.a)

Zdravotníci, PrPom a ZDrSEM

Zdravotníci organizují certifikovaný interaktivní vzdělávací program, v délce trvání minimálně tři hodiny, který se zaměřuje zaměřený na akutní stavy a úrazy dětí. Kurz klade důraz na praktický nácvik resuscitace s využitím modelů a aplikací automatizovaného externího defibrilátoru. (Zdravotníci, 2015)

PrPom nabízí školení specificky zaměřené na první pomoc dětem v různých věkových kategoriích, od kojenců po starší děti. Jedná se o jednodenní kurz, který využívá interaktivní výuku a zahrnuje simulované krizové situace. Zvláštní důraz je kladen na specifika první pomoci u dětí do tří let věku. (PrPom, n.d.)

Nezisková organizace **ZDrSEM – první pomoc zážitkem z.s.** se věnuje vzdělávání v oblasti první pomoci již od roku 1996, kdy vznikla jako projekt Prázdninové školy Lipnice. Výuka probíhá formou realistických simulací a účastníci si osvojují dovednosti v prostředí co nejvěrněji napodobujícím reálné situace. (ZDrSEM První pomoc zážitkem, n.d.)

2 PRVNÍ POMOC V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH

Děti v MŠ jsou vystaveny riziku různých úrazů, mezi něž patří zejména pády (Benešová, 2013), poranění ostrými předměty, popáleniny či dušení (Srnský, 2007). S ohledem na skutečnost, že lze většině těchto incidentů předcházet, zůstává prevence zásadním prvkem bezpečnosti v předškolním vzdělávání (Benešová, 2013). Mezi hlavní příčiny úrazů patří nejen přirozená aktivita dětí, ale také nedostatečný dohled dospělých (Srnský, 2007).

Poskytnutí první pomoci může významně ovlivnit výsledek akutní situace a přispět k záchraně lidského života (Bollig et al., 2009). V případě úrazu či akutního zdravotního stavu je klíčové poskytnout první pomoc. Ta je definována jako „soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky poškození“ (Kelnarová et al., 2012, s. 10). První pomoc se zpravidla poskytuje s využitím minimálních prostředků, zejména obsahu lékárničky (Petržela, 2016), přičemž je kladen důraz na rychlost a efektivitu zásahu (Haluzíková, 2023).

2.1 Cíle a zásady při první pomoci

Cílem první pomoci je poskytnout postiženému včasnou a adekvátní intervenci (Haluzíková, 2023), zajistit jeho bezpečnost i bezpečnost záchránce a minimalizovat riziko komplikací (Kelnarová et al., 2012). Nezbytnou součástí první pomoci je aktivace záchranného řetězce, která umožňuje rychlé zapojení odborné zdravotnické péče (Petržela, 2016). Prevence šokového stavu a dalších zdravotních komplikací (Kelnarová et al., 2012) přispívá k lepší prognóze postiženého (Petržela, 2016).

Zásady první pomoci směřují k minimalizaci zdravotních komplikací a zajištění podmínek pro odbornou péči (Bydžovský, 2011). Měly by vycházet z aktuálních vědeckých poznatků (Zideman, 2021) a zahrnovat kontakt s postiženým, psychickou podporu i zajištění tepelného komfortu (Haluzíková, 2023).

2.1.1 Obecné zásady poskytování první pomoci

Při poskytování první pomoci je klíčové jednat nepromyšleně, neboť „nejhorší je nedělat nic“ (Bydžovský, 2011, s. 31). Včasný zásah snižuje riziko komplikací a usnadňuje odbornou péči (Haluzíková, 2023). Pokud si tedy záchránce není jistý postupem, může nastat situace, kdy jej zahltní obavy či bariéry (viz příloha P I). V každém případě je při sebemenších pochybnostech důležité okamžitě kontaktovat zdravotnickou záchrannou službu (dále jen ZZS). Je tomu tak, protože nevhodný zásah, bez přílišné rozvahy, může stav

postiženého zhoršit (Bydžovský, 2011). V oblasti efektivity úkonu může hlasité přivolání pomoci zvýšit šanci na rychlou asistenci a zapojení přítomných osob (Haluzíková, 2023). Naopak pasivní přihlížející je vhodné požádat, aby se vzdálili, čímž se sníží rušivé vlivy (Bydžovský, 2011).

Při základním vyšetření postiženého je nejprve nutné zjistit, zda nedošlo k život ohrožujícím stavům, jako jsou masivní krvácení, bezvědomí nebo poruchy dýchání (Bernatová, 2022). Poté se hodnotí kvalita dýchání, barva kůže, přítomnost poranění, stav očí, tepová frekvence a úroveň vědomí (Bydžovský, 2011).

2.1.2 Legislativa poskytování první pomoci

V České republice (dále jen ČR) je poskytování první pomoci legislativně ukotveno v Zákoně č. 40/2009 Sb. Zde je uvedeno, že každý, kdo se ocitne v situaci, kdy je jiná osoba v přímém ohrožení života či zdraví, je povinen poskytnout nezbytnou pomoc, pokud tím neohroží vlastní bezpečnost nebo bezpečnost dalších osob (Haluzíková, 2023). V případě, že jedinec neposkytne první pomoc, jedná se o trestný čin (Kelnarová et al., 2012) a hrozí mu tak dle trestního zákoníku odnětí svobody až na dva roky (Zákon č. 40/2009 Sb., 2009).

Další právní úpravy týkající se první pomoci jsou zakotveny v zákoníku práce (Franěk & Trčková, 2014), v němž mají zaměstnavatelé povinnost zajistit odpovídající počet vyškolených zaměstnanců, kteří budou schopni organizovat první pomoc a přivolat ZZS. Počet těchto osob se odvíjí od charakteru práce a velikosti pracoviště. Zaměstnavatel je rovněž odpovědný za celkovou bezpečnost a ochranu zdraví při práci, včetně zajištění školení v oblasti BOZP (Zákon č. 262/2006 Sb., 2006).

Specifická pravidla pro poskytování první pomoci ve školách upravuje Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2005). Článek 8 tohoto dokumentu zdůrazňuje povinnost škol a institucí zajišťujících praktickou výuku vytvořit podmínky pro včasné poskytnutí první pomoci i následného lékařského ošetření v případě úrazů či akutních zdravotních komplikací.

2.2 Rozdělení první pomoci

Haluzíková (2023) rozděluje první pomoc do čtyř kategorií: základní, technické, odborné přednemocniční a nemocniční. **Základní první pomoc** zahrnuje klíčové úkony k ochraně života, **technická** je spojena s bezpečností postiženého a provádějí ji složky IZS. **Odborná**

přednemocniční péče zahrnuje lékařské zásahy a transport, na které navazuje **nemocniční léčba**.

Kelnarová et al. (2012) členění zjednodušují na laickou pomoc, zaměřenou na rychlou reakci a přivolání odborné pomoci, a profesionální přednemocniční péči, následovanou péčí nemocniční.

I přesto, že oba přístupy zdůrazňují význam přednemocniční i nemocniční péče, liší se v rozsahu a pojetí kategorií. Zatímco Haluzíková (2023) vymezuje technickou pomoc samostatně, model Kelnarové et al. (2012) se zaměřuje na rozlišení mezi laickou a profesionální pomocí. Oba pohledy se vzájemně doplňují a reflektují různé aspekty poskytování první pomoci.

2.2.1 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém (dále jen IZS) je legislativně vymezen Zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů (Kelnarová et al., 2012). Tento zákon stanovuje základní pojmy, strukturu složek IZS a jejich působnost (Vilášek et al., 2022). Tento systém zajišťuje nepřetržitou pohotovost (Kelnarová et al., 2012) a koordinaci složek při řešení mimořádných událostí (Vilášek et al., 2022), jako jsou povodně, požáry, dopravní nehody či ekologické havárie (Šín, 2019). Pro zajištění rychlé a účinné reakce jsou jeho síly a prostředky rozmístěny po celém území ČR (Kelnarová et al., 2012).

Zákon č. 239/2000 Sb. (2000) definuje základní složky IZS, mezi které patří: Hasičský záchranný sbor ČR, jednotky požární ochrany zařazené v plošném pokrytí území kraje, Policie ČR, ZZS.

Kromě těchto základních složek Haluzíková (2023) uvádí také ostatní složky IZS, mezi které patří vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany.

V případě rozsáhlých krizových situací může IZS spolupracovat s dalšími organizacemi, jako jsou Armáda ČR, Český červený kříž, Vodní záchranná služba, Horská služba či Svaz záchranných brigád kynologů ČR. (Šín, 2019)

2.3 Povinnosti učitele při úrazu

Školy a pedagogičtí pracovníci mají povinnost zajistit podmínky pro včasné poskytnutí první pomoci a lékařského ošetření v případě úrazu nebo náhlého onemocnění dítěte. Součástí této odpovědnosti je také adekvátní rozmístění lékárníček, aby byly snadno dostupné (Dandová, 2008). Povinnost poskytování první pomoci se vztahuje nejen na výuku, ale také na školní výlety nebo pobyt na školní zahradě (Kocián, 2013).

2.3.1 Evidence školních úrazů

V případě úrazu dítěte musí vedoucí zaměstnanec školy zajistit objektivní zjištění jeho příčin a případně přijmout opatření k jejich odstranění. Tento postup upravuje vyhláška č. 64/2005 Sb., o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů. (Dandová, 2008)

Dandová (2008) ve svém díle také zmiňuje knihu úrazů, která /zdůrazňuje, že kniha úrazů představuje významný prvek v oblasti evidence a prevence školních úrazů. Do knihy úrazů se evidují veškerá poranění vzniklá v průběhu aktivit organizovaných mateřskou školou (Kocián, 2013). Podle vyhlášky č. 64/2005 Sb. (2005) je její obsah definován v § 1 následujícím způsobem:

„(1) V knize úrazů se evidují všechny úrazy dětí, žáků a studentů (dále jen „úraz“), ke kterým došlo při činnostech uvedených v § 29 odst. 2 školského zákona, a to nejpozději do 24 hodin od okamžiku, kdy se škola nebo školské zařízení o úrazu dozví.

(2) V knize úrazů se uvede

a) pořadové číslo úrazu,

b) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození zraněného,

c) popis úrazu,

d) popis události, při které k úrazu došlo, včetně údaje o datu a místě události,

e) zda a kým byl úraz ošetřen,

f) podpis zaměstnance právnické osoby vykonávající činnost školy nebo školského zařízení, který provedl zápis do knihy úrazů,

g) další údaje, pokud jsou potřebné k sepsání záznamu o úrazu.

(3) Osobní údaje, které jsou součástí knihy úrazů, mohou být zpracovávány pouze za účelem evidence úrazů, popřípadě jako podklad pro vyhotovení záznamu o úrazu.“

3 FYZIOLOGIE PŘEDŠKOLNÍHO DÍTĚTE

Předškolní věk je obvykle vymezován obdobím mezi třetím a šestým rokem života (Smolík, 2017). Jednotlivé vývojové etapy však nelze striktně oddělit, protože vývoj dítěte probíhá plynule a není možné jej posuzovat pouze na základě chronologického věku (Stožický, 2015).

Podle Stožického (2015) spadá batolecí období do užšího časového rozmezí mezi druhým a třetím rokem života. Předškolní věk v jeho pojetí zahrnuje čtvrtý a pátý rok, zatímco šestileté děti již řadí do mladšího školního věku. Naproti tomu Vágnerová a Lisá (2021) definují batolecí období širěji – od jednoho do tří let a předškolní věk pak dle jejich názoru trvá od tří do šesti až sedmi let. Klíčovým rozdílem mezi těmito pojetími je skutečnost, že hranice předškolního období není určována pouze chronologickým věkem dítěte, ale i sociálními faktory, zejména nástupem do školy.

3.1 Vývoj dítěte

Batolecí období

V batolecím věku (1–3 roky) se tempo růstu zpomaluje. Roční přírůstek hmotnosti se pohybuje mezi 2–3 kg, zatímco výška se ve druhém roce zvyšuje průměrně o 11 cm a ve třetím roce o 9 cm (Stožický, 2015). Postava batolete je robustní, s kratšími končetinami (Pastucha, 2024), mírnou lordózou páteře a relativně větším objemem břicha (Stožický, 2015). V tomto období pokračuje vývoj orgánových systémů a růst mozku, což hraje klíčovou roli v kognitivním a psychomotorickém rozvoji dítěte (Pastucha, 2024).

Předškolní období

V předškolním věku dochází k dalším změnám v tělesném vývoji, avšak růstové tempo je nižší než v předchozích fázích. Roční přírůstek hmotnosti činí přibližně 1–2 kg a výšky 4–5 cm (Pastucha, 2024). Postava dítěte se stává štíhlejší, tělesné proporce se postupně vyrovnávají. Zpomaluje se růst lebky a zvětšuje se obličejová část, což souvisí s vývojem čelistí a prořezáváním zubů (Stožický, 2015). V tomto období, tedy obvykle mezi pátým a sedmým rokem, pak nastává první výměna mléčného chrupu za trvalý (Thorová, 2015).

3.2 Specifika dětského organismu při poskytování první pomoci

Dětský organismus se výrazně liší od dospělého a nelze jej vnímat pouze jako jeho zmenšenou verzi (Vodička & Vopasek, 2022). Tyto rozdíly jsou nejvýraznější u nejmladších

věkových skupin (Nováková, 2012) a mají zásadní dopad na průběh onemocnění, úrazů i volbu postupů (Mixa, 2023).

Jednou z klíčových oblastí je kardiovaskulární systém, v němž je u dětí specificky vyšší klidová tepová frekvence (Vodička & Vopasek, 2022). Ta se pro představu u pětiletých dětí pohybuje mezi 90–100 tepy za minutu (Mixa, 2023) a s věkem postupně klesá (Vodička & Vopasek, 2022). Krevní tlak v tomto věku dosahuje přibližně 80–100/55–65 mmHg (megahertzů) (Nováková, 2012). Objem cirkulující krve se také mění v závislosti na věku. V batolecím období činí průměrně 75 ml/kg tělesné hmotnosti, zatímco ve školním věku klesá na 70 ml/kg (Vodička & Vopasek, 2022).

Respirační systém dětí se vyznačuje užšími dýchacími cestami a křehkou sliznicí, která je náchylnější k otokům a krvácení (Vodička & Vopasek, 2022). Klidová dechová frekvence u pětiletých dětí se pohybuje mezi 18–22 dechy za minutu a jejich dechový objem se udává přibližně v rozmezí 200–350 ml (Nováková, 2012).

Dalším významným rozdílem je termoregulace, kdy má dětský organismus méně stabilní schopnost regulovat tělesnou teplotu než organismus dospělého. Normální tělesná teplota se pak u dětí pohybuje mezi 36,3–37,3 °C. (Mixa, 2023)

4 KRIZOVÉ SITUACE V MŠ A JEJICH SPRÁVNÉ ŘEŠENÍ

Ve školním roce 2023/2024 bylo České školní inspekci (ČŠI) nahlášeno celkem 44 786 školních úrazů, což je ve srovnání s předchozím rokem o 481 případů méně. S ohledem na výskyt však bylo v mateřských školách zaznamenáno celkem 1 874 úrazů, což se ukázalo jako nejvyšší hodnota od počátku měření – tedy od školního roku 2012/2013.

Mezi nejčastější typy poranění patří poranění horní končetiny, které se dlouhodobě vyskytuje nejfrekventovaněji. Závažným problémem je však vysoký podíl úrazů hlavy, které mohou mít vážné zdravotní důsledky. Jak uvádí ČŠI (2024, s. 254): „Znepokojivým zjištěním je dlouhodobě vysoký podíl úrazů hlavy u dětí v MŠ, a to vzhledem k obecně vyšší nebezpečnosti a potenciálně mnohem závažnějším důsledkům takových úrazů pro zdraví dětí.“

4.1 Poranění hlavy

Úrazy hlavy patří mezi nejzávažnější oblasti dětské traumatologie (Srnský, 2007). Mezi nejčastější příčiny poranění v předškolním věku patří pády, sportovní úrazy (Dissou & Lux, 2023), nárazy ostrými či tupými předměty a komprese lebky (Srnský, 2007).

Podle závažnosti lze poranění mozku rozdělit do tří stupňů. Otřes mozku (komoce) je nejlehčí formou poranění, projevuje se bolestmi hlavy (Miženkova et al., 2022), závratěmi a krátkodobou amnézií. Nedochozí při něm k trvalému poškození mozkové tkáně (Srnský, 2007). Závažnější formou je stlačení mozku (komprese) (Haluzíková, 2023), které vzniká v důsledku krvácení a vede k utlačení mozkové tkáně. Tento stav vyžaduje okamžitou lékařskou intervenci (Srnský, 2007) a může se projevovat hlubokým bezvědomím nebo kómatem (Haluzíková, 2023). Nejzávažnějším poraněním je zhmoždění mozku (kontuze), při kterém dochází k mechanickému poškození mozkové tkáně. Tento stav bývá provázen dlouhodobým bezvědomím a může vést k trvalým následkům (Haluzíková, 2023), jako jsou poruchy hybnosti, řeči či citlivosti (Seidl, 2008).

První pomoc

Každé poranění hlavy je nutné brát vážně, protože i lehká komoce může vést k pozdějším komplikacím (Srnský, 2007). Největší riziko představuje vnitřní krvácení, které lze diagnostikovat pouze zobrazovacími metodami, jako je CT (výpočetní tomografie) či magnetická rezonance (Kolek, 2022).

Dítě s podezřením na poranění mozku vyžaduje vždy neodkladné lékařské vyšetření (Franěk & Trčková, 2014). Pokud je dítě při vědomí, mělo by být uloženo do vodorovné polohy s mírně podloženou hlavou (Srnský, 2007) a na poraněné místo by měl být přiložen chladný obklad, aby se zmírnil otok (Haluzíková, 2023). Podávání tekutin, jídla či léků je zakázáno, aby se předešlo komplikacím. Pokud dítě upadne do bezvědomí nebo se objeví jakákoli porucha vědomí, je nezbytné okamžitě kontaktovat ZZS (Srnský, 2007).

4.2 Kardiopulmonální resuscitace

Zástava oběhu u dětí je nejčastěji důsledkem respiračního selhání, které vede k nedostatečnému okysličení krve a plic (Haluzíková, 2023). V takové situaci je nezbytné neprodleně zahájit kardiopulmonální resuscitaci, která začíná pěti úvodními umělými vdechy (Djakow, 2018). U malých dětí se při této metodě využívá technika vdechnutí vzduchu z úst záchránce do nosu dítěte (Haluzíková, 2023).

Komprese hrudníku je třeba provádět frekvencí 100–120 stlačením za minutu (Djakow, 2018). Poměr kompresí k umělým vdechům není v odborné literatuře zcela jednotný – zatímco Haluzíková (2023) doporučuje poměr 30:2 pro školené záchránce a 15:2 pro laiky, Djakow (2018) uvádí výhradně poměr 15:2.

Specifika KPR u dětí

Před zahájením umělého dýchání je nutné zajistit průchodnost dýchacích cest záklonem hlavy s přizvednutím brady (Kelarová et al., 2012). Pokud je přítomna překážka, je nutné ji odstranit. V případech, kdy nelze zprůchodnit dýchací cesty záklonem hlavy, se doporučuje předsunutí dolní čelisti (Haluzíková, 2023). Pokud však dítě nejeví známky života, jako je spontánní dýchání či pohyb, je nutné okamžitě zahájit srdeční masáž (Djakow, 2018).

U dětí starších jednoho roku se srdeční masáž provádí s ohledem na anatomická specifika hrudníku. Jeden prst se umístí nad mečovitý výběžek hrudní kosti, nad něj se položí dlaň záchránce (Haluzíková, 2023). Každé stlačení by mělo hrudní kost prohnout do hloubky odpovídající jedné třetině hrudníku (Djakow, 2018). U větších dětí lze resuscitaci provádět oběma rukama stejně jako u dospělých (Haluzíková, 2023).

4.3 Krvácení

U dětí tvoří krev přibližně 8 % tělesné hmotnosti, přičemž její ztráta o jednu třetinu může vést k rozvoji šoku a ohrožení života (Srnský, 2007), které vyžaduje okamžitý zásah. (Haluzíková, 2023). Základním opatřením při krvácení je jeho rychlé zastavení a včasné přivolání odborné pomoci (Farxodjon Rustamovich, 2024).

Podle typu postižené cévy se rozlišuje arteriální, venózní a kapilární krvácení (Kelarová et al, 2012). **Arteriální** (tepenné) krvácení je charakteristické jasně červenou, okysličenou krví, která z rány vystřikuje pod tlakem (Haluzíková, 2023). **Venózní** (žilní) krvácení se projevuje tmavě červenou krví, která vytéká plynule bez pulzace, přičemž obvykle nepředstavuje bezprostřední ohrožení života (Srnský, 2007). **Kapilární** (vlásečnicové) krvácení je nejméně závažné (Farxodjon Rustamovich, 2024), neboť se vyznačuje pomalým vytékáním jasně červené krve s nízkou intenzitou (Haluzíková, 2023).

Kelarová et al. (2012) i Haluzíková (2023) dělí krvácení také **podle intenzity** na malé, střední a velké a **podle směru** na zevní (krev uniká z těla) a vnitřní (dochází k hromadění krve v tělních dutinách). Další rozlišení se týká úrazového a neúrazového krvácení.

První pomoc

Poraněné dítě by mělo být uvedeno do sedu nebo lehu, přičemž krvácející část těla by měla být zvednuta nad úroveň srdce (Srnský, 2007). Po určení typu krvácení se přistupuje k jeho zástavě, přičemž se nejčastěji využívá tlakový obvaz (Haluzíková, 2023). Tento postup je účinný pro většinu arteriálních a všech venózních krvácení (Srnský, 2007).

V případě život ohrožujícího krvácení z významné tepny je nutné okamžitě stlačit postiženou tepnu prsty přímo v ráně (Srnský, 2007). Jakmile je krvácení pod kontrolou, lze na poraněné místo aplikovat tlakový obvaz (Truhlář et al., 2021). Pokud ke krvácení dochází na periferii končetiny, může pomoci stlačení tlakového bodu (Srnský, 2007), kdy se tepna dočasně přitlačí proti kosti v její blízkosti (Farxodjon Rustamovich, 2024).

Použití škrtidla je krajním opatřením, ke kterému se přistupuje pouze tehdy, pokud standardní metody selhaly. Aplikuje se výhradně na horní nebo dolní končetinu (Truhlář et al., 2021), přičemž jeho nesprávné použití může vést k nevratnému poškození tkáně. Tato chyba se může následně projevit například tmavým zbarvením končetiny (Bureš, 2013, podle Haluzíkové, 2023).

4.3.1 Krvácení z nosu

Krvácení z nosu je častým problémem (Tunkel et al., 2020), který se u dětí obvykle vyskytuje v důsledku mechanického poškození sliznice cizím předmětem (Srnský, 2007), úrazem nebo tupým úderem (Kolek, 2022). Méně časté, ale závažnější příčiny zahrnují zvýšenou křehkost cév nosní sliznice nebo chronické zánětlivé změny (Srnský, 2007). Krvácení může být také spojeno s poruchami krevní srážlivosti, traumatickým poraněním či zlomeninami spodiny lebeční (Kelnarová et al., 2012).

První pomoc

Dítě by mělo být usazeno s mírným předklonem hlavy. Nozdry je nutné stlačit palcem a ukazováčkem pod kořenem nosu po dobu deseti minut. Současně se na zátylek a čelo přikládá studený obklad (Petržela, 2016). Podle Kelnarové et al. (2012) lze chladit i oblast nosu, přičemž by dítě mělo dýchat ústy. Pokud krvácení neustane, postup se zopakuje (Petržela, 2016). V případě pokračujícího nebo masivního krvácení je nutné kontaktovat ZZS (Kelnarová et al., 2012).

4.4 Cizí těleso v dýchacích cestách, nose a trávicím traktu

U kojenců a batolat dochází často k vniknutí cizích těles do organismu (Dissou & Miklošová, 2023), zejména při hře, kdy si děti vkládají drobné předměty do úst, nosu či uší nebo je neúmyslně polykají. Mezi nejčastější cizí tělesa patří části potravin, korálky, mince a malé hračky. Nejzávažnější komplikací je vdechnutí (Srnský, 2007), které může vést k obstrukci dýchacích cest (Dissou & Miklošová, 2023).

Vdechnutí (aspirace) cizího tělesa způsobuje náhlou dušnost. Při částečné obstrukci dýchacích cest dochází ke kašli a kokrhavému zvuku při nádechu, zatímco úplná obstrukce znemožňuje dýchání i kašel a může vést ke ztrátě vědomí (Kurzová, 2019, podle Haluzíková, 2023). Největší riziko představuje zaklínění tělesa v nejužších částech dýchacího ústrojí či tlak cizího tělesa v jícnu na dýchací cesty (Dissou & Miklošová, 2023).

Cizí těleso v nose je u dětí běžné a zpočátku nezpůsobuje obtíže, avšak může vést k omezení průchodnosti dýchacích cest či krvácení. (Srnský, 2007)

Polknutí cizího tělesa patří mezi časté dětské nehody (Heinige, 2023). Nejčastěji se jedná o mince, části hraček, baterie nebo ostré předměty (Srnský, 2007). Konkrétně diskové baterie mohou způsobit chemické poleptání a magnetické předměty zase nekrózu střevní stěny (Karásková et al., 2021). Klinické projevy zahrnují nadměrné slinění, poruchy

polykání, bolestivý kašel či bolest za hrudní kostí, avšak někteří pacienti mohou být bez příznaků. Přibližně 80–90 % spolknutých těles projde trávicím traktem bez zásahu, ale při požití ostrých či magnetických předmětů je nutné okamžité odborné vyšetření (Heinige, 2023).

První pomoc

Vdechnutí cizího tělesa může vést k obstrukci dýchacích cest. První reakcí by měl být intenzivní kašel, který často umožní samovolné odstranění překážky (Dissou & Miklošová, 2023). Pokud však dojde k těžké obstrukci provádí se pět úderů dlaní mezi lopatky. Pokud tato metoda selže, následuje Heimlichův manévr (Kurzová, 2019, podle Haluzíková, 2023) a v krajním případě, tedy v bezvědomí je nutné okamžitě zahájit komprese hrudníku (Dissou & Miklošová, 2023), které mohou přispět k uvolnění překážky. Resuscitace se provádí nepřetržitě až do obnovení spontánního dýchání nebo do příjezdu ZZS (Kurzová, 2019, podle Haluzíková, 2023).

Při **přítomnosti cizího tělesa v nose** není doporučeno odstraňovat předmět laickou cestou, ale spíše by mělo být dítě vedeno k jeho vysmrkání. Pokud se předmět neuvolní, je nezbytné odborné vyšetření. (Srnský, 2007)

Při podezření na **požití cizího tělesa** je nutné neprodleně kontaktovat lékaře a konzultovat další postup (Srnský, 2007). Pacienti, kteří pozřeli rizikové cizí těleso, by měli být transportováni na specializované pracoviště, i pokud jsou asymptomatictí (Heinige, 2023). Při komplikacích, jako jsou bolesti břicha, krev ve stolici, zvracení, horečka nebo celkové zhoršení stavu, je nutné okamžité lékařské vyšetření (Srnský, 2007).

4.5 Zlomeniny horní a dolní končetiny

Zlomeniny jsou poraněním kostí, při nichž dochází k narušení jejich celistvosti vlivem přímého či nepřímého mechanického působení (Haluzíková, 2023). Nejčastěji k nim dochází při pádech, dopravních nehodách nebo při sportu (Fabichová, 2023). Mezi typické projevy zlomenin patří křupnutí při poranění (Kolek, 2022), viditelná deformace končetiny (Srnský, 2007), otok, hematom a u otevřených zlomenin také přítomnost kostního úlomku v ráně (Haluzíková, 2023).

Zlomeniny dělíme na uzavřené a otevřené. **Uzavřené zlomeniny** jsou charakterizovány porušením kosti, ale kožní kryt zůstává neporušený. Projevují se bolestí, hematodem

a poruchou funkce končetiny. **Otevřené zlomeniny** zahrnují narušení kůže a měkkých tkání, kdy ostré okraje kosti způsobují krvácení (Haluzíková, 2023).

První pomoc

Při první pomoci je důležité zajistit postiženému klidovou polohu a stabilizovat poraněnou končetinu (Fabichová, 2023). U uzavřených zlomenin se používají dlahy, které by měly přesahovat sousední klouby (Haluzíková, 2023). U zlomenin horní končetiny je vhodné fixovat ruku v ohnuté poloze pomocí šátkového závěsu (Srnský, 2007).

Otevřené zlomeniny vyžadují sterilní krytí rány a ošetření kostních úlomků pomocí gázy, která by měla být vyšší než vystupující úlomky (Haluzíková, 2023). Pohyb končetiny je třeba omezit a minimalizovat riziko infekce (Srnský, 2007). Postiženému se nedoporučuje podávat tekutiny ani jídlo, aby se předešlo komplikacím při lékařském ošetření (Kolek, 2022).

4.6 Bodnutí hmyzem (vosa, včela, sršeň)

Kousnutí a bodnutí hmyzem jsou běžné úrazy, které postihují všechny věkové skupiny, včetně dětí (Černá, 2023). Bodnutí včelou, vosou nebo sršněm je obvykle bolestivé, ale většinou neohrožuje život (Lánská, 2018). Život ohrožující alergické reakce postihují přibližně 1 % populace (Bydžovský, 2011).

Bodnutí hmyzem obvykle vyvolává lokální bolest, pálení, zarudnutí a mírný otok v místě vpichu (Lánská, 2018). Zesílená lokální reakce může vést k rozsáhlejšímu otoku přesahujícímu 10 cm v průměru (Thon, 2010). V závažnějších případech může dojít k nevolnosti nebo zvracení. Kritickým stavem je bodnutí do krku, úst či jazyka, kde může otok vést k dušení. Celková reakce může zahrnovat poruchu vědomí nebo kolaps (Černá, 2023), přičemž anafylaktický šok představuje bezprostřední ohrožení života (Thon, 2010).

První pomoc

Při bodnutí hmyzem je důležité co nejrychleji odstranit žihadlo, ideálně jemným seškrábnutím nehtem nebo plastovou kartou (Lánská, 2018), protože jedový váček může nadále vylučovat jed do tkáně (Steen et al., 2005). Místo bodnutí je doporučeno chladit po dobu přibližně 20 minut, aby se zmírnil otok a bolest. Při bodnutí do ústní dutiny pomáhá ochlazení kostkou ledu, což snižuje riziko otoku dýchacích cest (Lánská, 2018). Pokud bolest, otok nebo zhoršení stavu přetrvávají, je nutné vyhledat lékařskou pomoc. U alergiků je nezbytné okamžitě aplikovat adrenalinové pero do svalu (Bydžovský, 2011).

V případech rozsáhlé alergické reakce, mnohonásobného bodnutí nebo bodnutí do rizikových oblastí, jako jsou ústa či krk, je nezbytné okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. (Černá, 2023)

4.6.1 Anafylaktický šok

Anafylaxe je závažný, život ohrožující stav, který se vyznačuje rychlým nástupem klinických příznaků a může vést až k úmrtí. Nejzávažnější formou tohoto stavu je anafylaktický šok (Krčmová & Novosad, 2019), jenž postihuje dýchací cesty a oběhový systém. Často je doprovázen změnami na kůži a sliznicích (Kučera, 2019, podle Haluzíkové, 2023). Tento akutní stav je vyvolán imunitní reakcí organismu na kontakt s alergenem (Haluzíková, 2023), což vede k přehnané alergické reakci (Černá, 2023).

Klinické příznaky anafylaktické reakce se objevují v průběhu několika sekund až minut po expozici alergenu (Haluzíková, 2023) a zahrnují nadměrné slzení, kýchání (Srnský, 2007), zarudnutí, svědění kůže a její zvýšenou teplotu (Haluzíková, 2023). Tento stav vede k celkové slabosti a může vyústit až v kolaps (Srnský, 2007).

První pomoc

Pokud se objeví podezření na anafylaktickou reakci, je klíčové okamžitě přivolat ZZS (Haluzíková, 2023) a informovat operátora, že se jedná o závažnou alergickou reakci (Srnský, 2007). Základní opatření jsou obdobná jako u traumatického šoku. Postižené dítě by mělo být uloženo do polohy vleže na zádech (Srnský, 2007). Při dušnosti je třeba přistoupit k polosedu a v případě poruchy vědomí umístit postiženého do zotavovací polohy (Haluzíková, 2023).

Na oblast krku je nutné přikládat ledový obklad a doporučuje se cucání ledu, aby se snížilo riziko otoku dýchacích cest. Je rovněž nezbytné minimalizovat další vstřebávání alergenu, postiženého neustále uklidňovat a sledovat jeho stav. (Haluzíková, 2023)

4.7 Rány

Rány představují porušení celistvosti kůže nebo sliznice, doprovázené bolestí a krvácením. Mohou vést k vykrvácení, infekci nebo poruše funkce životně důležitých orgánů (Haluzíková, 2023).

Rány se klasifikují podle příčiny a hloubky poškození. Haluzíková (2023) a Kelnarová et al. (2012) je vymezují z hlediska původu a z hlediska hloubky následovně. **Podle původu** je možné je rozdělit na mechanická poranění, jako jsou řezné rány či odřeniny. Dalšími příčinami mohou být extrémní teploty vedoucí k popáleninám nebo omrzlinám, nebo chemické látky způsobující poleptání. **Z hlediska hloubky** se rány dělí na povrchové, hluboké a penetrující, přičemž u penetrujících ran dochází k průniku více vrstvami tkáně.

První pomoc při ranách mechanickým násilím

Ošetření ran by mělo vždy probíhat podle základních zásad. Postižený musí být uložen do vhodné polohy, rána by měla být dezinfikována a následně překryta sterilním krytím. Poškozenou část těla je třeba znehybnit, například pomocí trojcípého šátku. (Haluzíková, 2023)

Povrchové rány se hojí přibližně tři týdny, přičemž pokud nejsou kryté, vytvoří se strup (Koutná, 2016). Kontaminované rány je nutné opláchnout proudem vody, přičemž pevně ulpívající částice, jako je písek, je potřeba jemně odstranit kartáčkem. Po očištění ránu vyplachujeme po dobu 5–10 minut. Nedostatečné odstranění cizorodého materiálu zvyšuje riziko infekce (Bureš, 2013, podle Haluzíkové, 2023).

První pomoc při omrzlinách

Při omrzlinách je důležité co nejdříve opustit chladné prostředí a postupně zahřívat omrzlé místo ponořením do vody. Lehčí omrzliny lze ošetřit gely na popáleniny, zatímco závažnější případy vyžadují odborné lékařské ošetření. (Kolek, 2022)

První pomoc při popáleninách

U popálenin velkého rozsahu je nezbytné okamžité chlazení postižené tkáně. Tímto způsobem lze omezit celkový rozsah poškození, zmírnit bolest a zabránit vzniku šokového stavu (Srnský, 2007). Chladicí proces by měl trvat minimálně 20 minut a je nutné přivolat ZZS (Kolek, 2022).

Menší popáleniny je možné chladit studenou vodou o teplotě 10–15 °C (Srnský, 2007) a následně aplikovat popáleninový gel. Puchýře je doporučeno zakrýt sterilní gázou nebo náplastí a pokračovat v chlazení pomocí chladivých obkladů (Kolek, 2022).

Po ošetření je vhodné znehybnit poraněnou horní končetinu pomocí šátkového závěsu, zatímco dolní končetina by měla zůstat v natažené poloze s mírným podložením. (Srnský, 2007)

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Podobně jako teoretická část této bakalářské práce je i část praktická zaměřena na problematiku připravenosti učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních stavů u dětí. Výzkum byl realizován prostřednictvím online dotazníku, který byl distribuován mezi učitele mateřských škol. Cílem šetření bylo nejen ověřit úroveň teoretických znalostí respondentů v oblasti první pomoci, ale také získat informace o jejich předchozích zkušenostech s absolvováním kurzů první pomoci. Součástí výzkumu byla rovněž snaha identifikovat nejčastější typy úrazů, se kterými se učitelé v praxi setkávají a zmapovat jejich připravenost na tyto situace adekvátně reagovat.

5.1 Cíle výzkumu

Na základě teoretických východisek uvedených v předchozí části této bakalářské práce byl stanoven hlavní výzkumný cíl, kterým je analyzovat, jak jsou učitelé mateřských škol připraveni k poskytování první pomoci při úrazech a akutních stavech u dětí. Tento hlavní cíl je dále rozpracován do dvou dílčích výzkumných cílů:

- Porovnat úroveň znalostí první pomoci u učitelů mateřských škol v závislosti na délce jejich pedagogické praxe.
- Zjistit s jakými akutními stavy a úrazy se učitelé setkávají v praxi nejčastěji.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaká je připravenost učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci při úrazech a akutních stavech u dětí?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jak se liší úroveň znalostí první pomoci u učitelů mateřských škol v závislosti na délce jejich pedagogické praxe?
- S jakými akutními stavy a úrazy se učitelé setkávají v praxi nejčastěji?

5.3 Výzkumné předpoklady – hypotézy

- Většina učitelů mateřských škol disponuje znalostmi a dovednostmi potřebnými k poskytnutí první pomoci při úrazech a akutních stavech u dětí.

- Učitelé s delší pedagogickou praxí mají lepší úroveň znalostí první pomoci nežli učitelé s kratší pedagogickou praxí.
- Učitelé mateřských škol se častěji setkávají s drobnými poraněními nežli s akutními stavy.

5.4 Metoda sběru dat

Pro praktickou část této bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie, kterou Žumárová (2011) charakterizuje jako systematický a cílený přístup k poznávání reality. Tento přístup lze dále popsat jako strukturovaný proces, v jehož rámci jsou prostřednictvím empirických metod testovány a ověřovány hypotézy vztahující se k souvislostem mezi pedagogickými jevy (Chráska, 2016).

Jako konkrétní výzkumná metoda byl zvolen anonymní dotazník, který je dle Chrásky (2016) jednou z nejčastěji využívaných metod sběru dat v oblasti pedagogického výzkumu. Mezi jeho přednosti patří především rychlost a efektivita při získávání informací od širokého spektra respondentů (Chráska, 2016). Dotazník zároveň představuje písemnou alternativu ke strukturovanému rozhovoru (Vojtíšek, 2012).

Cílovou skupinu výzkumu tvořili učitelé mateřských škol. Samotný dotazník byl strukturován do několika částí. Úvodní sekce obsahovala představení autorky práce, specifikaci výzkumného zaměření a objasnění jeho účelu. Součástí této části bylo rovněž poděkování respondentům za jejich ochotu spolupracovat. Druhá část dotazníku obsahovala celkem 30 otázek, z nichž 26 mělo formu uzavřených otázek a 4 byly otázky polouzavřené. Uzavřené otázky respondentům nabízely předem stanovené odpovědi (Vojtíšek, 2012), zatímco polouzavřené otázky kombinovaly výběr z nabízených možností s alternativou „jiné“, která umožňovala vlastní doplnění odpovědi. Z celkového počtu 26 uzavřených otázek bylo 17 koncipováno jako výběrové úlohy se třemi variantami, přičemž pouze jedna z odpovědí byla správná (Skutil & Bartošová, 2011). Závěrečná část dotazníku obsahovala poděkování za účast ve výzkumu a kontaktní údaje pro případný zájem respondentů o výsledky šetření.

Dotazník byl vytvořen prostřednictvím online platformy Google Forms a distribuován elektronicky. Odkaz k jeho vyplnění byl zaslán na e-mailové adresy ředitelů a ředitelek mateřských škol s žádostí o jeho předání dalším učitelům dané mateřské školy. Pro rozšíření vzorku respondentů byl dotazník také publikován v tematicky zaměřených skupinách

na sociální síti Facebook, které sdružují učitele mateřských škol. Vyplňování dotazníku probíhalo od 20.03.2025 do 13.04.2025. V průběhu této doby se vrátilo celkem 81 vyplněných dotazníků. Samotné znění dotazníku je uvedeno v příloze P II.

5.5 Výzkumný vzorek

Výzkumný soubor této studie tvořili učitelé mateřských škol působící na území České republiky. Výběr respondentů nebyl omezen věkem ani pohlavím, čímž bylo zajištěno široké spektrum účastníků s různou mírou profesních zkušeností. Účast v dotazníkovém šetření nebyla podmíněna předchozí účastí na kurzech či školeních zaměřených na první pomoc, ani reálnou zkušeností s akutními zdravotními stavy či úrazy u dětí. Přesto byla osobní zkušenost s těmito situacemi považována za přínosnou. Pro výběr respondentů byla zvolena metoda záměrného anketního výběru. Tuto metodu charakterizuje Chráška (2016) jako proces, při němž se do výzkumu zapojují jednotlivci na základě vlastního uvážení, tedy dobrovolně. Výzkumný soubor tak tvořili učitelé, kteří se rozhodli přispět svými odpověďmi do tohoto šetření na základě oslovení nebo vlastního zájmu o danou problematiku. Tento přístup umožnil získat relevantní data od respondentů, kteří byli ochotni sdílet své zkušenosti a postoje k první pomoci v kontextu mateřských škol.

6 ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

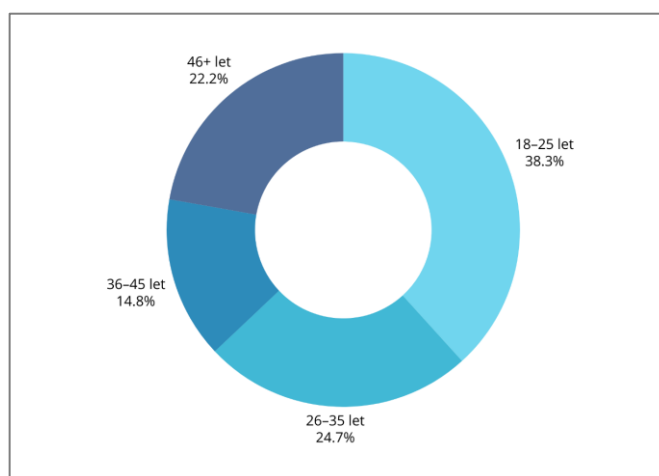
V této kapitole se budu zabývat vyhodnocením a zpracováním získaných dat z dotazníkového šetření. Jednotlivé otázky dotazníku byly přepsány a následně vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel. Pro grafické znázornění výsledků byla využita internetová aplikace Canva. Pro lepší přehlednost byl ke každé otázce vytvořen graf – sloupcový nebo prstencový, případně tabulka.

6.1 Vyhodnocení získaných dat

Úvodní otázky (1–4) se týkají sociodemografických údajů jednotlivých respondentů. Následuje část zaměřená na jejich zkušenosti s úrazy v mateřské škole (otázky 5–8) a sada otázek (9–13), v níž jsou zjišťovány informace o absolvování kurzů první pomoci a o subjektivním hodnocení připravenosti učitelek. Poslední část dotazníku (otázky č. 14–30) tvoří vědomostní test, ve kterém byla vždy pouze jedna správná odpověď.

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

V první otázce jsem se zaměřila na věkové rozmezí respondentů. Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 18–25 let, která tvořila 38,3 % celkového vzorku (31 respondentů). Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 26–35 let, kteří tvořili 24,7 % (20 respondentů). Následovala skupina nad 46 let s 18 respondenty (22,2 %). Nejmenší zastoupení měli účastníci ve věku 36–45 let, kterých bylo pouze 12, což představuje 14,8 %. Přehled tohoto věkového rozložení je zobrazen na přiloženém grafu.



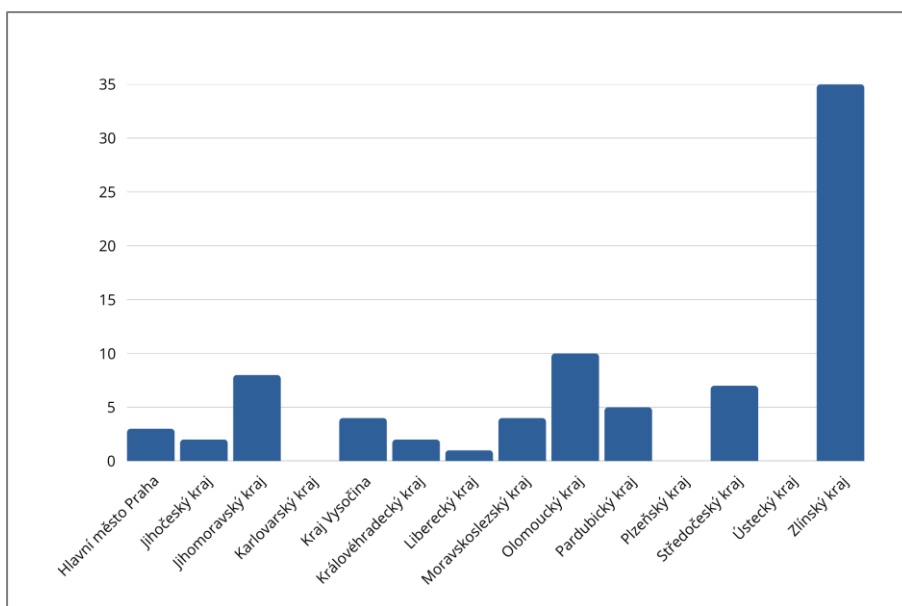
Graf 1 Věk respondentů

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 2: V jakém kraji žijete?

Druhá otázka zjišťovala, v jakém kraji České republiky respondenti aktuálně žijí. Jak ukazuje graf č. 2, největší podíl účastníků mého výzkumu pochází ze Zlínského kraje, kde žije 35 respondentů, což představuje 43,2 % celkového vzorku. Na druhém místě se umístil Olomoucký kraj s 10 respondenty (12,3 %). Mezi další kraje s výraznějším zastoupením patří Jihomoravský kraj, z něhož se zapojilo celkem 8 respondentů (9,9 %), a Středočeský kraj se 7 respondenty (8,6 %).

Hojně byli ve vzorku zastoupeni respondenti z Pardubického kraje (5 respondentů; 6,2 %), Moravskoslezského kraje a Kraje Vysočina (shodně po 4 respondentech; 4,9 %) a dále z Hlavního města Prahy (3 respondenti; 3,7 %). O něco nižší podíl účastníků pocházel z Královéhradeckého a Jihočeského kraje, kde byli zastoupeni vždy 2 respondenti (2,5 %) a celkové nejmenší zastoupení pak měl Liberecký kraj, ze kterého pocházel pouze 1 respondent (1,2 %). Naopak zcela nezastoupeny zůstaly kraje Karlovarský, Plzeňský a Ústecký. Z těchto údajů je patrné, že bylo výzkumné šetření nejvíce relevantní pro oblast střední a východní Moravy, zatímco některé regiony zůstaly opomenuty.



Graf 2 Zastoupení respondentů v krajích ČR

(zdroj: vlastní)

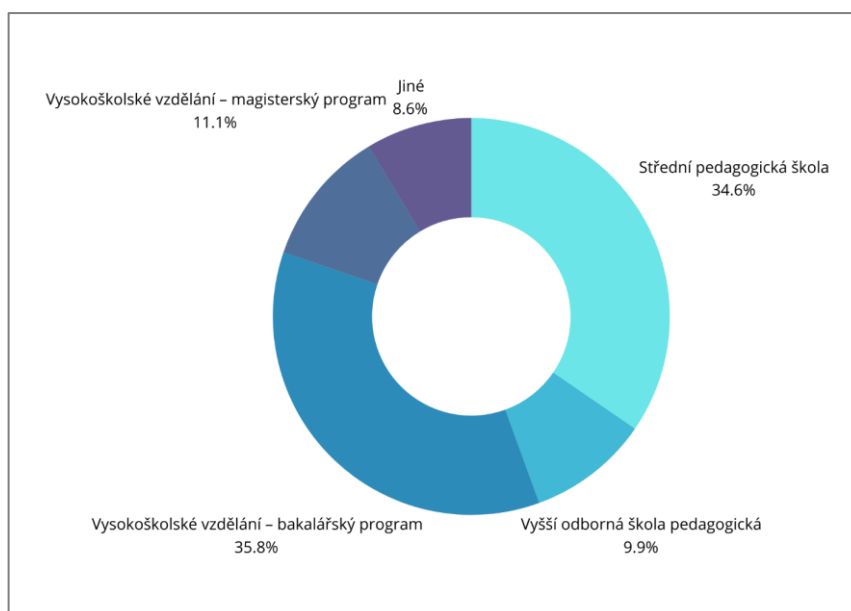
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Třetí otázka se věnovala nejvyššímu dosaženému vzdělání respondentů. Nejčastěji se v odpovědích objevovalo vysokoškolské vzdělání v bakalářském programu –

tuto možnost zvolilo 29 osob, tedy 35,8 % z celkového počtu. Velmi těsně následovali respondenti se středoškolským pedagogickým vzděláním, kteří tvořili 34,6 % (28 osob).

Další skupiny tvořili respondenti s magisterským vysokoškolským vzděláním (9 osob; 11,1 %) a absolventi vyšší odborné školy pedagogické (8 osob; 9,9 %). Nejmenší část, konkrétně 7 osob (8,5 %), uvedla jiný typ vzdělání (například střední odborné školy nepedagogického zaměření).

Z těchto údajů je patrné, že většina respondentů má buď středoškolské pedagogické vzdělání, nebo ukončené bakalářské studium. To odpovídá předpokládanému profesnímu zařazení v mateřských školách. Zároveň lze předpokládat, že právě typ a úroveň vzdělání mohou mít vliv na míru připravenosti k poskytování první pomoci.



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 4: Kolik let praxe máte jako učitel/ka v mateřské škole?

Čtvrtá otázka se zaměřila na délku pedagogické praxe respondentů. Nejpočetnější skupinu tvořili učitelé, kteří v této profesi působí méně než dva roky – tuto odpověď zvolilo 29 respondentů, což představuje 35,8 % z celkového souboru. Tento výsledek pravděpodobně souvisí s početnějším zastoupením mladších respondentů, jak už bylo zmíněno u první otázky. Druhou nejčastější skupinou byli respondenti s praxí v rozmezí 6 až 15 let, konkrétně 21 osob (25,9 %), a hned za nimi následovali učitelé s praxí v délce 2 až 5 let, kterých bylo 18 (22,2 %). Nejmenší zastoupení měla skupina s více než 16 lety

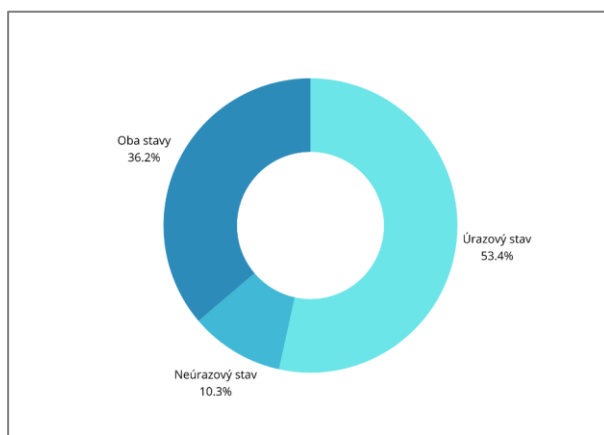
praxe – zde se zařadilo pouze 13 respondentů, tedy 16 % celkového počtu. Přestože je tato skupina početně nejmenší, představuje důležitou část výzkumného vzorku, protože právě dlouholetá praxe může přinášet cenné zkušenosti, které se mohou odrazit i v oblasti poskytování první pomoci.

Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s úrazem nebo akutním stavem u dítěte v MŠ?

Pátá otázka zjišťovala, zda se respondenti během své praxe již osobně setkali s úrazem nebo akutním zdravotním stavem u dítěte v mateřské škole. Většina odpovědí byla kladná – tuto zkušenost uvedlo 58 respondentů, což představuje 71,6 % celkového souboru. Tento výsledek jasně ukazuje, že úrazy a náhlé zdravotní komplikace nejsou v prostředí mateřských škol výjimečné a učitelé se s nimi ve své praxi běžně potýkají. Naopak 23 respondentů (28,4 %) uvedlo, že se s podobnou situací zatím nesetkali. Tento podíl může souviset zejména s kratší dobou jejich působení v oboru, jak naznačily předchozí otázky zaměřené na věk a délku praxe.

Otázka č. 6: Jednalo se o úrazový nebo neúrazový stav? Nebo jste se setkal/a s oběma?

Tato otázka byla určena pouze těm respondentům, kteří v předchozí části uvedli, že se ve své praxi již setkali s úrazem nebo akutním stavem u dítěte v mateřské škole. Celkem se jednalo o 58 respondentů. Nejvíce respondentů, konkrétně 31 (36,2 %), uvedlo, že jejich zkušenosti se týkaly výhradně úrazových stavů. Druhou nejčastější odpovědí byla kombinace úrazových i neúrazových situací – tuto možnost zvolilo 21 respondentů (24,1 %). Nejméně časté byly případy, kdy se učitelé setkali pouze s akutním, neúrazovým stavem – tuto zkušenost uvedlo 6 osob (10,3 %). Z výsledků jasně vyplývá, že úrazy představují nejčastější typ situací, se kterými se učitelé v mateřských školách setkávají.

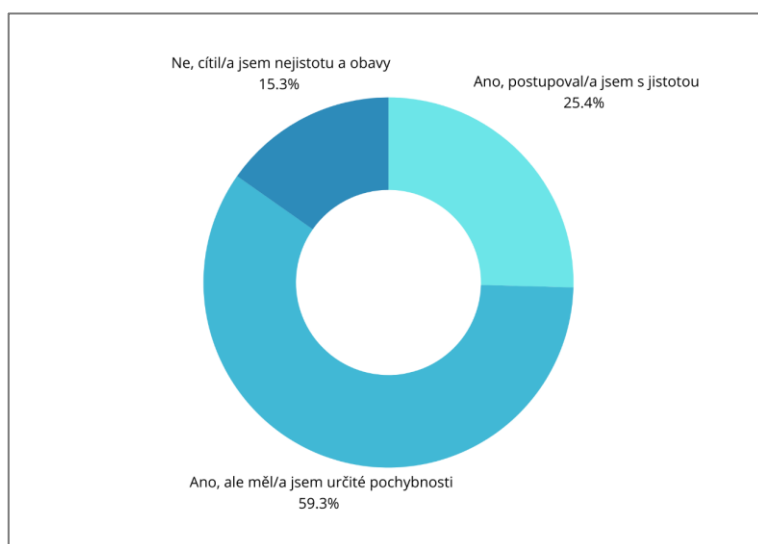


Graf 4 Četnost úrazových a neúrazových stavů

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 7: Cítil/a jste se při poskytování první pomoci dostatečně jistě?

Sedmá otázka se zaměřila na to, jak se respondenti cítili při poskytování první pomoci v praxi. Výsledky ukázaly, že největší skupina respondentů (60,3 %, tedy 35 respondentů) sice dokázala v dané situaci jednat, ale přiznala, že si nebyla úplně jistá – měli určité pochybnosti, přesto však pomoc zvládli poskytnout. Dalších 15 respondentů (24,1 %) uvedlo, že se cítili jistě a postupovali s klidem a sebedůvěrou. Tento výsledek může odrážet jejich předchozí zkušenosti nebo kvalitní přípravu na podobné situace. Naopak 9 respondentů (15,5 %) přiznalo, že se při poskytování první pomoci cítilo nejistě a mělo obavy. Pozitivní zprávou však je, že ani jeden z dotázaných neuvedl, že by nevěděl, jak správně postupovat (0 %). To znamená, že všichni respondenti měli alespoň základní znalosti potřebné k poskytnutí první pomoci, i když se mohli v daném okamžiku potýkat s nejistotou.



Graf 5 Jistota při poskytování první pomoci

(zdroj: vlastní)

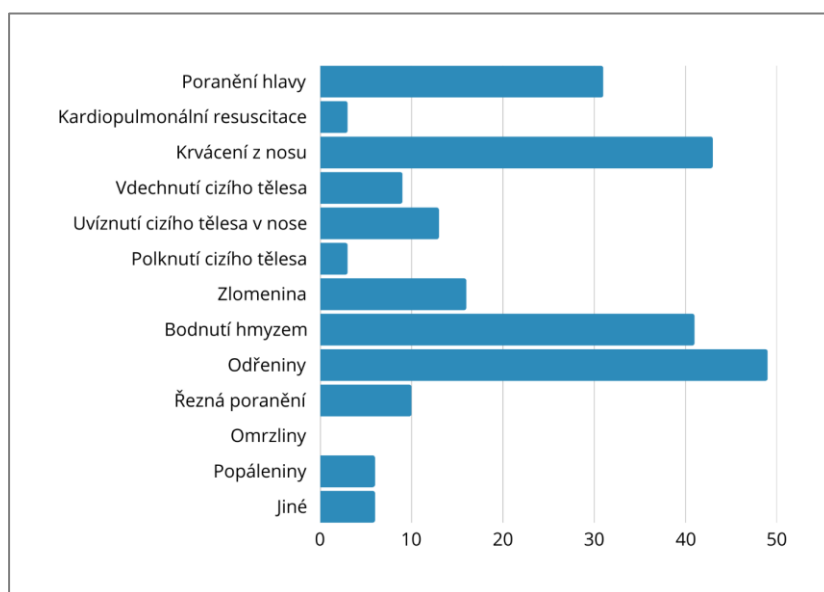
Otázka č. 8: Jaké situace vyžadující první pomoc jste již řešil/a?

Tato otázka byla zaměřena na konkrétní situace, při kterých už respondenti museli v praxi poskytnout dítěti první pomoc. Vzhledem k tomu, že v prostředí mateřských škol může dojít k nejrůznějším úrazům či zdravotním komplikacím, bylo možné zvolit více odpovědí.

Nejčastěji respondenti uváděli odřeniny (49 případů), krvácení z nosu (43) a bodnutí hmyzem (41). Tyto situace patří mezi běžné a časté, se kterými se učitelé v mateřských školách setkávají prakticky denně. Poměrně často se objevovala také poranění hlavy

(31 případů), která už mohou být vážnější a vyžadují od učitelů větší pozornost a opatrnost. Mezi méně časté, ale závažnější případy patřily zlomeniny (16), řezná poranění (10), vdechnutí cizího tělesa (9), popáleniny (6) a situace, které si vyžádaly kardiopulmonální resuscitaci (3). Přestože tyto případy nejsou tak časté, jejich výskyt nelze podceňovat – právě v těchto chvílích je důležité, aby učitelé věděli, jak správně a pohotově reagovat. Zajímavým zjištěním je také uvíznutí cizího tělesa v nose (13), které patří mezi méně závažné, avšak specifické situace, se kterými se mohou učitelé v praxi setkat. Polknutí cizího tělesa pak bylo zaznamenáno pouze u 3 respondentů.

Možnost „jiné“ označilo celkem 6 respondentů, kteří mezi specifické situace uvedli například epileptický záchvat, hypoglykemie, hyperglykemie, anafylaktický šok, mdloby, úraz oka nebo závažné poranění prstů. Tyto případy ukazují, že učitelé mohou být vystaveni i velmi náročným a nepředvídatelným zdravotním stavům.



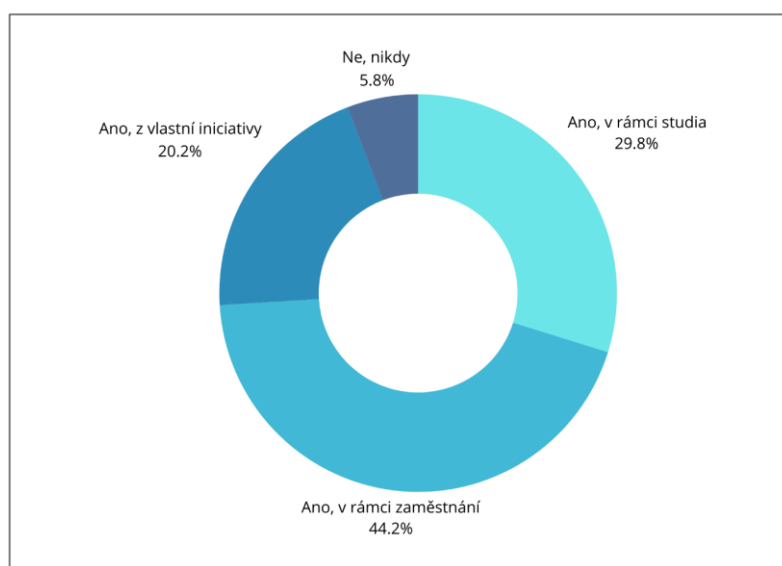
Graf 6 Nejčastější situace vyžadující první pomoc

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 9: Absolvoval/a jste kurz první pomoci?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti absolvovali kurz první pomoci. Zde odpovědělo všech 81 účastníků výzkumu. Ti měli možnost vybrat více možností – pokud kurz absolvovali vícekrát nebo z různých důvodů. Nejčastěji respondenti uvedli, že kurz absolvovali v rámci zaměstnání – tuto možnost zvolilo 46 osob, tedy 56,8 %. To naznačuje, že si zaměstnavatelé uvědomují důležitost připravenosti svých pedagogů a aktivně zajišťují jejich vzdělávání v této oblasti. Dalších 31 respondentů

(38,3 %) uvedlo, že se s první pomocí seznámili během studia, což je pozitivní zpráva – potvrzuje to, že příprava na profesi učitele mateřské školy zpravidla zahrnuje i základní zdravotnické minimum. Velmi cenným zjištěním je také to, že 21 respondentů (25,9 %) si kurz vybralo z vlastní iniciativy. Znepokojivým zjištěním však zůstává, že 6 respondentů (7,4 %) nikdy žádný kurz první pomoci neabsolvovalo. I když jde o menší podíl, v kontextu práce s malými dětmi představuje i toto číslo riziko, které by nemělo být přehlíženo.



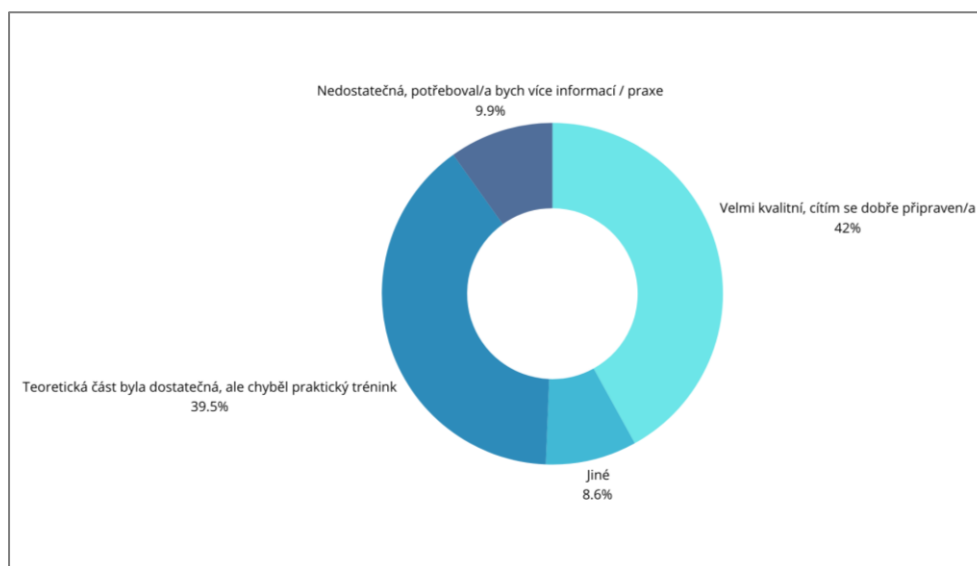
Graf 7 Kurz první pomoci

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 10: Jak hodnotíte kvalitu školení, která jste absolvoval/a?

Desátá otázka se zaměřovala na subjektivní hodnocení kvality školení první pomoci, která respondenti absolvovali. Odpovědi ukázaly zajímavé rozložení názorů, které dobře odrážejí rozmanité zkušenosti učitelů s tímto typem vzdělávání. Největší skupina respondentů (34 osob, tedy 42 %) označila absolvované školení za velmi kvalitní. Tito účastníci uvedli, že se po kurzu cítí dobře připraveni na poskytování první pomoci. Poměrně velká část respondentů (32 osob; 39,5 %) však poukázala na nedostatek praktického nácviku. I když teoretickou část školení vnímali jako dostačující, chyběla jim možnost vyzkoušet si postupy „na nečisto“. Dalších 8 respondentů (9,9 %) označilo školení za nedostatečné. Tito lidé cítili dalšího vzdělávání i praktických zkušeností, což může poukazovat na rozdílnou kvalitu jednotlivých kurzů. Možnost „Jiné“ vybralo 7 respondentů (8,6 %). Při bližším pohledu se ukázalo, že 6 z nich žádné školení nikdy

neabsolvovalo – což odpovídá dřívějším zjištěním – a 1 respondent uvedl, že školení sice absolvoval, ale už před delší dobou a pamatuje si jen málo informací.



Graf 8 Kvalita školení

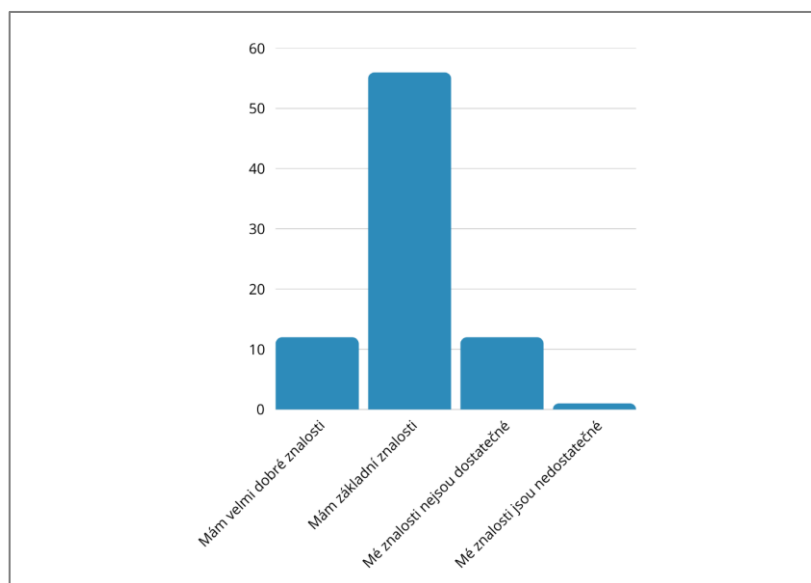
(zdroj: vlastní)

Otázka č. 11: Jak často absolvujete školení první pomoci?

Jedenáctá otázka zjišťovala, jak často respondenti absolvují školení první pomoci. Největší část respondentů (32; 39,5 %) uvedla, že školení absolvuje velmi zřídka – méně než jednou za tři roky. Tento údaj naznačuje, že v mnoha případech nejsou znalosti první pomoci dostatečně aktualizovány, což může vést k nejistotě nebo chybám v reálných situacích, kdy je třeba rychle a správně reagovat. Každé 2–3 roky absolvuje školení 29 respondentů (35,8 %), což představuje poměrně významnou skupinu. Tato frekvence by mohla být považována za určitý standard, který umožňuje udržet alespoň základní úroveň potřebných dovedností. Pozitivní příklad představuje skupina 12 respondentů (14,8 %), kteří školení absolvují každý rok. Pravidelné opakování znalostí a praktického nácviku tak zvyšuje jistotu při řešení krizových situací. Naopak znepokojující je zjištění, že 8 respondentů (9,9 %) kteří uvedli, že školení nikdy neabsolvovali, nebo ho absolvovali jen jednou a od té doby jej neobnovovali. Tento výsledek koresponduje s předchozími otázkami.

Otázka č. 12: Jak hodnotíte své znalosti první pomoci v porovnání s potřebami vaší profese?

Dvanáctá otázka se věnovala tomu, jak sami respondenti hodnotí své znalosti první pomoci ve vztahu ke své profesi. Výsledky přinášejí zajímavý pohled na to, jak si učitelé mateřských škol v této oblasti věří – a kde zároveň vnímají své rezervy. Nejčastější odpovědí bylo, že mají základní znalosti a zvládají běžné situace – tuto možnost zvolilo 56 respondentů, tedy 69,1 %. Tato skupina tvoří většinu a naznačuje, že se učitelé v problematice první pomoci orientují, ale zároveň si uvědomují, že jejich vědomosti by mohly být komplexnější. Zajímavý je i fakt, že dvě skupiny po 12 respondentech (14,8 %) uvedly zcela odlišné zkušenosti. Jedna z nich se cítí velmi dobře připravena a hodnotí své znalosti jako velmi dobré, zatímco druhá skupina přiznává, že si v některých situacích neví rady a jejich vědomosti nejsou dostatečné. Pouze jeden respondent (1,2 %) uvedl, že se cítí zcela nepřípravený. Výsledky této otázky tak potvrzují, že ačkoliv má většina respondentů alespoň základní úroveň znalostí, pouze malá část se cítí být skutečně dobře připravena.

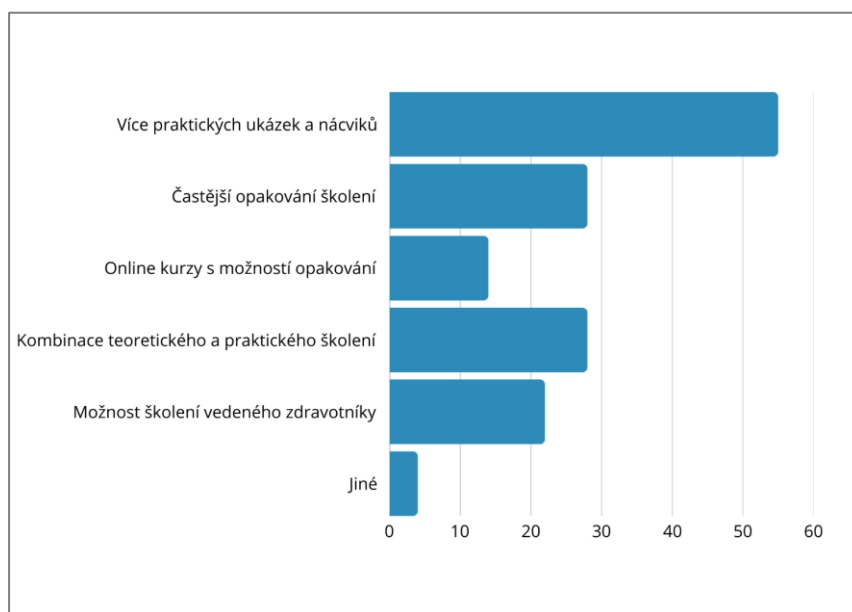


Graf 9 Hodnocení znalostí první pomoci

*(zdroj: vlastní)***Otázka č. 13: Co byste uvítal/a v rámci školení první pomoci?**

Tato otázka se zaměřila na to, co respondenti preferují v oblasti obsahu a formy školení první pomoci. Možnost vybrat více odpovědí umožnila získat podrobný pohled na jejich konkrétní potřeby a návrhy na zlepšení.

Nejvíce respondentů, konkrétně 55 (67,9 %), by ocenilo více praktických ukázek a nácviků. Tento výsledek potvrzuje, jak důležitý je praktický trénink pro získání potřebné jistoty a schopnosti reagovat v reálných krizových situacích. Stejný počet účastníků, tedy 28 respondentů (34,6 %), pak uvedl dvě další preference – častější opakování školení a kombinaci teoretické a praktické výuky. Online kurzy, které by umožnily flexibilní a dostupné opakování, by uvítalo 18 respondentů (22,2 %), což svědčí o poptávce po moderních a pohodlných způsobech vzdělávání. Zajímavý je také zájem o školení vedené odborníky – 22 respondentů (27,2 %) uvedlo, že by preferovali školení pod vedením zdravotníků. Pravidelné testování znalostí zvolilo 14 respondentů (17,3 %), což může souviset s potřebou ověřování úrovně vědomostí a jejich systematického udržování. V kategorii „Jiné“ se objevily zajímavé připomínky – čtyři respondenti (4,8 %) zmiňovali například větší počet webinářů, zatímco dva respondenti uvedli, že současná forma školení jim vyhovuje a nic by na ní neměnili.



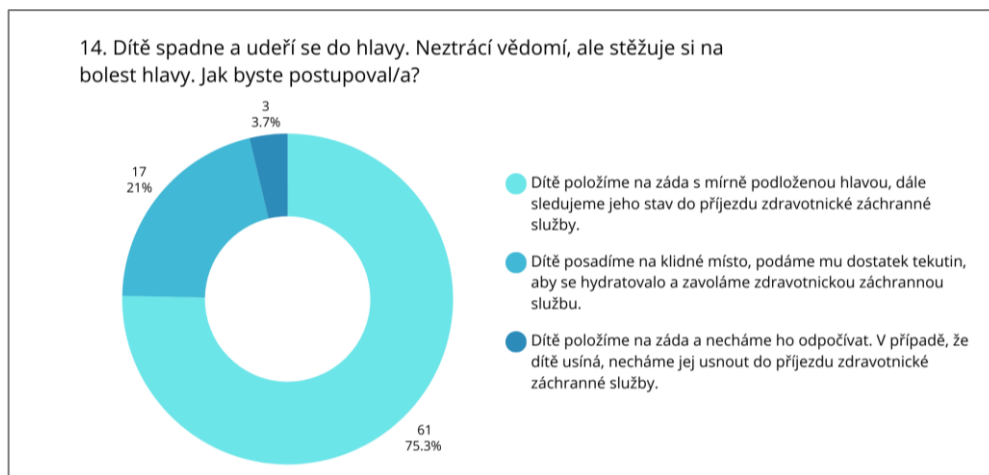
Graf 10 Preferencí respondentů v oblasti obsahu a formy školení

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 14: Dítě spadne a udeří se do hlavy. Neztrácí vědomí, ale stěžuje si na bolest hlavy. Jak byste postupoval/a?

Tato otázka zjišťovala, zda respondenti znají správný postup při poranění hlavy u dítěte. Většina respondentů, konkrétně 61 (75,3 %), správně odpověděla, že v takovém případě je třeba dítě položit na záda s mírně podloženou hlavou a následně sledovat jeho stav až do příjezdu záchranné služby. Tento postup odpovídá doporučením pro první pomoc

při podezření na otřes mozku nebo jiná poranění hlavy. Dalších 17 respondentů (21 %) zvolilo odpověď, že dítě posadí, podá mu tekutiny a přivolá záchrannou službu. Tento postup však není správný, protože podávání tekutin se v takových situacích nedoporučuje. Pouze 3 respondenti (3,7 %) uvedli, že by dítě nechali usnout. To je ale zcela nevhodné, protože ospalost může být příznakem zhoršujícího se zdravotního stavu a je nezbytné dítě neustále sledovat, aby v případě zhoršení stavu mohl být okamžitě přivolán odborný zásah.

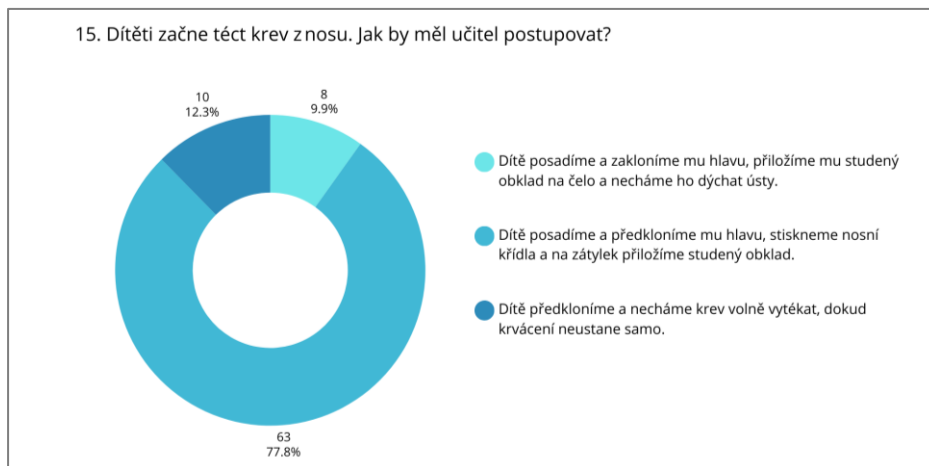


Graf 11 Postup při poranění hlavy u dítěte

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 15: Dítěti začne téct krev z nosu. Jak by měl učitel postupovat?

Tato otázka ověřovala znalosti správného postupu při krvácení z nosu, což je poměrně častá situace nejen v prostředí mateřské školy. Většina respondentů, konkrétně 63 (77,8 %), správně odpověděla, že při krvácení z nosu je třeba dítě posadit, mírně předklonit hlavu, stisknout nosní křídla a na zátylek přiložit studený obklad. Tento postup pomáhá efektivně omezit krvácení. Nicméně, 8 respondentů (9,9 %) uvedlo, že by dítěti zaklonili hlavu, což je častý, ale chybný mýtus. Zaklonění hlavy není v tomto případě vhodné, protože může způsobit stékání krve do krku. Dalších 10 respondentů (12,3 %) uvedlo, že by nechali krev volně vytékat, aniž by se pokusili krvácení zastavit. To by mohlo vést ke zbytečnému prodloužení krvácení a zvýšené ztrátě krve.

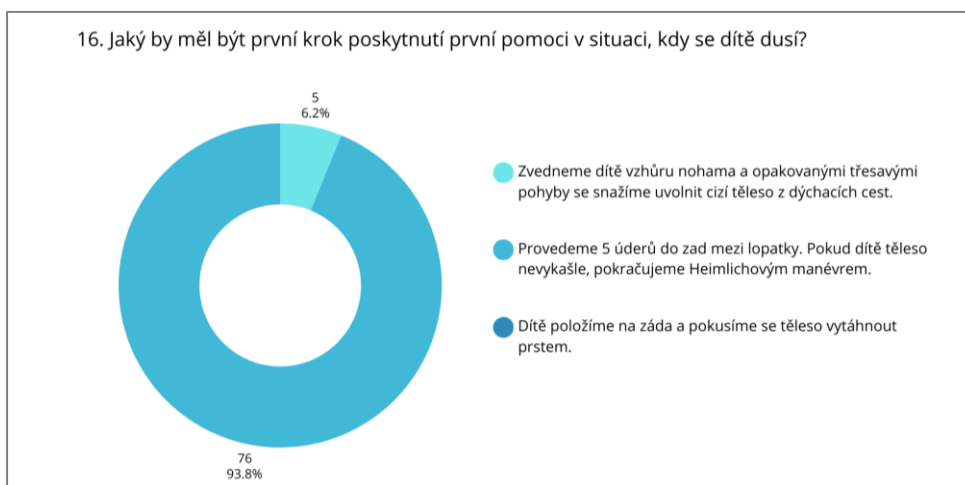


Graf 12 Krvácení z nosu

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 16: Jaký by měl být první krok poskytnutí první pomoci v situaci, kdy se dítě dusí?

Tato otázka testovala znalosti respondentů ohledně akutního stavu, který vyžaduje okamžitý a správný zásah – zástavu dýchání způsobenou vdechnutím cizího tělesa. Většina respondentů, konkrétně 76 (93,8 %), správně odpověděla, že prvním krokem je provedení 5 úderů do zad mezi lopatky. Pokud dítě těleso nevykašle, následuje Heimlichův manévr. Naopak, 5 respondentů (6,2 %) zvolilo nesprávný postup – zvednutí dítěte hlavou dolů a třesení, což by mohlo situaci zhoršit a není doporučováno. Dobrým signálem je, že žádný z respondentů neuvedl nesprávný postup, kdy by dítě položil na záda a pokusil se těleso vytáhnout prstem, což by mohlo způsobit ještě hlubší zablokování dýchacích cest.

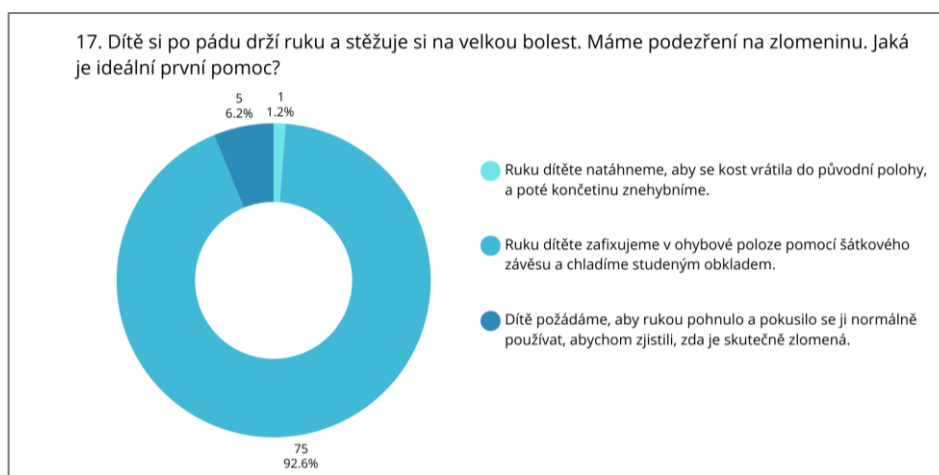


Graf 13 Dušení

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 17: Dítě si po pádu drží ruku a stěžuje si na velkou bolest. Máme podezření na zlomeninu. Jaká je ideální první pomoc?

Tato otázka měla za cíl zjistit, zda respondenti vědí, jak správně reagovat při podezření na zlomeninu. Většina respondentů, konkrétně 75 (92,6 %) z nich, správně odpověděla, že v takovém případě je třeba ruku dítěte zafixovat v ohybové poloze pomocí šátkového závěsu a přiložit studený obklad. Tento postup je šetrný a pomáhá zmírnit bolest. Naopak, 5 respondentů (6,2 %) uvedlo, že by dítě požádali, aby s rukou pohnulo. Tento postup je nesprávný a může zhoršit stav dítěte, protože jakýkoli pohyb by mohl poškodit poraněné místo. Pouze 1 respondent (1,1 %) zmínil, že by se pokusil kost vrátit do původní polohy. To je naprosto nevhodný zásah, který by měl provádět pouze odborný zdravotnický personál.

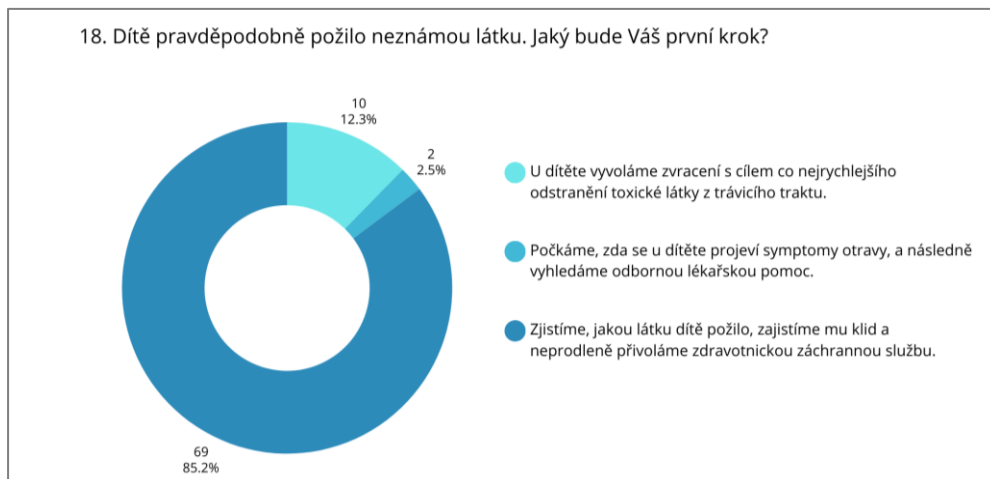


Graf 14 Podezření na zlomeninu

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 18: Dítě pravděpodobně požilo neznámou látku. Jaký bude Váš první krok?

Tato otázka měla za cíl ověřit, zda učitelé v mateřských školách vědí, jak správně postupovat v krizové situaci, kdy dítě požije neznámou látku. Většina respondentů (69; tedy 85,2 %) odpověděla správně, že je nezbytné nejprve zjistit, jakou látku dítě požilo, zajistit mu klid a okamžitě přivolat zdravotnickou záchrannou službu. Tento postup umožní zdravotníkům rychle poskytnout potřebnou péči a zároveň minimalizuje riziko dalších komplikací. Bohužel 10 respondentů (12,3 %) by v této situaci reagovalo nesprávně a snažilo se vyvolat zvracení. To je ale velmi nebezpečné, protože může dojít k opětovnému poleptání jícnu nebo dokonce zhoršení zdravotního stavu dítěte. Pouze 2 respondenti (2,5 %) uvedli, že by čekali na projevy otravy, což je rovněž nebezpečné.

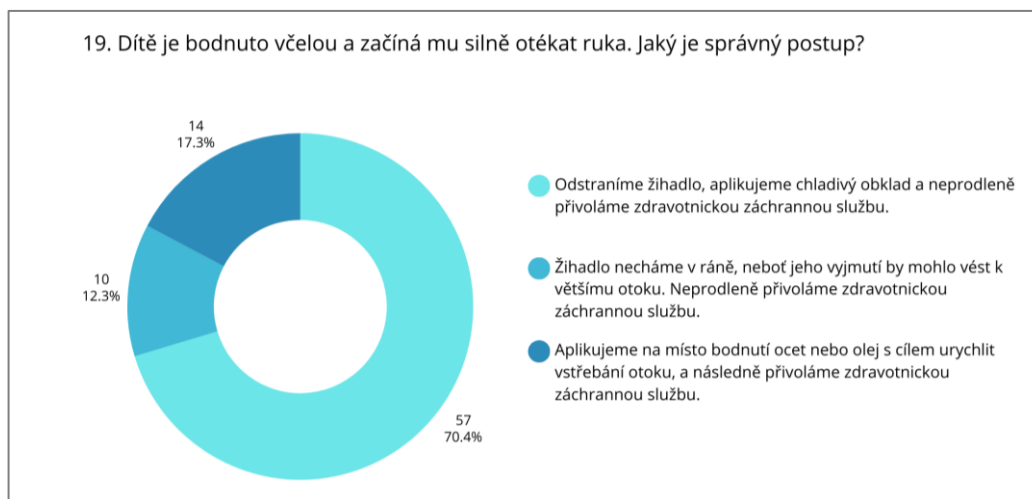


Graf 15 Požití neznámé látky

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 19: Dítě je bodnuto včelou a začíná mu silně otékat ruka. Jaký je správný postup?

Bodnutí hmyzem může u některých dětí způsobit silnou alergickou reakci, což znamená, že rychlá a správná první pomoc je opravdu klíčová. Největší část respondentů (57; 70,4 %) správně uvedla, že je třeba okamžitě odstranit žihadlo, aplikovat chladivý obklad a co nejdříve přivolat zdravotnickou záchrannou službu. Tento postup výrazně snižuje riziko rozšíření alergické reakce a umožňuje odborníkům zasáhnout co nejrychleji. 10 respondentů (12,3 %) se domnívá, že je lepší žihadlo v ráně ponechat, což je bohužel nesprávné. Je nutné žihadlo co nejdříve jemně odstranit, aby se do těla neustále neuvolňoval jed, což by zhoršilo stav dítěte. Dalších 14 respondentů (17,3 %) by místo toho použilo alternativní metody, jako je aplikace octa nebo oleje. Tyto metody však nejsou součástí doporučených standardů první pomoci a nemohou nahradit základní kroky, jako je chlazení a přivolání odborné pomoci.



Graf 16 Bodnutí včelou

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 20: Dítě si opaří ruku horkou vodou. Jaké je nejvhodnější opatření?

Opaření je častým úrazem u malých dětí a správná první pomoc může výrazně ovlivnit rozsah a závažnost poranění. Tato otázka měla za cíl zjistit, zda respondenti znají správný postup při ošetření popálenin. Správnou odpověď zvolila většina respondentů, tedy 72 (88,9 %), kteří správně uvedli, že je nutné popálenou tkáň chladit po dobu 20 minut pod proudem studené vody o teplotě 10–15 °C. Tento postup pomáhá rychle snížit teplotu postiženého místa, zmírňuje bolest a zabraňuje dalšímu poškození tkáně. Nicméně, 5 respondentů (6,2 %) uvedlo, že by použili mast a doporučili klidový režim. To je však nevhodné, protože použití mastí by mělo následovat až po důkladném chlazení či na základě lékařského doporučení. Další 4 respondenti (4,9 %) by popáleninu překryli sterilním obvazem bez předchozího chlazení, což je nesprávné a může vést k prohloubení popáleniny a zhoršení stavu.

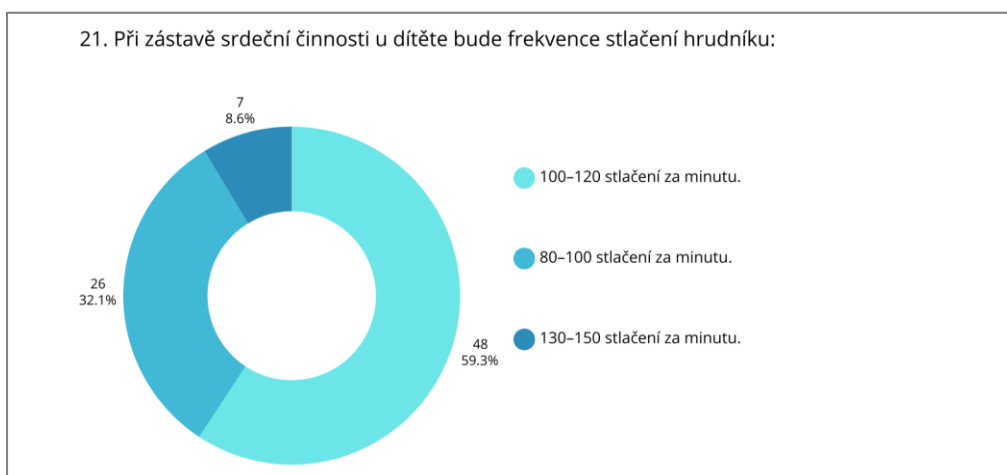


Graf 17 Opaření vodou

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 21: Při zástavě srdeční činnosti u dítěte bude frekvence stlačení hrudníku?

Znalost správné frekvence stlačení hrudníku je klíčová pro účinné provedení KPR u dětí. Správnou odpověď, tedy 100 až 120 stlačení za minutu, uvedla více než polovina respondentů – konkrétně 48 osob (59,3 %). Tento výsledek je pozitivní, protože ukazuje, že většina dotazovaných má správné povědomí o technice resuscitace. Na druhou stranu, 26 respondentů (32,1 %) chybně uvedlo nižší frekvenci (80–100/min), která by mohla být nedostatečná k udržení adekvátního krevního oběhu. Dalších 7 respondentů (8,6 %) zvolilo příliš vysokou frekvenci (130–150/min), což by mohlo snížit efektivitu stlačení a vést ke zhoršení kvality resuscitace.

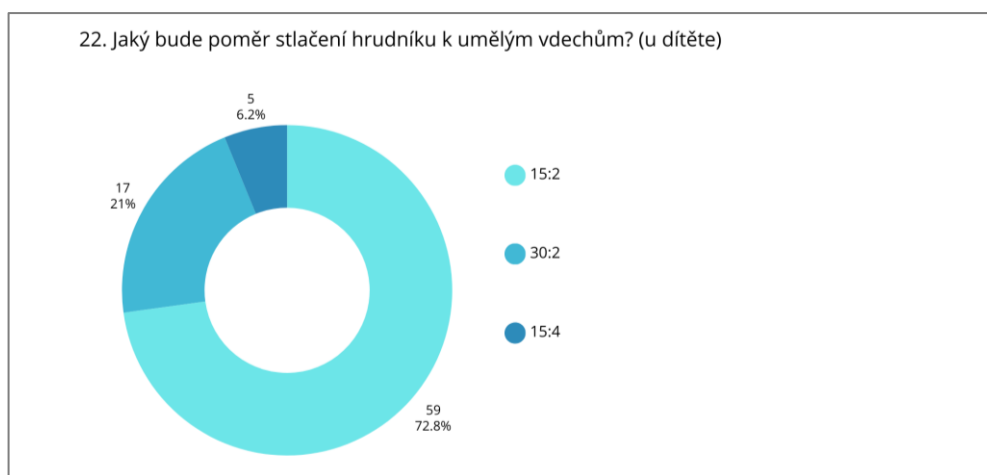


Graf 18 Stlačení hrudníku u KPR

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 22: Jaký bude poměr stlačení hrudníku k umělým vdechům? (u dítěte)

Správný poměr stlačení hrudníku k umělým vdechům je zásadní pro efektivní provedení KPR u dětí. Tato otázka se zaměřovala na to, jak dobře respondenti tuto informaci znají. Správnou odpověď, tedy poměr 15:2, uvedlo 59 respondentů (72,8 %), což je velmi dobrý výsledek. To znamená, že většina dotazovaných chápe, že u dětí je tento poměr odlišný od doporučení pro dospělé. Nicméně, 17 respondentů (21 %) uvedlo poměr 30:2, který je správný pro dospělé a dalších 5 respondentů (6,2 %) uvedlo poměr 15:4, jenž neodpovídá žádnému ze standardně doporučovaných postupů pro KPR u dětí. Tento výsledek ukazuje, že většina respondentů má dobrou znalost správného poměru pro KPR u dětí, ale některým se pravděpodobně pletou doporučení platná pro dospělé.

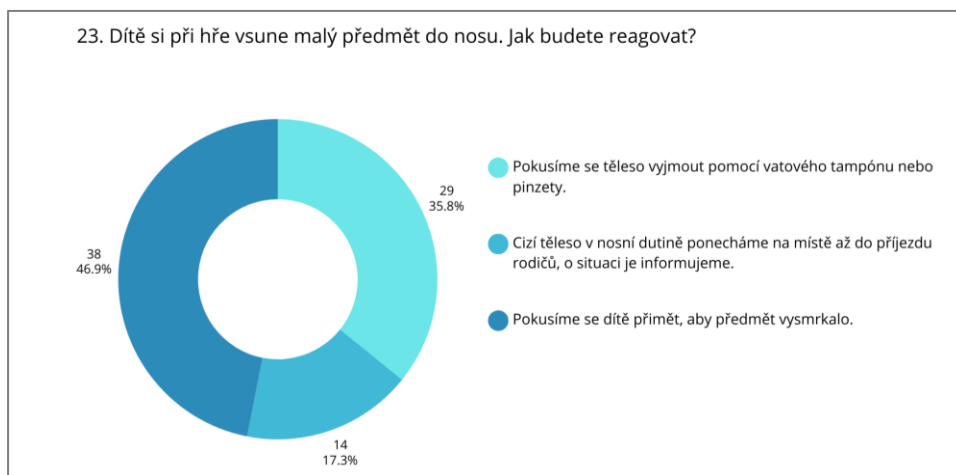


Graf 19 Poměr stlačení hrudníku k umělým vdechům

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 23: Dítě si při hře vsune malý předmět do nosu. Jak budete reagovat?

Uváznutí cizího tělesa v nose je poměrně běžná situace, se kterou se učitelé v mateřských školách mohou setkat. Správnou odpověď – tedy pokusit se dítě přimět, aby předmět vysmrkalo – zvolilo 38 respondentů (46,9 %). To ukazuje, že téměř polovina dotazovaných má správné povědomí o bezpečném postupu, který nevyžaduje použití nástrojů, jež by mohly situaci zhoršit. Na druhou stranu, 29 respondentů (35,8 %) uvedlo, že by se pokusili předmět vyjmout pomocí vatového tampónu nebo pinzety. Tento přístup je riskantní, protože by mohlo dojít k zatlačení cizího tělesa hlouběji do nosní dutiny. Dalších 14 respondentů (17,3 %) by těleso ponechalo v nose až do příjezdu rodičů. I když tento postup minimalizuje zásah, může to oddálit okamžité uvolnění a zajištění bezpečného a efektivního postupu, který by dítěti mohl okamžitě ulevit.

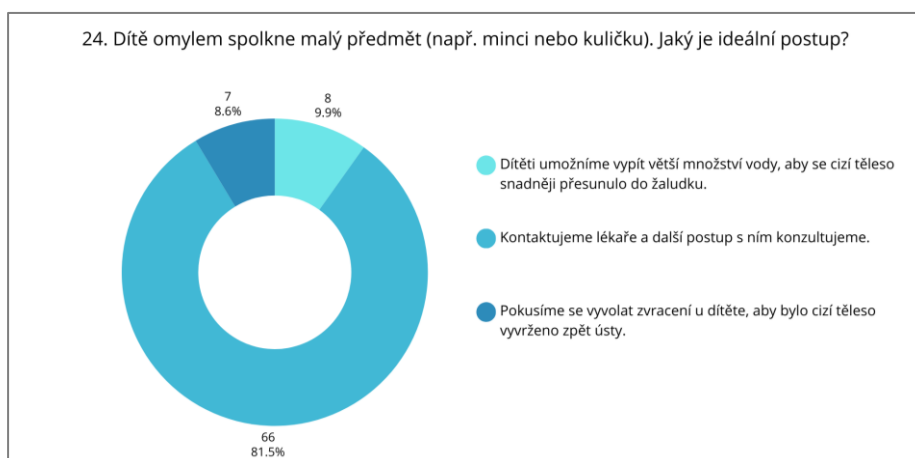


Graf 20 Cizí předmět v nose

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 24: Dítě omylem spolkně malý předmět (např. minci nebo kuličku). Jaký je ideální postup?

Situace, kdy dítě spolkně malý předmět, jako je mince nebo kulička, může být pro učitele velmi stresující. V takových chvílích je důležité zachovat klid a zvolit bezpečný postup, který neohrozí zdraví dítěte. Správnou odpověď – tedy kontaktovat lékaře a konzultovat s ním další postup – zvolilo 66 respondentů (81,4 %). Naopak 8 respondentů (9,9 %) by dítěti doporučilo vypít větší množství vody, což by v některých případech mohlo být riskantní, zejména pokud by šlo o ostrý nebo jinak nebezpečný předmět. 7 respondentů (8,6 %) by se pokusilo vyvolat zvracení, což je také nevhodný a potenciálně nebezpečný postup, zejména pokud není jasné, jaký předmět dítě spolкло.

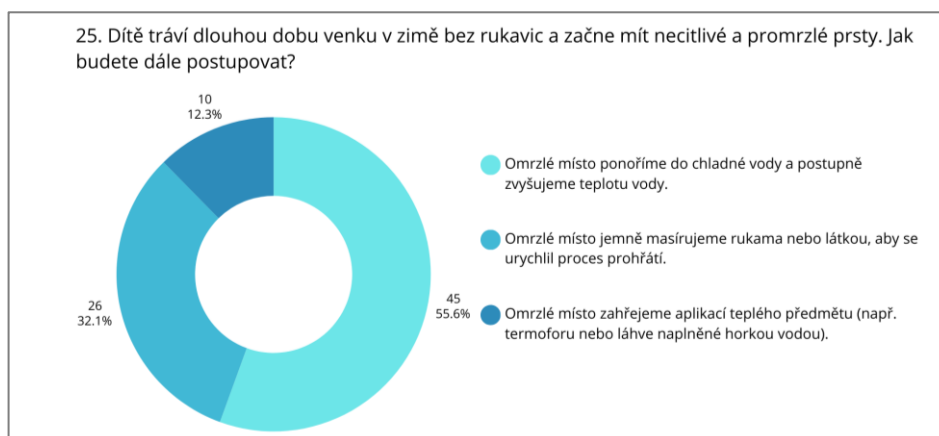


Graf 21 Spolknutý cizí předmět

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 25: Dítě tráví dlouhou dobu venku v zimě bez rukavic a začne mít necitlivé a promrzlé prsty. Jak budete dále postupovat?

Omrzliny jsou v zimních měsících u dětí reálným rizikem, zejména pokud tráví delší dobu venku bez dostatečného oblečení. Na tuto otázku správně odpovědělo 45 respondentů (55,6 %), kteří by omrzlé místo ponořili do chladné vody a postupně zvyšovali její teplotu. Tento přístup je nejšetrnější, protože pomalu zahřívá postižené místo a minimalizuje riziko poškození tkání, které by mohlo nastat při příliš rychlém zahřátí. Naopak 26 respondentů (32,1 %) by se pokusilo omrzlé místo masírovat, což je nevhodné, protože to může poškodit oslabenou tkáň a způsobit další problémy. Dalších 10 respondentů (12,3 %) by zvolilo zahřívání horkými předměty, což je velmi riskantní, protože náhlé teplo může zhoršit stav omrzliny.



Graf 22 Promrzlé a necitlivé prsty

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 26: Dítě spadne na tvrdý povrch a poraní si koleno. Jak byste se zachoval/a?

Při drobných poraněních, jako je například odřené koleno, je klíčové ránu správně ošetřit, aby se předešlo infekci a podpořilo se bezproblémový hojení. Správně odpovědělo 76 respondentů (93,8 %), kteří uvedli, že by dítě uložili do vhodné polohy, ránu ošetřili dezinfekčním prostředkem a aplikovali sterilní krytí. Pouze 2 respondenti (2,5 %) uvedli, že by použili jakýkoliv kus látky nebo kapesník, což by bylo riskantní, protože by to mohlo vést k zanesení infekce. 3 respondenti (3,7 %) by ránu nechali bez krytí, což může vést k dalšímu znečištění nebo podráždění rány.

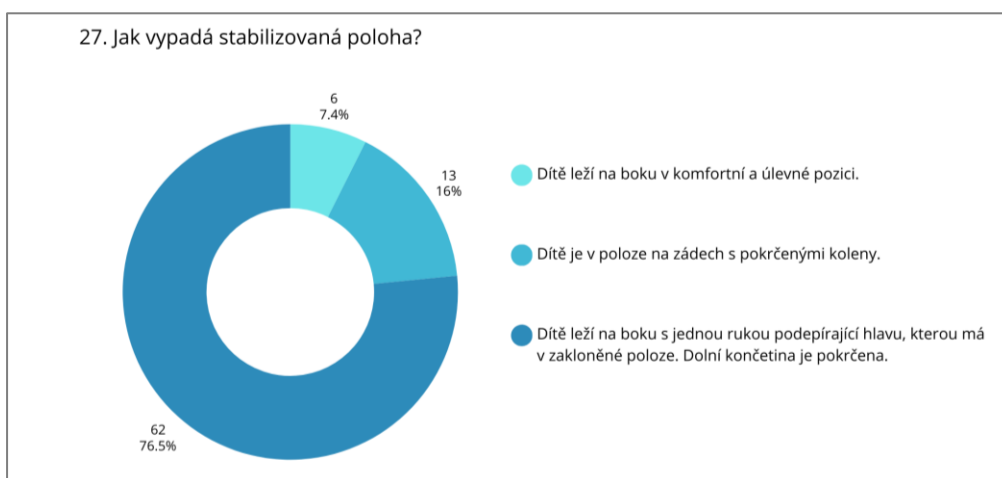


Graf 23 Odřenina kolene

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 27: Jak vypadá stabilizovaná poloha?

Stabilizovaná poloha je klíčovým prvkem první pomoci, zejména u osob v bezvědomí. Pomáhá udržet dýchací cesty otevřené a snižuje riziko vdechnutí zvratků. Většina respondentů (62, což je 76,5 %) správně uvedla, že dítě by mělo ležet na boku s jednou rukou podepírající hlavou, která je v zakloněné poloze, a dolní končetina je pokrčena. 13 respondentů (16 %) si však myslí, že stabilizovaná poloha znamená ležet na zádech s pokrčenými koleny, což je omyl, protože tato poloha nezajistí volné dýchací cesty. 6 respondentů (7,4 %) zvolilo variantu, že dítě leží na boku v komfortní a úlevné pozici, což není zcela špatně, ale pro stabilizovanou polohu je zásadní právě zaklonění hlavy a pokrčení dolní končetiny.

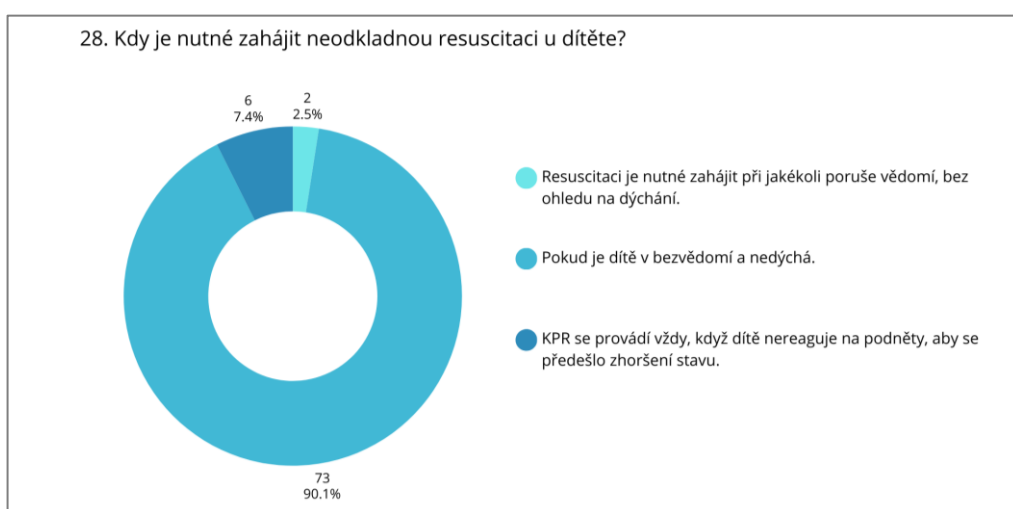


Graf 24 Stabilizovaná poloha

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 28: Kdy je nutné zahájit neodkladnou resuscitaci u dítěte?

Správné vyhodnocení stavu dítěte a včasné zahájení KPR je v krizových chvílích klíčové pro záchranu života. Skoro všichni respondenti – konkrétně 73 z nich (90,1 %) – správně odpověděli, že resuscitaci je třeba začít, pokud je dítě v bezvědomí a nedýchá. Naopak 6 respondentů (7,4 %) chybně uvedlo, že KPR je nutné provádět vždy, když dítě nereaguje na podněty. To však není úplně správné. Pouze 2 respondenti (2,5 %) se domnívali, že resuscitaci je nutné zahájit při jakékoli poruše vědomí, i když dítě dýchá, což by mohlo vést k nevhodné nebo zbytečné intervenci.



Graf 25 Zahájení resuscitace u dítěte

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 29: Jak byste postupoval/a u dítěte v bezvědomí?

Když je dítě v bezvědomí, je naprosto klíčové správně reagovat, abychom předešli dalším komplikacím a zhoršení stavu. Největší část respondentů, konkrétně 57 (70,4 %), správně uvedla, že dítě by mělo být uloženo na záda, s hlavou zakloněnou, a následně by mělo být zkontrolováno, zda dýchá. Tento postup je správný a odpovídá doporučením pro zajištění průchodnosti dýchacích cest a monitorování stavu dítěte před zahájením dalších zásahů. 12 respondentů (14,8 %) uvedlo, že by dítěti jemně zatřásli rameny, a pokud by nereagovalo, ponechali by ho v poloze vleže a přivolali pomoc. Tento postup není ideální, protože je důležité nejprve ověřit, zda dítě dýchá, než přistoupíme k dalším krokům. Dalších 12 respondentů (14,8 %) by okamžitě zahájilo kardiopulmonální resuscitaci. To je správné, ale pouze pokud dítě nedýchá, což v této situaci nebylo zcela jasně specifikováno.



Graf 26 Dítě v bezvědomí

(zdroj: vlastní)

Otázka č. 30: Jak byste postupoval/a v případě intenzivního krvácení z krční tepny?

Při intenzivním krvácení z krční tepny je rychlá a správná reakce naprosto zásadní pro zajištění bezpečí dítěte a minimalizaci rizika ohrožení života. Největší počet respondentů, konkrétně 69 (85,2 %), správně uvedl, že by ránu nejprve stlačili prsty nebo rukou, následně by přiložili tlakový obvaz a přivolali zdravotnickou záchrannou službu. Tento postup je správný, protože přímý tlak na ránu je nezbytný pro zastavení krvácení a tlakový obvaz zajistí potřebnou kompresi až do příjezdu odborné pomoci. 7 respondentů (8,6 %) uvedlo, že by rovnou použili tlakový obvaz a zavolali záchrannou službu. V případě intenzivního krvácení však může být tento postup bez předchozího přitlaku na ránu méně účinný. 5 respondentů (6,2 %) zvolilo variantu, že by nad ránu přiložili škrtidlo a přivolali pomoc. Tento postup pro krvácení z krční tepny opravdu není správný, protože škrtidlo je určeno výhradně pro krvácení z končetin, nikoliv z oblastí, kde se nacházejí životně důležité cévy.



Graf 27 Krvácení z krční tepny

(zdroj: vlastní)

Celková úspěšnost

Tabulka 1 Celková úspěšnost

Číslo otázky	Název otázky	Celkový počet správných odpovědí	Celkové procentuální vyjádření správných odpovědí
14.	Dítě spadne a udeří se do hlavy. Neztrácí vědomí, ale stěžuje si na bolest hlavy. Jak byste postupoval/a?	61	75,3 %
15.	Dítěti začne téct krev z nosu. Jak by měl učitel postupovat?	63	77,8 %
16.	Jaký by měl být první krok poskytnutí první pomoci v situaci, kdy se dítě dusí?	76	93,8 %
17.	Dítě si po pádu drží ruku a stěžuje si na velkou bolest. Máme podezření na zlomeninu. Jaká je ideální první pomoc?	75	92,6 %
18.	Dítě pravděpodobně požilo neznámou látku. Jaký bude Váš první krok?	69	85,2 %
19.	Dítě je bodnuto včelou a začíná mu silně otékat ruka. Jaký je správný postup?	57	70,4 %
20.	Dítě si opaří ruku horkou vodou. Jaké je nejvhodnější opatření?	72	88,9 %
21.	Při zástavě srdeční činnosti u dítěte bude frekvence stlačení hrudníku?	48	59,3 %
22.	Jaký bude poměr stlačení hrudníku k umělým vdechům? (u dítěte)	59	72,8 %
23.	Dítě si při hře vsune malý předmět do nosu. Jak budete reagovat?	38	46,9 %

24.	Dítě omylem spolkne malý předmět (např. minci nebo kuličku). Jaký je ideální postup?	65	80,2 %
25.	Dítě tráví dlouhou dobu venku v zimě bez rukavic a začne mít necitlivé a promrzlé prsty. Jak budete dále postupovat?	45	55,6 %
26.	Dítě spadne na tvrdý povrch a poraní si koleno. Jak byste se zachoval/a?	76	93,8 %
27.	Jak vypadá stabilizovaná poloha?	62	76,5 %
28.	Kdy je nutné zahájit neodkladnou resuscitaci u dítěte?	73	90,1 %
29.	Jak byste postupoval/a u dítěte v bezvědomí?	57	70,4 %
30.	Jak byste postupoval/a v případě intenzivního krvácení z krční tepny?	69	85,2 %

(zdroj: vlastní

7 VÝSLEDNÁ ZJIŠTĚNÍ

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaká je připravenost učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci při úrazech a akutních stavech u dětí. Tato hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena na základě analýzy odpovědí na otázky č. 14–30, které se soustředily na teoretické znalosti učitelů v této oblasti.

Vysokou míru znalostí respondenti prokázali například u otázky č. 16, která se vztahovala ke správnému postupu při dušení dítěte – správně odpovědělo 93,8 % dotazovaných. Stejného procentuálního výsledku dosáhla i otázka č. 26, zaměřená na ošetření poraněného kolene po pádu. Významná míra připravenosti byla dále zaznamenána v otázkách týkajících se řešení situací, jako je opaření (88,9 %), podezření na zlomeninu (92,6 %) či nutnost zahájit kardiopulmonální resuscitaci (90,1 %). Tyto výsledky svědčí o tom, že většina respondentů disponuje dostatečnými teoretickými znalostmi základních zásad první pomoci a je schopna adekvátně reagovat na řadu život a zdraví ohrožujících situací.

Na druhé straně byly identifikovány oblasti, v nichž si byly respondenti méně jistí. Jednalo se například o uvíznutí cizího tělesa v nosní dutině (46,9 %) nebo o poskytnutí první pomoci při omrzlinách (55,6 %). Nižší míra úspěšnosti (59,3 %) byla zaznamenána rovněž v otázce č. 21, která se týkala frekvence stlačení hrudníku při resuscitaci dítěte – tedy znalosti specifické, avšak zásadní.

Celkově lze shrnout, že učitelé mateřských škol vykazují velmi solidní úroveň připravenosti k poskytování první pomoci, především v případech běžných úrazů a akutních stavů, které jsou spojeny s přímým ohrožením života. Výsledky šetření potvrzují, že většina respondentů ovládá základní teoretické principy a postupy, což vytváří dobrý základ pro efektivní řešení mimořádných situací. Zároveň však analýza poukazuje na nutnost cíleného rozvoje v méně obvyklých oblastech, a to zejména prostřednictvím pravidelných školení, praktických nácviků a aktualizace znalostí v souladu s doporučeními odborných společností.

Tuto hlavní otázku doplňují a konkretizují dvě dílčí výzkumné otázky. První z nich se zabývá tím, jak se úroveň znalostí první pomoci liší v závislosti na délce pedagogické praxe. Analýza výsledků vědomostní části dotazníku, která zahrnovala celkem 17 otázek zaměřených na zásady poskytování první pomoci, poukazuje na určitou souvislost mezi délkou pedagogické praxe a dosaženou úrovní teoretických znalostí. Respondenti

byli rozděleni do čtyř skupin podle délky své praxe: Učitelé s méně než 2 lety praxe dosáhli průměrného skóre 11,9 bodu, což představuje 70 % úspěšnosti. Učitelé s praxí 2–5 let vykázali průměr 13,3 bodu (78 %). Učitelé s praxí 6–15 let dosáhli průměrně 13,1 bodu (77 %). Učitelé s praxí delší než 16 let zaznamenali průměrné skóre 13,8 bodu, tedy 81 % úspěšnosti.

Z těchto údajů vyplývá, že s rostoucí délkou praxe dochází k mírnému zvyšování úrovně teoretických znalostí v oblasti první pomoci. Nejnižší průměrné skóre bylo zjištěno u respondentů s nejkratší praxí, což může souviset s jejich omezenou praktickou zkušeností, nižším počtem absolvovaných školení nebo menším vystavením reálným krizovým situacím. Naopak nejvyšší úroveň znalostí prokázali učitelé s nejdelší pedagogickou praxí, což pravděpodobně souvisí s jejich dlouhodobou zkušeností, kontinuálním profesním rozvojem, větší jistotou při rozhodování v mimořádných situacích a pravděpodobně i s častější účastí na vzdělávacích aktivitách.

Ačkoli rozdíly mezi jednotlivými skupinami nejsou výrazně dramatické, lze sledovat mírně vzestupný trend, který naznačuje, že délka praxe má pozitivní vliv na úroveň teoretických znalostí první pomoci. Současně výsledky ukazují, že i učitelé s kratší dobou praxe disponují solidními znalostmi, které je však vhodné dále rozvíjet – zejména prostřednictvím cílených vzdělávacích programů a praktického nácviku.

Druhá dílčí otázka se zaměřila na identifikaci konkrétních situací, se kterými se učitelé v praxi nejčastěji setkávají. Na základě odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření lze konstatovat, že úrazy a akutní zdravotní stavy nejsou v prostředí mateřských škol ojedinělé a učitelé se s nimi v rámci své profesní činnosti setkávají poměrně často. Tato skutečnost je potvrzena odpovědí na otázku č. 5, podle níž 71,6 % respondentů uvedlo, že již byli svědky úrazu nebo náhlého zdravotního problému dítěte. Výsledky potvrzují, že připravenost učitelů na tyto mimořádné situace je neoddělitelnou součástí jejich profesní výbavy.

Detailní analýza typologie těchto případů, uvedená v otázce č. 6, ukazuje, že nejčastěji dochází k úrazovým stavům, na které poukázalo 36,2 % respondentů. Dalších 24,1 % uvedlo zkušenost s oběma typy zdravotních problémů – tedy jak úrazovými, tak neúrazovými. Pouze 10,3 % dotazovaných se setkala výhradně s neúrazovými stavy, což potvrzuje, že úrazy tvoří většinu situací, s nimiž se pedagogové v mateřských školách běžně setkávají. Zároveň však ukazují i na významný výskyt akutních zdravotních stavů neúrazového charakteru.

Otázka č. 8 poskytla podrobný přehled konkrétních situací, ve kterých bylo nutné poskytnout první pomoc. Nejčastěji byly uvedeny odřeniny (49 respondentů), krvácení z nosu (43) a bodnutí hmyzem (41), což jsou zranění, která se v předškolních zařízeních vyskytují poměrně často.

Mezi méně časté, avšak závažnější situace, patřily zlomeniny (16), vdechnutí cizího tělesa (9), řezná poranění (10), popáleniny (6) a nutnost provedení kardiopulmonální resuscitace (3). Dále byla zmíněna uvíznutí cizího tělesa v nose (13) a polknutí cizího tělesa (3), což jsou specifické případy, které vyžadují klidný a adekvátní přístup učitele.

Závěrem lze shrnout, že učitelé mateřských škol se nejčastěji setkávají s běžnými úrazy, jako jsou odřeniny, krvácení nebo bodnutí hmyzem. Závažnější zdravotní problémy jsou v praxi méně časté, ale přesto se v prostředí mateřských škol pravidelně vyskytují a vyžadují rychlou, správnou a klidnou reakci učitele. Tato zjištění podtrhují důležitost kvalitního vzdělávání a pravidelného proškolení učitelů v oblasti poskytování první pomoci.

8 DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou učitelé mateřských škol připraveni poskytovat první pomoc při úrazech a akutních stavech u dětí. Jak uvádí Kovaříková (2017), učitelé nesou odpovědnost nejen za výchovně-vzdělávací proces, ale i za zajištění bezpečnosti dětí, které jim byly svěřeny. V tomto ohledu výsledky ukázaly, že si většina učitelů tuto odpovědnost uvědomuje a disponuje základními znalostmi první pomoci, což potvrzuje i jejich celková úspěšnost 77 %. Dalo by se tedy říct, že splňují přirozené očekávání rodičů, že v případě nutnosti bude učitel schopen dítěti poskytnout rychlou, správnou a efektivní první pomoc, což může výrazně zlepšit jeho prognózu (Haluzíková, 2023; Hassan et al., 2015).

V rámci prvního cíle tohoto výzkumu bylo zjištěno, že učitelé mateřských škol mají velmi dobré znalosti zejména v oblasti nejčastějších úrazů. Například 93,8 % respondentů správně reagovalo v případě dušení, což představuje významný nárůst oproti výsledkům Chaloupkové (2014), kde byla úspěšnost nižší o 17,8 %. Velmi dobře byla vyhodnocena také otázka týkající poskytování první pomoci při krvácení z nosu, přičemž správný postup (stisknutí nosních křídel pod kořenem nosu) popisuje Petržela (2016). Přesto však 8 respondentů uvedlo, dříve používanou metodu (zaklonění hlavy), což je v současnosti považováno za nevhodné.

Velmi dobře si učitelé vedli i v otázkách týkajících se ošetření odřeniny (93,8 % správných odpovědí) a poskytování první pomoci při masivním krvácení z krční tepny (85,2 %), kdy je dle Srnského (2007) nutné postiženou tepnu stlačit přímo v místě poranění. Podobně vysoká připravenost byla zaznamenána i při poskytování první pomoci při podezření na zlomeninu (92,6 %) a při nutnosti zahájit kardiopulmonální resuscitaci (90,1 %). Zde však měli někteří učitelé problém s přesným určením frekvence stlačení hrudníku, kdy často zaměňovali správné hodnoty za frekvenci určenou pro dospělé. Tento nedostatek ukazuje na potřebu pravidelnějšího opakování a praktického nácviku postupů první pomoci.

Znepokojivým zjištěním však zůstává nižší úspěšnost u méně častých, avšak rizikových stavů. Jedná se například o správný postup při omrzlinách, který znalo pouze 55,6 % respondentů. Právě zde Kolek (2022) upozorňuje, že včasné a správné ošetření je klíčové pro prevenci nevratného poškození tkání. Při úrazu hlavy odpovědělo správně 75,3 % respondentů. Ti zvolili správný postup, který uvádí i Srnský (2007), tedy uložení dítěte při

vědomí na záda s mírně podloženou hlavou. Ve srovnání s výzkumem Cyroňové (2019), zaměřeným na studenty oboru učitelství pro mateřské školy, však bylo zaznamenáno zhoršení přibližně o 20 %, což může být vysvětleno tím, že mají studenti čerstvější teoretické znalosti ze studia, zatímco učitelé se při absenci pravidelného školení mohou potýkat s postupným zapomínáním získaných informací a nedostatkem aktuálních poznatků v oblasti první pomoci. Podobné rezervy byly zaznamenány i u otázky týkající se uvíznutí cizího tělesa v nosní dutině (úspěšnost pouze 46,9 %), kde odborníci (Srnský, 2007) doporučují nepodnikat laické pokusy o odstranění, ale vyhledat odbornou pomoc.

Druhý cíl práce se zaměřil na zjištění souvislosti mezi délkou pedagogické praxe a úrovní znalostí. Výsledky ukázaly vzrůstající trend úspěšnosti s narůstajícími roky praxe. Při bližším pohledu tedy učitelé s praxí do 2 let dosáhli průměrné úspěšnosti 70 %, což může souviset s nižší mírou praktických zkušeností. Učitelé s 2–5 lety praxe dosáhli 78 %, podobně jako skupina s 6–15 lety praxe (77 %) a nejvyšší průměrné skóre (81 %) pak získali učitelé s více než 16 lety praxe. Tyto výsledky potvrzují význam zkušenostního učení, které podmiňuje schopnost efektivně reagovat na krizové situace (Haluzíková, 2023). V porovnání s výzkumem Malé (2019), která srovnávala znalosti pedagogů s praxí kratší a delší než 15 let, lze pozorovat výrazné zlepšení – ve skupině s kratší praxí o 7,8 %, a ve skupině s delší praxí dokonce o 16,8 %, což potvrzuje mou hypotézu.

Třetí cíl práce byl zaměřen na identifikaci nejčastějších úrazů a akutních stavů, se kterými se učitelé v praxi setkávají. Výsledky potvrdily, že se nejčastěji jednalo o méně závažné úrazy, jako jsou odřenyiny (49 respondentů), krvácení z nosu (43) a bodnutí hmyzem (41). Tento fakt je současně v souladu se zjištěními Srnského (2007) a Benešové (2013), kteří uvádějí vysoký výskyt těchto typů úrazů. Mé výsledky však odpovídají i statistikám České školní inspekce (2024), která uvádí vysoký výskyt úrazů v prostředí mateřských škol, zejména poranění hlavy (31), zlomeniny (16), vdechnutí či polknutí cizího tělesa (9), popálenin (6), pádů. Učitelé tak musí být připraveni reagovat pohotově a s psychickou odolností, což klade důraz na význam systematického a pravidelného vzdělávání v oblasti první pomoci.

Výsledky práce tedy podporují výchozí hypotézy o připravenosti učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci, avšak současně ukazují na potřebu dalšího profesního rozvoje v oblasti méně běžných, ale rizikových situací. Zde je tedy potřeba dále systematicky prohlubovat jejich znalosti prostřednictvím aktualizovaných školení, nácviků a spolupráce s odbornými institucemi (např. Český červený kříž, n.d.b).

8.1 Limity výzkumu

Ačkoliv dotazníková metoda představuje efektivní nástroj pro shromažďování dat od širokého spektra respondentů, není bez svých limitů. Jak upozorňuje Bartošová a Skutil (2011), je nutné „počítat se subjektivitou výpovědí“ (s. 80), neboť respondentům nemusí vyhovovat předem stanovená forma dotazování, což může ovlivnit kvalitu získaných informací. Omezený prostor pro odpovědi, vyplývající z přesně vymezených otázek může vést k tomu, že respondenti volí odpovědi, které by za jiných okolností nezvolili, což zvyšuje riziko zkreslení výsledků (Ibid, 2011). Chráška (2016) pak kritizuje dotazník jako nástroj, který často nezachycuje reálnou pedagogickou praxi, ale spíše subjektivní vnímání respondentů. Kromě toho, jak uvádí Vojtíšek (2012), může nízká návratnost dotazníků ovlivnit reprezentativnost výsledků, což zpochybňuje validitu výzkumu.

8.2 Doporučení pro praxi

Na základě zjištění získaných v rámci tohoto výzkumu je možné formulovat několik doporučení, která by měla přispět k zajištění vyšší úrovně připravenosti učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případě úrazů a akutních zdravotních stavů u dětí.

Zajištění pravidelných školení v oblasti první pomoci. Na základě výsledků výzkumného šetření lze doporučit zavedení systematického a dlouhodobého vzdělávání učitelů mateřských škol v oblasti poskytování první pomoci (Franěk & Trčková, 2014). Přestože většina učitelů prokázala solidní teoretické znalosti, ukázalo se, že existují specifické oblasti, kde je potřeba dalšího vzdělávání. Školení by měla probíhat minimálně jednou ročně a měla by zahrnovat jak teoretickou přípravu, tak praktické modelové situace, aby si učitelé osvojili nejen znalosti, ale i potřebné dovednosti pro efektivní zvládnutí krizových situací v praxi.

Podpora pedagogů s nižší praxí. Každý začínající učitel potřebuje pro svůj profesní růst dostatečnou podporu (Syslová & Borkovcová, 2022). Přestože mladší pedagogové často disponují adekvátními teoretickými základy, je nezbytné jim nabídnout intenzivnější pomoc, například prostřednictvím mentoringu nebo speciálně zaměřených kurzů, které se věnují řešení krizových situací a praktickému nácviku.

Zvýšení informovanosti o prevenci úrazů. Kromě školení zaměřených na poskytování první pomoci by měla být součástí vzdělávacích aktivit také prevence úrazů a edukace o rizikových faktorech, které mohou vést k ohrožení zdraví dětí. Učitelé by měli

být seznámeni s metodami, jak účinně minimalizovat rizika v prostředí mateřských škol a jak správně postupovat při prevenci nehod. Dle Kovaříkové (2017) jsou si učitelé vědomi potřeby dalšího vzdělávání v této oblasti.

Zvýšení dostupnosti výukových materiálů a metodických pomůcek. Dostupnost kvalitních výukových materiálů představuje významný faktor ovlivňující úroveň znalostí učitelů. Z tohoto důvodu je žádoucí zpřístupnit metodické příručky a vizuální pomůcky, které budou pedagogickým pracovníkům k dispozici nejen v rámci školení, ale také při běžném výkonu jejich profesní činnosti. Obsah těchto materiálů by měl zahrnovat přehledné postupy první pomoci při různých typech úrazů a akutních zdravotních stavů, doplněné ilustracemi a konkrétními příklady z praxe, jak je uvedeno například v publikaci *První pomoc pro školy* od Fraňka a Trčkové (2014).

ZÁVĚR

Téma připravenosti učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních stavů u dětí jsem si zvolila především z důvodu osobního zájmu o tuto problematiku a z přesvědčení, že schopnost adekvátně reagovat v krizových situacích je v profesi učitele předškolního vzdělávání naprosto zásadní. Učitelé v mateřských školách tráví s dětmi podstatnou část dne, a proto je nezbytné, aby byli v případě potřeby připraveni poskytnout první pomoc – nejen s ohledem na zdraví a bezpečnost dítěte, ale také z hlediska profesní odpovědnosti a jejich vnitřní jistoty.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na vymezení pojmu první pomoc, charakteristiku nejčastějších úrazů a akutních stavů typických pro předškolní věk a dále na právní rámec a kompetence učitelů v oblasti poskytování první pomoci. Tato část práce vytvořila základní teoretické východisko pro následné výzkumné šetření a umožnila hlubší porozumění požadavkům, které jsou v této oblasti na učitele kladeny.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak jsou učitelé mateřských škol připraveni na poskytování první pomoci, s jakými akutními stavy a úrazy se v praxi nejčastěji setkávají a jaký vliv má délka jejich pedagogické praxe na úroveň znalostí v této oblasti. K naplnění těchto cílů jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii a realizovala dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 81 respondentů. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že učitelé mateřských škol vykazují velmi dobrou úroveň teoretických znalostí v oblasti poskytování první pomoci, zejména v případech běžných úrazů a akutních stavů ohrožujících život. Nejistota se však objevuje u méně častých situací, jako jsou omrzliny nebo zavedení cizího tělesa do nosní dutiny. Mezi nejčastěji se vyskytujícími situacemi, se kterými se učitelé setkávají, jsou drobná poranění, krvácení z nosu, popáleniny a úrazy hlavy. V souvislosti s délkou praxe bylo zjištěno, že nejvyšší míru jistoty v poskytování první pomoci vykazují učitelé s více než šestnáctiletou praxí. Nižší úroveň jistoty se naopak projevila u učitelů s kratší profesní zkušeností.

Zjištěné skutečnosti poukazují na nezbytnost pravidelného, kvalitního a prakticky zaměřeného vzdělávání učitelů v oblasti první pomoci. Jednorázové absolvování příslušného tématu v rámci počátečního vzdělávání se jeví jako nedostatečné. Klíčovým aspektem se ukazuje být kontinuální aktualizace znalostí, jejich opakování a propojení s praktickým nácvikem.

Tato práce přináší nový vhled na problematiku připravenosti učitelů mateřských škol na krizové situace a může sloužit jako podnět ke zvyšování povědomí o důležitosti této složky profesní kompetence. Výsledky mohou být inspirací pro zřizovatele škol, vedení mateřských škol i samotné učitele, aby byl této oblasti věnován patřičný prostor v rámci dalšího profesního rozvoje. Realizace výzkumu mi zároveň umožnila lépe porozumět každodenní realitě předškolních učitelů a utvrdila mě v přesvědčení, že se jedná o aktuální a společensky významné téma, které si zaslouží systematickou pozornost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Bartošová, I., & Skutil, M. (2011) Dotazník. In M. Skutil (Ed.), *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství* (s. 80–88). Portál.
- Benešová, V. (2013, srpen 31). *Úrazy u dětí a jejich prevence*. Šance dětem. <https://sancedetem.cz/urazy-u-deti-jejich-prevence>
- Bernatová, E. (2022). Obecné zásady při poskytování první pomoci. In E. Bernatová, J. Marková, & M. Jukl (Eds.), *Základy první pomoci* (4. vyd.) (s. 7–9). Český červený kříž.
- Bernatová, E., Marková, J., & Jukl, M. (2022). *Základy první pomoci* (4. vyd.). Český červený kříž.
- Bollig, G., Wahl, H. A., & Svendsen, M. V. (2009). Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures. *Resuscitation*, 80(6), 689–692. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.03.012>
- Bydžovský, J. (2011). *Předlékařská první pomoc*. Grada.
- Cyroňová, P. (2019). *Úroveň vědomostí v poskytování první pomoci u studentů oboru učitelství pro mateřské školy* [Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně]. Archiv závěrečných prací UTB. https://m.digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43942/cyro%C5%88ov%C3%A1_2019_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Černá, O. (2023). Kousnutí hmyzem. In V. Mixa, P. Heinige, & V. Vobruba (Eds.), *Dětská přednemocniční a urgentní péče* (3. vyd.) (s. 292–294). Grada.
- Český červený kříž. (n.d.a). *Výuka a poskytování první pomoci*. <https://www.cervenykriz.eu/prvni-pomoc>
- Český červený kříž. (n.d.b). *Školení základy první pomoci u dětí*. <https://www.cckp9.cz/skoleni-zaklady-prvni-pomoci-u-deti-praha>
- ČŠI (2024). *Kvalita vzdělávání v České republice ve školním roce 2023/2024*. Česká školní inspekce. https://www.csicr.cz/CSICR/media/Elektronicke-publikace/2024/Vyrocní_zpráva_CSI_2023_2024/html5/index.html?pn=5
- Dandová, E. (2008). *Bezpečnost a ochrana zdraví dětí ve školách*. ASPI.
- Dissou, J., & Lux., & P. (2023). Úrazy obličeje – oko, nos, zuby. In V. Mixa, P. Heinige, & V. Vobruba (Eds.), *Dětská přednemocniční a urgentní péče* (3. vyd.) (s. 196–201). Grada.
- Dissou, J., & Miklošová, J. (2023). Cizí těleso v dýchacích cestách. In V. Mixa, P. Heinige, & V. Vobruba (Eds.), *Dětská přednemocniční a urgentní péče* (3. vyd.) (s. 509–514). Grada.

- Djakow, J. (2018). Neodkladná resuscitace u dětí. *Pediatric pro praxi*, 19(3), 159–165. https://pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201803-0007_Neodkladna_resuscitace_u_deti.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3D%2BNeodkladn%25E1%2Bresuscitace%2Bu%2Bd%25ECt%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30
- Drahokoupilová, Z. (2007). Bezpečnost a ochrana zdraví dětí v mateřské škole. *Metodický portál*. <https://clanky.rvp.cz/clanek/1736/BEZPECNOST-A-OCHRANA-ZDRAVI-DETI-V-MATERSKE-SKOLE.html>
- Fabichová, K. (2023). Úrazy končetin – fraktury, luxace. In V. Mixa, P. Heinige, & V. Vobruba (Eds.), *Dětská přednemocniční a urgentní péče* (3. vyd.) (s. 238–244). Grada.
- Farxodjon Rustamovich, T. (2024). Types of bleeding, methods to stop bleeding, the importance of providing first aid in case of bleeding. *Journal of scientific research, modern views and innovations*, 1(2), 163–167. <https://spaceknowladge.com/index.php/JOISRMVI/article/view/523>
- Franěk, O., & Trčková, P. (2014). *První pomoc pro školy*. Občanské sdružení Ve škole i mimo ni. <https://www.zzsjk.cz/data/web/documents/Prvni-pomoc-pro-skoly.pdf>
- Haluzíková, J. (2023). *Základy první pomoci a přednemocniční péče pro nelékařské obory*. Grada.
- Hanáková, A., & Urbanovská, E. (2023). *Bezpečnost v kontextu osob se specifickými potřebami*. Univerzita Palackého.
- Hasík, J. (2003). *Nebojte se první pomoci*. Maags. https://www.mestorotava.cz/e_download.php?file=data/editor/450cs_10.pdf&original=P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.6_Priru%C4%8Dka%20prvni%20pomoc.pdf
- Hassan, N., Abdella, A., Rizk, N., Abu-Elenen, Mohammed, Elkazaz, R H., Moussa Ma. & Moussa, M. (2015). Intervention program for the kindergarten teachers about pediatrics first aids. *American Journal of Research Communication*, 3(5), 178–194. https://www.researchgate.net/publication/350410907_Intervention_program_for_the_kindergarten_teachers_about_pediatrics_first_aids
- Heinige, P. (2023). Cizí těleso v trávicím traktu. In V. Mixa, P. Heinige, & V. Vobruba (Eds.), *Dětská přednemocniční a urgentní péče* (3. vyd.) (s. 238–244). Grada.
- Chaloupková, D. (2014). *Přípravenost předškolních pedagogů v oblasti první pomoci* [Bakalářská práce Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích]. Theses. https://theses.cz/id/gx09cs/Pipravenost_pedkolnch_pedagog_v_oblasti_prvn_pomoci.pdf
- Chráská, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu* (2. vyd.). Grada.

- Karásková, E., Geryk, M., Vrba, R., Malý, T., Čivrný, J., & Pospíšilová, D. (2021). Magnetické kuličky v trávicím traktu. *Pediatric pro praxi*, 22(5), 346–348. <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2021/05/10.pdf>
- Kelnarová, J., Toufarová, J., Váňová, J., & Číková, Z. (2012). *První pomoc I: pro studenty zdravotnických oborů* (2. vyd.). Grada.
- Kocián, J. (2013). Úrazy dětí v mateřské škole a jejich evidence. *Speciál pro mateřské školy*, 2. <https://www.rizeniskoly.cz/casopisy/special-pro-materske-skoly/urazy-deti-v-materske-skole-a-jejich-evidence.m-4414.html>
- Kolek, F. (2022). *Zdravotník – první pomoc pro pedagogické pracovníky a pořadatele dětských táborů*. Grada.
- Koutná, M. (2016). Ošetření drobných poranění. *Praktické lékařství*, 12(4), 147–149. https://www.solen.cz/artkey/lek-201604-0006_Osetreni_drobnych_poraneni.php
- Kovaříková, M. (2017). Pregraduální příprava učitelů v bezpečnostních tématech. Bezpečnostní gramotnost jako součást výchovy ke zdraví. *Život ve zdraví 2017: Soubor příspěvků z mezinárodní konference konané ve dnech 7.–8.zář 2017*, 28–34. <https://www.cceol.com/search/chapter-detail?id=1108871>
- Krčmová, I., & Novosad, J. (2019). Anafylaktické příznaky a anafylaktický šok. *Vnitřní lékařství*, 65(2), 149–156. <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2019/02/12.pdf>
- Lánská, M. (2018). *Domácí první pomoc dětem: co dělat při nehodách, poraněních či nemocech*. Euromedia.
- Malá, M. (2019). *První pomoc v mateřské škole* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář KU. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105940/130250481.pdf?sequence=1&isAllowed=yseznam.cz>
- Mixa, V. (2023). Anatomické a fyziologické odlišnosti dětského věku související s urgentní péčí. In V. Mixa, P. Heinige, & V. Voruba (Eds.), *Dětská přednemocniční a urgentní péče* (3. vyd.) (s. 10–15). Grada.
- Miženkova, I., Argayová, I., & Bujňák, J. (2022). *Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada.
- MŠMT. (2005). *Metodický pokyn k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. https://msmt.gov.cz/file/38377_1_1/

- MŠMT. (2009). *RVP pro obor vzdělávání 75-31-M/01 Předškolní a mimoškolní pedagogika*. http://zpd.nuov.cz/RVP_3_vlna/RVP%207531M01%20Predskolni%20a%20mimoskolni%20pedagogika.pdf
- MUNI. (2024). XTV11 *Zdravotní problematika dětského věku*. <https://is.muni.cz/predmet/1441/XTV11?lang=cs>
- Nováková, Z. (2012). Fyziologické zvláštnosti dětského věku. *Praktické lékařství*, 8(6), 279–282. <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2012/06/07.pdf>
- NPI. (2025). *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Národní pedagogický institut České republiky. <https://prohlednout.rvp.cz/export>
- Pastucha, D. (2024). Pohyb v dětském věku. In D. Pastucha (Ed.), *Tělovýchovné lékařství* (2. vyd.) (s. 299–306). Grada.
- Pešková, Š., Šibíková, M., Jonáš, J., & David, J. (2022). Akutní stavy v primární pediatrické péči. *Pediatric pro praxi*, 23(3), 175–178. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2022/03/02.pdf>
- Petržela, M. D. (2016). *První pomoc pro každého* (2. vyd.). Grada.
- PrPom. (n.d.). *Kurzy pro školy a neziskovky*. <https://www.prpom.cz/kurzy-pro-skoly-a-neziskovky>
- Richter, J., & Richterová, E. (n.d.). *Učíme první pomoc*. <https://www.ucimeprvniplomoc.cz/>
- Seidl, Z. (2008). *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada.
- Skutil, M., & Bartošová (2011) Dotazník. In M. Skutil (Ed.), *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství* (s. 80–88). Portál.
- Smolík, F. (2017). Vývoj před vstupem do školy: od prenatalního stadia po předškoláka. In M. Blatný (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje* (s. 65–83). Karolinum.
- Srnský, P. (2007). *První pomoc u dětí* (3. vyd.). JS Press.
- Steen, J. Ch., Janniger, K. C., Schutzer, E. S., & Schwartz, A. R. (2005). *Insect sting reactions to bees, wasps, and ants*. *International Journal of Dermatology*, 44(2), 91–94. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-4632.2005.02391.x>
- Stožický, F. (2015). Růst a vývoj dítěte. In F. Stožický, & J. Sýkora (Eds), *Základy dětského lékařství* (2. vyd.) (s. 31–43). Karolinum.
- Syslová, Z. (2013). *Profesní kompetence učitele mateřské školy*. Grada.

Syslová, Z., & Borkovcová, I. (2022). *Uvádění začínajících učitelů mateřských škol*. Wolters Kluwer.

Šáchová, J. (2008). *Úroveň výuky první pomoci na vysokých školách s pedagogickým zaměřením v ČR* [Diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně]. MUNI. https://is.muni.cz/th/j7jzp/DP_UrovenVyukyPP.pdf

Šín, R. (2019). Integrovaný záchranný systém. In R. Šín, P. Šťourač, J. Vidunová (Eds.) *Lékařská první pomoc* (s. 313–323). Galén.

Thon, V. (2010). Jak na bodnutí hmyzem a reakci na alergen? *Interní medicína pro praxi*, 12(6), 330–332. https://www.internimedicina.cz/artkey/int-201006-0010_Jak_na_bodnuti_hmyzem_a_reakci_na_alergen.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DJak%2Bna%2Bbodnut%25ED%2Bhmyzem%2Ba%2Breakci%2Bna%2Balergen%253F%26sfrom%3D0%26spage%3D30

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.

Truhlář, A., Černá Pařízková, R., Dizon, J. M. L., Djakow, J., Drábková, J., Franěk, O., Gřegoř, R., Janota, J., Janota, T., Mathauser, R., Peřan, D., Rozsival, P., Šebková, S., Škulec, R., Štěpánek, K., Šťourač, P., Tkaczyk, J., & Černý. (2021). Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 32, 8–70. https://aimjournal.cz/artkey/aim-202188-0001_european-resuscitation-council-guidelines-2021-executive-summary.php

Tunkel, E. D. et al. (2020). Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 162(15), 1–38. <https://aao-hnsfjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1177/0194599819890327>

Univerzita Tomáše Bati. (2019). *Studijní program: B0112P300001 – Učitelství pro mateřské školy*. [file:///C:/Users/sany/Downloads/studijni_plany%20\(ums%20ks\).pdf](file:///C:/Users/sany/Downloads/studijni_plany%20(ums%20ks).pdf)

Vágnerová, M., & Lisá, L. (2022). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (3. vyd.) Karolinum.

Vilášek, J., Fiala, M., & Vondrášek, D. (2022). *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století* (2. vyd.). Karolinum.

Vodička, V., & Vopasek, A. (2022). Specifika dětského věku. In M. Frelich (Ed.), *Dětské polytrauma* (s. 13–24). Grada.

Vojtíšek, P. (2012). *Výzkumné metody: Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Vyšší odborná škola sociálně právní. Skripta [Vyzkumne_metody-libre.pdf](#)

Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání (2005). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2005/14/2024-09-01?f=%C4%8D.%2014%2F2005%20Sb.&zalozka=text>

Vyhláška č. 64/2005 Sb., o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů (2005). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2005/64?zalozka=text>

Vyhláška č. 263/2007 Sb., kterou se stanoví pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení zřízených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, krajem, obcí nebo dobrovolným svazkem obcí (2007). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2007/263?zalozka=text>

Vyhláška č. 160/2024 Sb., o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení a provozoven pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých a dětských skupin (2024). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2024/160?zalozka=text>

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů (2000). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2000/239?zalozka=text>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) (2004). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2004/561?zalozka=text>

Zákon č. 262/2006 Sb., zákon zákoník práce (2006). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2006/262?zalozka=text>

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (2009). <https://www.e-sbirka.cz/sb/2009/40?zalozka=text>

Zdravotníci. (2015). Certifikovaný kurz pro pedagogy. *Zdravotníci*. <https://www.zdravotnici.cz/kurzy-a-skoleni/certifikovany-kurz-pro-pedagogy/>

ZDrSEM První pomoc zážitkem. (n.d.). *O ZDrSEMu*. <https://www.zdrsem.cz/o-zdrsemu>

Zideman, D. A., Singletary, E. M., Borra, V., Cassan, P., Cimpoesu, C. D., De Buck, E., Djärv, T., Handley, A. J., Klaassen, B., Meyran, D., Oliver, E., & Poole, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. *Resuscitation*, 161, 270–290. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.013>

Žumárová, M. (2011). Základní přístupy ke zkoumání. In M. Skutil (Ed.), *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství* (s. 57–75). Portál.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů	37
Graf 2 Zastoupení respondentů v krajích ČR.....	38
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	39
Graf 4 Četnost úrazových a neúrazových stavů	40
Graf 5 Jistota při poskytování první pomoci.....	41
Graf 6 Nejčastější situace vyžadující první pomoc	42
Graf 7 Kurz první pomoci	43
Graf 8 Kvalita školení	44
Graf 9 Hodnocení znalostí první pomoci	45
Graf 10 Preferencí respondentů v oblasti obsahu a formy školení	46
Graf 11 Postup při poranění hlavy u dítěte	47
Graf 12 Krvácení z nosu	48
Graf 13 Dušení	48
Graf 14 Podezření na zlomeninu.....	49
Graf 15 Požití neznámé látky	50
Graf 16 Bodnutí včelou	51
Graf 17 Opaření vodou.....	52
Graf 18 Stlačení hrudníku u KPR	52
Graf 19 Poměr stlačení hrudníku k umělým vdechům	53
Graf 20 Cizí předmět v nose	54
Graf 21 Spolknutý cizí předmět	54
Graf 22 Promrzlé a necitlivé prsty	55
Graf 23 Odřenina kolene	56
Graf 24 Stabilizovaná poloha.....	56
Graf 25 Zahájení resuscitace u dítěte	57
Graf 26 Dítě v bezvědomí	58
Graf 27 Krvácení z krční tepny	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Celková úspěšnost.....	59
----------------------------------	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
cm	centimetr
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
ČR	Česká republika
ČŠI	Česká školní inspekce
IZS	integrovaný záchranný systém
kg	kilogram
KPR	kardiopulmonální resuscitace
ml	milimetr
mmHg	megahertzů
MŠ	mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MUNI	Masarykova Univerzita
např.	například
odst.	odstavec
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
Sb.	Sborník zákonů
ZZS	zdravotnická záchranná služba

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Obavy a bariéry učitelů při poskytování první pomoci

Příloha P II: Dotazník

PŘÍLOHA P I: OBAVY A BARIÉRY UČITELŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI

Emoce, především strach a stres, mohou v krizových situacích přerůst v bezradnost (Kelnarová et al., 2012). V důsledku těchto faktorů může část svědků mimořádné události zcela selhat v rozhodujícím okamžiku. Přítomnost více proškolených osob na místě však může tyto psychologické bariéry zmírnit a podpořit akceschopnost (Hasík, 2003).

Důležitou roli hraje také pocit nedostatečnosti, který může být posílen obavou z negativního hodnocení okolí nebo mylnou představou, že nečinnost je méně nebezpečná než neodborný zásah (Kelnarová et al., 2012). Tyto postoje brání rozvoji osvěty v oblasti první pomoci (Kelnarová et al., 2012) a lze je vnímat jako důsledek nedostatečně účinné zdravotnické edukace (Hasík, 2003).

Nedostatek důvěry ve veřejné instituce bývá často provázen obavami z možných následných komplikací v podobě kontaktu s policií, právními zástupci, soudy či zdravotnickým personálem (Kelnarová et al., 2012). I tyto obavy lze zmírnit cílenou osvětou a pozitivní motivací veřejnosti k aktivnímu jednání (Hasík, 2003).

Učitelé se mohou také obávat o vlastní zdraví, zejména s ohledem na riziko nákazy či zranění při poskytování pomoci (Kelnarová et al., 2012). Tyto obavy jsou v reálných situacích pochopitelné, ochota riskovat vlastní život není samozřejmou součástí naší společnosti (Hasík, 2003). Často je navíc zaznamenávána i nízká důvěra ve vlastní schopnosti reagovat adekvátně v krizové situaci (Kelnarová et al., 2012).

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Připravenost učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních stavů u dětí

Dobrý den,

jmenuji se Alexandra Hasíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Učitelství pro mateřské školy na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci své bakalářské práce si Vás dovoluji oslovit s žádostí o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který Vám zabere 5–10 minut. Má práce se zaměřuje na Připravenost učitelů mateřských škol k poskytování první pomoci v případech úrazů a akutních stavů u dětí.

Veškeré údaje budou zpracovány anonymně a využity výhradně pro akademické účely. Vaše účast je dobrovolná, avšak Vaše odpovědi mohou významně přispět k pochopení této problematiky.

Děkuji za Váš čas a ochotu přispět k hlubšímu porozumění této problematiky a ke zkvalitnění přípravy pedagogů na poskytování první pomoci.

1. Jaký je Váš věk? Označte jen jednu možnost

- ☐ 18–25 let
- ☐ 26–35 let
- ☐ 35–45 let
- ☐ 46+ let

2. V jakém kraji žijete? Označte jen jednu možnost

- ☐ Hlavní město Praha
- ☐ Jihočeský kraj
- ☐ Jihomoravský kraj
- ☐ Karlovarský kraj
- ☐ Kraj Vysočina
- ☐ Královéhradecký kraj
- ☐ Liberecký kraj
- ☐ Moravskoslezský kraj

- ☐ Olomoucký kraj
- ☐ Pardubický kraj
- ☐ Plzeňský kraj
- ☐ Středočeský kraj
- ☐ Ústecký kraj
- ☐ Zlínský kraj

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Označte jen jednu možnost

- ☐ Střední pedagogická škola
- ☐ Vyšší odborná škola pedagogická
- ☐ Vysokoškolské vzdělání – bakalářský program
- ☐ Vysokoškolské vzdělání – magisterský program
- ☐ Jiné:

4. Kolik let praxe máte jako učitel/ka v mateřské škole? Označte jen jednu možnost

- ☐ Méně než 2 roky
- ☐ 2–5 let
- ☐ 6–15 let
- ☐ Více než 16 let

5. Setkal/a jste se někdy s úrazem nebo akutním stavem u dítěte v MŠ? Označte jen jednu možnost

- ☐ Ano
- ☐ Ne

6. (pokud ano) Jednalo se o úrazový nebo neúrazový stav? Nebo jste se setkal/a s oběma? Označte jen jednu možnost

- ☐ Úrazový (úrazy hlavy, odřeniny, zlomeniny atd.)
- ☐ Neúrazový (kolaps, alergická reakce, dušení atd.)
- ☐ Oba stavy

7. Cítil/a jste se při poskytování první pomoci dostatečně jistě? Označte jen jednu možnost

- ☐ Ano, postupoval/a jsem s jistotou
- ☐ Ano, ale měl/a jsem určité pochybnosti
- ☐ Ne, cítil/a jsem nejistotu a obavy
- ☐ Ne, nevěděl/a jsem, jak postupovat

8. Jaké situace vyžadující první pomoc jste již řešil/a? Jedna nebo více odpovědí

- ☐ Poranění hlavy
- ☐ Kardiopulmonální resuscitace
- ☐ Krvácení z nosu
- ☐ Vdechnutí cizího tělesa
- ☐ Uvážnutí cizího tělesa v nose
- ☐ Polknutí cizího tělesa
- ☐ Zlomenina horní nebo dolní končetiny
- ☐ Bodnutí hmyzem (vosa, včela, sršeň)
- ☐ Odřeniny
- ☐ Řezná poranění
- ☐ Omrzliny
- ☐ Popáleniny
- ☐ Jiné:

9. Absolvoval/a jste kurz první pomoci? Jedna nebo více odpovědí

- ☐ Ano, v rámci studia
- ☐ Ano, v rámci zaměstnání
- ☐ Ano, z vlastní iniciativy
- ☐ Ne, nikdy

10. Jak hodnotíte kvalitu školení, která jste absolvoval/a? Označte jen jednu možnost

- ☐ Velmi kvalitní, cítím se dobře připraven/a
- ☐ Teoretická část byla dostatečná, ale chyběl praktický trénink
- ☐ Nedostatečná, potřeboval/a bych více informací / praxe
- ☐ Jiné:

11. Jak často absolvujete školení první pomoci? Označte jen jednu možnost

- ☐ Každý rok
- ☐ Každé 2–3 roky
- ☐ Méně často než jednou za 3 roky
- ☐ Nikdy

12. Jak hodnotíte své znalosti první pomoci v porovnání s potřebami vaší profese?

Označte jen jednu možnost

- ☐ Mám velmi dobré znalosti, myslím si, že jsem dobře připraven/a
- ☐ Mám základní znalosti a zvládám základní situace
- ☐ Mé znalosti nejsou dostatečné a v některých situacích si nevím rady
- ☐ Mé znalosti jsou nedostatečné, cítím se nepřípraven/a

13. Co byste uvítal/a v rámci školení první pomoci? Jedna nebo více odpovědí

- ☐ Více praktických ukázek a nácviků
- ☐ Častější opakování školení
- ☐ Online kurzy s možností opakování
- ☐ Pravidelné testování znalostí
- ☐ Kombinaci teoretického a praktického školení
- ☐ Možnost školení vedeného zdravotníky
- ☐ Jiné:

14. Dítě spadne a udeří se do hlavy. Neztrácí vědomí, ale stěžuje si na bolest hlavy. Jak byste postupoval/a? Označte jen jednu možnost

- Dítě položíme na záda s mírně podloženou hlavou, dále sledujeme jeho stav do příjezdu zdravotnické záchranné služby.
- Dítě posadíme na klidné místo, podáme mu dostatek tekutin, aby se hydratovalo a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu.
- Dítě položíme na záda a necháme ho odpočívat. V případě, že dítě usíná, necháme jej usnout do příjezdu zdravotnické záchranné služby.

15. Dítěti začne téct krev z nosu. Jak by měl učitel postupovat? Označte jen jednu možnost

- Dítě posadíme a zakloníme mu hlavu, přiložíme mu studený obklad na čelo a necháme ho dýchat ústy.
- Dítě posadíme a předkloníme mu hlavu, stiskneme nosní křídla a na zátylek přiložíme studený obklad.
- Dítě předkloníme a necháme krev volně vytékat, dokud krvácení neustane samo.

16. Jaký by měl být první krok poskytnutí první pomoci v situaci, kdy se dítě dusí? Označte jen jednu možnost

- Zvedneme dítě vzhůru nohama a opakovanými třesavými pohyby se snažíme uvolnit cizí těleso z dýchacích cest.
- Provedeme 5 úderů do zad mezi lopatky. Pokud dítě těleso nevykašle, pokračujeme Heimlichovým manévrem.
- Dítě položíme na záda a pokusíme se těleso vytáhnout prstem.

17. Dítě si po pádu drží ruku a stěžuje si na velkou bolest. Máme podezření na zlomeninu. Jaká je ideální první pomoc? Označte jen jednu možnost

- Ruku dítěte natáhneme, aby se kost vrátila do původní polohy, a poté končetinu znehybníme.
- Ruku dítěte zafixujeme v ohybové poloze pomocí šátkového závěsu a chladíme studeným obkladem.

- Dítě požádáme, aby rukou pohnulo a pokusilo se ji normálně používat, abychom zjistili, zda je skutečně zlomená.

18. Dítě pravděpodobně požilo neznámou látku. Jaký bude Váš první krok? Označte jen jednu možnost

- U dítěte vyvoláme zvracení s cílem co nejrychlejšího odstranění toxické látky z trávicího traktu.
- Počkáme, zda se u dítěte projeví symptomy otravy, a následně vyhledáme odbornou lékařskou pomoc.
- Zjistíme, jakou látku dítě požilo, zajistíme mu klid a neprodleně přivoláme zdravotnickou záchrannou službu.

19. Dítě je bodnuto včelou a začíná mu silně otékat ruka. Jaký je správný postup? Označte jen jednu možnost

- Odstraníme žihadlo, aplikujeme chladivý obklad a neprodleně přivoláme zdravotnickou záchrannou službu.
- Žihadlo necháme v ráně, neboť jeho vyjmutí by mohlo vést k většímu otoku. Neprodleně přivoláme zdravotnickou záchrannou službu.
- Aplikujeme na místo bodnutí ocet nebo olej s cílem urychlit vstřebání otoku, a následně přivoláme zdravotnickou záchrannou službu.

20. Dítě si opaří ruku horkou vodou. Jaké je nejvhodnější opatření? Označte jen jednu možnost

- Popálenou oblast překryjeme suchým sterilním obvazem bez předchozího chlazení.
- Popálenou tkáň chladíme po dobu 20 minut pod proudem studené vody o teplotě 10–15 °C.
- Popálenou oblast ošetříme vhodnou mastí a dítěti zajistíme klidový režim.

21. Při zástavě srdeční činnosti u dítěte bude frekvence stlačení hrudníku: Označte jen jednu možnost

- 100–120 stlačení za minutu.
- 80–100 stlačení za minutu.
- 130–150 stlačení za minutu.

22. Jaký bude poměr stlačení hrudníku k umělým vdechům? (u dítěte) Označte jen jednu možnost

- 15:2
- 30:2
- 15:4

23. Dítě si při hře vsune malý předmět do nosu. Jak budete reagovat? Označte jen jednu možnost

- Pokusíme se těleso vyjmout pomocí vatového tampónu nebo pinzety.
- Cizí těleso v nosní dutině ponecháme na místě až do příjezdu rodičů, o situaci je informujeme.
- Pokusíme se dítě přimět, aby předmět vysmrkalo.

24. Dítě omylem spolkne malý předmět (např. minci nebo kuličku). Jaký je ideální postup? Označte jen jednu možnost

- Dítěti umožníme vypít větší množství vody, aby se cizí těleso snadněji přesunulo do žaludku.
- Kontaktujeme lékaře a další postup s ním konzultujeme.
- Pokusíme se vyvolat zvracení u dítěte, aby bylo cizí těleso vyvrženo zpět ústy.

25. Dítě tráví dlouhou dobu venku v zimě bez rukavic a začne mít necitlivé a promrzlé prsty. Jak budete dále postupovat? Označte jen jednu možnost

- Omrzlé místo ponoříme do chladné vody a postupně zvyšujeme teplotu vody.
- Omrzlé místo jemně masírujeme rukama nebo látkou, aby se urychlil proces prohřátí.
- Omrzlé místo zahřejeme aplikací teplého předmětu (např. termoforu nebo láhve naplněné horkou vodou).

26. Dítě spadne na tvrdý povrch a poraní si koleno. Jak byste se zachoval/a? Označte jen jednu možnost

- Na ránu přiložíme jakýkoliv kus látky nebo kapesník za účelem zastavení krvácení.

- Dítě uložíme do vhodné polohy, ránu ošetříme dezinfekčním prostředkem, a následně aplikujeme sterilní krytí.
- Ránu ponecháme bez krytí na vzduchu, aby došlo k jejímu rychlejšímu vyschnutí a hojení.

27. Jak vypadá stabilizovaná poloha? Označte jen jednu možnost

- Dítě leží na boku v komfortní a úlevné pozici.
- Dítě je v poloze na zádech s pokrčenými koleny.
- Dítě leží na boku s jednou rukou podepírající hlavu, kterou má v zakloněné poloze. Dolní končetina je pokrčena.

28. Kdy je nutné zahájit neodkladnou resuscitaci u dítěte? Označte jen jednu možnost

- Resuscitaci je nutné zahájit při jakékoli poruše vědomí, bez ohledu na dýchání.
- Pokud je dítě v bezvědomí a nedýchá.
- KPR se provádí vždy, když dítě nereaguje na podněty, aby se předešlo zhoršení stavu.

29. Jak byste postupoval/a u dítěte v bezvědomí? Označte jen jednu možnost

- Dítě bych uložil/a do polohy na zádech, provedl/a záklon hlavy a zkontroloval/a pravidelnost a přítomnost spontánního dýchání.
- Dítěti bych jemně zatřásl/a rameny, a v případě absence reakce bych jej ponechal/a v poloze vleže a neprodleně přivolal/a odbornou zdravotnickou pomoc.
- Dítě bych umístil/a do polohy na zádech a okamžitě zahájil/a kardiopulmonální resuscitaci.

30. Jak byste postupoval/a v případě intenzivního krvácení z krční tepny? Označte jen jednu možnost

- Neodkladně nad ránu přiložíme škrtidlo a přivoláme zdravotnickou záchrannou službu.
- Krvácení zastavíme pomocí tlakového obvazu a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu.
- Ránu stlačíme prsty nebo rukou, následně přiložíme tlakový obvaz a zavoláme zdravotnickou záchrannou službu.

Závěr dotazníku

Vážené respondentky, vážení respondenti,

tímto bych Vám chtěla srdečně poděkovat za Váš čas a ochotu podílet se na tomto výzkumu. Vaše odpovědi jsou pro mě nesmírně cenné a přispějí k hlubšímu porozumění problematiky připravenosti učitelů k poskytování první pomoci u dětí.

V případě zájmu o výsledky mé bakalářské práce mě neváhejte kontaktovat na e-mailové adrese **alex.hasikova@seznam.cz** po jejím dokončení.

Ještě jednou Vám děkuji za spolupráci.