

*Pelagia Szybka*

## **Edukacja dzieci w wieku przedszkolnym z zakresu pierwszej pomocy**

### **Wstęp**

W niniejszym artykule przedstawiono wyniki badań dotyczących zmian w strukturze wiedzy dzieci sześciolletnich z zakresu pierwszej pomocy pod wpływem wprowadzonej strategii edukacyjnej. Celem podjętych działań edukacyjnych było przygotowanie dzieci do posługiwania się algorytmem postępowania ratowniczego w przypadkach zagrożenia zdrowia i życia.

Inspiracją do podjęcia badań była m.in. analiza statystyk medycznych i danych Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących wypadków i urazów dzieci oraz osób dorosłych, a także analiza wyników badań przeprowadzonych przez TNS OBOP na temat przygotowania społeczeństwa polskiego do działań w zakresie pierwszej pomocy.

Nagłe zagrożenia zdrowia lub życia były, są i będą zawsze obecne w życiu dzieci i ludzi dorosłych. Z danych ośrodków medycznych wynika, iż w Polsce co roku około milion dzieci ulega wypadkom, z tego 900 tysięcy wymaga interwencji lekarskiej, a 100 tysięcy jest hospitalizowanych. Do najczęściej wymienianych czynników urazowych u dzieci należą: upadki i zderzenia w czasie zabawy i zajęć sportowych, wypadki drogowe, zatrucia, oparzenia, porażenia prądem, pogryzienia przez zwierzęta i utonięcia. Miejsca, w których dochodzi do tych urazów to: środowiska domowe (70% wypadków dzieci do szóstego roku życia), place zabaw i boiska, korytarze szkolne, ulice osiedlowe i drogi wiejskie.

W Polsce według danych GUS<sup>1</sup> w różnych wypadkach ginie rocznie około 30 tysięcy osób, i tyle samo umiera z powodu zawału serca. Tylko w wypadkach drogowych zginęły w 2007 roku 5563 osoby, a ponad 63 tysiące zostało rannych, w tym ponad 9 tysięcy dzieci. W porównaniu z rokiem 2006 nastąpił wzrost ilości wypadków o 5,9% a zgonów o 6,1%. Wskaźnik śmiertelności powypadkowej w Polsce wynosi 12 zabitych na 100 wypadków, a w Europie średnio 4,5 na 100 wypadków. Poziom bezpieczeństwa ruchu drogowego oceniany na podstawie liczby wypadków, ich rozmiarów oraz skutków, klasyfikuje nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Analiza przyczyn zgonów ofiar nagłych wypadków wykazuje, że możliwe było uratowanie wielu poszkodowanych, pod warunkiem podjęcia właściwych działań na miejscu zdarzenia przez znajdujące się tam osoby. Nadal niestety jedyną, najczęściej wykonywaną czynnością ratowniczą jest powiadomienie służb

---

<sup>1</sup> Główny Urząd Statystyczny, <http://www.stat.gov.pl> [12.01.2011].

ratunkowych. Trudno się więc dziwić, biorąc pod uwagę fakt, iż jesteśmy ignorancjami w zakresie umiejętności udzielania pierwszej pomocy, a szczególnie w podtrzymywaniu podstawowych funkcji życiowych, że tylu osób nie udaje się w Polsce uratować. Niski poziom wiadomości z zakresu pierwszej pomocy ratującej życie potwierdziły wyniki badań przeprowadzonych przez TNS OBOP, opracowanych przez A. Rasmusa, W. Gaszyńskiego i A. Markiewicza z Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi<sup>2</sup>.

### **Zdolność dzieci do rozpoznawania zagrożeń jako specyficzne kompetencje społeczne**

Zdolność do rozpoznawania zagrożeń, warunkująca przeżycie w warunkach trudnych, została ukształtowana w procesie ewolucji i stanowi element zachowania potrzeby bezpieczeństwa. Jak pisze R. Studenski<sup>3</sup>, spostrzeganie ryzyka (zagrożenia) jest uwarunkowane doświadczeniami nabytymi w następstwie uczenia się i konfrontowaniem ich z informacjami już posiadanymi w strukturach poznawczych. Istnieją jednak dowody empiryczne świadczące o tym, że percepcja niektórych zagrożeń ma charakter wrodzony, niezależny od doświadczenia jednostki.

Zaobserwowano ten fakt w trakcie badań z tzw. sztucznym urwiskiem już u sześciomiesięcznych niemowląt. Dzieci nie przekraczały granicy między płaskim terenem, a widocznym pod szklaną podłogą urwiskiem, mimo nawoływań matek znajdujących się po drugiej stronie krawędzi<sup>4</sup>.

Ewolucyjna zdolność reakcji lękowych wpisana w sieć poznawczą człowieka pełni funkcję stymulatora odruchowych reakcji na sygnały zagrożeń. U małych dzieci, jak pisze R. Studenski, jest to reakcja lękowa na możliwość odłączenia od rodziców i utraty ich ochrony.

Przytoczę za R. Studenskim wyniki badań na temat nabywania przez dzieci zdolności do rozpoznawania zagrożeń, przeprowadzonych w 1988 r. przez C. Waleś<sup>5</sup>.

Przebadał on 600 osób w wieku 4–18 lat, pokazując im 41 rysunków pozbawionych sytuacji zagrożenia oraz 5 serii rysunków pokazujących możliwość powstania straty materialnej, zła moralnego, obrażeń lub choroby, utraty życia oraz innych zagrożeń. Sprawdzone umiejętności prawidłowego rozpoznania sytuacji i konsekwencji jakie mogą wystąpić wskutek tego zagrożenia.

W artykule omówione zostaną tylko zdolności spostrzegania przez badane dzieci możliwości doznania obrażeń, choroby oraz utraty życia. Badania wykazały, iż dzieci w wieku 6–8 lat stosunkowo dobrze rozpoznawały zagrożenia zdrowia i życia. Dzieci wybrały około 500 prawidłowych rozpoznań zagrożenia. Widoczny spadek spostrzegania zagrożeń zdrowia i życia następował po trzynastym roku życia i wiązał się, zdaniem autora badań, z dokładniejszą oceną ryzyka oraz mniejszym

---

<sup>2</sup> A. Rasmus, W. Gaszyński, A. Markiewicz, *Opinia i wiedza społeczeństwa polskiego na temat podstawowych sposobów podtrzymywania czynności życiowych na podstawie wyników badań Ośrodka Badania Opinii Publicznej*, [w:] *Chrońmy życie, chrońmy zdrowie, ratujmy życie – materiały konferencyjne*, T. III, Gdynia 1997.

<sup>3</sup> R. Studenski, *Ryzyko i ryzykowanie*, Katowice 2004, s. 36–37.

<sup>4</sup> Tamże, s. 36.

<sup>5</sup> Tamże, s. 37.

odczuwaniem lęku. Wynikało to z lepszej oceny własnej sprawności i umiejętności poradzenia sobie w sytuacji trudnej.

Autor<sup>6</sup> stwierdził, że między czwartym a ósmym rokiem życia można obserwować powolne nabywanie umiejętności rozpoznawania negatywnych skutków zagrożeń. Dzieci w miarę wzrastania na pytanie: „Co się później wydarzy?“, coraz trafniej analizowały historyjki rysunkowe z sytuacjami zagrożenia. Zdobywane z wiekiem doświadczenie i wiedza pozwalały lepiej rozpoznawać zagrożenia i oceniać ryzyko. Jak pisze D. Waloszek<sup>7</sup>: „Medycyna, biologia, psychologia, psychoanaliza dowodzą, iż nabyte w dzieciństwie nawyki zdrowotne, higieniczne, estetyczne wyznaczają dalsze losy człowieka. Nawyki ochrony ciała przed niebezpieczeństwem, traumą, przenoszą się na całe życie”.

W kształceniu umiejętności postępowania w sytuacji zagrożenia można wykorzystać potencjał fizyczny, emocjonalny, społeczny i poznawczy dzieci sześciolatków. Rozwijanie kształtujących się w tym wieku zdolności empatycznych u dzieci należy wykorzystać w projektowanych działaniach dydaktyczno-wychowawczych. Strategie edukacyjne uwzględniać powinny takie sytuacje dydaktyczne, które umożliwią tworzenie nowych wzorców poznawczych ale wykorzystają istniejące już w umyśle dziecka schematy, zawierające wiedzę o typowych i znanych już elementach. U dziecka sześciolatka można już kształtować kompetencje radzenia sobie w niektórych sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia, między innymi po to, aby zwiększyć jego poczucie bezpieczeństwa i mocy.

### Metodologiczne założenia badań

Biorąc pod uwagę rozwój fizyczny, kompetencje poznawcze i społeczne badanych dzieci, opracowano i zastosowano strategię edukacyjną z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej, opartą na algorytmicznej strukturze działań ratowniczych. Działanie według ustalonego algorytmu w sytuacjach kryzysowych:

- zwiększa skuteczność działań ratowniczych,
- ułatwia działanie w stresie,
- daje poczucie pewności co do podjętych czynności,
- skraca czas udzielania pierwszej pomocy,
- zwiększa subiektywne poczucie bezpieczeństwa ratowanego (o ile jest przytomny).

Algorytmy są podstawą działań ratowniczych, lecz konieczne jest wpisanie w ich strukturę czynności adekwatnych do występujących aktualnie zagrożeń zdrowia i życia. W związku z tym posługiwanie się algorytmem należy w całości ćwiczyć na symulowanych przypadkach ratowniczych. Strategia kształtowania umiejętności z zakresu pierwszej pomocy u dzieci sześciolatków powinna opierać się na stopniowo i w niewielkim zakresie wprowadzanej wiedzy deklaratywnej typu: „wiem, że” oraz na intensywnie ćwiczonej wiedzy proceduralnej typu: „wiem, jak”<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Tamże, s. 43–44.

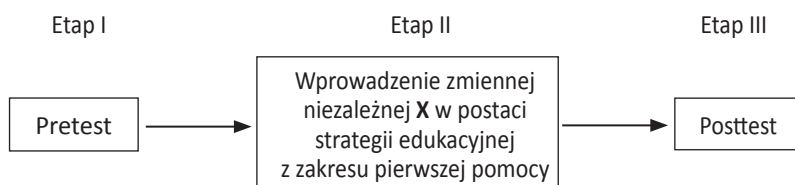
<sup>7</sup> D. Waloszek, *Pedagogika przedszkolna. Metamorfoza statusu i przedmiotu badań*, Kraków 2006, s. 28.

<sup>8</sup> J. Koziński, *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 1996, s. 246.

Badania nad skutecznością przyjętej strategii edukacyjnej przeprowadzono za pomocą quasi-eksperymentu techniką jednej grupy. Badaniami eksperymentalnymi objęte zostały cztery grupy przedszkolne sześciolatków, z którymi realizowano zajęcia z ratownictwa według wcześniej opracowanych i sprawdzonych w badaniach pilotażowych scenariuszy zajęć. Przestrzegana była zasada, aby w możliwie niewielkim stopniu różniły się pod względem liczebności oraz warunków edukacyjnych.

Plan quasi-eksperymentu zakładał trzy etapy działań badawczych, które przedstawiono poniżej na schemacie.

**Schemat 1.** Plan quasi eksperymentu z pretestem i posttestem



Określenie poziomu wyjściowego (wyniki pretestu), czyli umiejętności zastosowania algorytmu postępowania ratowniczego w wybranych sytuacjach, było szczególnie ważne dla oceny skuteczności zastosowanej w quasi-eksperymentcie strategii edukacyjnej.

Po zrealizowaniu quasi-eksperymentu pedagogicznego przeprowadzono w grupie badanych dzieci posttest, za pomocą którego sprawdzono przyrost umiejętności zastosowania algorytmu postępowania ratowniczego w wybranych sytuacjach ratowniczych.

W postteście oceniano także spójność i ciągłość działań pomiędzy kolejnymi etapami algorytmu postępowania ratowniczego.

W celu dokonania oceny wzrostu umiejętności dzieci, przygotowano skalę ocen, w której określonej ocenie jakościowej odpowiadała liczba punktów.

Zastosowano następującą skalę:

0 – brak odpowiedzi lub odpowiedź błędna,

1 – odpowiedź poprawna, ale udzielona przy pomocy jednej podpowiedzi,

2 – odpowiedź poprawna, samodzielna.

Ponieważ oceniano wykonanie zadań kolejno w każdym z czterech etapów algorytmu postępowania ratowniczego (4 x 2 punkty), w czterech przypadkach zagrożających zdrowiu i życiu, to dziecko mogło otrzymać maksymalnie 32 punkty. Dodatkowo w postteście uwzględniono także ocenę samodzielności i spójności zastosowania przez badane dziecko całej procedury algorytmu postępowania ratowniczego. Za rozpoczęcie kolejnego etapu algorytmu samodzielne lub z jedną podpowiedzią, dziecko otrzymywało 2 punkty (razem 8 punktów). Zadanie wykonane błędnie lub z wieloma podpowiedziami otrzymywało 0 punktów. Łącznie można było uzyskać maksymalnie 40 punktów.

Całość łącznej punktacji można określić następująco:

Od  $X_{\min} = 0$  do  $X_{\max} = 40$

Zastosowaną skalę przedstawia tabela 1.

**Tab. 1.** Skala ocen do badania poziomu wiedzy dzieci z zakresu pierwszej pomocy

Poziom umiejętności dzieci	Wartości przedziałów	Poziomy
Bardzo wysoki	40–36	A
Wysoki	35–31	
Średni	30–26	B
Niski	25–0	

Zadanie uznano za poprawnie wykonane, jeżeli było zgodne z ustalonymi w pierwszej pomocy schematami postępowania ratowniczego i opracowanymi na ich podstawie wskaźnikami. O wzroście wiadomości i umiejętności ratowniczych wnioskowano, porównując liczbę punktów uzyskanych w pierwszej fazie eksperymentu (pretest) z liczbą punktów uzyskaną w teście końcowym, który wykonano po czterech tygodniach od zakończenia quasi-eksperymentu w danej grupie.

W diagnozie wstępnej zakładano, że dzieci sześćioletnie mogą znać niektóre działania ratownicze lecz nie zastosują samodzielnie algorytmu postępowania ratowniczego, w związku z czym autorka sama ustawiła pytania w algorytmicznej kolejności w trzech badanych przypadkach.

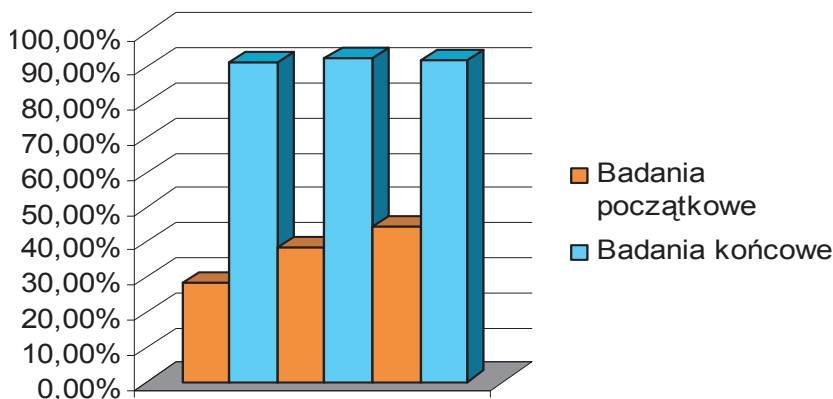
Do określenia posiadanej wiedzy dzieci w badaniach eksperymentalnych zastosowano wskaźnik wiedzy (w.w.)<sup>9</sup>. Uzyskano go dzieląc liczbę osób, które wybrały prawidłową odpowiedź lub wykonały poprawnie zadanie, przez pełną liczbę przebadanych. Wartość 1 oznacza, że wszyscy badani wybrali poprawną odpowiedź lub poprawnie wykonali zadanie.

### Podsumowanie wyników badań początkowych i końcowych

Istotną różnicę wyników pomiędzy badaniami początkowymi i końcowymi przedstawionymi jako średnia arytmetyczna wyników z czterech etapów algorytmu we wszystkich porównywanych przypadkach ratowniczych przedstawia kolejny wykres. Ukazuje on istotne różnice pomiędzy wiedzą początkową a końcową, dotyczącą zastosowania algorytmu postępowania w przypadku omdlenia, krwawienia i oparzenia. Uzyskane wyniki wskazują na znaczny przyrost wiedzy po zadziałaniu czynnika eksperymentalnego w postaci wprowadzonej strategii edukacyjnej. Wiedza początkowa u badanych dzieci była najniższa w przypadku umiejętności udzielenia pierwszej pomocy w omdleniu. Nieznacznie lepsze rezultaty osiągnęły dzieci w postępowaniu w przypadku krwawienia i oparzenia. Wynikało to z prawie stuprocentowej umiejętności wykonania pierwszego etapu algorytmu, czyli zdiagnozowania krwawienia i oparzenia. Niestety wyniki badania początkowego znacznie obniżył brak wiadomości i umiejętności zastosowania trzech dalszych etapów algorytmu ratowniczego, tj. postępowania ratowniczego z raną i oparzeniem; powiadomieniem służb ratowniczych i oczekiwaniem na ich przybycie przy ratowanym. Po wprowadzeniu strategii edukacyjnej wyniki badań końcowych

<sup>9</sup> Wskaźnikami wiedzy posługuje się w badaniach diagnostycznych Światowa Organizacja Zdrowia. W Polsce stosował wskaźnik wiedzy Z. Izdebski, [w:] *Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS w Polsce*, Warszawa 1997, s. 15–16.

w porównaniu do początkowych wzrosły w przypadku zastosowania algorytmu w omdleniu czterokrotnie, w krwawieniu trzykrotnie, a w oparzeniu ponad dwukrotnie.



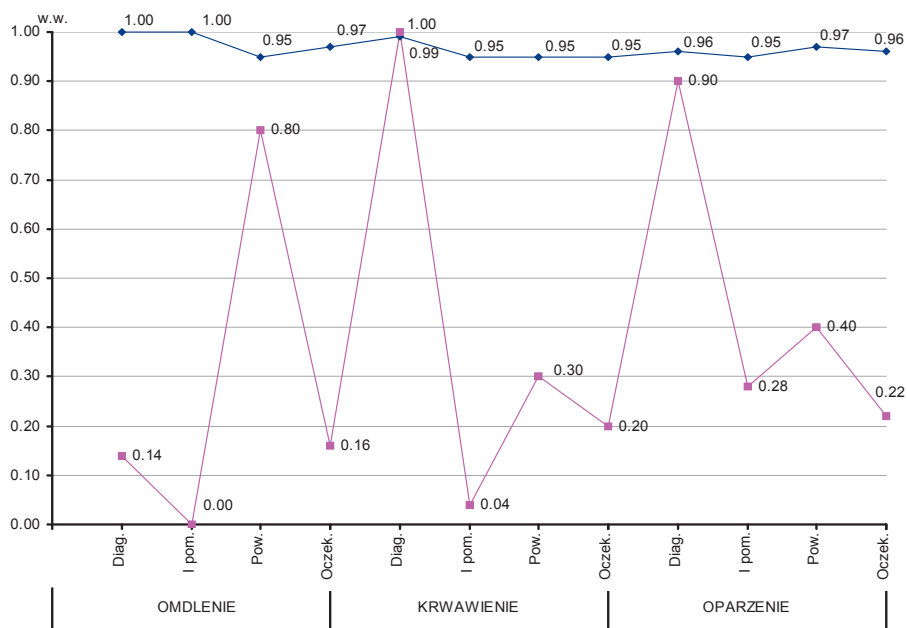
**Wykres 1.** Porównanie wyników pretestu i posttestu, dotyczących zastosowania algorytmu postępowania ratowniczego w omdleniu, krwawieniu i oparzeniu

W badaniach diagnostycznych (preteście) sprawdzających zakres umiejętności udzielania pierwszej pomocy przez dzieci sześćioletnie założono, iż ich wiedza potoczna jest niewystarczająca do samodzielnego stosowania pełnego algorytmu postępowania ratowniczego w wybranych przypadkach ratowniczych. Dlatego też nie oceniano umiejętności samodzielnego przechodzenia do kolejnych jego etapów, tj. od rozpoznania sytuacji zagrożenia przez udzielenie pierwszej pomocy stosownie do przypadku, powiadomienie dorosłych, aż do oczekiwania przy poszkodowanym w celu obserwacji jego stanu. Oceniano każdy element algorytmu osobno, ale obserwowano każde dziecko w kierunku podejmowania samodzielných decyzji o dalszych działaniach przy pozorancie. W związku z tym, po każdym etapie algorytmu badacz odczekał chwilę, a następnie zadawał pytanie: „Co teraz zrobisz?”. Obserwacje dokonane w trakcie badań pozwoliły jednak na sformułowanie następującego wniosku:

- wszystkie badane dzieci nie wykazały umiejętności zastosowania kolejnych etapów postępowania ratowniczego,
- po podjętych próbach diagnozy zagrożenia zdrowia, dzieci nie podejmowały samodzielnie kolejnych działań ratowniczych, najczęściej tracąc zainteresowanie ratowanym. Dopiero przedstawienie przez badacza następnego zadania mobilizowało je do próby jego wykonania,
- wskaźnik wiedzy dotyczący samodzielności, spójności algorytmu postępowania ratowniczego wyniósł 0,0.

Różnicę między wskaźnikami wiedzy początkowej (w.w.p.) i końcowej (w.w.k.) wszystkich etapów algorytmu postępowania ratowniczego w kolejnych przypadkach ratowniczych przedstawia wykres 2.

Jak widać na wykresie różnica między wskaźnikami wiedzy początkowej a końcowej jest bardzo znacząca. Analiza wyników potwierdziła istotne rozbieżności w zakresie trzech z czterech etapów algorytmu postępowania ratowniczego dla każdego z przypadków.



- **Badania końcowe**
- **Badania początkowe**

**Wykres 2.** Różnica między wskaźnikami wiedzy początkowej i końcowej

Znacząca różnica między wskaźnikami wiedzy początkowej, a końcowej w przypadku postępowania w omdleniu wynikała z faktu:

- posiadania przez nieliczną grupę badanych dzieci umiejętności rozpoznania tego stanu w badaniach wstępnych, a znacznym przyrostem ilości prawidłowych diagnoz po wprowadzeniu czynnika eksperymentalnego w postaci strategii edukacyjnej,
- całkowitego braku umiejętności wykonania czynności ratowniczych adekwatnych do przypadku, a wykonaniem przez wszystkie badane dzieci pozycji „czterokończynowej” w badaniach końcowych,
- gotowości do bycia przy ratowanym i jego obserwacji w czasie oczekiwania na pomoc dorosłych u nielicznych badanych, a znaczącym przyrostem tych umiejętności po wprowadzonym cyklu zajęć z zakresu pierwszej pomocy.

Natomiast różnica między wskaźnikami wiedzy początkowej i końcowej w trzecim etapie algorytmu, dotyczącym wzywania pomocy dorosłych okrzykiem ratunkowym, była nieznacząca.

Analiza wskaźników wiedzy w przypadku krwawienia potwierdziła również istotne różnice między wiedzą początkową a końcową w trzech etapach algorytmu, wynikające z:

- wystąpienia umiejętności wykonania czynności tamujących krwawienie przed wprowadzeniem czynnika eksperymentalnego w niewielkiej grupie badanych, a bardzo wysokim przyrostem tych umiejętności po przeprowadzeniu zajęć stymulacyjnych,
- posiadania umiejętności powiadamiania służb ratunkowych o zagrożeniu przez niewielką ilość badanych sześciolatków przed, a znacznym wzrostem poprawnych powiadomień po realizacji cyklu zajęć,
- wystąpienia u nielicznych dzieci gotowości do obserwacji i oczekiwania przy ratowanym na pomoc dorosłych, w stosunku do znaczącego przyrostu tych umiejętności po wprowadzonych zajęciach z zakresu pierwszej pomocy.

Natomiast w pierwszym wykonywanym etapie algorytmu postępowania ratowniczego w krwawieniu (diagnoza), różnica między wskaźnikami wiedzy w badaniach początkowych a końcowych była znikoma i kształtowała się na poziomie 0,01 na korzyść badań początkowych.

W algorytmicznym postępowaniu w symulowanej sytuacji oparzenia wystąpiły, w porównaniu do poprzednich przypadków, najmniejsze różnice we wskaźnikach wiedzy pomiędzy badaniami początkowymi a końcowymi. Wskazuje na to:

- wystąpienie umiejętności wykonania schłodzenia oparzonej powierzchni ciała u prawie 1/3 badanych dzieci, co dało wysoki wskaźnik wiedzy już przed wprowadzeniem czynnika eksperymentalnego. Jednakże nastąpił ponad dwukrotny przyrost tych umiejętności po przeprowadzeniu zajęć stymulacyjnych,
- wystąpienie umiejętności powiadamiania służb ratunkowych o zagrożeniu przed zajęciami u niewielkiej ilości badanych dzieci w stosunku do osiągniętych wysokich rezultatów po ich realizacji,
- gotowość do oczekiwania przy ratowanym na pomoc dorosłych u niewielkiej ilości badanych sześciolatków, a znaczącym przyrostem tych umiejętności po wprowadzonych zajęciach z zakresu pierwszej pomocy.

W pierwszym etapie algorytmu postępowania ratowniczego w oparzeniu (diagnoza), różnica między wskaźnikami wiedzy badań początkowych a końcowych była znikoma i kształtowała się na poziomie 0,06 na korzyść badań końcowych.

Znacząca różnica między wskaźnikami wiedzy w badaniach początkowych i końcowych stanowi przesłankę do wnioskowania o pozytywnym wpływie czynnika eksperymentalnego na przyrost wiedzy z zakresu pierwszej pomocy u badanych dzieci sześciolatków.

W celu dokonania jakościowej oceny umiejętności dzieci przygotowano skalę ocen, w której określonej liczbie punktów odpowiadały oceny jakościowe (bardzo wysoka, wysoka, średnia, niska). Zostały one ujęte w dwa poziomy: poziom A (ocena bardzo wysoka i wysoka) oraz poziom B (ocena średnia i niska). Wyniki przedstawione zostały w tabeli 2 (badania początkowe) i tabeli 3 (badania końcowe).



**Tab. 2.** Poziom wiedzy potocznej badanych dzieci (N=76)

Poziom wiedzy dzieci	Liczba uzyskanych punktów	Ilość dzieci	%	Poziom
Bardzo wysoki	24–20	1	1,3	A
Wysoki	19–15	4	5,3	
Średni	14–10	6	7,9	B
Niski	9–0	65	85,5	

Wyniki badania wiedzy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej przeprowadzone pretestem wykazały, iż poziom A osiągnęło w sumie tylko pięcioro dzieci, czyli około 6,6% badanych. Poziom B uzyskało 93,4% badanych dzieci sześciolletnich.

**Tab. 3.** Umiejętność zastosowania algorytmu postępowania ratowniczego w czterech przypadkach ratowniczych

Poziom wiedzy dzieci	Liczba uzyskanych punktów	Ilość dzieci	%	łącznie	%	Poziom
Bardzo wysoki	40–36	47	59,49	58	73,42	
Wysoki	35–31	11	13,92			A
Średni	30–26	14	17,72			
Niski	25–0	7	8,86	21	26,58	B

Powyższe dane uzyskane z badań dowodzą, że poziom wiedzy z zakresu pierwszej pomocy jest zdecydowanie wysoki. Bardzo wysoki poziom wiadomości i umiejętności osiągnęła więcej niż połowa sześciolatków, a wysoki poziom uzyskało 11 (13,9%) z 79 badanych dzieci. Niewielki procent badanych (17,7%) osiągnęło średni poziom umiejętności ratowniczych, natomiast niski poziom uzyskało tylko siedmioro dzieci objętych quasi-eksperymentem. Łącznie poziom A uzyskało prawie 3/4 sześciolatków, a poziom B nieznacznie więcej niż 1/4 badanych dzieci.

Analiza pretestu i posttestu wykazała, że w wyniku przeprowadzonych zajęć, w grupie badanych dzieci sześciolletnich bardzo znacząco zwiększyła się ilość wiadomości i umiejętności z zakresu pierwszej pomocy. Badane dzieci znały:

- oznaki podstawowych funkcji życiowych oraz sposoby ich rozpoznawania,
- różnice między krwotokiem a małym wypływem krwi z rany oraz najczęściej występujące przyczyny powstawania krwawienia zewnętrznego,
- objawy i przyczyny wywołujące oparzenia,
- numery telefoniczne służb ratunkowych,
- kolejność schematu postępowania w sytuacji zagrożenia.

Zajęcia przyczyniły się także do poznania przez część badanych sześciolatków pełnego brzmienia adresu domowego (nie wszystkie dzieci znały go wcześniej).

Dzieci praktycznie ćwiczyły algorytm postępowania ratowniczego w sytuacjach pozorowanych, wielokrotnie go powtarzając.

Po przeprowadzonych zajęciach prawie wszystkie sześciolatki potrafiły:

- rozpoznać omdlenie na podstawie takich objawów, jak: brak ruchów ciała, brak odpowiedzi na pytania diagnostyczne,
- sprawdzić oddech słuchem, czuciem i wzrokiem,
- wykonać pozycję „czterokończynową”,
- powiadomić dorosłych (okrzyk „POMOCY”),
- obserwować poszkodowanego i oczekiwać przy nim na pomoc dorosłych,
- wykonać pozycję boczną ustaloną,
- zdiagnozować krwawienie na podstawie objawów (krew wypływa wolno z ręki lub tryska mocno),
- wykonać ucisk ręczny lub opatrunek uciskowy,
- zdiagnozować oparzenie na podstawie objawów,
- wykonać schłodzenie oparzenia przedramienia pod strumieniem zimnej wody,
- powiadomić telefoniczne służby ratunkowe (gdzie? co? kto?),
- obserwować poszkodowanego i oczekiwać na pomoc dorosłych.

Z analizy wyników badań można wnioskować, że przyjęta strategia edukacyjna oparta na poznaniu i praktycznym ćwiczeniu algorytmu postępowania ratowniczego w wybranych przypadkach przyniosła oczekiwane efekty.

Wskazują na to:

- wyniki quasi-eksperymentu, które potwierdziły pozytywny wpływ zajęć dydaktycznych na kształtowanie wiedzy z zakresu pierwszej pomocy,
- dostosowane do możliwości rozwojowych dzieci sześcioletnich formy i metody pracy dydaktyczno-wychowawczej wywołały u badanych duże zainteresowanie wprowadzonymi sytuacjami edukacyjnymi. Dzieci były bardzo zaintrygowane zajęciami i aktywnie w nich uczestniczyły. U dzieci kształtowała się postawa badawcza i zainteresowanie problemem pierwszej pomocy. Sześciolatki bardzo chętnie podejmowały działania w zadaniach ratowniczych, dzieliły się swoimi pomysłami, były zainteresowane oraz zadawały wiele pytań. Przekazywały także swoje doświadczenia związane z różnego rodzaju urazami, których doznały same lub ich najbliżsi,
- u badanych dzieci wystąpiła świadomość różnych zagrożeń zdrowia i życia, która widoczna była we wszystkich czterech przypadkach. Prawie wszystkie badane sześciolatki interpretowały sytuacje ratownicze jako zagrażające zdrowiu i wiedziały, iż należy szukać pomocy osób dorosłych,
- analiza ilościowa i jakościowa wyników eksperymentu wykazała bardzo wysoki przyrost wiedzy w 9 z 12 przebadanych etapów algorytmu postępowania ratowniczego (w trzech porównywanych przypadkach ratowniczych),
- analiza wskaźników wiedzy końcowej wskazała na wyrównany i bardzo wysoki poziom wiedzy ratowniczej dzieci sześcioletnich w zakresie wiedzy objętej wprowadzonym programem,
- przeprowadzone badania i analiza wyników pozytywnie zweryfikowały przyjętą w badaniach własnych hipotezę.

## Zakończenie

Rozwój współczesnej cywilizacji wymusza nabywanie nowych umiejętności życiowych niezbędnych w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia własnego lub innych osób. Poprawa stanu bezpieczeństwa oraz minimalizowanie skutków wynikających ze stanów zagrożenia zdrowia w domach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, a także w ruchu drogowym staje się jednym z ważniejszych zadań społecznych.

Zwiększenie umiejętności społeczeństwa w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej ludziom znajdującym się w stanie zagrożenia życia, jest zadaniem ciągłym i długofalowym. Należy więc kształtowanie i utrwalanie umiejętności ratowniczych rozpocząć jak najwcześniej, najlepiej w wieku przedszkolnym i kontynuować je przez cały okres edukacji szkolnej i pracy zawodowej, tak jak to robią np. Japończycy. Permanentne utrwalanie umiejętności ratowniczych pozwoli osiągnąć poziom odruchowego działania w sytuacji nagłego zagrożenia. Aby uporządkować istniejący w Polsce „chaos” edukacyjny z zakresu pierwszej pomocy optuję, aby nauczaniem w tym zakresie zajęli się jednak nauczyciele. Przemawia za tym wiele argumentów, m.in.:

- czynniki ekonomiczne – nauczanie pierwszej pomocy prowadzone w systemie oświatowym w ramach istniejących już treści z edukacji zdrowotnej i bezpieczeństwa będzie tańsze niż prowadzenie zajęć przez personel medyczny,
- możliwość utrzymania ciągłości kształcenia na wszystkich etapach edukacyjnych, której nie zapewnią jednorazowe kursy prowadzone przez personel medyczny lub inne organizacje szkolące w tym zakresie,
- posiadanie przez nauczycieli odpowiedniego przygotowania psychologicznego i pedagogicznego, niezbędnego zwłaszcza w nauczaniu małych dzieci (także w kształtowaniu umiejętności pierwszej pomocy),
- przeszkolony nauczyciel będzie także twórcą bezpiecznego środowiska, a w sytuacji zagrożenia zdrowia czy życia swoich wychowanków będzie potrafił poprawnie udzielić pierwszej pomocy do czasu przyjazdu medycznego zespołu ratunkowego,
- umiejętności nabyte w szkole pozostają na całe życie.

Program nauki pierwszej pomocy powinien opierać się na:

- stopniowym, etapowym i spiralnym wprowadzaniu wiedzy,
- dostosowaniu go do rozwoju psychofizycznego uczących się,
- nawiązywaniu w miarę możliwości do rzeczywistych sytuacji życiowych,
- interaktywnym działaniu,
- praktycznych metodach nauczania,
- ciągłym doskonaleniu i utrwalaniu umiejętności.

W założeniach kształcenia umiejętności ratowniczych należy uwzględnić:

- znaczenie doświadczenia przez dziecko lub jego najbliższych, w mniejszym lub większym zakresie, różnych sytuacji zagrażających zdrowiu,
- stymulacyjną rolę dorosłych w zrozumieniu przez dziecko przyczyn, skutków, a także sposobów radzenia sobie w sytuacji zagrożenia zdrowia,
- stymulację aktywności poznawczej dzieci, poprzez aktywne działania i wielokrotne praktyczne ćwiczenia w wykreowanych przez dorosłych sytuacjach ratowniczych.

W pierwszym etapie edukacyjnym istotne jest wyposażenie dziecka w poznawczo-praktyczną wiedzę, opartą na schematach działania, które wielokrotnie powtarzane, doskonalone i utrwalane w dalszych etapach kształcenia wejdą w poziom odruchowego działania w sytuacji kryzysowej. Istotne jest także aktywne doświadczanie przez dzieci wszystkich działań w kreowanych przez nauczycieli symulowanych sytuacjach ratowniczych, dostosowanych do ich możliwości rozwojowych. Strategia edukacyjna sprawdzona w quasi-eksperymentcie udowodniła, iż można rozpocząć już u dzieci kilkuletnich kształtowanie umiejętności postępowania w sytuacji kryzysowej. Jednak nie wystarczy nauczyć dzieci wybiórczo elementów zachowań ratowniczych, np. numerów telefonów służb ratunkowych, lecz należy je wyposażać w poznawcze narzędzia, pozwalające zastosować całą procedurę działania w sytuacji zagrożenia zdrowia, a także wykorzystać ją w innych niebezpiecznych przypadkach.

## Bibliografia

- Adamek I., *Programy kształcenia zintegrowanego a standardy ich konstruowania*, Kraków 2005.
- Brzezińska A., *Proces dojrzewania i uczenia się a rozwój dziecka*, [w:] *Psychologiczne problemy edukacji przedszkolnej*, red. A. Brzezińska, M. Burtowy, Poznań 1992.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa 1997.
- Jakubaszko J. (red.), *ABC postępowania w urazach*, Wrocław 2003.
- Jakubaszko J. (red.), *Medycyna ratunkowa i medycyna katastrof*, Łódź 2004.
- Kozielecki J., *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 1996.
- Muchacka B., *Stymulowanie aktywności poznawczej dzieci w przedszkolu*, Kraków 2000.
- Rasmus A., Gaszyński W., Markiewicz A., *Opinia i wiedza społeczeństwa polskiego na temat podstawowych sposobów podtrzymywania czynności życiowych na podstawie wyników badań Ośrodka Badania Opinii Publicznej*, [w:] *Chrońmy życie, chrońmy zdrowie, ratujmy życie – materiały konferencyjne*, T. III, Gdynia 1997.
- Studenski R., *Ryzyko i ryzykowanie*, Katowice 2004.
- Syrek E., *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Katowice 2000.
- Waloszek D., *Pedagogika przedszkolna. Metamorfoza statusu i przedmiotu badań*, Kraków 2006.
- Woynarowska B., *Podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystywania w edukacji zdrowotnej*, [w:] *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, red. B. Woynarowska, M. Kapica, Warszawa 2001.

## **Education of pre-school children about the first aid**

### **Abstract**

The article presents the results of the tests describing changes in a knowledge structure of six-year-old children. The changes took place after introducing educational strategy of the first aid. The goal of this strategy was to give young children the knowledge and pattern of behaving in case of accidents.

The strategy proves that even very young children may be able to gain certain abilities connected with the first aid. But it is not enough to make them remember the most important phone numbers. The children must be equipped in useful tools which will help them act in case of an accident.