

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNÍCKYCH VIED
Ústav pôrodnej asistencie

Bc. Veronika Mliečková

**Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčat'a
a batol'aťa**

Diplomová práca

Vedúci práce: Mgr. et Bc. Daniela Javornická

Olomouc 2023

Prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne a použila len uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 10.5.2023

Bc. Veronika Mliečková

Pod'akovanie

Ďakujem mojej školiteľke Mgr. et Bc. Daniele Javornickej za užitočné pripomienky, ochotu a usmernenie pri písaní diplomovej práce.

ANOTÁCIA

- Typ práce:** Diplomová práca
- Téma práce:** Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčat'a a batolaťa
- Názov práce v SJ:** Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčat'a a batolaťa
- Názov práce v AJ:** Parents' awareness about resuscitation and first aid of a newborn, infant and toddler.
- Dátum zadania:** 2022-01-31
- Dátum odovzdania:** 2023-05-12
- VŠ, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotníckych vied
Ústav pôrodnej asistencie
- Autor práce:** Bc. Veronika Mliečková
- Vedúci práce:** Mgr. et Bc. Daniela Javornická
- Oponent práce:** prof. PhDr. Ľudmila Matulníková, PhD.

Abstrakt:

Diplomová práca sa venuje problematike prvej pomoci a kardiopulmonálnej resuscitácie detí vo veku 0 - 3 rokov. Teoretická časť práce spočíva v popise charakteristických úrazov v tomto vekovom rozhraní, v prvej pomoci pri jednotlivých úrazoch a stavoch a kardiopulmonálnej resuscitácie detí. Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zistiť úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a kardiopulmonálnej resuscitácie novorodenca, dojčat'a a batolaťa. Meracím nástrojom deskriptívneho výskumu je online dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý bol vyplnený rodičmi prostredníctvom 8 materských a rodinných centier na Slovensku. Výskumná vzorka bola získaná príležitostným výberom a pozostávala zo 173 respondentov (140 žien, 33 mužov) s vekovým priemerom 31,96 rokov ($\pm 4,5$). Zistili sme, že priemerná hodnota hrubého skóre dotazníka dosahuje úroveň 13,61 bodov ($SD=2,5$), pričom maximálny počet možného zisku bodov bolo 20. Nezistili sme štatisticky významný vzťah medzi úrovňou gramotnosti rodičov a vekom a dosiahnutým stupňom vzdelania. Štatisticky významný vzťah sme preukázali medzi úrovňou gramotnosti rodičov a počtom detí rodičov a zdravotníckym povoláním, a tiež sme zistili, že matky v našom výskumnom súbore mali signifikantne vyššiu úroveň gramotnosti v porovnaní s otcami. Ďalej sme zistili, že medzi úrovňou gramotnosti

rodičov v prvej pomoci a kardiopulmonálnej resuscitácii dieťaťa a účasťou na kurze prvej pomoci neexistuje štatisticky významný vzťah, čo mohlo byť spôsobené najmä absolvovaním kurzov prvej pomoci bez špecifického zamerania na detskú populáciu (n=106), pričom kurz prvej pomoci zameraný na detskú populáciu absolvovalo len 8 respondentov. V našom výskumnom súbore sa väčšina respondentov zúčastnila kurzu pred viac ako 7 rokmi, a teda súhlasíme s literatúrou ohľadom nutnosti opakovaného absolvovania kurzov prvej pomoci pre dosiahnutie retencie gramotnosti v tejto život zachraňujúcej problematike. Rodičia, ktorí sa zúčastnili akéhokoľvek kurzu prvej pomoci majú štatisticky významne vyššie sebavedomie pri vnímaní schopnosti poskytnúť svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia alebo stavu v porovnaní s rodičmi, ktorí kurz prvej pomoci neabsolvovali. Výsledky diplomovej práce potvrdzujú význam pravidelného vzdelávania sa rodičov v oblasti prvej pomoci a kardiopulmonálnej resuscitácie dieťaťa.

Abstrakt v AJ:

The diploma thesis deals with first aid and cardiopulmonary resuscitation of children aged 0 - 3. The theoretical part summarizes and describes characteristic injuries at this age group, first aid for individual injuries and conditions and cardiopulmonary resuscitation of children. The aim of the diploma thesis was to determine the level of parents' awareness about the first aid and cardiopulmonary resuscitation of the newborn, infant and toddler. The measuring tool used for descriptive research was an online self-design questionnaire, which was completed by parents through 8 maternity and family centres in Slovakia. The research sample was obtained by an occasional selection and consisted of total 173 respondents (140 women, 33 men) with an age average of 31.96 years (± 4.5). We found that the mean score of the questionnaire was 13,61 points (SD = 2,5), with a maximum possible profit of 20 points. We have not found a statistically significant relationship between the level of parents' awareness and age and the level of education achieved. We have shown a statistically significant relationship between the level of parents' awareness and the number of children of parents and the medical profession. We have also found that mothers in our research sample had significantly higher levels of awareness than fathers. In addition, we found that there is no statistically significant relationship between the level of parents' awareness about first aid and cardiopulmonary resuscitation and participation in the first aid training, which could be due to the attending of first aid training without a specific focus on the paediatric population (n = 106) and only 8 respondents have attended a first aid course targeting the paediatric population. In our research sample, the majority of respondents attended a training more than seven years ago, hence we agree with the

literature on the need to repeat first-aid training in order to achieve the retention of awareness in this life-saving problem. Parents who have participated in the first aid course have statistically significantly higher self-confidence in the perception of the ability to provide first aid to their child in the event of any injury or conditions compared to parents who have not completed the first aid course. The results of the thesis confirm the importance of the parents' regular education in the field of first aid and cardiopulmonary resuscitation of the child.

Kľúčové slová v SJ:

prvá pomoc, kardiopulmonálna resuscitácia, neúmyselné zranenie, rodičia, gramotnosť, novorodenec, dojča, batol'a

Kľúčové slová v AJ:

first aid, cardiopulmonary resuscitation, unintentional injury, parents, awareness, newborn, infant, toddler

Rozsah práce:

98 strán / 3 prílohy

Obsah

ÚVOD.....	9
1 Popis rešeršnej činnosti	11
2 Gramotnosť rodičov v prvej pomoci	12
3 Špecifiká detského veku	16
3.1 Charakteristika novorodenca, dojčaťa a batolaťa.....	16
3.2 Zdravotné riziká novorodeneckého, dojčenského obdobia a obdobia batolaťa	17
3.3 Neúmyselné úrazy detí.....	18
4 Prvá pomoc pri vybraných neúmyselných úrazoch detí	21
4.1 Aspirácia cudzieho telesa.....	21
4.1.1 Prvá pomoc pri aspirácii cudzieho telesa	22
4.2 Popáleniny	23
4.2.1 Faktory ovplyvňujúce závažnosť popáleniny	23
4.2.2 Prvá pomoc pri popáleninách	25
4.3 Intoxikácie	25
4.3.1 Prvá pomoc pri intoxikáciách	26
4.4 Topenie	27
4.5 Ingescia cudzieho telesa.....	28
4.6 Úrazy súvisiace s pádom.....	29
4.6.1 Prvá pomoc pri zlomeninách a vonkajšom krvácaní	30
5 Prevencia neúmyselných zranení.....	31
6 Kardiopulmonálna resuscitácia detí.....	33
6.1 Mimonemocničná zástava krvného obehu u detí.....	33
6.2 Prognóza zastavenia dychu a obehu	34
6.3 Delenie detského veku pre účely kardiopulmonálnej resuscitácie	35
6.4 Základná kardiopulmonálna resuscitácia detí.....	36
6.4.1 Kontrola vedomia, dýchania a krvného obehu dieťaťa	37

6.4.2	Zahájenie resuscitácie.....	37
6.4.3	Zahájenie kompresii hrudníka	38
7	Metodika výskumu	40
7.1	Ciele práce	40
7.2	Charakteristika výskumného súboru.....	41
7.3	Metóda zberu dát	42
7.4	Realizácia výskumu	43
7.5	Metódy spracovania dát	43
8	Výsledky výskumu	44
8.1	Úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a KPR.....	44
8.2	Faktory ovplyvňujúce úroveň gramotnosti	46
8.3	Rozdiel v úrovni gramotnosti medzi matkami a otcami	50
8.4	Sebahodnotenie schopnosti rodičov poskytnúť prvú pomoc	52
8.5	Vzdelávanie a účasť na kurze prvej pomoci	53
9	Diskusia	56
	ZÁVER.....	63
	REFERENČNÝ ZOZNAM.....	65
	ZOZNAM SKRATIEK	78
	ZOZNAM TABULIEK	79
	ZOZNAM OBRÁZKOV	80
	ZOZNAM PRÍLOH.....	81
	PRÍLOHY	82

ÚVOD

Problematika prvej pomoci detí sa dotýka aj odboru pôrodnej asistencie, nakoľko pôrodné asistentky majú možnosť úzko spolupracovať s rodinami od ich prvopočiatkov v období tehotenstva, v priebehu následnej starostlivosti v komunite alebo v gynekologických ambulanciách, ale tiež pri odborných kurzoch na školách. Pôrodné asistentky majú jedinečnú príležitosť zacieliť edukáciou na bezpečnosť budúcich generácii skrze edukáciu rodičov a budúcich rodičov v oblasti prvej pomoci v detskej populácii.

V súčasnosti je úmrtnosť detskej populácie v dôsledku vonkajších príčin vyššia v porovnaní s vysokou úmrtnosťou detí následkom infekčných ochorení v minulosti (Imamura et al., 2012). Podľa údajov z roku 2020 z Centier pre kontrolu a prevenciu ochorení v USA (Centers for diseases control and prevention, 2023) sú neúmyselné zranenia vedúcou príčinou smrti detí vo veku do 4 rokov a v kategórii detí mladších ako 1 rok sú na 4. mieste. V kategórii detí mladších ako 1 rok sa pred neúmyselné zranenia na 3. miesto príčin smrti zaradil SIDS (syndróm náhleho úmrtia dojčat'a), ktorý je aj jednou z najčastejších príčin mimonemocničnej srdcovej zástavy (20 - 30%) u detí (Van de Voorde et al., 2021). Incidencia mimonemocničnej srdcovej zástavy u pacientov mladších ako 18 rokov je 8/100 000 osôb ročne, pričom vzhľadom na vek je vyššia u detí mladších ako 1 rok v porovnaní s deťmi staršími ako 1 rok a adolescentmi (Atkins, 2012). Príčinou mimonemocničnej srdcovej zástavy u detí sú okrem SIDS aj z 40 - 50 % respiračné príčiny a z 10 - 20 % vzniká v dôsledku traumy (Van de Voorde et al., 2021).

Na základe vyššie uvedených štatistických údajov môžeme konštatovať, že problematika úrazov a zástavy obehu u detí je dôležitou oblasťou rodičovstva. Práve rodičia sú osoby, ktoré sú najčastejšie v blízkosti svojich detí, hlavne v období pred nástupom do materských, respektíve základných škôl. Je dôležité aby rodičia mali osvojené postupy prvej pomoci pri jednotlivých úrazových a život ohrozujúcich stavoch, pretože promptná prvá pomoc vedie, ako uvádza Dobiáš (2017, s. 15) „*k záchrane života, k zníženiu výskytu komplikácii a k urýchleniu zotavenia*“. Tu sa dostávame k otázke, či rodičia na Slovensku disponujú dostatočnými vedomosťami v oblasti prvej pomoci a kardiopulmonálnej resuscitácie detí v novorodeneckom, dojčenskom a batoliacom veku. Cieľom diplomovej práce je zistiť práve úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a kardiopulmonálnej resuscitácie. Ďalej, určiť faktory, ktoré súvisia s úrovňou gramotnosti a posúdiť účasť rodičov na kurze prvej pomoci a jej vplyv na úroveň gramotnosti rodičov v problematike. Zámerom teoretickej časti

práce je sumarizácia poznatkov v oblasti neúmyselných zranení a prvej pomoci v danej vekovej kategórii a problematika základnej kardiopulmonálnej resuscitácie detí.

Vstupná študijná literatúra:

AL-BSHRI, Soad Abdulrhman a Saulat JAHAN. Prevalence of home related injuries among children under 5 years old and practice of mothers toward first aid in Buraidah, Qassim. *In Journal of Family Medicine and Primary Care* [online]. 2021, **10**(3), 1234-1240 [cit. 2023-03-16]. ISSN 2249-4863. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/350743138_Prevalence_of_home_related_injuries_among_children_under_5_years_old_and_practice_of_mothers_toward_first_aid_in_Buraidah_Qassim

DOBIÁŠ, Viliam. *5 P – Prvá pomoc pre pokročilých poskytovateľov*. Bratislava: Dixit s.r.o., 2017, 304 s. ISBN 978-80-89662-24-1.

CHIA, P. a W. B. LIAN. Parental knowledge, attitudes and perceptions regarding infant basic life support. *Singapore Medical Journal* [online]. 2014, **55**(3), 137-145 [cit. 2023-03-23]. ISSN 00375675. Dostupné z: <https://doi.org/10.11622/smedj.2014033>

MIXA Vladimír a kol. *Dětská přednemocniční a urgentní péče. Druhé, přepracované a doplněné vydání* Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3088-7.

1 Popis rešeršnej činnosti

VYHĽADÁVACIE KRITÉRIÁ

- kľúčové slová v SJ: prvá pomoc, kardiopulmonálna resuscitácia, neúmyselné zranenie, rodičia, gramotnosť, novorodenec, dojča, batol'a
- kľúčové slová v AJ: first aid, cardiopulmonary resuscitation, unintentional injury, parents, awareness, newborn, infant, toddler
- jazyk: český, anglický
- obdobie: 2012-2022

Nájdenných 598 dokumentov.

- Vyrad'ujúce kritéria: duplicitné články
články netýkajúce sa cieľov

SUMARIZÁCIA VYUŽITÝCH DATABÁZ A DOHĽADANÝCH DOKUMENTOV

- Scopus - 23 článkov
- Medline - 41 článkov
- Web of Science - 12 článkov
- Medvik - 1 článok

SUMARIZÁCIA DOHĽADANÝCH PERIODÍK A DOKUMENTOV

- Knižné publikácie - 6
- Ďalšie zdroje - 16

Pre tvorbu diplomovej práce bolo použitých 99 dohľadaných zdrojov.

2 Gramotnosť rodičov v prvej pomoci

Vytváranie bezpečného prostredia, blízky dohľad nad deťmi, spolu so znalosťami prvej pomoci môžu zmierniť riziká úrazov. Znalosti rodičov v prvej pomoci sú dôležité, pretože vhodná iniciálna prvá pomoc výrazne znižuje závažnosť psychických a fyzických následkov (Anazi et al., 2022). Pre poskytnutie adekvátnej prvej pomoci by mali rodičia okrem vedomostí disponovať aj zručnosťami a sebaistotou (Míguez-Navarro et al., 2018). Vedomosťami, respektíve gramotnosťou rodičov v oblasti prvej pomoci pri neúmyselných zraneniach, sa v posledných rokoch zaoberali najmä v štúdiách štátov Blízkeho východu (Turecko, Saudská Arábia a ďalšie) a Ázie (Čína, India a ďalšie štáty). Vo väčšine štúdií sa uvádza, že rodičia (Habeb a Alarfaj, 2020; Míguez-Navarro et al., 2018; Al-Johani et al., 2018; Burgess et al., 2019) majú nedostatočné vedomosti v oblasti prvej pomoci detí. V tureckej štúdii vo výskumnom súbore 681 matiek bez špecifického určenia veku detí, uvádzajú dobrú úroveň gramotnosti v bežných zraneniach, avšak respondentky v tomto súbore mali nedostatočné vedomosti o závažných život ohrozujúcich stavoch (Dirimese et al., 2020).

Len niektoré štúdie boli zamerané na deti mladšie ako 3 roky, respektíve na deti mladšie ako 5 rokov (Al-bshri a Jahan, 2021; Burgess et al., 2019). Štúdie zamerané konkrétne na vedomosti rodičov o kardiopulmonálnej resuscitácii (KPR) detí, poukazujú taktiež na to, že vedomosti rodičov v tejto oblasti sú v konkrétnych štúdiách na nízkej úrovni. Napríklad v štúdii uskutočnenej v Singapure vo výskumnom súbore 375 respondentov zistili, že všeobecné vedomosti rodičov v oblasti KPR detí mladších ako 1 rok sú na nízkej úrovni, avšak lepšie znalosti v problematike majú rodičia, ktorí sa zúčastnili kurzu KPR detí mladších ako jeden rok (Chia a Lian, 2014). V ďalšej štúdii sa uvádza, že 90,2 % matiek z celkového počtu 255 respondentiek má nízku úroveň vedomostí, ale zároveň prejavujú záujem o účasť na kurze prvej pomoci (Alenezi et al., 2018). Podobné výsledky uvádza aj ďalšia štúdia, v ktorej sú ženy viac motivované zlepšovať úroveň svojich vedomostí a zručností v porovnaní s mužmi, ktorí mali v tomto výskume vyššiu úroveň vedomostí ako ženy (Al-Turkistani, 2014). Z dôvodu nízkeho počtu štúdií zameraných na vedomosti rodičov v oblasti KPR dojčiat a batoliat sme zaradili do diplomovej práce aj staršie štúdie z roku 2009 a 2011. V austrálskej štúdii z roku 2009 vo výskumnom súbore 348 respondentov prevládali nedostatočné vedomosti ohľadom KPR, ale na druhej strane respondenti preukazovali ochotu zahájiť KPR, najmä v prípade príbuzných osôb (Cu et al., 2009). Moran a Stanleyová (Moran a Stanley, 2011) uvádzajú, že z ich výskumu vyplýva potreba edukácie rodičov v oblasti KPR malých detí pre medzery vo vedomostiach v problematike a zároveň zistili, že 56 % rodičov pociťuje úzkosť z vykonania KPR na dospelej

osobe a ešte viac rodičov (62 %) na malých deťoch, čo je ďalším dôvodom, prečo je potrebné vzdelávanie rodičov.

Vo viacerých štúdiách je uvedené, že účasť na kurze prvej pomoci signifikantne zvyšuje úroveň vedomostí v problematike prvej pomoci detí (Al-Johani et al., 2018; Míguez-Navarro et al., 2018; Al-bshri a Jahan, 2021; Dirimese et al., 2020, Wani et al., 2022). Burgess et al. (2019) konkrétnejšie špecifikuje, že respondenti, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci v predchádzajúcom roku dosahujú signifikantne vyššiu úroveň vedomostí. Predchádzajúca skúsenosť s poskytnutím prvej pomoci má pozitívny efekt na úroveň vedomostí rodičov ako aj na ich praktické zručnosti (Nour et al., 2018; Al-Johani et al., 2018). A teda môžeme povedať, že vzdelávanie a praktický tréning v problematike KPR a prvej pomoci sú dôležité. Existujú viaceré štúdie, ktoré sú zamerané na testovanie efektu rôznych intervencií na úroveň vedomostí rodičov.

Viacerí autori skúmali efekt rôznych intervencií na úroveň gramotnosti rodičov, matiek a učiteľov v materských školách. Tri kvázi-experimentálne štúdie sa zaoberali efektívnosťou edukačných videí v oblasti prvej pomoci pri dusení dieťaťa a KPR (Barr et al., 2013; Barry, 2015; Sarabi a Nosratabadi, 2022). V prvej štúdii sa 126 matiek, ktoré neabsolvovali predchádzajúci kurz prvej pomoci v oblasti KPR, zapojilo do výskumu, tak že na pôrodníckom oddelení mali možnosť pozrieť si 22 minútové edukačné video a následne si precvičovali získané vedomosti prakticky na figuríne. Na získanie informácií o úrovni vedomostí boli respondentky testované pred intervenciou, hneď po intervencii a po období šiestich mesiacov. Záverom štúdie bolo, že tento spôsob edukácie je efektívnou metódou, pričom matky popisovali nárast sebavedomia ako poskytovateľa starostlivosti o dieťa (Barr et al., 2013). V druhej štúdii boli zapojení 77 nastávajúcich rodičov, ktorí v priebehu predpôrodnej prípravy dostali edukačné video spolu s figurínou, podobne ako v predchádzajúcej štúdii. Rodičia boli testovaní v rovnakých intervaloch ako v predchádzajúcej štúdii a poznatkom tejto štúdie bolo, že využívanie edukačného videa spolu s figurínou („self-instructional infant CPR kit“) je účinné pri zvyšovaní vedomostí o KPR dojčiat a sebaistoty rodičov po šiestich mesiacoch po intervencii a získavanie zručnosti a vedomostí v tejto oblasti by malo byť súčasťou prípravy na rodičovstvo (Barry, 2015). V tretej kvázi-experimentálnej štúdii hodnotili efekt edukačného videa na tému dusenia dieťaťa a poskytnutie prvej pomoci deťom od 6. mesiacov do 8. roku života na vedomosti 110 matiek zapojených do výskumu. Štúdia uvádza, že edukačné video má pozitívny efekt na vedomosti matiek o rizikových faktoroch a poskytnutí prvej pomoci (Sarabi a Nosratabadi, 2022).

V dvoch štúdiách na boli na sprostredkovanie informácií ohľadom prvej pomoci detí použité mobilné aplikácie a sociálne siete (Behboudi et al., 2021; Feng et al., 2022). Cieľom prvej štúdie bolo určiť vplyv edukácie prostredníctvom mobilnej aplikácie na znalosti a rozhodnutia matiek detí predškolského veku ohľadom prevencie aspirácie cudzieho telesa a prvej pomoci v prípade dusenia dieťaťa. Respondentky, ktoré sa zúčastnili prednášok zameraných na prvú pomoc detí, boli rozdelené do kontrolnej skupiny, v ktorej od organizátorov dostali edukačnú brožúru a CD a respondentkám v intervenčnej skupine bol sprostredkovaný prístup k mobilnej aplikácii. Úroveň vedomostí bola testovaná pred a po prednáške a následne po uplynutí 4 týždňov. Výsledkom štúdie bolo, že vzdelávanie prostredníctvom mobilnej aplikácie bolo účinnejšie ako ostatné metódy (Behboudi et al., 2022). V druhej kvázi-experimentálnej štúdií boli na sprostredkovanie edukácie v oblasti neúmyselných zranení využité sociálne médiá, konkrétne WeChat a následne bola hodnotená účinnosť tohto spôsobu edukácie na vedomosti rodičov v prevencii neúmyselných zranení detí vo veku do 3 rokov, pričom zistili, že využitie tejto metódy edukácie môže redukovať výskyt neúmyselných zranení detí prostredníctvom zlepšenia zručností, presvedčenia a správania rodičov v oblasti prevencie a prvej pomoci (Feng et al., 2022). V dnešnej dobe, pri výraznom využívaní sociálnych sietí, predstavujú tieto platformy dobrú príležitosť na šírenie informácií v oblasti prvej pomoci. Napríklad v našich zemepisných šírkach existuje niekoľko instagramových profilov, ktoré sa zaoberajú šírením osvetu v zdravotníctve. Vzhľadom na našu problematiku prvej pomoci detí je zaujímavý profil „mklife_prvni_pomoc_detem“. Profil založila MUDr. Kněžková, ktorá aj organizuje kurzy prvej pomoci zamerané na deti. Jej profil sleduje až 120 tisíc používateľov instagramu. Ďalší profil zaoberajúci sa problematikou detského veku a aj úrazov je „pediatrie_navlastnikuzi“.

Ďalším spôsobom získavania informácií o problematike prvej pomoci detí je účasť na kurze prvej pomoci. V čínskej štúdií sa zaoberali vplyvom účasti na kurze prvej pomoci na vedomosti učiteľov. Výskumu sa zúčastnilo 1067 učiteľov, pričom testovanie vedomostí prebehlo pred intervenciou, 6 a 9 mesiacov po intervencii a následne po uplynutí 4 rokov. Štúdia preukázala, že nadobudnuté vedomosti boli na vyššej úrovni, aj napriek predpokladanému poklesu úrovne vo vedomostiach z dlhodobého hľadiska (Li et al., 2014).

V tejto kapitole sme popisovali rôzne metódy získavania vedomostí a zručností v oblasti prvej pomoci. Dôležité je však posúdenie, ktorá metóda je najefektívnejšia. Touto problematikou sa zaoberala čínska randomizovaná kohortová štúdia, ktorej cieľom bolo zhodnotiť efekt troch metód tréningu prvej pomoci u detí na retenciu vedomostí u učiteľov a opatrovateľov. 1282 respondentov bolo rozdelených do troch skupín, v ktorých prebiehali tri

rôzne metódy kurzu prvej pomoci. Prvý spôsob bol interaktívny kurz prvej pomoci, druhý spôsob bol založený na prednáškach a tretí model kurzu prvej pomoci prebiehal formou edukačného videa. Testovanie úrovne vedomostí respondentov prebiehalo pred a po kurze, potom následne po 9 mesiacoch a 4 rokoch po kurze. Výsledkom štúdie bolo, že všetky tri metódy signifikantne zlepšili úroveň vedomostí, avšak najlepší výsledok nadobudli účastníci interaktívneho kurzu prvej pomoci. Negatívnym poznatkom je, že ani jedna z metód neovplyvnila úroveň vedomostí v testovaní po 9 mesiacoch a 4 rokoch (Li et al., 2020).

3 Špecifiká detského veku

3.1 Charakteristika novorodenca, dojčat'a a batol'at'a

Novorodenecké obdobie zahŕňa dobu od narodenia po 28. deň života. Ide o obdobie adaptácie na vonkajšie prostredie, v ktorom dochádza k zmenám v krvnom obeh, dýchaní a príjmu potravy (Klíma a kol. 2016). Novorodenec je odkázaný na starostlivosť matky. Nedokáže udržať hlavičku a spontánne manipulovať s končatinami. Pre novorodenca sú typické znaky, ako veľká hlava, dlhý trup a krátke končatiny. Lebečné kosti sú k sebe voľne priložené a priliehajú k sebe v mieste malej a veľkej fontanely. Krivka hmotnosti novorodenca v prvých dňoch klesá. Fyziologický úbytok hmotnosti nepresahuje 10% z pôrodnej hmotnosti. Novorodenecké pohyby sú spočiatku len reflexné, svoju motoriku začne ovládať až keď získa kontrolu nad svojím telom. Koordinácia dieťaťa sa rozvíja v troch základných stupňoch. Prvým stupňom je reflexná motorika. Druhý stupeň predstavuje hrubá motorika, kedy dieťa ovláda rozsiahle svalové pohyby a posledný stupňom je jemná motorika. Čím viac sa dieťa hýbe, tým viac sa vyvíja jeho motorika, dieťa ovláda svoje telo a reflexy zanikajú. Vývin dieťaťa závisí od prísunu podnetov a stimulácií z okolia, ktorá je prispôbená úrovni vývoja a individualite dieťaťa (Gáborová a Porubčanová, 2016).

Dojčenské obdobie trvá do ukončeného 1. roku života. Je to obdobie najintenzívnejšieho rastu. Dojča medzi 5. a 6. mesiacom väčšinou zdvojnásobí svoju pôrodnú hmotnosť, jeho telesná dĺžka sa zväčší o 50 %. Zväčšujú sa aj ďalšie rozmery ako obvod hlavy a obvod hrudníka, ktorý prevýši obvod hlavy. V období medzi 6. a 10. mesiacom sa zvyčajne začínajú prerezávať prvé rezáky mliečneho chrupu. Je to obdobie intenzívneho psychomotorického vývinu (Klíma a kol., 2016). Motorický vývin dieťaťa postupuje v troch smeroch. Cefalokaudálny postup motorického vývinu určuje, že dieťa začne najskôr ovládať pohyby hlavou, potom ovládanie tela smeruje k päte a to sedením, ložením a nakoniec chôdzou. Postup proximodistálny znamená, že dieťa najskôr hýbe celými končatinami, cez zápästia a členky ku chodidlám a dlaniam. Postup ulnoradiálny naznačuje vývin od malíčkovej strany dlane k palcovej strane, teda od kliešťového k palcovému úchopu. Každé dieťa by malo prejsť všetkými vývinovými štádiami motoriky od dvíhania hlavičky, plazenia, sedenia, lezenia po štyroch a chôdze. Každá fáza vytvára základ pre nasledujúcu fázu, ktorá je na ďalšom stupni vývoja. Vývin je označovaný ako psychomotorický, pretože dochádza k súbežnému dozrievaniu nervovej sústavy a motoriky (Gáborová a Porubčanová, 2016).

Obdobie batolaťa začína dovŕšením jedného roku a trvá do konca tretieho roku života. Názov batola je odvodený od slovesa batoliť, čo znamená neistá, nemotorná chôdza. Dieťa je v tomto období aktívne, prejavuje sa veľkou pohybovou aktivitou, je stále menej závislé na svojom okolí, samostatne chodí, konzumuje jedlo, rozpráva, udržiava čistotu a spoznáva okolie. Hlavným vývinovým cieľom je získať autonómiu (Gáborová a Porubčanová, 2016). Je to obdobie ďalšieho vývinu a rastu, ktorý je však pozvoľnejší. Menia sa pomery dĺžky trupu a končatín. Končatiny rastú rýchlejšie ako trup a trup rýchlejšie ako hlava. Veľká fontanela sa uzatvára do 18. mesiaca a dokončuje sa prerezávanie chrupu. Prevalu nadobúda psychický vývoj nad motorickým. Verbálna komunikácia, začlenenie do kolektívu rodiny a vrstovníkov a základné hygienické návyky sú hlavné prvky vývinu batolaťa (Klíma a kol., 2016).

3.2 Zdravotné riziká novorodeneckého, dojčenského obdobia a obdobia batolaťa

Pre jednotlivé obdobia detského veku sú charakteristické určité riziká. Pre novorodenecké obdobie ide o vznik pôrodných poranení, porúch adaptácie, odhalenie vrodených vývojových väd, vznik novorodeneckej žltacky a infekcií (Klíma a kol.- 2016). *„Približne dve tretiny úmrtí počas prvého roka života nastávajú pred dosiahnutím 28. dňa života dieťaťa, najmä z dôvodu vrodených anomálií, predčasného narodenia a iných stavov, ktoré vznikli počas gravidity. Najčastejšími príčinami úmrtí detí starších ako jeden mesiac je syndróm náhleho úmrtia dojčťaťa, vrodené chyby, infekcie a nehody“* (OECD, 2021). Príčinou smrti detí vo veku do 4 rokov v krajinách Európskej únie z údajov z roku 2016 boli vo veľkej miere externé príčiny (23,5 %), napríklad pády, ďalej neoplasmy (13,5 %), v menšej miere respiračné ochorenia, ochorenia srdcového a tráviaceho systému. Rozsiahla skupina ďalších príčin smrti (49,0 %) pozostáva z vrodených malformácií a chromozomálnych abnormalít a ďalších príčin (Eurostat, 2022).

Infekčné ochorenia dýchacích ciest predstavujú riziko v dojčenskom aj batoliacom období (Klíma a kol., 2016). Respiračný distress môže byť spôsobený zasiahnutím horných a dolných dýchacích ciest a pľúcneho parenchýmu. Medzi ochorenia horných dýchacích ciest, ktoré môžu spôsobiť respiračný distress zaraďujeme laringitídu, epiglotitídu, hypertrofiu tonzíl, adenoidnú vegetáciu, a medzi ochorenia dolných dýchacích ciest bronchiolitídu a pneumónie (Mehra a Gupta, 2018). Pre dojčatá a aj väčšie deti je charakteristický úzky subglotický priestor a náchylnosť k edému dýchacích ciest, pričom aj relatívne malý edém môže spôsobiť obštrukciu dýchacích ciest. Pre dojčatá je tiež typické dýchanie nosom (Mixa a kol., 2021). Ďalej sa počas dojčenského obdobia vyskytujú diétne chyby, malabsorbčný syndróm a akútne

gastroenteritídy (Klíma a kol., 2016), ktoré sú charakteristické rýchlim nástupom a sprievodnými príznakmi ako zvracanie, abdominálne bolesti, horúčka. Riziko predstavuje vznik dehydratácie, ktorá môže viesť až k hypovolemickému šoku (Mehra a Gupta, 2018). Dojčatá aj väčšie deti majú vyššiu tepovú frekvenciu v dôsledku rýchlejšieho metabolizmu a vyššej spotrebe kyslíka. Majú nižší krvný tlak, ktorý je udržiavaný aj vo fáze kompenzovaného obehového zlyhania, pod normu klesá až vo fáze dekompenzovaného obehového zlyhania (Mixa a kol., 2021). Dôležitý je skorý záchyt počínajúceho šokového stavu a rýchla intervencia, ktorá zastaví prechod do dekompenzovaného šokového stavu (Mehra a Gupta, 2018).

Ďalšou rizikovou oblasťou je výskyt zranení, ktorých nárast je súbežný so stúpajúcim vekom a fyzickými schopnosťami dieťaťa. Deťom je spolu s nadobúdaním motorických schopností umožnené skúmanie okolitého sveta, zároveň im však chýba schopnosť primerane posúdiť nebezpečenstvo a rozpoznať riziko možného úrazu (Morrongiello et al., 2021). Úrazy v dojčenskom období vznikajú najčastejšie pádom z výšky, ďalšou príčinou sú popáleniny a aspirácia drobných predmetov. Pre batoláta sú charakteristické popáleniny a otravy (Klíma a kol., 2016). Nasledujúca podkapitola je zameraná na problematiku zranení novorodencov, dojčiat a batoliat.

3.3 Neúmyselné úrazy detí

Úrazy detí sú závažným problémom v oblasti verejného zdravia, ktorých následkom je značná morbidita a mortalita. Zranenie je definované ako poškodenie ľudského tela pôsobením fyzikálnych faktorov (mechanická energia, teplo, elektrická energia, chemikálie a ionizujúce žiarenie) v množstve alebo frekvencii, ktorá presahuje fyziologický prah ľudskej tolerancie (Al-Bshri a Jahan, 2021; Pathak et al., 2018). Neúmyselné zranenia, ktoré nevznikajú zámerným poškodením ľudského organizmu, sú najčastejším mechanizmom vzniku úrazu u detí (Al-Bshri a Jahan, 2021). Malé deti trávia čas prevažne v domácom prostredí. Napriek tomu, že sú pod dohľadom rodičov, ide o najčastejšie miesto kde neúmyselné úrazy vznikajú. Pád, popálenie, prehltnutie cudzieho telesa, otravy, udusenie a utopenie sú najčastejšími mechanizmami vzniku zranenia (Nouhjah et al., 2017).

Na Slovensku bolo v roku 2020 hospitalizovaných z dôvodu úrazu 9 392 detí do 18 rokov, z toho 2 126 detí vo veku do 3 rokov. Pády, popáleniny, úrazy následkom úderu a úrazy následkom poranenia ostrým predmetom tvoria najväčší podiel úrazov, pre ktoré boli deti do 18 rokov hospitalizované. Veková skupina 1 - 3 ročných detí bola najviac zastúpená v počte hospitalizácií z dôvodu popálení. Celkovo dochádza k znižovaniu úmrtnosti na následky

úrazov. Vplyv na znižovanie úmrtí má včasný zásah rýchlej pomoci, vrátane laickej prvej pomoci a dostupnosť a úroveň zdravotnej starostlivosti. V roku 2020 tvorili úmrtia následkom zranenia 16,8 % z celkového počtu úmrtí detí do 18 rokov. Z celkového počtu úmrtí detí vo vekovej skupine do 1 roka a 1-3 ročných tvorili úmrtia následkom zranenia podiel 1,7 % a 23,9 % (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2022). V Spojených štátoch amerických sú neúmyselné zranenia vedúcou príčinou smrti vo vekovej kategórii 1 - 4 rokov. Úmrtie nastáva následkom týchto úrazov v tomto poradí: utopenie (36,9 %), zranenia spôsobené dopravnými nehodami (24,6 %), udusenie (10,2 %), popáleniny (6,2 %). V kategórii detí mladších ako jeden rok sú neúmyselné zranenia na štvrtom mieste príčin smrti. Najčastejšie ide o udusenie (85,8 %), zranenia spôsobené dopravnými nehodami (6 %), utopenie (2,8 %) a otravy (1,4 %). Najčastejšou príčinou návštevy urgentného príjmu vo vekovej kategórii menej ako 1 rok boli nasledovné nefatálne zranenia (v tomto poradí): neúmyselné pády, nárazy, ingescia a aspirácia cudzieho telesa, popáleniny, rezné rany, otravy. Vo vekovej kategórii 1 - 4 ročných detí sú vedúce zranenia v súvislosti s pádom, ďalej nasledujú nárazy, ingescia a aspirácia cudzieho telesa, rezné rany, uhryznutie (pes, bodnutia), otravy, popáleniny (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). V Nemecku prevalencia nefatálnych zranení u detí v rokoch 2003 - 2017 ostáva takmer nezmenená, zároveň miera hospitalizácií dojčiat a batoliat v období 2005 - 2014 narastala v porovnaní s deťmi staršími ako 5 rokov. Až tretina nefatálnych zranení nastala v kategórii 1 - 2 ročných detí. Celkovo zomrelo v tomto období v domácom prostredí 25 dojčiat následkom neúmyselného zranenia, a teda deti vo vekovej skupine do 4 rokov naďalej zostávajú rizikovou skupinou z hľadiska neúmyselných zranení v domácom prostredí (Foettinger et al., 2021).

Existujú viaceré faktory, ktoré zvyšujú riziko vzniku úrazov u detí. U detí mužského pohlavia je vyššie riziko vzniku fatálnych aj nefatálnych zranení (Albedewi et al., 2021). V štúdiu zameranej na kontextuálnu analýzu výskytu zranení v priebehu motorického vývinu dieťaťa od samostatného sedenia po samostatnú chôdzu zistili, že nie je rozdiel v incidencii zranení vzhľadom na pohlavie u detí do 18. mesiaca, čo súhlasí aj s výsledkami ďalších štúdií (Morrongiello et al., 2021). Ďalším rizikovým faktorom je vek dieťaťa. V štúdiu zameranej na určenie rizikových faktorov vzniku neúmyselných zranení detí sa popisuje, že medzi deťmi mladšími ako šesť rokov, je výskyt domácich úrazov najvyšší vo vekovej skupine 2 - 3 ročných detí a riziko sa znižuje vo vekovej skupine 4 - 5 ročných (Foettinger et al., 2022). Výskyt úrazov u dojčiat narastá súbežne s nadobúdaním fyzických schopností dieťaťa a dosahovaním jednotlivých míľnikov vývinu (Morrongiello et al., 2021). Ďalšie rizikové faktory, ktoré prispievajú k vzniku zranení v domácnosti sú charakteristika dieťaťa, nedostatočný dohľad

rodičov a nebezpečné prostredie v domácnosti (Ma et al., 2021). Impulzivnosť a aktívnosť detí sú charakteristiky, ktoré sú spájané s vyšším rizikom zranení v porovnaní s opatrnými a pasívnejšími deťmi, ďalej výskyt zranení súvisí aj s počtom detí žijúcich v domácnosti (Foettinger et al., 2022). Ekonomický status, vzdelanie a rodinný stav tiež podmieňujú výskyt zranení (Hogan et al., 2017).

Nasledujúca kapitola je zameraná na jednotlivé úrazy charakteristické pre dané vekové obdobia a poskytnutie prvej pomoci.

4 Prvá pomoc pri vybraných neúmyselných úrazoch detí

„Prvá pomoc je počiatočná starostlivosť pozostávajúca zo súboru opatrení pri akútnom ochorení alebo zranení, ktorú môže iniciovať ktokoľvek v akejkoľvek situácii. Cieľom prvej pomoci je zachovanie života, zmiernenie utrpenia, zníženie výskytu komplikácií a urýchlenie zotavenia postihnutého“ (Zideman et al. 2021, s. 271). Prvá pomoc na rôznych odborných úrovniach pozostáva z viacerých krokov. Prvým krokom je zhodnotenie situácie, vrátane bezpečnosti prostredia, v ktorom sa zranený a poskytovateľ prvej pomoci nachádza, posúdenie zdravotného stavu postihnutého, poskytnutie neodkladnej prvej pomoci pre život ohrozujúcich stavoch, poskytnutie prvej pomoci pri ostatných poraneniach a ochoreniach a privolanie špecializovanej pomoci. (Dobiáš, 2017).

4.1 Aspirácia cudzieho telesa

Aspirácia cudzieho telesa (pevné teleso, tekutiny, plyn, emulzia) do dýchacích ciest môže spôsobiť dychovú nedostatočnosť v prípade čiastočnej obštrukcie alebo môže viesť k život ohrozujúcemu stavu v prípade úplného uzáveru dýchacích ciest (Mixa a kol, 2021). Najčastejší výskyt je u detí mladších ako 3 roky, je vedúcou príčinou náhodnej smrti detí mladších ako 1 rok (Salih et al., 2016) a u detí do 3 rokov v 7 % končí fatálne (Brkic et al., 2018). Mladšie deti sú rizikové z hľadiska aspirácie cudzieho telesa do dýchacích ciest, pretože často skúmajú svet vkladáním predmetov do úst, ďalej kvôli chýbajúcim molárnym zubom, nedostatočne vyvinutej koordinácii prehĺtacieho reflexu a menšiemu priemeru dýchacích ciest (Salih et al., 2016). Ďalším rizikovým faktorom je rozprávanie, smiatie alebo pohybovanie sa počas jedenia (Brkic et al., 2018; Montana et al. 2020). Častými aspirovanými objektmi sú kuracie a rybie kosti (najmä v juhovýchodnej Ázii a Číne), semiačka a orechy, ktoré by nemali byť konzumované deťmi do predškolského veku. Okrem potravín môžu aspirovať hračky alebo mince (Salih et al., 2016). *„Ďalej môže byť aspirovaný žalúdočný obsah pri zvracaní alebo gastrezofagiálnom refluxe. Ďalšie príčiny aspirácie môžu byť spôsobené poruchou prehĺtania, neurologickými ochoreniami, abnormalitami dutiny ústnej a dýchacích ciest (rázštep podnebia, atrézia pažeráka, tracheozofageálna píšťala)“* (Mixa a kol., 2021, s. 235). Závažnosť následkov aspirácie cudzieho telesa závisí od jeho tvaru, konzistencie a veľkosti. Anorganické cudzie teleso môže byť v dýchacích cestách nedetegované dlhší čas, zatiaľ čo organický materiál môže iniciovať zápalový proces, ktorý môže vyvolať príznaky obštrukcie (Montana et al., 2020). Glotická štrbina, subglotický priestor a karina sú fyziologicky najužšie miesta

dýchacích ciest a uviaznutie cudzieho telesa v týchto miestach spôsobuje najvýznamnejšiu obštrukciu (Mixa a kol., 2021).

Klinické symptómy cudzieho telesa v dýchacích cestách sú rôzne vzhľadom k závažnosti obštrukcii dýchacích ciest. Pri neúplnej obštrukcii dieťa kašle, má zmenený hlas a stridor. Pri úplnej obštrukcii dýchacích ciest dieťa nedýcha, je prítomná cyanóza v tvári, na končekoch prstov, na slizniciach a postupne dieťa upadá do bezvedomia (Dobiáš, 2017). Klinický obraz aspirácie cudzieho telesa do dýchacích ciest prebieha v troch štádiách. Prvé, iniciálne štádium, nastupuje v čase aspirácie sprevádzané dusením a kašlom (Rodríguez et al., 2012). Ďalšími príznakmi sú dušnosť, chrapot, zmena hlasu, cyanóza, zaťažovanie jugula a podrebria, tachypnoe, oslabené dýchanie (Mixa a kol., 2021). Po akútnom štádiu nasleduje asymptomatická fáza. Cudzie teleso je uviaznuté v dýchacích cestách a klinické príznaky sa zmierňujú. Asymptomatické štádium môže trvať niekoľko hodín až týždňov, čo vedie k oddialeniu diagnostiky. Nasleduje štádium, v ktorom dochádza k nástupu komplikácií. Z dôvodu infekcie a obštrukcie dochádza k vzniku pneumónie, atelektázy alebo abscesu (Rodríguez et al., 2012).

4.1.1 Prvá pomoc pri aspirácii cudzieho telesa

Jednotlivé kroky prvej pomoci pri aspirácii cudzieho telesa závisia od závažnosti obštrukcie. Pacienti s miernou obštrukciou sú schopní uvoľniť cudzie teleso kašľom, avšak pri závažnej obštrukcii je potrebná intervencia, pretože dieťa nie je schopné efektívne kašať (Topjian et al., 2020).

Európsky resuscitačný koncil odporúča nasledovný postup prvej pomoci pri obštrukcii dýchacích ciest cudzím telesom. Pokiaľ dieťa efektívne kašle, plne reaguje, pred kašľom sa nadýchne, rozpráva alebo plače, nie je potrebný záchranný manéver. V tejto situácii je potrebné povzbudzovať dieťa v kašli a sledovať jeho stav. Akonáhle je kašeľ dieťaťa neefektívny, je potrebné zahájiť kroky prvej pomoci. Neefektívny kašeľ znamená, že dieťa stráca vedomie, kašeľ je tichý, nie je schopné nadýchnuť sa, vydávať zvuky, je prítomná cyanóza. Ak sú prítomní dvaja svedkovia udalosti, jeden záchranca volá záchrannú zdravotnú službu a druhý záchranca zisťuje stav vedomia. Ak je dieťa pri vedomí a kašeľ je neefektívny začína s záchrannými manévrami. Ak je prítomný len jeden záchranca, prvú pomoc začína so záchrannými manévrami, pokiaľ nie je možné zároveň telefonovať so zapnutým reproduktorom. U detí aj u dojčiat (ak sú pri vedomí, ale kašľú neefektívne) začíname s piatimi údermi do chrbta. Ak sa nepodarí uvoľniť cudzie teleso z dýchacích ciest, pokračujeme stláčaním hrudníka u dojčiat a u detí starších ako jeden rok stláčaním brucha (Heimlichov

manéver) (Van de Voorde et al., 2021). Heimlichov manéver vykonáme tak, že sa postavíme za dieťa, vyhmatáme uhol rebier a pupok, uložíme zovretú päť medzi pupok a dolnú časť hrudníka, položíme druhú ruku na zovretú päť, dieťa predkloníme a prudko zatlačíme smerom dovnútra a hore (Dobiáš, 2017). Ak cudzie teleso nebolo uvoľnené, pokračujeme vo vykonávaní vyššie spomenutých manévrov. Keď dieťa stratí vedomie pokračujeme základnou kardiopulmonálnou resuscitáciou detí (Van de Voorde et al., 2021).

4.2 Popáleniny

Popáleniny sú tretím najčastejším typom zranenia, ktoré vedú k úmrtiu dieťaťa. Najčastejší výskyt popálenín u detí je v období do 4 rokov. (Tajiki et al., 2022). Podľa holandskej longitudinálnej štúdie, rizikové faktory vzniku popálenín u detí sú mužské pohlavie, viacdetné rodiny a nízky socioekonomický status. Ďalej zistili, že najviac prípadov sa deje v domácom prostredí v blízkosti rodičov (Van Zoonen et al., 2022). Popáleniny patria k najťažším úrazom v detskej traumatológii, sú veľmi bolestivé, liečba je dlhodobá, finančne a časovo náročná. Liečba detí s termickým úrazom by mala prebiehať v špecializovaných pracoviskách (Mixa a kol., 2021). Popáleninové zranenia môžu následne spôsobiť neurologické a muskuloskeletálne problémy, a keďže najčastejšie býva zasiahnutá hlava a krk dieťaťa, viditeľné jazvy môžu byť príčinou estetických a psychologických problémov dieťaťa (Tajiki et al., 2022).

4.2.1 Faktory ovplyvňujúce závažnosť popáleniny

Závažnosť popáleninového úrazu sa hodnotí na základe kombinácie viacerých faktorov. Ide o mechanizmus vzniku popáleniny, rozsah postihnutia, vek dieťaťa, lokalizácia a hĺbka postihnutia. Rozsah poškodenia sa hodnotí podľa palmárneho pravidla, pričom ruka dieťaťa s rozťahnutými prstami predstavuje 1 % tela. Všeobecne platí, že čím menšie dieťa utrpí rozsiahlejšiu popáleninu, tým je prognóza úrazu závažnejšia. Závažnosť popáleniny ovplyvňuje aj lokalizácia postihnutia. Rizikové oblasti sú tvár a krk, genitálie a gluteálna oblasť. V tabuľke 1 sú popísané jednotlivé stupne popáleninového úrazu (Mixa a kol., 2021). Adekvátne prvé pomoci môže ovplyvniť progresiu a hojenie popálenín povrchových a zasahujúcich do strednej časti dermis. Nie je možné ovplyvniť hlboké dermálne a hlbšie zranenia. Termické poškodenie, ktoré vedie k vzniku hlbokej popáleniny spôsobuje ireverzibilnú smrť buniek, ktorú nie je možné ovplyvniť chladením (Harish et al., 2019).

Tabuľka 1 - Stupne popáleninového úrazu

Stupeň	Lokalizácia	Klinický obraz	Následky
I.	Epidermis	erytém, bolestivosť, mierny edém	bez následkov
II. A	strata epidermis postihnutie povrchovej časti dermis	vznik pľuzgierov veľká bolestivosť	spontánne hojenie do 14 dní pri adekvátnej liečbe
II. B	hlboká časť dermis	belavá až žltkastá koža červené okrsky nižšia bolestivosť	spontánne zhojenie, hypertrofické jazvy pri prolongovanom hojení
III.	epidermis a dermis v celom rozsahu	plocha suchá, slonovinovo biela, hnedá, čierna, nebolestivá	nutná chirurgická liečba

Poškodenie kožného krytu môže byť spôsobené horúcou tekutinou, plameňom, horúcim predmetom, vplyvom elektrického prúdu, chemických látok, chladu a radiačného žiarenia (Mixa a kol., 2021). V Holandskej prospektívnej štúdii skúmali aktuálne rizikové faktory a mechanizmy, ktoré vedú k vzniku závažných popálenín u detí mladších ako 5 rokov. Do výskumu boli zapojení rodičia 510 detí, ktoré boli hospitalizované v troch holandských popáleninových centrách. V štúdii zistili, že najčastejšie zastúpené prípady popálenín, mali nasledovný priebeh. Išlo o chlapcov, ktorí boli vo veku približne 18 mesiacov a vo vzpriamenej polohe na seba prevrhli šálku s horúcou tekutinou. Mechanizmus vzniku popáleniny bol mierne odlišný v jednotlivých vekových skupinách. Vo všetkých vekových kategóriách dochádzalo najčastejšie k vzniku popáleniny následkom prevrhnutia šálky s horúcou tekutinou. Okrem toho, u detí mladších ako jeden rok bol častý kontakt s ohrievačom, u 1 - 2 ročných detí bolo prevrhnutie šálky najčastejšie zo všetkých vekových skupín a vo vekovej kategórii 2 - 3 a 3 - 4 ročných sa viac vyskytovali popáleniny v súvislosti s kuchynským prostredím, napríklad po kontakte s olejom z fritézy, s horúcou vodou z hrnca a sporákom (Van Zoonen et al., 2022). V prierezovej austrálskej štúdii, zameranej na vznik popálenín následkom obarenia vo vekovej kategórii 0 - 36 mesiacov zistili, že k úrazom v 61 % došlo napriek prítomnosti dospelšej osoby a najčastejšie k incidentu dochádzalo v domácom prostredí (Burgess et al., 2017). Popálenie plameňom sa častejšie vyskytuje u starších detí (hranie sa so zápalkami, táborový oheň). Najzávažnejšou komplikáciou je popálenie horných a dolných dýchacích ciest, ktoré môže vzniknúť pri explóziách alebo následkom horenia v uzavretej miestnosti. Inhalačná trauma má v detskom veku nízku incidenciu, ale vysokú mortalitu a morbiditu (Mixa a kol., 2021).

4.2.2 Prvá pomoc pri popáleninách

Adekvátna prvá pomoc pri popáleninách je kľúčová v limitovaní progresie hĺbky poranenia, ovplyvňuje čas hojenia, morbiditu a mortalitu (Harish et al., 2019). Laická prvá pomoc pri vzniku popálenín pozostáva z nasledujúcich krokov. Ako prvé je potrebné odstrániť zdroj vzniku popáleniny, šetrne odstrániť odev a obuv, ktoré nie sú prichytené k popálenine, ďalej odstrániť ozdoby (prstene, náramky), ktoré by mohli limitovať perfúziu periférie (Mixa a kol., 2021). Samotné ošetrenie popáleniny pozostáva z lokálneho chladenia chladnou, ale nie ľadovou vodou po dobu najmenej 20 minút. Následne je potrebné popáleniny voľne prekryť suchým sterilným obvazom (Zideman et al., 2021). Bolo dokázané, že chladenie popálenín zamedzuje progresívnemu poškodeniu tkanív (Harish et al., 2019). Aplikácia chladnej vody na popáleninu je ideálna počas prvej hodiny od incidentu a je účinná do troch hodín od incidentu (Alomar et al., 2016). Poskytnutie prvej pomoci zlepšuje hojenie popáleniny, zmierňuje bolesť, zjednodušuje starostlivosť o jazvy a skracuje čas hospitalizácie (Burges et al., 2017). Pri lokálnom chladení vzniká riziko hypotermie, ktorá vedie k vazokonstrikcii kožných ciev a k sekundárnemu prehĺbeniu poškodenej plochy, z dôvodu obmedzeného krvného prietoku. Z tohto dôvodu chladíme len tvár, krk, genitálie a ruky maximálne do 5 % povrchu tela (Mixa a kol., 2021).

4.3 Intoxikácie

„Otrava alebo intoxikácia vzniká vniknutím toxického látky do organizmu, pričom môže spôsobiť závažnú zmenu zdravotného stavu dieťaťa, v niektorých prípadoch až úmrtie. Toxická látka môže do organizmu vstúpiť perorálne, vdýchnutím, perkutánne alebo parenterálne“ (Mixa a kol., 2021, s. 449). Intoxikácie perorálnym spôsobom sú celosvetovo významnou príčinou smrti a zdravotného postihnutia. Každý rok umrie na následok neúmyselnej intoxikácie viac ako 100 000 ľudí, pričom nadmerné zastúpenie prípadov je v skupine detí mladších ako 5 rokov (Avau et al., 2018). Ide o piatu najčastejšiu príčinu úmrtia v dôsledku neúmyselných zranení detí v Európskej únii, na Slovensku je zaradená na štvrté miesto. Najviac ohrozené sú najmladšie deti, ktoré majú tendenciu vkladať predmety do úst. V prípade starších detí a mladistvých sú intoxikácie spojené s konzumáciou alkoholu (Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2014). Náhodné otravy u malých detí sú najčastejšie spôsobené užitím liečiv, jedovatých rastlín a húb, chemikálií používaných v domácnosti, napríklad saponátov, pracích práškov, čistiacich prostriedkov s obsahom prchavých organických látok (chlornan sodný, hydroxid sodný v prostriedkoch na čistenie odpadu,

kyseliny). Vykonávaním bežných návykov, napríklad skladovaním čistiacich prostriedkov na ľahko dostupných miestach, navyše s nedostatočným dohľadom nad deťmi, sa zvyšuje riziko neúmyselnej otravy (Ab Rahman et al., 2021). Klinické príznaky otravy sú rôznorodé, vzhľadom na široké spektrum látok, ktoré otravu môžu spôsobiť. Otrava sa môže prejavovať poruchami centrálnej nervovej sústavy (zmena správania, nepokoj, spavosť), poruchami dýchania (hyperventilácia, respiračný distress), poruchami krvného obehu (hypotenzia, arytmie, hypertenzia), zmenami svalového tonusu, gastrointestinálnymi príznakmi (zvracanie, bolesti brucha), zmenami farby kože, poruchami termoregulácie. Na možnosť otravy je potrebné myslieť pri náhlej zmene klinického stavu dieťaťa ak neexistuje iné vysvetlenie prejavujúcich sa symptómov (Mixa a kol., 2021). Okrem vyššie popísaných príznakov sa môžu vyskytnúť aj popáleniny v okolí úst a zápach z ústnej dutiny charakteristický pre konkrétnu chemikáliu (IFRC, 2020).

4.3.1 Prvá pomoc pri intoxikáciách

V systematickej prehľadovej štúdií Cochrane databázy, ktorá analyzovala randomizované kontrolované štúdie zamerané na prvú pomoc poskytovanú laickými osobami pri orálnej akútnej intoxikácii, nebolo možné preukázať jednoznačný dôkaz v prospech alebo proti špecifickým intervenciám prvej pomoci. Štúdia hodnotila jednotlivé postupy, ktoré boli zamerané na neutralizáciu (voda, mlieko), limitovanie alebo oddialenie absorpcie (aktívne uhlie, polohovanie na ľavom boku) a podporu evakuácie jedu (vyvolanie zvracania emetikami, použitie laxatív) (Avau et al., 2018). Je dôležité podotknúť, že laici (podobne aj zdravotníci) poskytujúci prvú pomoc pri otravách, majú možnosť hneď v úvode konzultovať individuálny postup prvej pomoci s odborníkmi prostredníctvom regionálnych toxikologických centier (Van de Voorde et al., 2021). V Slovenskej republike je možné kontaktovať na telefónnom čísle 02/5477 4166 Národné toxikologické informačné centrum (NTIC), ktoré poskytuje 24-hodinovú konzultačnú službu pri akútnych intoxikáciách (Národné toxikologické informačné centrum, 2015). Podľa postupov IFRC (The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) pri spozorovaní príznakov popísaných v podkapitole intoxikácie, nás v podozrení na otravu dieťaťa môže upozorniť otvorený obal od liekov alebo čistiacich prostriedkov, prípadne vyliata chemikália. Poskytovateľ prvej pomoci by mal zabrániť alebo obmedziť ďalšie vystavenie postihnutého toxickéj látke. V prípade život ohrozujúceho stavu (ak postihnutý nereaguje, nedýcha normálne) vykonáva postupy KPR a kontaktuje záchrannú zdravotnú službu. Ak nie sú prítomné známky život ohrozujúceho stavu, poskytovateľ prvej pomoci by mal kontaktovať NTIC, prípadne záchrannú zdravotnú službu a postupovať podľa ich pokynov.

NTIC bude vyžadovať informácie o látke, ktorá spôsobila otravu, množstve a čase pôsobenia, dôležité je uchovať obaly od liekov alebo chemikálií. Postihnutého je vhodné uložiť na ľavý bok a sledovať dýchanie a zmeny stavu (IFRC, 2020). Význam polohy na ľavom boku spočíva v tom, že spomaľuje rýchlosť absorpcie jedu, vďaka kombinácii pôsobeniu gravitácie a anatómie žalúdka, pretože žalúdočný obsah v tejto polohe je umiestnený vo veľkej kurvatuře žalúdka (Avau et al., 2018). IFRC (2020) neodporúča vykonať záchranné vdychy v prípade otravy kyanidmi, organofosfátmi a žieravinami. Poskytovatelia prvej pomoci, by nemali samostatne podávať tekutiny, podanie je možné na základe pokynov NTIC. Ďalej by nemali vyvolávať zvracanie z dôvodu rizika poškodenia pažeráka. Oplach vodou je vhodný v prípade zasiahnutia kože žieravinami (IFRC, 2020).

4.4 Topenie

„Topenie je úraz, ktorý vzniká následkom ponorenia organizmu do tekutiny, ktoré vedie k primárnemu duseniu a sekundárne k zástave srdcovej činnosti“ (Mixa et al., 2021 s. 230). Topenie, ktorého následkom nie je úmrtie dieťaťa, môže viesť ku kognitívnym poruchám, hypoxicko-ischemickému poškodeniu mozgu a srdcovým abnormalitám (Wang et al., 2020). Celosvetovo najvyšší počet utopených je vo vekovej kategórii 1 - 4 ročných, na druhom mieste sú deti v kategórii 5-9 rokov (WHO, 2021). V retrospektívnej štúdii, ktorá skúmala rizikové faktory fatálneho a nefatálneho topenia na vzorke 9261 detí mladších ako 5 rokov hospitalizovaných nemocniciach v USA v období 2000 - 2016, zistili, že u detí vo veku 2 rokov je riziko fatálneho aj nefatálne topenia najvyššie (Theodorou et al., 2022). Utopenie je druhou najčastejšou príčinou neúmyselných zranení s následkom smrti u detí a mladistvých v Európskej únii (EÚ). Slovensko je na 19. mieste medzi hodnotenými 27 krajinami s mierou úmrtnosti 1,45/100 000 (priemer EÚ 1,8) u chlapcov a 0,4/100000 (priemer EÚ 0,55) u dievčat (Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2014).

K topeniu u mladších detí dochádza najmä v domácom prostredí, so stúpajúcim vekom a narastajúcou mobilitou mimo domáceho prostredia (Wang et al., 2020). V austrálskej štúdii na vzorke 447 detí vo veku 0 - 4 rokov zistili signifikantne vyššiu pravdepodobnosť utopenia detí mladších ako 12 mesiacov na mieste inom ako kúpalisko. Najčastejším miestom utopenia v tejto vekovej kategórii bola vaňa (Peden a Franklin, 2019). Mužské pohlavie, prítomnosť ďalších chorôb napríklad epilepsie, porúch autistického spektra, genetických syndrémov vedúcich k vývojovému oneskoreniu, ďalej nedostatočný dohľad rodičov, neadekvátna bezprostredná reakcia na topenie, napríklad neprítomnosť svedkov, ktorý dokážu poskytnúť KPR sú faktory ovplyvňujúce výskyt smrteľných utopení detí (Davey et al., 2019). V takmer

všetkých prípadoch úmrtia detí následkom topenia je prispievajúcim faktorom zlyhanie rodičov v dohliadaní na dieťa. Najčastejšie príčiny zlyhaní sú odbiehanie k vnútorným aj vonkajším domácim prácam, rozprávanie s ďalšími osobami a nedorozumenia v komunikácii medzi dohliadajúcimi osobami (Peden a Franklin, 2019). Mixa a kol. (2021, s. 231) uvádza, že „*okamžité zahájenie kardiopulmonálnej resuscitácie je esenciálne pre prežitie a dobrý klinický výsledok*“.

4.5 Ingescia cudzieho telesa

Najohrozenejšou skupinou náhodného požitia cudzieho telesa, sú dojčatá a batoláta, druhou skupinou sú adolescenti a mentálne postihnuté deti (Mixa a kol., 2021). V Juhoafrickej retrospektívnej štúdií, ktorá skúmala prípady ingescie batérii, uvádza že v rokoch 2010 - 2015 bolo podľa Red Cross War Memorial Children's Hospital trauma database 486 hospitalizácii z dôvodu požitia cudzieho telesa, z toho najviac zastúpenou vekovou skupinou boli deti medzi 1. a 2. rokom života (Chabilall et al., 2020). Väčšina ingescii nie je nebezpečná a prebieha asymptomaticky. Avšak niektoré vlastnosti cudzieho telesa môžu viesť až k život ohrozujúcemu stavu. Ide o veľkosť, ktorá môže viesť k zaseknutiu telesa v hornej tretine pažeráka, leptanie u niektorých typov batérií, poranenie elektrickým prúdom, magnetizmus telies a ostré cudzie telesá, ktoré môžu viesť až k perforácii tráviacej trubice (Mixa a kol., 2021). Vo vyššie opísanej juhoafrickej retrospektívnej štúdií boli najčastejšími prehltnutými predmetmi mince (44,4 %), kovové predmety (12,1 %), plastové predmety (7,8 %), sklo (5,2 %) a batérie (4,8 %). Náhodné prehltnutie magnetického telesa nie je časté, ale vyžaduje špeciálnu pozornosť a promptný manažment, najmä v prípade prehltnutia viacerých magnetov alebo jedného magnetu a kovového telesa, ktoré majú schopnosť spojiť sa cez črevnú stenu a spôsobiť nekrózu, obštrukciu alebo perforáciu čreva (Sola et al., 2018). Predmety s vysokým rizikom sú aj batérie, ktorých elektrochemický účinok vedie k vzniku elektrického obvodu, tvorbe hydroxidových iónov, zásaditých popálenín a nekroz. Keďže závažnosť zranenia následkom ingescie batérie závisí od voltáže, typu batérie a času expozície, je potrebné dôkladné vyšetrenie a odlíšenie batérie od mincí (Chabilall et al., 2020).

Mixa a kol. (2021) uvádza včasné a neskoré príznaky ingescie cudzieho telesa. „*Včasné príznaky sú hypersalivácia, dysfónia, inspiračný stridor, dysfágia, odynofágia, bolestivý kašeľ, bolesť za sternom v epigastriu, nauzea alebo zvracanie a dušnosť. Neskoré príznaky vznikajú po hodinách až dňoch, kedy môže dôjsť k otlakovým nekrozám, k perforácií, obštrukcii čriev a následne môže dôjsť až k vzniku ileu, ktorý sa prejavuje bolesťami brucha, poruchami pasáže čriev a zvracaním*“ (Mixa a kol., 2021, s. 240).

4.6 Úrazy súvisiace s pádom

Pády sú treťou najčastejšiu príčinou úmrtia detí v Európskej únii ako aj v Slovenskej republike a sú najčastejším dôvodom hospitalizácie a ošetrovania detí na pohotovostiach (Úrad vereného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2014). Deti mladšie ako 1 rok sú v poradí treťou vekovou skupinou na Slovensku, v ktorej bola najvyššia úrazovosť v súvislosti s pádmi, vyžadujúca následnú hospitalizáciu (575,8 /100 000 obyvateľov) (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2021). V Spojených štátoch amerických sú pády najčastejšou príčinou nefatálnych zranení vo vekovej skupine do 4 rokov (Centers for Diseases Control and Prevention, 2023).

Z retrospektívnej štúdie zameranej na pediatrických pacientov hospitalizovaných v pediatrickom traumatologickom centre, vyplýva že príčiny pádov sa v jednotlivých vekových skupinách odlišujú. Najčastejšou príčinou pádu u dojčiat bolo vykláznutie z rúk rodičov, pád z nábytku, najčastejšie z postele, z gauča, z pracovnej dosky kuchynskej linky alebo z kuchynského stola. U detí starších ako 1 rok, boli zaznamenané odlišnosti u detí vo veku v rozmedzí 1 - 2 rokov, kedy najčastejšou príčinou pádu bolo ukľznutie, zakopnutie alebo pád z nábytku. Vo vekovej skupine 3 - 4 ročných išlo najčastejšie o pády na ihrisku alebo zo schodov (Unni et al., 2012). V ďalšej retrospektívnej štúdii, ktorá čerpala informácie z registra úrazov detí vo veku do 4 rokov v Atlante sú uvedené podobné zistenia, avšak v tejto štúdii sú deti ktoré utrpeli zranenie spôsobené pádom na ihrisku signifikantne staršie (stredný vek 49 mesiacov) ako deti, ktoré spadli z nábytku (stredný vek 19 mesiacov), zo schodov (stredný vek 18 mesiacov) a z postele (stredný vek 10 mesiacov) (Chaudhary et al., 2018).

Charakter zranení súvisí s vývinom dieťaťa. Dojčatá majú relatívne väčšiu a ťažšiu hlavu v porovnaní so zvyškom tela ako staršie deti. S rastom dieťaťa sa zväčšuje hrúbka lebky a vyvíjajú sa prínosové dutiny, a teda lebka batolaťa je schopná znášať väčšiu silu ako lebka dojčaťa. Keď dieťa začína chodiť jeho ťažisko je umiestnené vysoko, čo spôsobuje že vedúcim bodom pri páde je hlava. Okrem toho malé deti nemajú dostatočne vyvinutú silu a schopnosť koordinácie horných končatín, ktorá im umožňuje zabrániť pádu alebo si pri páde chrániť hlavu. Túto schopnosť deti nadobúdajú so zvyšujúcim sa vekom (Kamboj et al., 2017). Závažnejšie zranenia sa vyskytujú u detí mladších ako 1 rok, ako aj vo väčšej miere zranenia hlavy a u starších detí je častejší výskyt fraktúr horných končatín. V retrospektívnej štúdii, ktorá čerpala informácie z registra úrazov detí do 4 rokov v Atlante, bol zaznamenaný výskyt intrakraniálneho krvácania v 65 % u detí mladších ako jeden rok a fraktúry lebky v 63 %. Zlomenina ramennej kosti sa najčastejšie vyskytovala u detí vo veku 4 rokov (41 %) a 3 rokov

(24 %) (Chaudhary et al., 2018). V Slovenskej republike zo štatistických údajov z roku 2020 boli najčastejšími zraneniami v súvislosti s pádmi u detí do jedného roka intrakraniálne poranenia, povrchové poranenia hlavy, fraktúry lebky a tvárových kostí (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2021).

4.6.1 Prvá pomoc pri zlomeninách a vonkajšom krvácaní

Poskytnutie prvej pomoci dieťaťu pri podozrení na zlomenú končatinu pozostáva z manuálnej stabilizácie zlomeniny a z jej následného znehybnenia fixovaním kĺbov nad a pod zlomeninou, s cieľom zabrániť ďalšiemu pohybu končatiny. Znehybnením postihnutej končatiny zmiernujeme bolesť a môžeme zabrániť potencióálnemu vzniku otvorenej zlomeniny (Zideman et al., 2021). Dobiáš (2017) uvádza viacero spôsobov znehybnenia hornej končatiny, pričom je dôležitá šetrnosť ošetrovania s minimálnou manipuláciou končatiny. Prvým spôsobom je znehybnenie končatiny bez pomôcok, ktoré docielime tak, že podoprieme predlaktie postihnutého vlastným predlaktím, druhým spôsobom je záves v trojrohej šatke a tretou možnosťou je improvizované znehybnenie pomocou využitia odevu tak, že tričko vyhrnieme cez predlaktie postihnutej hornej končatiny a voľný cíp zafixujeme špendlíkom alebo pridržiavame manuálne.

V štúdií zo Saudskej Arábie sa uvádza, že rezné rany sú po pádoch druhou najčastejšiou príčinou úrazov v domácnostiach vo vekovej skupine detí do 5 rokov (Al-bshri a Jahan, 2021). Centrá pre kontrolu a prevenciu ochorení (Centers for Disease Control and Prevention, 2023) evidujú rezné rany na 4. mieste najčastejších neúmyselných zranení vo vekovej skupine 1 - 4 ročných. „*Základnou prvou pomocou pri vonkajšom krvácaní je vyvinutie tlaku v rane prstami alebo jednou až dvomi dlaňami v závislosti od veľkosti rany. Pri menších krvácaniach komprimujeme ranu najmenej 10 minút, pri väčších až do príchodu záchranej zdravotnej služby*“ (Dobiáš, 2017 s. 74).

5 Prevencia neúmyselných zranení

Neúmyselné zranenia sú predvídateľné a preventabilné udalosti (Imamura et al., 2012). Pretože ide o významnú príčinu morbidít u detí mladších ako 5 rokov, rodičia zastávajú kľúčovú úlohu v ochrane svojich detí pred nebezpečenstvom (Schnitzer et al., 2015). Povinnosťou rodičov je vytvárať pre deti bezpečné prostredie s cieľom predchádzať alebo minimalizovať vznik úrazov (El Seifi et al., 2018). Rodičia mladších detí často vnímajú zranenie dieťaťa ako nešťastnú náhodu. Rodičia s týmto postojom zavádzajú preventívne opatrenia v menšej miere (Morrongiello et al., 2021). Prevencia vzniku úrazov v domácom prostredí pozostáva z úpravy domáceho prostredia, dohľadu a komunikácie rodičov a detí o bezpečnosti a rizikách vzniku úrazu (Morrongiello et al., 2015). Účinnosť jednotlivých stratégií prevencie závisí od toho kedy a ako sú použité. Napríklad snaha o redukovanie dosahu detí k rizikám v domácom prostredí modifikovaním prostredia ako náhrada dohľadu nad dieťaťom vedie k vzniku úrazov (Morrongiello et al., 2021). Nižšia úroveň dohľadu je spojená s vyšším rizikom vážnejšieho úrazu u detí mladších ako 5 rokov, pričom blízkosť rodiča môžeme považovať za najdôležitejší aspekt dohľadu pre zmiernenie rizika úrazov detí (Schnitzer et al., 2015). Vykonávanie dohľadu pozostáva z pozornosti (pozorovania, počúvania) a stavu pripravenosti zasiahnuť, pričom je dôležitá kontinuita pozornosti a blízkosť rodiča (Peden a Franklin, 2019). Morrongiello et al. (2021) uvádza, že miera komunikácie (učenia) o bezpečnosti s deťmi počas dojčenského obdobia bola pochopiteľne nižšia, avšak so stúpajúcimi motorickými schopnosťami dojčaťa miera dohľadu rodičov klesala a rodičia sa viac zameriavali na odstraňovanie prístupu detí k potencionálnym nebezpečenstvám, a teda rodičia považovali odstraňovanie prístupu detí k nebezpečenstvám za vhodnú alternatívu priameho dohľadu rodičov nad deťmi, čo je podľa ďalších štúdií, ako uvádza Morrongiello et al. (2021), nesprávna domnienka a vedie k zvyšovaniu početnosti úrazov v domácnosti.

Ma et al. (2021) uvádza, že vedomosti a postoje rodičov zohrávajú pri zabezpečovaní bezpečného domáceho prostredia dôležitú funkciu, avšak vedomosti rodičov o úrazoch nesúvisia priamo s dohľadom a zabezpečovaním bezpečného domáceho prostredia. Tu zohráva dôležitú funkciu postoj rodičov, ktorý priamo súvisí s ich správaním. A teda čím majú rodičia pozitívnejší postoj k prevencii, respektíve uvedomujú si, že výskyt neúmyselných zranení nie je možné pripisovať nešťastnej náhode, tým aktívnejšie vykonávajú jednotlivé stratégie prevencie zranení. Existujú rodové rozdiely vo vnímaní rizík, ktoré sú popisované aj v talianskej štúdii, ktorá vychádzala z toho, že predmety, ktoré predstavujú pre dieťa riziko, v rodičoch evokujú negatívnu emocionálnu reakciu, ktorá je spojená so zmenou vnímania

veľkosti potenciálne nebezpečného predmetu. Úlohou respondentov (260, z toho 158 žien a 102 mužov) zapojených do štúdie bolo nakresliť stôl s cieľom zistiť možné zmeny vo vnímaní potenciálne nebezpečných predmetov ako príčinu neúmyselného zranenia dieťaťa. Výsledky poukazujú na to, že vnímanie veľkosti stola matiek detí, ktoré sú vo vývojom štádiu prechodu z lozenia na chodenie, bolo skreslené. Matky, ktorých deti boli v prechodnej vývinovej fáze z lozenia na chodenie kreslili stoly väčšie, čo môže byť nepriamy dôkaz, že predmety, ktoré v osobách vyvolávajú určité emócie, vplývajú na vnímanie daného predmetu. Takže predmety, ktoré sú potencionálne nebezpečné, sú vnímané väčšie ako v skutočnosti a priťahujú pozornosť matiek, ktoré sú motivované chrániť svoje deti pred nebezpečenstvom. Zmena vnímania veľkosti stola nebola zaznamenaná u otcov v tomto štádiu vývinu, čo podporuje rodové rozdiely v správaní a teda, že matky sú viac orientované na bezpečnosť a protektívne správanie, zatiaľ čo otcovia sa zvyknú prejavovať menej hyperprotektívnym správaním (Longobardi et al., 2016).

6 Kardiopulmonálna resuscitácia detí

„Kardiopulmonálna resuscitácia (KPR) je súbor úkonov a opatrení, ktoré vedú k bezodkladnému obnoveniu obehu okysličenej krvi postihnutého, u ktorého došlo k náhlemu zlyhaniu jednej alebo viacerých životných funkcií. Medzi základné životné funkcie zaradujeme vedomie, dýchanie a obeh. Pri zlyhaní jednej životnej funkcie dochádza k následnému zlyhaniu ďalších životných funkcií“ (Ševčík a kol., 2014, s. 1019). Cieľom KPR je zásobovať životne dôležité orgány okysličenou krvou, a tým predchádzať nezvratnému poškodeniu životne dôležitých orgánov. Dôležité je začať s KPR v čo najkratšom čase po zástave obehu, pretože nedochádza k cirkulácii okysličenej krvi do mozgu, následkom čoho je strata mozgovej funkcie (Alkhafaji, 2021; Franěk a kol., 2017).

Resuscitáciu delíme na základnú (basic life support – BLS, základná kardiopulmonálna resuscitácia), ktorú môže poskytovať ktokoľvek (napríklad laik bez výbavy) a rozšírenú (advanced life support – ALS, rozšírená kardiopulmonálna resuscitácia), ktorú poskytuje skúsený záchranný tím s plnou výbavou v nemocnici a v rámci prednemocničnej neodkladnej starostlivosti (Ševčík a kol., 2014). Úlohou tímu poskytujúceho ALS je poskytnúť neodkladnú resuscitáciu s nadväznosťou na BLS, ktorú poskytujú svedkovia zástavy obehu. Cieľom ALS je obnovenie spontánneho obehu (ROSC - return of spontaneous circulation), stabilizácia základných životných funkcií a transport pacienta do zdravotníckeho zariadenia. ALS zahŕňa EKG, defibriláciu, vonkajšiu kardiostimuláciu, zaistenie oxygenácie a ventilácie, umelú pľúcnu ventiláciu, kapnometriu, zaistenie vstupu do cievneho riečiska, aplikáciu liekov a infúzných roztokov, vylúčenie a liečbu potencionálne reverzibilných príčin náhlej zástavy obehu a použitie špeciálnych pomôcok a metód (napríklad USG, mechanické resuscitačné prístroje) (Franěk a kol., 2017).

6.1 Mimonemocničná zástava krvného obehu u detí

„Zastavenie krvného obehu (cardiac arrest, náhle zastavenie obehu, zastavenie srdca) je definované ako zastavenie mechanickej aktivity srdca. Prejavuje sa absenciou znakov cirkulácie“ (Shida et al. 2019, s. 2). Zastaveniu krvného obehu môže predchádzať zlyhanie ďalších životných funkcií. Pri poruche vedomia dochádza k nepriechodnosti dýchacích ciest so zlyhaním výmeny plynov a hypoxia vedie k zástave obehu. Respiračné zlyhanie vedie k poruche vedomia a následnej zástave behu (Ševčík a kol. 2014, s. 1017).

U detí, na rozdiel od dospelých, je najčastejší výskyt sekundárnej zástavy obehu. Sekundárna zástava obehu vzniká v dôsledku prehlbujúcej sa tkanivovej hypoxie spôsobenej

respiračným alebo obehovým zlyhaním. Všeobecne je stav dieťaťa po resuscitácii zlý, pretože už pri prebiehajúcom respiračnom alebo obehovom zlyhaní dieťa spotrebúva svoje fyziologické rezervy na maximum (Djakow, 2018). Najčastejšie vyskytujúcou sa arytmiou u detí je asystólia, ktorá vzniká práve na podklade asfyxie (Lee, 2019). Primárna srdcová zástava je u detí menej častá. Jej výskyt sa zvyšuje v adolescentnom veku, u detí so srdcovými vadami a po predchádzajúcich kardiochirurgických operáciách. Pri primárnej srdcovej zástave dochádza k náhlej zástave obehu bez predchádzajúceho vyčerpania rezerv (Djakow, 2018). V porovnaní s mladšími deťmi a dojcami sú u adolescentov vo väčšej miere detegované defibrilovateľné srdcové rytmy (bezpulzová komorová tachykardia, komorová fibrilácia), zároveň u dospelých je ich výskyt častejší ako u detí. Prítomnosť defibrilovateľných rytmov je jedným z prediktorov pravdepodobnosti prežitia (Fuchs, 2018; Albargi et al. 2022).

Incidencia mimonemocničnej srdcovej zástavy u pacientov mladších ako 18 rokov je 8/100 000 osôb ročne, pričom vzhľadom na vek je vyššia u detí mladších ako jeden rok v porovnaní s deťmi staršími ako jeden rok a adolescentmi (Atkins, 2012). Miera prežitia do prepustenia z nemocnice (30 – day survival rates, survival to hospital discharge) sa pohybuje v rozmedzí 5 – 10 %, ale len polovica má priaznivé neurologické výsledky (Van de Voorde et al., 2021). Prežívanie a priaznivé neurologické výsledky detí varírujú podľa veku. Deti mladšie ako jeden rok prežívajú najmenej a následný priaznivý neurologický stav má len 5 %. S rastúcim vekom rastie aj percentuálny podiel prežívajúcich (Virani et al., 2020). Mimonemocničná srdcová zástava u detí je z 40-50 % respiračného pôvodu, SIDS (syndróm náhleho úmrtia dojčiat) z 20-30 %, 10-20 % vzniká v dôsledku traumy (Van de Voorde et al., 2021).

6.2 Prognóza zastavenia dychu a obehu

Pre úspešnosť resuscitácie je dôležité postupovať podľa odporúčaní, ktoré sú založené na dostupných vedeckých dôkazoch. Ďalej je dôležitá efektívna edukácia laickej verejnosti a zdravotníckych pracovníkov a realizácia reťaze prežitia (chain of survival) (Topjian et al., 2020). Reťaz prežitia znázorňuje úkony spájajúce obeť zastavenia srdca s prežitím (Perkins et al., 2021). Pediatrická reťaz prežitia pozostáva z prevencie zranenia a zástavy obehu, zo skorej a efektívnej KPR, privolania záchranej zdravotnej služby, rýchlej rozšírenej KPR, poresuscitačnej starostlivosti a rekonvalescenie. Prevencia mimonemocničnej zástavy obehu spočíva v iniciatívach v oblasti bezpečnosti, z prevencie SIDS, tréningu KPR pre laikov a včasného prístupu k pohotovostnej starostlivosti. Zdravotná záchranná služba by mala byť privolaná simultánne so začatím KPR v prípade viacerých záchrancov alebo po iniciácii KPR

v prípade jedného záchranca (Topjian et al., 2020). Jeden záchranca vykonáva KPR po dobu jednej minúty a následne zavolá záchrannú zdravotnú službu. Ak je jeden záchranca svedkom náhleho kolapsu dieťaťa, je potrebné najskôr privolať pomoc a následne zahájiť KPR, pretože je pravdepodobné, že ide o primárnu kardiálnu príčinu srdcovej zástavy a dieťa bude potrebovať defibriláciu (Djakow a kol., 2021).

Existuje niekoľko faktorov, ktoré ovplyvňujú výsledok resuscitácie. Úspešnosť resuscitácie klesá o 10% za minútu, kedy neprebíha KPR. Zastavenie krvného obehu v prítomnosti svedka a okamžitá resuscitácia svedkom udalosti pozitívne ovplyvňujú ROSC a následný neurologický stav (Atkins, 2012). V prípade resuscitácie svedkom udalosti, výsledok pozitívne ovplyvňuje detekcia defibrilovateľného iniciálneho rytmu (bezpulzová komorová tachykardia a komorová fibrilácia) a včasná ROSC (Hara et al., 2017). KPR asistovaná operátorom tiesňovej linky má pozitívny vplyv na prežívanie a následný neurologický stav pediatrickej populácie, pretože zvyšuje počet resuscitácií svedkom udalosti a skracaje čas začiatku KPR. Avšak efekt KPR asistovanej operátorom tiesňovej linky na mieru prežitia detí je rôzny v jednotlivých vekových kategóriách. KPR asistovaná operátorom tiesňovej linky alebo resuscitácia svedkom udalosti bez asistencie operátora tiesňovej linky nemala signifikantný efekt na deti mladšie ako 1 rok (Ro et al., 2016). Horšie výsledky v súvislosti s pediatrickou OHCA (out of hospital cardiac arrest) je možné pripísať tomu, že tieto udalosti sa dejú bez svedkov na neverejných priestranstvách a použité AED (automatický externý defibrilátor) je zriedkavé (Fuchs, 2018). Ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú úspešnosť resuscitácie sú dĺžka trvania KPR, príčina zástavy, preexistujúce ochorenie, súvisiace okolnosti (napríklad topenie sa v ľadovej vode, použitie drog), vek a doba trvania neliečenej zástavy dychu a obehu („no flow time“) (Djakow a kol., 2021). Jednou z príčin OHCA u detí mladších ako jeden rok je SIDS, ktorý je vo väčšine prípadov bez svedkov, a teda nepoznáme čas, ktorý uplynul od zástavy krvného obehu do začiatku KPR svedkom udalosti, ktorým sú najčastejšie rodičia. Predĺžená doba začiatku KPR zvyšuje pravdepodobnosť horšieho výsledku (Albargi et al., 2022).

6.3 Delenie detského veku pre účely kardiopulmonálnej resuscitácie

Postupy BLS detí sa odlišujú podľa veku dieťaťa. Za dieťa je považovaný každý pacient detského veku od chvíle prebehnutia popôrodnej adaptácie do 18. roku života. Detský vek sa ďalej delí deti mladšie ako jeden rok (vrátane novorodencov po prepustení z nemocnice), deti staršie ako jeden rok a adolescentov, z dôvodu rozdielneho technického prevedenia KPR. Do kategórie detí mladších ako jeden rok nezaraďujeme novorodencov u ktorých neprebíha

popôrodná adaptácia. V tomto prípade sa postupuje podľa usmernení resuscitácie a podpory popôrodnej adaptácie novorodenca (Djakow, 2018). Nástup puberty predstavuje hornú vekovú hranicu pre vykonávanie resuscitácie na základe usmernení o KPR detí (Maconochie et al., 2015). V prípade pacientov detského veku, u ktorých sú viditeľné známky puberty (vývoj prsníkov u dievčat, axilárne ochlpenie u chlapcov), by sa mala vykonávať BLS pre dospelých (Topjian et al., 2020).

6.4 Základná kardiopulmonálna resuscitácia detí

Usmernenia zamerané na pediatrickú BLS (PBLS) vychádzajú z dvoch základných faktov a to, že väčšina pediatrických zástav dychu a krvného obehu je spôsobená hypoxiou, preto je potrebné spriechodniť dýchacie cesty dieťaťa a vykonať umelé vdychy. Keďže najčastejším vstupným rytmom u detí je bradykardia progredujúca do asystólie, efektívna BLS je dôležitejšia ako rýchla dostupnosť defibrilátora. Výnimku predstavuje náhly kolaps dieťaťa, kedy je pravdepodobné, že iniciálnym rytmom je fibrilácia komôr alebo bezpulzová komorová tachykardia. V tomto prípade môže úspešnosť resuscitácie závisieť od včasnej defibrilácie. (Djakow a kol., 2021).

Postupnosť krokov v PBLS závisí od stupňa tréningu záchrancu: záchrancovia plne kompetentný v PBLS, záchrancovia trénovaný v BLS pre dospelých a netrénovaní – laickí záchrancovia sprevádzaní operátorom tiesňovej linky (Van de Voorde et al., 2021). Záchrancovia, ktorí sú trénovaný v BLS dospelých alebo KPR iba stláčaním hrudníka a nemajú špecifické vedomosti o PBLS, môžu postupovať týmito spôsobmi (Maconochie et al., 2015). Keďže, zastavenie krvného obehu dočiat a detí je najčastejšie výsledkom asfyxie, záchranné vdychy sú u detí obzvlášť dôležité, v porovnaní s KPR iba kompresiami hrudníka (Ro et al., 2016). KPR spojená so záchrannými vdychmi je spojená s vyššou pravdepodobnosťou priaznivých neurologických výsledkov detí v porovnaní s KPR iba stláčaním hrudníka. Zároveň, KPR vykonaná iba stláčaním hrudníka je spojená s prežitím a s priaznivým neurologickým výsledkom u detí a adolescentov, avšak nie u dočiat (Naim et al., 2021).

Rýchle rozpoznanie zastavenia krvného obehu a okamžité zahájenie KPR je dôležité pre zlepšenie výsledku resuscitácie. Vysoko kvalitná KPR privádza krv do životne dôležitých orgánov a zvyšuje pravdepodobnosť ROSC (Topjian et al., 2020). Hlavný faktor, ktorý môže oddialiť alebo zabrániť rozpoznaníu zastavenia krvného obehu je abnormálne dýchanie, ktoré sa často vyskytuje v skorších štádiách OHCA. Volajúci na tiesňovú linku popisujú abnormálne dýchanie rôznymi spôsobmi, čo môže pomýliť operátora tiesňovej linky a zabrániť rozpoznaníu zastavenia krvného obehu (Fukushima et al., 2017). Vysokokvalitná KPR pozostáva

z adekvátnej hĺbky kompresii, optimálnej frekvencie kompresii hrudníka, minimalizovania prerušení KPR, uvoľnenia hrudníka medzi kompresiami, tak aby sa vrátil do pôvodnej polohy a vyhýbania sa nadmernej ventilácii (Topjian et al., 2020).

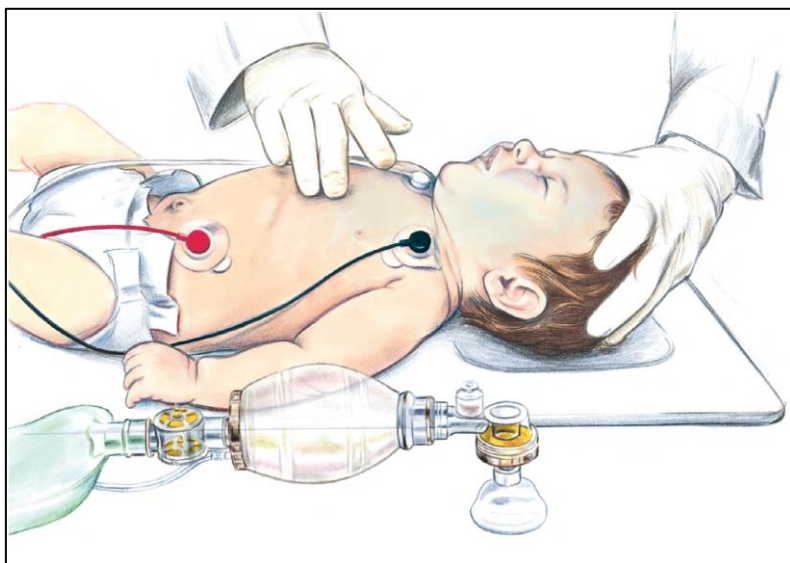
6.4.1 Kontrola vedomia, dýchania a krvného obehu dieťaťa

Prvým krokom BLS je zistiť prítomnosť vedomia a dýchania. Prítomnosť vedomia zisťujeme verbálnou a taktílnou stimuláciou dieťaťa. Ak dieťa nereaguje, zabezpečíme priechodnosť dýchacích ciest a hodnotíme dýchanie dieťaťa pohľadom, pričom sledujeme dvíhanie hrudníka, počúvame zvuky pri dýchaní nad nosom a ústami dieťaťa a vnímame vydychovaný prúd vzduchu na tvári. Hodnotenie prítomnosti dýchania by nemalo trvať dlhšie ako 10 sekúnd (Van de Voorde et al., 2021; Djakow a kol., 2021). Priechodnosť dýchacích ciest sa zabezpečuje úpravou polohy hlavy dieťaťa. Správna poloha hlavy potrebná na spriechodnenie dýchacích ciest sa odlišuje podľa veku dieťaťa (Djakow a kol., 2021). Dojčatá majú veľkú hlavu, krátky krk a veľký jazyk, z čoho vyplýva, že spriechodniť dýchacie cesty je potrebné polohovaním hlavy do neutrálnej polohy (obrázok 1). So stúpajúcim vekom sa postupne relatívne znižuje hlava a predlžuje krk dieťaťa, a teda na spriechodnenie dýchacích ciest je potrebný mierny záklon hlavy (Mixa a kol., 2021). Ak dieťa nereaguje a nedýcha normálne, zahájime BLS (Djakow a kol., 2021 s. 491).

6.4.2 Zahájenie resuscitácie

Ak dieťa nereaguje a dýchanie je neprítomné alebo abnormálne, ďalším krokom resuscitácie je podanie piatich iniciálnych záchranných vdychov. Po zaistení priechodnosti dýchacích ciest prevedieme päť iniciálnych záchranných vdychov pokojným vydychnutím do úst dieťaťa (u detí mladších ako jeden rok do úst a nosa), v trvaní jednej sekundy, pričom sa hrudník viditeľne nadvihuje. V prípade neúspechu pri vykonávaní iniciálnych vdychov môže byť prítomná obštrukcia dýchacích ciest. V tomto prípade je potrebné odstrániť viditeľnú prekážku z dutiny ústnej, upraviť polohu hlavy zaistením dostatočného záklonu a vytiahnutím brady dohora. Vykonáme maximálne päť iniciálnych záchranných vdychov. Ak nie sú účinné pokračujeme stláčaním hrudníka (Van de Voorde et al., 2021). U detí mladších ako jeden rok vykonávame záchranné vdychy, tak že udržujeme hlavu v neutrálnej polohe a vyťahujeme bradu hore. Nadýchneme sa, obomkneme ústa a nos perami a vydychujeme rovnomerne do úst a nosa dieťaťa jednu sekundu, aby sa hrudník viditeľne zdvihol. Oddialíme ústa od postihnutého a sledujeme pokles hrudníka, pričom udržiavame spriechodnené dýchacie cesty. U detí starších ako 1 rok sa postup odlišuje v tom, že zakloníme hlavu dieťaťa a vyťahujeme

bradu nahor, pričom palcom a ukazovákou ruky položenej na čele, stlačíme mäkkú časť nosa a uzavrieme nosné dierky (Djakow a kol., 2021).



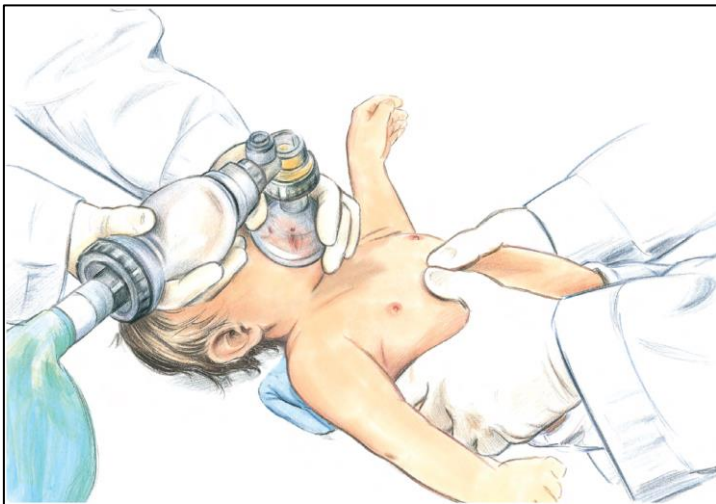
Obrázok 1 - Spriechodnenie dýchacích ciest polohovaním hlavy do neutrálnej polohy a kompresie hrudníka technikou TFT
(Zdroj: Topjian, Alexis et al., 2020)

6.4.3 Zahájenie kompresii hrudníka

Ak nie sú prítomné známky života (pohyb, kašľanie), zahajujeme kompresie hrudníka. Záchrancovia školení v PBLS vykonávajú kompresie a záchranné vdychy v pomere 15:2, záchrancovia školení v dospeljej BLS a záchrancovia pod vedením operátora tiesňovej linky vykonávajú kompresie a záchranné vdychy v pomere 30:2. Dôležitá je kvalita kompresii, ktorá pozostáva z frekvencie kompresii 100-120 za minútu. Stláčame hrudník v dolnej polovici hrudnej kosti aspoň o tretinu predozadného rozmeru hrudníka. Kompresie by nemali byť hlbšie ako 6 centimetrov. Medzi kompresiami je potrebné povoliť tlak na hrudníku, aby sa mohol vrátiť do pôvodnej polohy (Van de Voorde et al., 2021). Kompresie hrudníka u detí mladších ako jeden rok je možné vykonávať dvomi spôsobmi. Ak záchranca vykonáva BLS sám, využíva techniku, pri ktorej stláča hrudnú kosť špičkami dvoch prstov (TFT - two fingers technique). Ak sú prítomní dvaja alebo viacerí záchrancovia, odporúča sa využiť techniku obomknutia hrudníka (TTT – Two thumb technique) (obrázok 2). Obidva palce sú položené vedľa seba na dolnej polovici hrudnej kosti, pričom špičky smerujú k hlave dieťaťa. Ostatné prsty podpierajú chrbát (Djakow a kol., 2021). V meta - analýze, ktorá porovnáva tieto dve techniky (Lee et al., 2019) je uvedené, že väčšiu hĺbku kompresii je možné dosiahnuť pri TTT v porovnaní s TFT, v prípade jedného záchrancu, ale nedokázali žiadny signifikantný rozdiel vo frekvencii

kompresí. Na základe týchto zistení sa môže pokladať TTT za vhodnú metódu vysokokvalitnej KPR pre jedného záchranca. V randomizovanej crossover štúdií (Tellier et al., 2022) bola hodnotená účinnosť dvoch techník kompresí hrudníka (TTT a TFT) v laickej populácii v simulovanom prostredí. Výsledkom bolo, že väčšina zúčastnených mala lepšie výsledky pri vykonávaní TTT. V tejto štúdií potvrdili hypotézu, že TTT je efektívnejšou metódou ako TFT, pretože je jednoduchšie vysvetliteľná operátorom tiesňovej linky a je jednoduchšie uskutočniteľná laickou populáciou. Avšak, AHA (Americká kardiologická asociácia) a ERC (Európska resuscitačná rada) odporúča využívať techniku dvoch prstov v prípade, že BLS poskytuje jeden záchranca. Dôvodom je minimalizovať čas, kedy ruky záchranca nie sú umiestnené na hrudníku, pretože vykonávanie kompresí a ventilácie je jednoduchšie pri využití tejto techniky (Atkins et al., 2015; Van de Voorde et al., 2021).

U detí starších ako 1 rok, kde je dôležitá veľkosť a rozpätie ruky, je možné použiť techniku jednej alebo dvoch rúk. Ak je použitá technika jednej ruky, druhou je možné udržiavať priechodné dýchacie cesty (Van de Voorde et al., 2021). Zápästnú časť dlane záchranca umiestni na hrudnú kosť dieťaťa, je potrebné zdvihnúť prsty, aby nespôsobovali tlak na hrudník. Záchranca sa nakloní nad hrudník pacienta, prepne ruku v lakti a stláča hrudnú kosť. U väčších detí je výhodnejšie použiť dve ruky s prepletenými prstami (Djakow a kol., 2021).



Obrázok 2 - Kompresie hrudníka technikou TTT
(Zdroj: Topjian, Alexis et al., 2020)

7 Metodika výskumu

7.1 Ciele práce

Diplomová práca je zameraná na problematiku gramotnosti rodičov v oblasti poskytovania prvej pomoci a resuscitácie novorodencov, dojčiat a batoliat. Vzhľadom k tomu, že deti v uvedených vekových obdobiach trávajú väčšinu času v domácom prostredí a v prítomnosti rodičov, je kľúčové aby rodičia disponovali vedomosťami a zručnosťami potrebnými pre adekvátne vykonanie prvej pomoci a KPR. Hlavným cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a KPR novorodenca, dojčat'a a batolaťa. K hlavnému cieľu sme stanovili 4 čiastkové ciele a 7 hypotéz.

Čiastkové ciele:

Cieľ 1: Zistiť, od ktorých faktorov závisí úroveň gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat.

1H0: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a dosiahnutým stupňom vzdelania neexistuje štatisticky významný vzťah.

1HA: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a dosiahnutým stupňom vzdelania existuje štatisticky významný vzťah.

2H0: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a vekom rodičov neexistuje štatisticky významný vzťah.

2HA: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a vekom rodičov existuje štatisticky významný vzťah.

3H0: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a počtom detí neexistuje štatisticky významný vzťah.

3HA: Medzi gramotnosťou matky v KPR a prvej pomoci a počtom detí existuje štatisticky významný vzťah

4H0: Predpokladáme, že neexistuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci detí vzhľadom na ich profesiu.

4HA: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci detí vzhľadom na ich profesiu.

Cieľ 2: Zistiť, či existuje rozdiel v úrovni gramotnosti otcov a matiek v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat.

5H0: Medzi úrovňou gramotnosti matiek a otcov v oblasti KPR a prvej pomoci neexistuje štatisticky významný rozdiel.

5HA: Medzi úrovňou gramotnosti matiek a otcov v oblasti KPR a prvej pomoci existuje štatisticky významný rozdiel.

Cieľ 3: Zistiť, ako rodičia hodnotia vlastnú schopnosť poskytnúť dieťaťu prvú pomoc, v závislosti na absolvovaní kurzu prvej pomoci.

6H0: Medzi účasťou rodičov na kurze prvej pomoci a hodnotením vlastnej schopnosti rodičov poskytnúť prvú pomoc dieťaťu neexistuje štatisticky významný vzťah.

6HA: Medzi účasťou rodičov na kurze prvej pomoci a hodnotením vlastnej schopnosti rodičov poskytnúť prvú pomoc dieťaťu existuje štatisticky významný vzťah.

Cieľ 4: Zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci.

7H0: Neexistuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci.

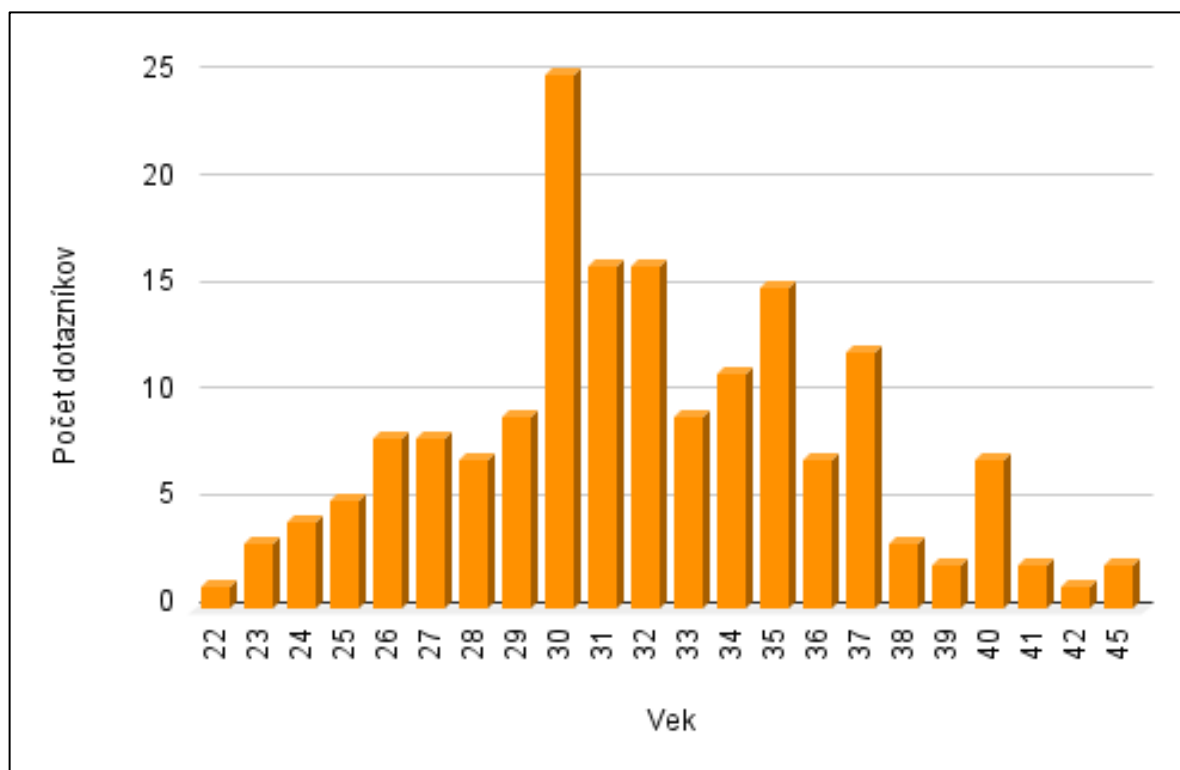
7HA: Existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci.

7.2 Charakteristika výskumného súboru

Výskumu sa zúčastnilo 173 respondentov, z toho 140 žien a 33 mužov. Kritériom výberu respondentov do výskumného súboru bol vek dieťaťa do 3 rokov. Priemerný vek výskumného súboru bol 31,96 rokov. Najmladší respondent mal 22 rokov a najstarší 45 rokov (obrázok 3)

Najpočetnejšou skupinou vo vzorke z hľadiska vzdelania boli respondenti, ktorí majú vysokoškolské vzdelanie, a tí tvorili 75,1 % výskumného súboru. Nasledovala skupina respondentov, ktorí dosiahli najvyššie stredoškolské vzdelanie s maturitou (23,1 %) a najmenej početnou skupinou boli respondenti, ktorí majú stredoškolské vzdelanie bez maturity (1,7%). Z hľadiska zamestnania najpočetnejšou skupinou vo vzorke boli respondenti, ktorí sú zamestnaní, a tí tvorili 85,5 % výskumného, nasledovala skupina respondentov, ktorí sú samostatne zárobkovo činní (7,5 %) a najmenej početnou skupinou boli respondenti, ktorí sú nezamestnaní (6,9 %). Najpočetnejšou skupinou vo vzorke z hľadiska rodinného stavu boli respondenti, ktorí sú v manželskom zväzku, a tí tvorili 85,5 % výskumného súboru. Respondenti, ktorí sú slobodní tvorili 12,7 % výskumného súboru a najmenej početnou skupinou boli respondenti, ktorí sú rozvedení (1,7 %). Výskumný súbor tvorilo 70

respondentov, ktorí bývajú na vidieku, čo predstavovalo 40,5 % a 103 respondentov, ktorí bývajú v meste, čo predstavovalo 59,5 % celej vzorky.



Obrázok 3 - Graf rozloženia výskumného súboru podľa veku

7.3 Metóda zberu dát

Praktická časť diplomovej práce bola realizovaná prostredníctvom kvantitatívneho deskriptívneho výskumu. Použitým meracím nástrojom bol dotazník (príloha 1), pozostávajúci zo 40 otázok (popis tvorby dotazníka nižšie). Dotazník je rozdelený na tri časti. Prvá časť pozostáva z 20 zatvorených otázok s možnosťou výberu a je zameraná na vedomosti o prvej pomoci a KPR dieťaťa. Každá správne zodpovedaná otázka má hodnotu jedného bodu. Súčet získaných bodov predstavuje úroveň gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat. Pre obsiahlosť témy diplomovej práce nebolo možné použiť vo výskumnej časti jeden už vytvorený dotazník, ale bol vytvorený dotazník vlastnej konštrukcie na podklade dotazníkov, respektíve otázok z viacerých štúdií. Pri tvorení otázok zameraných na KPR a prvú pomoc pri dusení sme čerpali zo štúdií Anaziho et al. (Anazi et al., 2022) Aleneziho et al. (Alenezi et al., 2018), Chiovej a Lianovej (Chia a Lian et al., 2014), Barra et al. (Barr et al., 2013), Morana a Stanleyovej (Moran a Stanley, 2011) a Cua et al. (Cu et al., 2009). Obsah otázok bol kontrolovaný na základe aktuálnych doporučení Európskej

resuscitačnej rady (Van de Voorde et al., 2021). Otázky zamerané na vedomosti v oblasti prvej pomoci pri úrazoch boli inšpirované zo štúdií Habeebovej a Alarfaja (Habeeb a Alarfaj, 2020), Burgessovej et al. (Burgess et al., 2019), Al-Bshriho a Jahana (Al-Bshri a Jahan, 2021), El Seifiovej et al. (El- Seifi et al., 2018) a Dirimesovej et al. (Dirimese et al., 2020). Druhá časť dotazníka je zložená z kombinácie 11 zatvorených otázok s možnosťou výberu, Likertovej škály a otvorených otázok zameraných na postoje rodičov k prvej pomoci, informáciám a kurzom prvej pomoci. Otázky sme čerpali s vyššie spomínaných štúdií. Tretia časť dotazníka je tvorená 9 otázkami zameranými na sociodemografické údaje.

7.4 Realizácia výskumu

Pri výbere respondentov do výskumného súboru bol využitý príležitostný výber. Distribúcia a zber dotazníkov prebiehal v ôsmych rodinných a materských centrách na Slovensku, ktorému predchádzalo získanie súhlasu materských centier s realizáciou zberu dotazníkov (príloha 2). Realizácia výskumnej časti diplomovej práce bola schválená Etickou komisiou Fakulty zdravotníckych vied Univerzity Palackého v Olomouci (príloha 3). Zber dát prebiehal v časovom období od začiatku septembra do konca decembra roku 2022 a bol realizovaný prostredníctvom online dotazníka. Dotazník bol distribuovaný materskými centrami svojim členom prostredníctvom e-mailu a informačného letáka umiestneného v materskom centre, na ktorom bol umiestnený QR kód, ktorý umožnil vyplnenie dotazníka cez mobilný telefón. Úvodom dotazníka boli rodičia informovaní o cieľoch výskumu, o anonymnom spracovaní výsledkov a použití poskytnutých informácií len na účely diplomovej práce.

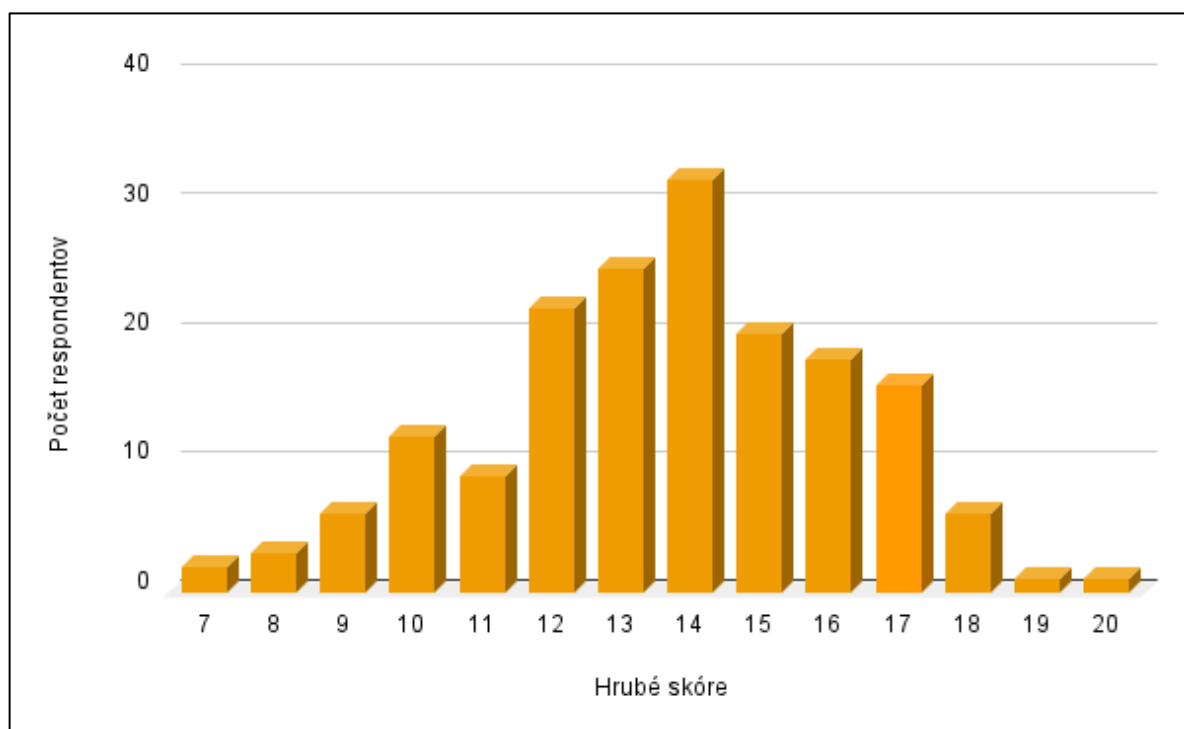
7.5 Metódy spracovania dát

Štatistické spracovanie dát bolo realizované v programe Microsoft Office Excel, pričom boli využité bežné štatistické funkcie a výpočty. Na štatistickú analýzu, vzhľadom na stanovené hypotézy a povahu dát, bol použitý Spearmanov korelačný test, Kolmogorov-Smirnov test normality, Shapiro-Wilkov test normality, Kruskal-Wallisov test a Mann-Whitneyho U-test pre 2 nezávislé výbery. Každý z týchto testov bol použitý pri jednotlivých hypotézach v súlade s povahou konkrétnych dát objavujúcich sa v danej hypotéze. Štatistickú analýzu stanovených hypotéz sme vykonávali v programe SPSS 22.

8 Výsledky výskumu

8.1 Úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a KPR

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zistiť úroveň gramotnosti rodičov v prvej pomoci a KPR detí. Úroveň gramotnosti sme zisťovali pomocou hrubého skóre dotazníka, súčtom správne zodpovedaných odpovedí na otázky 1 – 20, pričom správne zodpovedaná otázka mala hodnotu 1 bod. Respondenti mohli získať 0 – 20 bodov.



Obrázok 4 - Graf znázorňujúci úroveň gramotnosti rodičov v prvej pomoci a KPR

Rozloženie počtu respondentov na základe hrubého skóre dotazníka udáva obrázok 4. Najnižšia hodnota hrubého skóre dosiahnutá v našom súbore respondentov bola 7 a najvyššia 20. Priemerná hodnota hrubého skóre dotazníka dosahuje úroveň 13,61 bodov ($SD=2,5$). Desať a menej bodov získalo 23 respondentov a 17 a viac bodov získalo 24 respondentov.

Tabuľka 2 udáva zhrnutie počtu správne zodpovedaných otázok zameraných na KPR detí. Farebne sú vyznačené otázky, ktoré neboli zodpovedané správne viac ako polovicou respondentov. Najmenší počet správnych odpovedí mala otázka zameraná na vdýchnutie cudzieho telesa (č. 9), na ktorú správne odpovedalo 21 % respondentov. Najvyšší počet správnych odpovedí mala otázka č. 7 (87,9 %). Okrem otázky č.7, vysoký podiel správnych odpovedí mali otázky č.1 (87,3 %), č.2 (85,5 %) a č.8 (88,4 %).

Tabuľka 2 - Vyhodnotenie správne zodpovedaných otázok zameraných na KPR detí

Otázka	Správna odpoveď	
	N	%
1. Ak uvidíte dieťa v bezvedomí (ste sama), aký bude prvý krok ktorý vykonáte?	151	87,3
2. Akým spôsobom zistíte, či dieťa dýcha?	148	85,5
3. Dýchacie cesty dieťaťa spriechodníte:	108	62,4
4. Pred zahájením kompresii (stláčania) hrudníka je potrebné:	119	68,8
5. Správne vykonanie kompresii (stláčania) hrudníka (dieťa mladšie ako 1 rok):	90	52
6. Správne vykonanie kompresii (stláčania hrudníka) hrudníka (dieťa staršie ako 1 rok):	60	34,7
7. Aký je správny pomer stlačení hrudníka ku vdychom počas KPR?	152	87,9
8. Ste svedkami dusenia dieťaťa, ktoré je mladšie ako jeden rok, kúskom hračky. Je pri vedomí, nie je schopné rozprávať a plakať, kašeľ začína byť nedostatočný a tichší. Čo by ste mali urobiť?	153	88,4
9. Dieťa staršie ako 1 rok sa začalo dusiť potom, čo si do úst vložilo malý predmet. Efektívne kašeľ a môže rozprávať. Ako by ste postupovali?	38	21,9
10. Ak dieťa (bez ohľadu na vek) pri dusení sa cudzím predmetom stratí vedomie:	109	63

Tabuľka 3 uvádza počet správnych odpovedí na jednotlivé otázky zamerané na prvú pomoc detí. Na tri otázky, ktoré sú v tabuľke farebne vyznačené, odpovedala správne menej ako polovica respondentov. Najmenej správnych odpovedí získala otázka 13 (38,7 %). Najviac respondentov správne odpovedalo na otázku č. 16 (97,7 %). Vysoký percentuálny podiel správnych odpovedí získali aj otázky č. 14 (90,8 %) a 18 (92,5 %).

Tabuľka 3 - Vyhodnotenie správnych odpovedí zameraných na prvú pomoc detí

Otázka	Správna odpoveď	
	N	%
11. Ako by ste postupovali v prípade popálenia alebo obarenia vášho dieťaťa:	137	79,2
12. Ak je popálenina umiestnená na tvári, genitáliách, rukách, chodidlách, mali by ste:	144	83,2
13. Ak by vaše dieťa skonžumovalo, chemikáliu alebo lieky, ale nemalo by žiadne akútne príznaky, kde by ste sa poradili ako postupovať?	67	38,7
14. Ak by sa vášmu dieťaťu do očí dostala chemikália, prvá vec, ktorú urobíte je:	157	90,8

15. Ako by ste postupovali v prípade, že vaše dieťa prehltnulo cudzie teleso:	68	39,3
16. Ak máte podozrenie na zlomenú končatinu, ako by ste postupovali:	169	97,7
17. Ako by ste zastavili krvácanie z nosa?	75	43,4
18. Telefónne číslo zdravotnej záchranej služby je:	160	92,5
19. Ste svedkom toho, že dieťa sa topí a po vytiahnutí z vody nedýcha, ako by ste postupovali?	127	73,4
20. Prvý krok, ktorý urobíte pri vonkajšom krvácaní dieťaťa:	123	71,1

8.2 Faktory ovplyvňujúce úroveň gramotnosti

Prvým čiastkovým cieľom práce bolo zistiť, od ktorých faktorov závisí úroveň gramotnosti rodičov v prvej pomoci a KPR novorodencov, dojčiat a batoliat. Zamerali sme sa na faktory: vek, stupeň vzdelania, počet detí a druh zamestnania. Na vyhodnotenie tohto cieľa boli stanovené hypotézy č. 1 – 4.

Hypotéza 1

1H0: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a dosiahnutým stupňom vzdelania neexistuje štatisticky významný vzťah.

1HA: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a dosiahnutým stupňom vzdelania existuje štatisticky významný vzťah.

Z hľadiska vzdelania je výskumný súbor popísaný v časti „Charakteristika výskumného súboru“ a hrubé skóre dotazníka v časti „Úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a KPR“. Na základe povahy premenných sme pre testovanie hypotézy 1 použili neparametrický Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 4 - Vyhodnotenie vzťahu medzi vzdelaním a úrovňou gramotnosti respondentov

Spearman' rho	Correlation Coefficient	0,084
	Sig. (2-tailed)	0,269
	N	173

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 4 môžeme konštatovať, že medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat a ich vzdelaním neexistuje žiadny štatisticky významný vzťah.

Záver: Prijímame nulovú hypotézu.

Hypotéza 2

2H0: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a vekom rodičov neexistuje štatisticky významný vzťah.

2HA: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a vekom rodičov existuje štatisticky významný vzťah.

Deskriptívna štatistika premennej „vek“ respondentov je uvedená v časti „Charakteristika výskumného súboru“. Pred analýzou hypotézy je potrebné testovanie normality, pre získanie poznatku o normálnosti rozloženia dát, potrebných pre následné overovanie hypotézy 2. Na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality.

Tabuľka 5 - Testovanie normality rozloženia premenných vek a úroveň gramotnosti vo vzorke

	Kolmogorov-Smirnov test		
	Statistic	Df	Sig.
Hrubé skóre dotazníka	0,104	173	0
Vek	0,086	173	0,003

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 5, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 2 použijeme neparametrický Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 6 - Vyhodnotenie vzťahu medzi vekom a úrovňou gramotnosti respondentov

Spearman rho	Correlation Coefficient	0,148
	Sig. (2-tailed)	0,053
	N	173

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 6 môžeme konštatovať, že medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat a ich vekom neexistuje žiadny štatisticky významný vzťah.

Záver: Prijímame nulovú hypotézu.

Hypotéza 3

3H0: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a počtom detí neexistuje štatisticky významný vzťah.

3HA: Medzi gramotnosťou matky v KPR a prvej pomoci a počtom detí existuje štatisticky významný vzťah

Najpočetnejšou skupinou vo vzorke z hľadiska počtu detí boli respondenti, ktorí majú 1 dieťa, a tí tvorili 50,9 % vzorky. Naopak najmenej početnou skupinou boli respondenti, ktorí majú 4 a viac detí, a tí tvorili len 4 % vzorky (tabuľka 7). Na základe povahy premenných, pre testovanie hypotézy 3 použijeme neparametrický Spearmanov korelačný test (tabuľka 8).

Tabuľka 7 - Rozdelenie súboru respondentov podľa počtu detí

Počet detí	N	%
1 dieťa	88	50,9
2 deti	59	34,1
3 deti	19	11
4 a viac detí	7	4
Spolu	173	100

Tabuľka 8 - Vyhodnotenie vzťahu medzi počtom detí a úrovňou gramotnosti respondentov

Spearman rho	Correlation Coefficient	0,174
	Sig. (2-tailed)	0,022
	N	173

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 8 môžeme konštatovať, že medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat a počtom ich detí existuje veľmi slabý pozitívny štatisticky významný vzťah.

Záver: Prijímame alternatívnu hypotézu.

Hypotéza 4

4H0: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a profesiou rodičov neexistuje štatisticky významný vzťah.

4HA: Medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci a profesiou rodičov existuje štatisticky významný vzťah.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 10 môžeme pozorovať, že priemerná hodnota hrubého skóre úrovne gramotnosti v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat bola u zdravotníkov na úrovni 15 bodov, u učiteľov MŠ na úrovni 13,86 bodov, u učiteľov ZŠ, SŠ alebo VŠ na úrovni 13,33 bodov a u respondentov, ktorých profesia je iná ako zdravotník alebo učiteľ na úrovni, 13,29 bodov. Pre získanie poznatku o normálnosti rozloženia dát, potrebných pre následné overovanie hypotézy 4 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality a Shapiro-Wilkov test normality. Testom normality uvedenom v tabuľke 9 sme zistili, že dáta nemajú normálne rozloženie.

Tabuľka 9 - Testovanie normality rozloženia skupín vo vzorke podľa profesie

Profesia	Kolmogorov-Smirnov test			Shapiro-Wilkov test		
	Statistic	Df	Sig	Statistic	Df	Sig
Zdravotník				0,896	30	0,007
Učiteľ MŠ				0,905	7	0,364
Učiteľ ZŠ, SŠ, VŠ				0,936	18	0,251
Iné	0,12	0,118	0			

Pre analýzu hypotézy sme použili neparametrický Kruskal-Wallisov test. Na základe výsledkov testu Kruskal-Wallis, uvedených v tabuľke 10 môžeme konštatovať, že v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat existuje minimálne medzi dvomi skupinami rodičov vzhľadom na ich profesiu štatisticky významný rozdiel. Na porovnanie jednotlivých skupín použijeme neparametrický Mann-Whitney U-test (tabuľka 11)

Tabuľka 10 - Rozdelenie respondentov podľa profesie a dosiahnutého priemerného hrubého skóre podľa profesie a Kruskal-Wallisov test

Profesia	N	%	Priemerné hrubé skóre
Zdravotnícky pracovník	30	17,34	15
Učiteľ materská škola	7	4,05	13,86
Učiteľ ZŠ, SŠ, VŠ	18	10,4	13,33
Iná profesia	118	68,21	13,29
Spolu	173	100	
Chi-square			13,009
Asymp. Sig.			0,0005

Tabuľka 11 - Porovnanie vzťahu medzi jednotlivými skupinami profesií

Porovnanie profesií	Mann-Whitney U-test	
	Mean Rank	Asymp Sig.(2-tailed)
Zdravotník	20,18	0,162
Učiteľ MŠ	13,39	
Zdravotník	30	0,046
Učiteľ ZŠ, SŠ, VŠ	19,33	
Zdravotník	99,82	0
Iná profesia	68,06	
Učiteľ MŠ	12,86	0,951
Učiteľ ZŠ, SŠ, VŠ	13,06	
Učiteľ MŠ	65,5	0,85
Iná profesia	62,85	
Učiteľ ZŠ, SŠ, VŠ	70,64	0,803
Iná profesia	68,17	

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 11 môžeme konštatovať, že v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat existuje štatisticky významný rozdiel vzhľadom na profesiu rodičov a to taký, že rodičia zdravotníci majú túto gramotnosť štatisticky významne vyššiu ako rodičia učitelia na ZŠ, SŠ a VŠ a taktiež aj ako rodičia, ktorých profesia nie je zdravotník ani učiteľ.

Záver: Prijímame alternatívnu hypotézu.

8.3 Rozdiel v úrovni gramotnosti medzi matkami a otcami

Druhým čiastkovým cieľom diplomovej práce bolo zistiť, či existuje rozdiel v úrovni gramotnosti otcov a matiek v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat. Na vyhodnotenie tohto cieľa bola stanovená hypotéza 5.

Hypotéza 5

5H0: Medzi úrovňou gramotnosti matiek a otcov v oblasti KPR a prvej pomoci neexistuje štatisticky významný rozdiel.

5HA: Medzi úrovňou gramotnosti matiek a otcov v oblasti KPR a prvej pomoci existuje štatisticky významný rozdiel.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 13 môžeme pozorovať, že priemerná hodnota hrubého skóre úrovne gramotnosti v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat bola u mužov na úrovni 12,52 bodov a u žien na úrovni 13,87 bodov. Pre získanie poznatku o normálnosti rozloženia dát, potrebných pre následné overovanie hypotézy 5 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality a Shapiro-Wilkov test normality.

Tabuľka 12 - Testovanie normality rozloženia skupín vo vzorke podľa rodu

Rod	Kolmogorov-Smirnov test			Shapiro-Wilkov test		
	Statistic	Df	Sig	Statistic	Df	Sig
Muž				0,977	33	0,701
Žena	0,1	140	0,002			

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 12, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 5 použijeme neparametrický Mann-Whitneyho U-test pre 2 nezávislé výbery.

Tabuľka 13 - Rozdiel v úrovni gramotnosti medzi otcami a matkami

Pohlavie	N	%	Priemerné hrubé skóre	Mann-Whitney U-test	
				Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Muž	33	19,08	12,52	66,67	0,009
Žena	140	80,92	13,87	91,79	
Spolu	173	100			

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 13 môžeme konštatovať, že v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat existuje vzhľadom na rod štatisticky významný rozdiel a to taký, že ženy majú úroveň gramotnosti v oblasti prvej pomoci a KPR štatisticky významne vyššiu ako muži.

Záver: Prijímame alternatívnu hypotézu.

8.4 Sebahodnotenie schopnosti rodičov poskytnúť prvú pomoc

Tretím čiastkovým cieľom diplomovej práce bolo zistiť, ako rodičia subjektívne hodnotia vlastnú schopnosť poskytnúť dieťaťu prvú pomoc v závislosti na absolvovaní kurzu. V tabuľke 14 môžeme pozorovať, že z hľadiska vnímania schopnosti poskytnúť svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia, najviac respondentov, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci, uviedlo odpoveď „Skôr áno“ a bolo ich 51,9 %. Taktiež najviac respondentov, ktorí kurz prvej pomoci neabsolvovali označili odpoveď „Skôr áno“ a tvorili 40,3 %. Celkovo najčastejšou odpoveďou na danú otázku, bez ohľadu na absolvovanie kurzu prvej pomoci, bola odpoveď „Skôr áno“, ktorú označilo 47,40 % respondentov. Na vyhodnotenie tohto cieľa bola stanovená hypotéza 6.

Tabuľka 14 - Rozdiel v sebahodnotení vlastnej kompetencie rodičov poskytnúť prvú pomoc pri akomkoľvek zranení na základe absolvovania kurzu prvej pomoci

Odpoveď	Absolvovaný kurz		Neabsolvovaný kurz		Celkovo	
	N	%	N	%	N	%
Nie	0	0	1	1,5	1	0,58
Skôr nie	9	8,5	12	17,9	21	12,14
Neviem	28	26,4	20	29,9	48	27,74
Skôr áno	55	51,9	27	40,3	82	47,4
Áno	14	13,2	7	10,4	21	12,14
Spolu	106	100	67	100	173	100

Hypotéza 6

6H0: Medzi účasťou rodičov na kurze prvej pomoci a hodnotením vlastnej schopnosti rodičov poskytnúť prvú pomoc dieťaťu neexistuje štatisticky významný vzťah.

6HA: Medzi účasťou rodičov na kurze prvej pomoci a hodnotením vlastnej schopnosti rodičov poskytnúť prvú pomoc dieťaťu existuje štatisticky významný vzťah.

Na základe povahy premenných, pre testovanie hypotézy 6 použijeme neparametrický Mann-Whitneyho U-test pre 2 nezávislé výbery. Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 15 môžeme konštatovať, že vo vnímaní schopnosti poskytnúť svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia existuje vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci štatisticky významný rozdiel a to taký, že rodičia, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci majú štatisticky významne vyššie sebavedomie pri subjektívnom vnímaní schopnosti poskytnúť

svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia v porovnaní s rodičmi, ktorí kurz prvej pomoci neabsolvovali.

Tabuľka 15 - Absolvovanie kurzu prvej pomoci a hodnotenie schopnosti rodičov poskytnúť dieťaťu prvú pomoc

Kurz prvej pomoci	N	%	Mann-Whitney U-test	
			Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Áno	106	61,27	92,68	0,044
Nie	67	38,73	78,01	
Spolu	173	100		

Záver: Prijímame alternatívnu hypotézu.

8.5 Vzdelávanie a účasť na kurze prvej pomoci

Štvrtým čiastkovým cieľom diplomovej práce bolo zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci. Kurzu prvej pomoci sa zúčastnilo 106 (61,27 %) respondentov (tabuľka 15), najčastejšie ako súčasť kurzu na získanie vodičského oprávnenia (35,85 %) a v rámci zamestnania (9,43 %) (tabuľka 16).

Tabuľka 16 - Absolvovanie kurzu prvej pomoci podľa miesta účasti

Miesto účasti	N	%
Kurz na získanie vodičského oprávnenia	38	35,85
Práca	10	9,43
Červený kríž	6	5,66
Štúdium na vysokej/strednej škole	6	5,66
Iné	6	5,66
Neuviedli odpoveď	40	37,74
Spolu	106	100,00

Kurz zameraný na prvú pomoc detí absolvovalo 8 respondentov (4,62 %) (tabuľka 17). 156 (90,20 %) respondentov súhlasí s tvrdením, že je dôležité vzdelávať sa v problematike

prvej pomoci a KPR detí (tabuľka 18) a 146 (84,40 %) rodičov by malo záujem o účasť na kurze prvej pomoci zameraného na deti. K tomuto cieľu sa vzťahuje hypotéza 7.

Tabuľka 17 - Absolvovanie kurzu prvej pomoci zameraného na deti

Odpoveď	N	%
Áno	8	4,62
Nie	165	95,38
Spolu	173	100

Tabuľka 18 - Dôležitosť vzdelávania v oblasti KPR a prvej pomoci dieťaťa

Odpoveď	N	%
Úplne súhlasím	156	90,2
Skôr súhlasím	16	9,2
Neviem	0	0
Skôr nesúhlasím	0	0
Úplne nesúhlasím	1	0,6
Spolu	173	100

Hypotéza 7

7H0: Neexistuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci.

7HA: Existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci.

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 20 môžeme pozorovať, že priemerná hodnota hrubého skóre úrovne gramotnosti v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat bola u rodičov, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci na úrovni 13,94 bodov a u rodičov, ktorí kurz prvej pomoci neabsolvovali na úrovni 13,09 bodov. Pre získanie poznatku o normálnosti rozloženia dát, potrebných pre následné overovanie hypotézy 7 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality. Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 19, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 7 použijeme neparametrický Mann-Whitneyho U-test pre 2 nezávislé výbery.

Tabuľka 19 - Testovanie normality rozloženia skupín vo vzorke podľa absolvovania kurzu prvej pomoci

Absolvovanie kurzu prvej pomoci	Kolmogorov-Smirnov test		
	Statistic	Df	Sig
Áno	0,125	67	0,012
Nie	0,104	106	0,007

Tabuľka 20 - Rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov podľa absolvovania kurzu prvej pomoci

Absolvovanie kurzu prvej pomoci	N	%	Priemerné hrubé skóre	Mann-Whitney U-test	
				Mean Rank	Asymp. Sig. (2-tailed)
Áno	106	61,27	13,94	92,67	0,059
Nie	67	38,73	13,09	78,01	
Spolu	173	100			

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 20 môžeme konštatovať, že v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat neexistuje medzi rodičmi, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci a rodičmi, ktorí takýto kurz neabsolvovali, štatisticky významný rozdiel.

Záver: Prijímame nulovú hypotézu.

9 Diskusia

Výskumná časť diplomovej práce bola zameraná na zistenie úrovne gramotnosti rodičov v KPR a prvej pomoci novorodenca, dojčat'a a batola't'a. Analýzou získaných odpovedí a vyhodnotením hrubého skóre dotazníka sme zistili, že najviac respondentov (72,9 %) získalo body v rozmedzí 11-16 bodov, pričom maximálne bolo možné získať 20 bodov.

V otázkach zameraných na KPR sme zaznamenali v štyroch otázkach viac ako 80 % správnych odpovedí. 87,3 % respondentov vedelo, že v prípade bezvedomia je potrebné dieťa verbálne a taktilne stimulovať oslovením a zatrasením za ramená. 85,5 % rodičov správne odpovedalo na spôsob zistenia prítomnosti dýchania. Vo výskume zameranom na vedomosti rodičov v oblasti KPR detí mladších ako jeden rok, ktorého sa zúčastnili rodičia 375 detí hospitalizovaných na novorodeneckom oddelení, 85,9 % respondentov vedelo akými činnosťami zistíme úroveň vedomia dieťaťa (Chia a Lian, 2014), čo sa zhoduje s naším výskumom. Správny pomer stlačení hrudníka k záchranným vdychom uviedlo 87,9 % respondentov. Vo výskume zameranom na tréning a vnímanie KPR z pohľadu rodičov 1716 detí vo veku 2 - 4 rokov, navštevujúcich plavecké školy a detské centrá zistili, že len 18,5 % poznalo správny pomer kompresii hrudníka ku záchranným vdychom (30:2), čo nie je v zhode s naším výskumom (Moran a Stanley, 2011). 88,4 % respondentov správne odpovedalo na otázku, ako by postupovali v prípade dusenia dieťaťa, ktoré je mladšie ako jeden rok kúskom hračky, je pri vedomí, nie je schopné rozprávať a plakať, kašeľ začína byť nedostatočný a tichší. V kvázi-experimentálnej štúdií uskutočnenej medzi matkami (N=241), ktoré navštevovali prenatálnu kliniku v zdravotníckom centre v Rijáde zistili, že v testovaní pred intervenciou (vzdelávacie video) 46,9 % respondentiek odpovedalo správne na otázku, ako by postupovali v prípade dusenia 8 mesačného dieťaťa hračkou, ktoré je pri vedomí (Anazi et al., 2022). Tento údaj sa nezhoduje s naším výskumom, v ktorom mali respondenti lepší výsledok.

Menšiu mieru správnych odpovedí sme zaznamenali v ďalších štyroch otázkach. 62,4 % respondentov správne uviedlo ako spriechodniť dýchacie cesty dieťaťu mladšiemu a staršiemu ako 1 rok. V prierezovej štúdií zameranej na vedomosti a postoje rodičov (N=348) o KPR dojčiat a detí, ktorí navštívili detskú pohotovosť uvádzajú, že 44 % respondentov by spriechodnilo dýchacie cesty dieťaťa mladšieho ako jeden rok polohovaním hlavy do neutrálnej polohy, 80 % rodičov by uložilo hlavu staršieho dieťaťa do mierneho záklonu a väčšina respondentov vedela (71 %), že pred zahájením kompresii hrudníka je potrebné vykonať 5 iniciálnych vdychov (Cu et al., 2009), čo je podobný výsledok ako v našom výskume (68,8 %). 52 % respondentov v našom výskume uviedlo správnu odpoveď na otázku „ako správne

vykonať kompresie hrudníka u dieťaťa mladšieho ako jeden rok“. V kvázi-experimentálnej štúdií, v ktorej hodnotili vedomosti tehotných žien a ich partnerov (N=77) zistili, že v testovaní znalostí pred kurzom KPR 57 % rodičov vedelo na akom mieste vykonávať dvomi prstami kompresie hrudníka a 19,5 % rodičov určilo správnu hĺbku kompresíí (Barry et al., 2015). V ďalšej štúdií len 11 % respondentov poznalo správnu frekvenciu kompresíí hrudníka v priebehu jednej minúty, pričom 81 % respondentov sa domnievalo, že správnu odpoveďou je 60 kompresíí hrudníka za minútu (Cu et al., 2009), čo je podobné ako v našom výskume, kde 40,5 % rodičov uviedlo správny spôsob kompresíí, ale s nesprávnou frekvenciou, 60 kompresíí za minútu. 63 % respondentov vedelo, že ak dieťa pri dusení sa cudzím telesom stratí vedomie, ďalším krokom je zahájenie KPR, čo je však optimálnejší výsledok v porovnaní so štúdiou zo Saudskej Arábie, v ktorej správne vedelo zareagovať len 9,7 % rodičov (Anazi et al., 2022).

Na dve otázky zamerané na KPR neodpovedalo správne viac ako 50 % respondentov. Na otázku „Správne vykonanie kompresíí hrudníka dieťaťu staršiemu ako 1 rok je“ odpovedalo správne 34,7 % respondentov. Podobné výsledky uvádza aj kvázi-experimentálna štúdia, kde vo vzorke 155 respondentiek v preexperimentálnom testovaní, 47,3 % odpovedalo, že deťom starším ako jeden rok vykonávame kompresie jednou alebo dvoma rukami na dolnej polovici hrudnej kosti (Sarabi a Nosratabadi, 2022). Na otázku „Dieťa staršie ako 1 rok sa začalo dusiť potom, čo si do úst vložilo malý predmet. Efektívne kašle a môže rozprávať. Ako by ste postupovali?“ správne odpovedalo len 21,9 % rodičov. Podľa odporúčení ERC je v tomto prípade postačujúce povzbudzovanie dieťaťa v kašli (Van de Voorde et al., 2021). Väčšina rodičov (74,6 %) označila odpoveď „vykonal/a by som 5 úderov na chrbát a Heimlichov manéver“. Predpokladáme, že túto odpoveď označila väčšina rodičov, z dôvodu obáv o svoje dieťa a potreby pomôcť mu.

V otázkach zameraných na prvú pomoc pri úrazoch sme zaznamenali v troch otázkach viac ako 90 % správne uvedených odpovedí. 97,7 % respondentov uviedlo, že v prípade podozrenia zo zlomeniny by končatinou nehýbali a vyhľadali by lekársku pomoc. Podobne aj v prierezovej štúdií zameranej na výskyt zranení detí v domácom prostredí a na skúsenosti matiek (N=250) s prvou pomocou, väčšina respondentiek (67,6 %) udávala správnu odpoveď (Al-Bshri a Jahan, 2021). 90,8 % respondentov z nášho výskumu vedelo, že v prípade zasiahnutia očí chemikáliou je potrebné vyplachovanie očí vodou. Podobne aj vo vyššie popísanej prierezovej štúdií, väčšina respondentiek (71,1 %) udávala správnu odpoveď (Al-Bshri a Jahan, 2021). Posledná otázka, na ktorú správne odpovedalo 92,5 % respondentov znie: „Telefónne číslo zdravotnej záchranej služby je:“. V našom výskume sme zaznamenali lepšiu

výsledok v porovnaní s prierezovou štúdiou, kde Al-bshri a Jahan (2021) uvádzajú, že správnu odpoveď uviedlo 68,7 % respondentiek

Na tri otázky zamerané na prvú pomoc pri vybraných úrazoch odpovedalo viac ako 50 % respondentiek správne. 83,2 % uviedlo správne, že v prípade výskytu popálenín na tvári, genitáliách, chodidlách a rukách je potrebné vyhľadať lekársku pomoc, čo sa nezhoduje s výsledkami, ktoré uvádzajú Al-bshri a Jahan (2021), kde správne odpovedalo 36,4 % respondentov. 79,2 % respondentov v našom výskume uviedlo správny postup prvej pomoci pri popáleninách. V štúdiu zameranej na vedomosti matiek (N=498) v prvej pomoci pri popáleninách detí vo veku 5 - 12 mesiacov zistili, že 94 % respondentiek by popáleninu chladilo vodou, avšak len 10 % uviedlo dĺžku chladenia 20 minút (Burgess et al., 2019). 73,4 % respondentov v našom výskumnom súbore by zahájilo KPR v prípade topenia dieťaťa, ktoré po vytiahnutí z vody nedýcha. V štúdiu, v ktorej zisťovali povedomie rodičov (N=294) o dusení, topení a popáleninách detí, uvádzajú podobne ako v našom výskume, že 90,5 % respondentov udalo správny postup prvej pomoci pri topení (Habeb a Alarfaj, 2020). Pri vonkajšom krvácaní dieťaťa, by väčšina rodičov (71,1 %) v prvom kroku prvej pomoci zatlačila na krvácajúcu ranu, rovnako ako v tureckej deskriptívnej štúdiu, kde zo 681 matiek 96 % označilo túto možnosť (Dirimese et al., 2020).

Na tri otázky zamerané na prvú pomoc detí neodpovedalo správne viac ako 50 % respondentov. 43,4 % rodičov by krvácanie z nosa zastavilo stlačením mäkkých častí nosa k sebe a 31,2 % respondentov by zaklonilo hlavu dieťaťa dozadu. Podobné výsledky uvádzajú Al-bshri a Jahan (2021), a teda 51,6 % respondentov by stlačilo mäkké časti nosa k sebe a 31,2 % by zaklonilo dieťaťu hlavu dozadu. Správny postup prvej pomoci zástavy krvácania z nosa je stlačenie mäkkých častí nosa, predklon dopredu, prípadne aplikácia ľadu (Aljuaid et al., 2021). 39,3 % respondentov by vyhľadalo lekársku pomoc, ak by dieťa prehltilo cudzie teleso a 38,7 % rodičov by reakciu dieťaťa pozorovalo v domácom prostredí. Al-bshri a Jahan (2021) v prierezovej štúdiu uvádzajú, že 54,6 % respondentov, by vyhľadalo lekársku pomoc a 41,4 % by sa pokúsilo o to, aby dieťa cudzie teleso vyvrátilo. Posledná otázka, je zameraná na to, či respondenti v našom výskume registrujú Národné toxikologické informačné centrum ako zdroj informácií a pomoci v prípade otráv. V našom výskume by 38,7 % respondentov kontaktovalo Národné toxikologické informačné centrum v prípade skonzumovania chemikálií alebo liekov dieťaťom a 37 % respondentov by zavolalo zdravotnú záchranú službu. Napriek tomu, že nie je nesprávne volať zdravotnú záchranú službu v prípade intoxikácii, podľa odporúčania Európskej resuscitačnej rady (European Resuscitation Council, 2021) je dôležitá promptná konzultácia s expertom, čo sú často práve regionálne toxikologické centrá, nielen pre laikov

poskytujúcich prvú pomoc, ale aj pre odborníkov v resuscitačných tímoch. V tureckej deskriptívnej štúdií vo vzorke 681 matiek 8,2 % respondentiek poznalo lokálne telefónne číslo národného toxikologického centra (Dirimese et al., 2020).

Prvým čiastkovým cieľom práce bolo zistiť, od ktorých faktorov závisí úroveň gramotnosti rodičov v prvej pomoci a KPR novorodencov, dojčiat a batoliat. Zistili sme, že medzi vekom a vzdelaním respondentov v našom výskumnom súbore a hrubým skóre dotazníka neexistuje štatisticky významný vzťah. Je pravdepodobné, že sme v našom výskume nezaznamenali štatisticky významný vzťah medzi vzdelaním a úrovňou gramotnosti rodičov z dôvodu homogénnosti našej vzorky, ktorú tvoria respondenti najmä s vysokoškolským a stredoškolským vzdelaním s maturitou. Naš výsledok sa nezhoduje s tureckou štúdiou, v ktorej zisťovali úroveň vedomostí medzi matkami žijúcimi na vidieku a prišli k záveru, že respondentky, ktoré dosiahli stredoškolské a vyššie vzdelanie a mladšie ženy majú vyššiu úroveň dosiahnutého priemerného skóre vo vedomostiach v prvej pomoci (Dirimese et al., 2020). Odlišné výsledky zaznamenali aj v španielskej štúdií, kde zisťovali úroveň vedomostí rodičov v prvej pomoci a KPR detí, pričom zistili, že rodičia s vysokoškolským vzdelaním dosiahli signifikantne vyššie skóre (Míguez-Navarro et al., 2018).

Zistili sme štatisticky významný vzťah medzi profesiou respondentov a ich úrovňou gramotnosti v prvej pomoci a KPR. Konkrétne, respondenti zo zdravotníckym vzdelaním dosiahli signifikantne vyššiu úroveň gramotnosti v porovnaní s učiteľmi na ZŠ, SŠ, VŠ a taktiež aj ako rodičia, ktorých profesia nie je zdravotník ani učiteľ. Štatisticky významný rozdiel sme nezaznamenali medzi respondentmi so zdravotníckym vzdelaním a učiteľmi v materskej škole. Míguez-Navarro et al. (2018) uvádza podobné zistenie a to, že rodičia zdravotníci dosiahli vyššiu úroveň vedomostí, ale na rozdiel od nášho výskumu signifikantne vyššiu úroveň dosiahli aj respondenti, ktorých práca súvisela so vzdelávaním. Signifikantne vyššiu úroveň vedomostí v oblasti prvej pomoci detí u rodičov-zdravotníkov zistili aj v prierezovej štúdií zo Saudskej Arábie (Wani et al., 2022). Ďalej sme zistili, že medzi úrovňou gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a KPR a počtom ich detí existuje veľmi slabý pozitívny štatistický významný vzťah. V ďalšej štúdií zistili signifikantné zvýšenie stredného skóre v úrovni vedomostí v prvej pomoci u respondentiek, ktoré majú viac ako dve deti (Dirimese et al., 2020). Podobne je uvedené aj v japonskej štúdií, kde rodičia, ktorí majú 3 a viac detí, dosahujú vyššiu gramotnosť v oblasti KPR v porovnaní s rodičmi s jedným dieťaťom (Uehara et al., 2018).

Druhým čiastkovým cieľom práce bolo zistiť, či existuje rozdiel v úrovni gramotnosti medzi otcami a matkami v našom výskumnom súbore. Matky mali vyššiu úroveň priemerného skóre hrubého dotazníka (13,87 bodov) v porovnaní s otcami, ktorý dosiahli priemerné skóre

12,52 bodov. Zistili sme, že ženy majú štatisticky významne vyššiu úroveň gramotnosti v oblasti prvej pomoci a KPR v porovnaní s mužmi. Predpokladáme, že dôvodom môže byť to, že matky vo väčšine prípadov ostávajú s deťmi doma počas rodičovskej dovolenky, a tým pádom môžu byť svedkami viacerých úrazov v porovnaní s otcami. Tento predpoklad je však témou, ktorú by bolo potrebné preskúmať. Nás výsledok sa zhoduje s štúdiou zo Saudskej Arábie, v ktorej ženy dosahovali vyššiu úroveň povedomia v oblasti prvej pomoci pri popáleninách (Alomar et al., 2016), avšak v španielskej štúdii matky dosiahli signifikantne nižšiu úroveň skóre v porovnaní s otcami (Míguez-Navarro et al., 2018).

Tretím čiastkovým cieľom práce bolo zistiť ako rodičia hodnotia svoju vlastnú schopnosť poskytnúť dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia. Zistili sme, že existuje štatisticky významný rozdiel vo vnímaní schopnosti poskytnúť svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci. Rodičia, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci majú štatisticky významne vyššie sebavedomie pri vnímaní schopnosti poskytnúť svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia v porovnaní s rodičmi, ktorí kurz prvej pomoci neabsolvovali. V odbornej literatúre sa vyskytuje pojem „self-efficacy“ (v preklade sebaúčinnosť), pod ktorým rozumieme dôveru jednotlivcov v ich schopnosť vykonať určitú činnosť a dosiahnuť špecifický výsledok. Hodnotenie sebaúčinnosti má význam v prípade predvídania konkrétneho správania, ak nie je možné merať kvalitu skutočného správania (Ho et al., 2022). Touto problematikou sa zaoberala prierezová štúdia, ktorej cieľom bolo skúmať sebaúčinnosť rodičov v prvej pomoci detí vo veku 0 - 4 rokov a faktory, ktoré ju ovplyvňujú. V štúdii zistili, že celková miera vedomostí rodičov v prvej pomoci bola 72 % a najnižšie skóre sebaúčinnosti bolo zaznamenané v súvislosti s dusením a KPR. Ďalej uvádzajú, že medzi vedomosťami rodičov a sebaúčinnosťou v prvej pomoci existuje pozitívna korelácia, a teda výsledkom je vyššia sebadôvera v prípade vzniku zranenia. Vyššie skóre sebaúčinnosti dosiahli respondenti, ktorí sa zúčastnili kurzu prvej pomoci (Wei et al., 2013), čo sa zhoduje s našim výskumom.

Štvrtým čiastkovým cieľom diplomovej práce bolo zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat vzhľadom na absolvovanie kurzu prvej pomoci. V našom výskumnom súbore absolvovalo kurz prvej pomoci 61,27 % respondentov a len 4,62 % respondentov sa zúčastnilo kurzu prvej pomoci zameraného na deti. Pozitívnym výsledkom je, že 90,2 % rodičov súhlasí s tvrdením, že je dôležité vzdelávať sa v problematike a 84,4 % by malo záujem o absolvovanie kurzu prvej pomoci zameraného na deti. Ďalej sme zistili, že v úrovni gramotnosti rodičov v oblasti KPR a prvej pomoci novorodencov, dojčiat a batoliat neexistuje medzi rodičmi, ktorí

absolvovali kurz prvej pomoci a rodičmi, ktorí takýto kurz neabsolvovali, štatisticky významný rozdiel. Je dôležité podotknúť, že väčšina respondentov v našom výskumnom súbore (N=53) absolvovala kurz prvej pomoci v roku 2015 a skôr a len 4 respondenti v roku 2022. Naš výsledok sa nezhoduje s ďalšou štúdiou, kde je uvedené, že účasť na kurze prvej pomoci bola v priamej súvislosti s lepšími znalosťami v oblasti prvej pomoci (Wei et al., 2013). V prierezovej štúdii zo Saudskej Arábie taktiež uvádzajú, že respondenti, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci, dosahujú signifikantne vyššiu úroveň vedomostí v oblasti prvej pomoci detí (Wani et al., 2022). Čínska longitudiálna štúdia sa zaoberala vplyvom účasti učiteľov v materských školách na kurze prvej pomoci na zachovanie vedomostí ohľadom prvej pomoci v dlhodobom časovom horizonte. Úroveň vedomostí respondentov (N=1067) bola hodnotená pred intervenciou, bezprostredne po intervencii a následne po 6 a 9 mesiacoch a 4 rokoch. V štúdii zistili, že vďaka účasti učiteľov na programe PedFACTs (Pediatric first aid for caregivers and teachers), sa výrazne zlepšila úroveň znalostí v porovnaní s testovaním pred intervenciou. Napriek tomu, že došlo k značnému poklesu vedomostí v dlhodobom horizonte, úroveň vedomostí bola na približne rovnakej úrovni po 6 mesiacoch, 9 mesiacoch a 4 rokoch. Z uvedeného vyplýva, že retencia vedomostí o prvej pomoci je obmedzená a dochádza k poklesu úrovne vedomostí po tréningu (Li et al., 2014). Môžeme predpokladať, že v našom výskume neexistuje štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti medzi rodičmi, ktorí sa zúčastnili a nezúčastnili kurzu prvej pomoci práve preto, že väčšina respondentov absolvovala kurz pred viac ako siedmimi rokmi. Nadobúdanie a zachovávanie vedomostí závisí od účasti na kurze prvej pomoci a na frekvencii jeho opakovania. Intervaly medzi jednotlivými kurzami v resuscitácii nie sú jasne určené. Niektorí autori uvádzajú 3 - 6 mesiacov, iní odporúčajú opakovanie kurzov každoročne (Li et al., 2014). Potrebu opakovaného absolvovania kurzu prvej pomoci a KPR potvrdzuje aj štúdia zameraná na retenciu vedomostí a zručností študentov medicíny, ktorý boli po absolvovaní povinného školenia prvej pomoci a KPR testovaní po prvom a druhom roku. Výsledkom bolo, že úroveň zručností v prvej pomoci a KPR po prvom roku bola nízka (De Ruijter et al., 2014).

Na základe získaných výsledkov môžeme konštatovať, že úroveň gramotnosti rodičov v našom výskumnom súbore je na priemernej úrovni. V niektorých oblastiach mali respondenti nášho výskumu znalosti na vysokej úrovni, v iných otázkach bola úroveň úspešnosti správnych odpovedí nižšia. Praktickým zistením je, že respondenti, ktorí sa zúčastnili kurzu prvej pomoci udávajú vyššie sebavedomie pri vnímaní schopnosti poskytnúť svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia v porovnaní s rodičmi, ktorí kurz prvej pomoci neabsolvovali, zároveň sme nezistili štatisticky významný vzťah medzi úrovňou gramotnosti respondentov

a účasťou na kurze prvej pomoci, čo je v rozpore s ďalšími štúdiami. Zároveň, vo vyššie spomínaných štúdiách (De Ruijter et al., 2014; Li et al., 2014) zistili, že retencia vedomostí po absolvovaní kurzu prvej pomoci s postupom času klesá. Tento poznatok môže byť vysvetlením prečo neexistuje štatisticky významný vzťah medzi úrovňou gramotnosti a absolvovaním kurzu prvej pomoci v našom výskumnom súbore. Predpokladáme, že dôvodom je to, že síce väčšina respondentov absolvovala kurz prvej pomoci, ale stalo sa tak pred dlhším časovým obdobím. Z toho vyplýva, že väčšina rodičov, ktorí absolvovali kurz prvej pomoci síce hodnotila pozitívne svoju schopnosť poskytnúť prvú pomoc dieťaťu, ale úroveň vedomostí nemusela byť na uspokojivej úrovni. Vplyv kurzu prvej pomoci na retenciu vedomostí rodičov by však bolo potrebné skúmať v ďalšom výskume. Na základe vyššie uvedených záverov môžeme formulovať nasledovné odporúčania pre prax:

- zmapovanie dostupnosti kurzov prvej pomoci pre rodičov v rámci územia Slovenska a zároveň, pri zistení absencie dostupnosti v konkrétnej oblasti zahájiť kroky pre založenie kurzov v tejto oblasti,
- podpora pravidelného znovu absolvovania kurzov prvej pomoci pre rodičov, napríklad v rámci predpôrodnej prípravy, pravidelných poradní u pediatra.

K limitáciám výskumu môžeme zaradiť obmedzenú možnosť zovšeobecnenia výsledkov na väčšiu časť populácie, teda ich generalizáciu, vzhľadom na charakter výberu výskumného súboru, keďže výber nebol realizovaný náhodným spôsobom, rovnako ako homogénnosť výskumného súboru v tom zmysle, že je tvorený najmä vysokoškolsky vzdelanými respondentmi.

ZÁVER

Záverom diplomovej práce môžeme skonštatovať, že úroveň gramotnosti rodičov v prvej pomoci a KPR je potrebné posudzovať s ohľadom na rôznorodosť tejto oblasti a vzhľadom k tomu, že úroveň gramotnosti sa odlišuje v jednotlivých úkonoch prvej pomoci. V oblasti KPR udávalo vo väčšine otázok správnu odpoveď viac ako 50 % respondentov. Problematické boli oblasti zamerané na vykonávanie kompresíí pri KPR a postup prvej pomoci pri dusení dieťaťa, ktoré je pri vedomí, môže rozprávať alebo plakať a efektívne kašľať. Podobne aj v oblasti prvej pomoci pri úrazoch väčšina otázok bola správne zodpovedaná viac ako 50 % respondentmi. Prvá pomoc pri krvácaní z nosa, pri ingescii cudzieho telesa a problematika intoxikácií a národných toxikologických centier boli problémovými oblasťami. Môžeme vyhodnotiť, že gramotnosť rodičov v problematike je na priemernej úrovni, a na jej zlepšenie je potrebné ďalšie vzdelávanie a nadobudnutie skúseností a zručností.

V našom výskume sme zistili odlišné informácie vzhľadom k dostupnej literatúre o faktoroch, ktoré ovplyvňujú úroveň gramotnosti rodičov. Podľa výsledkov v našom výskume, vek a úroveň vzdelania respondentov nemajú vplyv na úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a KPR detí. V súlade s dostupnou literatúrou môžeme potvrdiť, že s narastajúcim počtom detí sa zvyšuje aj úroveň gramotnosti rodičov v oblasti prvej pomoci a KPR a rodičia, ktorí majú zdravotnícke vzdelanie dosahujú vyššiu úroveň gramotnosti v porovnaní s inými profesiami. V našom výskumnom súbore dosahovali matky vyššiu priemernú hodnotu úrovne gramotnosti v porovnaní s otcami, a taktiež bol zistený štatisticky významný rozdiel v úrovni gramotnosti medzi matkami a otcami.

Ďalej sme zistili, že medzi úrovňou gramotnosti rodičov v prvej pomoci a KPR dieťaťa a účasťou na kurze prvej pomoci neexistuje štatisticky významný vzťah, čo je v rozpore s dostupnou literatúrou. Môže to súvisieť s tým, že síce viac ako polovica respondentov v našom výskumnom súbore absolvovala kurz prvej pomoci, avšak vo väčšine prípadov pred viac ako dvoma rokmi a tiež preto, že to boli kurzy zamerané na záchranu dospeléj populácie. V našom výskumnom súbore sa kurzu prvej pomoci zameraného na deti zúčastnilo len 8 respondentov. Pozitívnym zistením je, že väčšina respondentov súhlasí s tvrdením, že je dôležité vzdelávať sa v problematike prvej pomoci detí a väčšina rodičov prejavila záujem o absolvovanie takého kurzu. Posledným zistením diplomovej práce je, že rodičia, ktorí sa zúčastnili kurzu prvej pomoci majú štatisticky významne vyššie sebavedomie pri vnímaní schopnosti poskytnúť svojmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia v porovnaní s rodičmi, ktorí kurz prvej pomoci neabsolvovali.

Na základe vyššie spomenutých poznatkov je dôležité ponúkať rodičom kurzy prvej pomoci, ktoré sú špecificky zamerané na záchranu detských obetí. Kvôli udržaniu znalostí v problematike je dôležité, aby rodičia kurzy absolvovali opakovane, pričom najefektívnejšou formou je interaktívny kurz prvej pomoci (bližšie popísané v teoretickej časti). Z uvedených záverov je možné vyhodnotiť splnenie hlavného a čiastkových cieľov diplomovej práce.

REFERENČNÝ ZOZNAM

AB RAHMAN, Indahayu et al. A framework for interpreting knowledge, attitude and practices study in poisoning incidents of household chemical products. *In Journal of Sustainability Science and Management* [online]. 2021, **16**(4), 253-265 [cit. 2023-02-17]. ISSN 1823-8556. Dostupné z: <http://doi.org/10.46754/jssm.2021.06.019>

ALBARGI, H. et al. Bystander cardiopulmonary resuscitation for paediatric out-of-hospital cardiac arrest in England: An observational registry cohort study. *In Resuscitation*. [online]. 2022, **170**, 17-25 [cit. 2022-11-25]. ISSN 0300-9572. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.10.042>

ALBEDEWI Hadeel et al. Epidemiology of childhood injuries in Saudi Arabia: a scoping review. *In BMC Pediatrics* [online]. 2021, **21**(424), 17-25 [cit. 2023-02-16]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02886-8>

AL-BSHRI, Soad Abdulrhman a Saulat JAHAN. Prevalence of home related injuries among children under 5 years old and practice of mothers toward first aid in Buraidah, Qassim. *In Journal of Family Medicine and Primary Care* [online]. 2021, **10**(3), 1234-1240 [cit. 2023-03-16]. ISSN 2249-4863. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/350743138_Prevalence_of_home_related_injuries_among_children_under_5_years_old_and_practice_of_mothers_toward_first_aid_in_Buraidah_Qassim

ALENEZI, Farhan et al. The Knowledge of Infant CPR among Mothers in King Abdulaziz Medical City (KAMC). *ARC Journal of Pediatrics* [online]. 2019, **4**(2), 6-12 [cit. 2023-04-06]. ISSN 2455-5711. Dostupné z: <https://doi.org/10.20431/2455-5711.0402002>

AL-JOHANI, Ala'a A.S, Samia SABOR a Samia A.R ALDUBAI. Knowledge and practice of first aid among parents attending primary health care centers in Madinah City, Saudi Arabia, A cross sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care* [online]. 2018, **7**(2), 380-388 [cit. 2023-04-06]. ISSN 2249-4863. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_64_18

ALJUAID, Sattam et al. Teachers' awareness regarding first-aid management and control of epistaxis inside schools in Taif region, Saudi Arabia. *World Family Medicine Journal /Middle*

East Journal of Family Medicine [online]. 2021, **19**(8), 56-63 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2021.94096>

ALKHAFAJI, Farah. M. et al. Characterization of Infant Cardiopulmonary Resuscitation Delivery with Range Sensor Feedback on Performance. *Applied Sciences*. [online]. 2021, **11**(21) [cit. 2022-11-25]. ISSN 2076-3417. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/app11219813>

ALOMAR, Mohammed, Faisal AL ROUQI and Abdelmoneim ELDALI. Knowledge, attitude, and belief regarding burn first aid among caregivers attending pediatric emergency medicine departments. *In Burns* [online]. 2016, **42**(34), 938-943 [cit. 2022-12-2]. ISSN 0305-4179. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.03.019>

ALSHEHRI, Khalid A et al. Awareness of the first aid management of foreign body aspiration among students: A cross-sectional study. *In Journal of Education and Health Promotion* [online]. 2019, **8**(220) [cit. 2022-12-20]. ISSN 2319-6440. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6905279/>

AL-TURKISTANI, Hatim K. Awareness and knowledge of pediatric cardio- pulmonary resuscitation in the community of Al-Khobar city. *Journal of Family and Community Medicine* [online]. 2014, **21**(2), 125-129 [cit. 2023-04-07]. ISSN 2230-8229. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/2230-8229.134772>

ANAZI, Reem Al et al. Impact of health education on maternal knowledge regarding choking prevention and first aid in children, Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Advanced Community Medicine* [online]. 2022, **5**(1), 35-40 [cit. 2023-03-23]. ISSN 2616-3586. Dostupné z: <https://doi.org/10.33545/comed.2022.v5.i1a.223>

ATKINS, Dianne L. Improving Outcomes from Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Young Children and Adolescents. *In Pediatric Cardiology*. [online]. 2012, **33**, S519-S525 [cit. 2022-11-25]. ISSN 1432-1971. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000265>

ATKINS, Dianne L. et al. Part 11: Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *In Circulation* [online]. 2015, **132** (2), S469-S523 [cit. 2022-12-05], ISSN 1524-4539. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>

AVAU, Bert et al. First aid interventions by laypeople for acute oral poisoning. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2018 (12) [cit. 2023-02-17]. ISSN 1465-1858. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013230>

BARR, Gavin C. et al. Training Mothers in Infant Cardiopulmonary Resuscitation With an Instructional DVD and Manikin. *Journal of Osteopathic Medicine* [online]. 2013, **113**(7), 538-545 [cit. 2023-04-08]. ISSN 2702-3648. Dostupné z: <https://doi.org/10.7556/jaoa.2013.005>

BARRY, Maebh. An evaluation of expectant parents knowledge, satisfaction and use of a self-instructional infant CPR kit. *Midwifery* [online]. 2015, **31**(8), 805-810 [cit. 2023-03-23]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.002>

BEHBOUDI, Faezeh et al. The effect of education using a mobile application on knowledge and decision of Iranian mothers about prevention of foreign body aspiration and to relieve choking in children: A quasi-experimental study. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 2022, **62**, e77-e83 [cit. 2023-04-08]. ISSN 0882-5963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.007>

BRKIC, Fuad et al. Death as a Consequence of Foreign Body Aspiration in Children. *In Medical Archives* [online]. 2018, **72** (3), 220-223 [cit. 2022-12-20], ISSN 1986-5961. Dostupné z: <https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.220-223>

BURGESS, J.D. et al. Hot tea and tiny tots don't mix: A cross-sectional survey on hot beverage scalds. *In Burns* [online]. 2017, **43** (8), 1809-1816 [cit. 2022-12-2], ISSN 0305-4179. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.05.008>

BURGESS, Jacqueline D et al. Knowledge of childhood burn risks and burn first aid: Cool Runnings. *Injury Prevention* [online]. 2019, **25**(4), 301-306 [cit. 2023-03-26]. ISSN 1353-8047. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042650>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Leading Causes of Death and Injury. *Centers for diseases control and prevention* [online]. U.S. Department of Health & Human Services, 2023-01-19 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>

CU, Jonathan, Phuong PHAN a Fenton M O'LEARY. Knowledge and attitude towards paediatric cardiopulmonary resuscitation among the carers of patients attending the Emergency

Department of the Children's Hospital at Westmead. *Emergency Medicine Australasia* [online]. 2009, **21**(5), 401-406 [cit. 2023-03-23]. ISSN 1742-6731. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01217.x>

DAVEY, Martin, Sean CALLINAN and Leona NERTNEY. Identifying Risk Factors Associated with Fatal Drowning Accidents in the Paediatric Population: A Review of International Evidence. *Cureus* [online]. 2022, **28**(2), 1-9 [cit. 2023-03-18]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: <https://doi.org/10.7759/cureus.6201>

DE RUIJTER, Pim A. et al. Retention of first aid and basic life support skills in undergraduate medical students. *Medical Education Online* [online]. 2014, **19**(1) [cit. 2023-04-07]. ISSN 1087-2981. Dostupné z: <https://doi.org/10.3402/meo.v19.24841>

DIRIMESE, Elif et al. Examining First-Aid Knowledge Level of Mothers Living in Rural Areas and Factors that Affect this. *Gazi Medical Journal* [online]. 2020, **31**(2), 153-158 [cit. 2023-03-27]. ISSN 2147-2092. Dostupné z: <https://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/1691>

DJAKOW, Jana. Neodkladná resuscitace u dětí. *Pediatric pro praxi*. [online]. 2018, **19**(3), 159-165 [cit. 2022-11-18]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/bmc18026444>

DJAKOW, Jana, Daniel BLAŽEK a Jana ŠEBLOVÁ. Kardiopulmonální resuscitace. In: MIXA Vladimír a kol. Dětská přednemocniční a urgentní péče. Praha: Grada, 2021, s. 485-525. ISBN 978-80-271-3088-7.

DOBIÁŠ, Viliam. *5 P – Prvá pomoc pre pokročilých poskytovateľov*. Bratislava: Dixit s.r.o., 2017, 304 s. ISBN 978-80-89662-24-1.

EL SEIFI, Omnia S. et al. Effect of community-based intervention on knowledge, attitude, and self-efficacy toward home injuries among Egyptian rural mothers having preschool children. *PLOS ONE* [online]. 2018, **13**(6) [cit. 2023-04-10]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198964>

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. Disease-specific first-line treatment for intoxication. *APPENDIX TO THE ERC GL 2020 PAEDIATRICS CHAPTER v1.13_11112020*. 2021. s. 372-379. Príloha k: VAN DE VOORDE, Patrick et al. European Resuscitation Council

Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*. [online]. 2021, **161**, 327-387 [cit. 2022-11-15], ISSN 0300-9572. Dostupné z

EUROSTAT. Being young in Europe today – health. *Eurostat: Statistics Explained* [online]. 2022-10-31 [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Being_young_in_Europe_today_-_health#Causes_of_death

FENG, Yuheng et al. Effectiveness of WeChat-group-based parental health education in preventing unintentional injuries among children aged 0–3: randomized controlled trial in Shanghai. *BMC Public Health* [online]. 2022, **22**(1) [cit. 2023-04-08]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14462-5>

FOETTINGER Linda, Friederike DOERWALD a Karin BAMMANN. Understanding parental risk perception regarding unintentional injuries of infants and toddlers within the home: a grounded theory approach. *In Journal of Risk research* [online]. 2021, **24**(11), 1439-1449 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1466-4461. Dostupné z <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1863850>

FOETTINGER Linda, Friederike DOERWALD, Andreas KALBITZ a Karin BAMMANN. Risk factors and parental risk perception of unintentional home injuries of children under 6 years in Germany: A secondary data analysis. *In Journal of Safety Research*. [online]. 2022, **81**, 326-332 [cit. 2023-01-18]. ISSN 0022-4375. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2022.03.009>

FRANĚK, Ondřej, Jiří KNOR a Antolij TRUHLÁŘ. Neodkladná resuscitace. Doporučený postup. *Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. 2017-01-15 [cit. 2022-11-25]. Dostupné z: <https://urgmed.cz/dp-summk/>

FUCHS, Susan M. Advocating for Life Support Training of Children, Parents, Caregivers, School Personnel, and the Public. *In Pediatrics*. [online]. 2018, **141**(6) [cit. 2022-11-18]. ISSN 1098-4275. Dostupné z: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0705>

FUKUSHIMA, Hidetada et al. Description of Abnormal Breathing Is Associated With Improved Outcomes and Delayed Telephone Cardiopulmonary Resuscitation Instructions. *In Journal of American Heart Association*. [online]. 2017, **29**(6) [cit. 2022-11-30]. ISSN 2047-9980. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.005058>

GÁBOROVÁ, Ľubica a Dáša PORUBČANOVÁ. Vybrané kapitoly z vývinovej psychológie: vysokoškolská učebnica. Brno: Tribun EU, 2016. ISBN 978-80-263-1088-4.

HARA, Masahiko, Kenichi HAYASHI a Tetsuhisa KITAMURA. Outcomes differ by first documented rhythm after witnessed out-of-hospital cardiac arrest in children: an observational study with prospective nationwide population-based cohort database in Japan. *In European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*. [online]. 2017, **3**(1), 83-92 [cit. 2022-11-25]. ISSN 2058 - 1742. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcw040>

HABEEB, Kholood A. a Ghada ALARFAJ. Saudi Parents Awareness Regarding Burn, Choking, and Drowning First Aid in Children. *Journal of Family Medicine and Primary Care* [online]. 2020, **9**(3), 1370-1375 [cit. 2023-03-26]. ISSN 2249-4863. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1064_19

HARISH, Varun et al. First aid improves clinical outcomes in burn injuries: Evidence from a cohort study of 4918 patients. *In Burns* [online]. 2019, **45** (2), 433-439 [cit. 2022-12-2], ISSN 0305-4179. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.09.024>

HOGAN, Catherine M. et al. Parental Perceptions, Risks, and Incidence of Pediatric Unintentional Injuries. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2018, **44**(3), 267-273 [cit. 2023-03-16]. ISSN 00991767. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2017.07.017>

HO, Jonathan Ka-Ming et al. Self-efficacy of emergency management of domestic helpers in pediatric home accidents: A cross-sectional survey in Hong Kong. *Frontiers in Pediatrics* [online]. 2022, **10** [cit. 2023-03-28]. ISSN 2296-2360. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fped.2022.997834>

CHIA, P. a W. B. LIAN. Parental knowledge, attitudes and perceptions regarding infant basic life support. *Singapore Medical Journal* [online]. 2014, **55**(3), 137–145 [cit. 2023-03-23]. ISSN 00375675. Dostupné z: <https://doi.org/10.11622/smedj.2014033>

CHABILALL, J.A, J. THOMAS a R. HOFMEYR. Foreign body ingestion in children presenting to a tertiary paediatric centre in South Africa: A retrospective analysis focusing on battery ingestion. *In South African Medical Journal*. [online]. 2020, **110**(7), 652-656 [cit. 2023-01-29]. ISSN 2078-5135. Dostupné z: <https://journals.co.za/doi/abs/10.7196/SAMJ.14481.v110i7.14481>

CHAUDHARY, Sofia et al. Pediatric falls ages 0–4: understanding demographics, mechanisms, and injury severities. *Injury Epidemiology* [online]. 2018, **5**(S1), 78-87 [cit. 2023-02-10]. ISSN 2197-1714. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40621-018-0147-x>

IMAMURA, Janete Honda, Eduardo Juan TROSTER a Carlos Augusto Cardim DE OLIVEIRA. What types of unintentional injuries kill our children? Do infants die of the same types of injuries? A systematic review. *Clinics* [online]. 2012, **67**(9), 1107-1116 [cit. 2023-04-10]. ISSN 1807-5932. Dostupné z: [https://doi.org/10.6061/clinics/2012\(09\)20](https://doi.org/10.6061/clinics/2012(09)20)

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES (IFRC). International first aid and resuscitation guidelines 2020 [online]. 2020-11-17 [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://www.ifrc.org/document/international-first-aid-resuscitation-and-education-guidelines>

KAMBOJ, Alisha et al. Traumatic Brain Injuries Associated With Consumer Products at Home Among US Children Younger Than 5 Years of Age. *Clinical Pediatrics* [online]. 2017, **56**(6), 545-554 [cit. 2023-02-10]. ISSN 0009-9228. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0009922816664064>

KLÍMA, Jiří a kol. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5014-9.

LEE, Jung et al. Clinical Survey and Predictors of Outcomes of Pediatric Out-of-Hospital Cardiac Arrest Admitted to the Emergency Department. *In Scientific Report* [online]. 2019, **9**(1) [cit. 2022-11-18]. ISSN 2045-2322. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-43020-0>

LI, Feng et al. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. *BMC Pediatrics* [online]. 2014, **14**(1) [cit. 2023-03-31]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-209>

LI, F. et al. Effects of three different first-aid training methods on knowledge retention of caregivers and teachers: a randomized and longitudinal cohort study in China. *Public Health* [online]. 2020, **178**, 97-104 [cit. 2023-04-08]. ISSN 0033-3506. Dostupné z: <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.08.021>

LONGOBARDI, Claudio, Rocco QUAGLIA a Michele SETTANNI. The Transition from Crawling to Walking: Can Infants Elicit an Alteration of Their Parents' Perception?. *Frontiers in Psychology* [online]. 2016, **7** [cit. 2023-04-10]. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00836>

MA, Xueqi, Qi ZHANG, Ruo JIANG, et al. Parents' attitudes as mediators between knowledge and behaviours in unintentional injuries at home of children aged 0–3 in Shanghai, Eastern China: a cross-sectional study. *BMJ Open* [online]. 2021, **11**(12) [cit. 2023-02-20]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054228>

MACONOCHIE, Ian K. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *In Resuscitation* [online]. 2021, **95**, 223-248 [cit. 2022-11-25] ISSN 0300-9572. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>

MEHRA, Bharat a Suresh GUPTA. Common Pediatric Medical Emergencies in Office Practice. *The Indian Journal of Pediatrics* [online]. 2018, **85**(1), 35-43 [cit. 2023-03-15]. ISSN 0019-5456. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2370-9>

MÍGUEZ-NAVARRO, Concepción et al. The Knowledge of and Attitudes Toward First Aid and Cardiopulmonary Resuscitation Among Parents. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 2018, **42**, e91-e96 [cit. 2023-02-04]. ISSN 0882-5963. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596317303627?via%3Dihub>

MIXA Vladimír a kol. Dětská přednemocniční a urgentní péče. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3088-7.

Mklife_prvni_pomoc_detem. In Instagram [online]. [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: https://www.instagram.com/mklife_prvni_pomoc_detem/

MONTANA, Angelo at al. Risk Management and Recommendations for the Prevention of Fatal Foreign Body Aspiration: Four Cases Aged 1.5 to 3 Years and Mini-Review of the Literature. *In International Journal of Environmental Research and Public Health*. [online]. 2020, **17** (13) [cit. 2022-12-20] ISSN 1660-4601. Dostupné z <https://doi.org/10.3390/ijerph17134700>

MORAN, Kevin a Teresa STANLEY. Toddler parents training, understanding, and perceptions of CPR. *Resuscitation* [online]. 2011, **82**(5), 572-576 [cit. 2023-03-23]. ISSN 03009572. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.12.019>

MORRONGIELLO, Barbara A. et al. Don't Touch the Gadget Because It's Hot! Mothers' and Children's Behavior in the Presence of a Contrived Hazard at Home: Implications for Supervising Children. *Journal of Pediatric Psychology* [online]. 2015, **40**(1), 85-95 [cit. 2023-04-10]. ISSN 1465-735X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu056>

MORRONGIELLO, Barbara A. et al. Understanding Infants' In-Home Injuries: Context and Correlates. *In Journal of Pediatric Psychology* [online]. 2021, **46**(9), 1025-1036 [cit. 2023-03-16]. ISSN 0146-8693. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab032>

NAIM, Maryam Y. et al. Compression-Only Versus Rescue-Breathing Cardiopulmonary Resuscitation After Pediatric Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *In Journal of the American College of Cardiology*. [online]. 2021, **78** (10), 1042-1052 [cit. 2022-11-30], ISSN 0735-1097. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.06.042>

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2020. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2021. ISBN 978-80-89282-80-6.

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. Vybrané epidemiologické údaje o úrazovosti detí do 18 rokov. *Národné centrum zdravotníckych informácií* [online]. 2022-08-22 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Urazy/Pages/default.aspx

NÁRODNÉ TOXIKOLOGICKÉ INFORMAČNÉ CENTRUM. Čo robiť pri akútnej otrave. *Univerzitná nemocnica Bratislava* [online]. 2015 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <http://www.ntic.sk/index.php>

NOUHJAH Sedigheh, Sharareh R Niakan KALHORI a Azadeh SAKI. Risk factors of Non-fatal Unintentional Home Injuries among Children under 5 Years Old; a Population-Based Study. *In Emergency* [online]. 2017, **5**(1) [cit. 2023-02-16]. ISSN 2345-4571. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325927/>

NOUR, Mohamed O. et al. Knowledge, Attitude and Practices of Mothers towards Home Accidents among Children, Makkah, KSA. *In European Journal of Pharmaceutical and Medical Research* [online]. 2018, **5**(2), 139-147 [cit. 2023-04-05]. ISSN 2394-3211. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/342883446_KNOWLEDGE_ATTITUDE_AND_PRACTICES_OF_MOTHERS_TOWARDS_HOME_ACCIDENTS_AMONG_CHILDREN_MAKKAH_KSA

OECD. Infant, child and adolescent health. *In Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [online]. Paris: OECD Publishing, 2021 [cit. 2022-11-30]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/37cd40eb-en>

PATHAK, Ashish, Nitin AGRAWAL, Love MEHRA, Aditya MATHUR a Vishal DIWAN. First Aid Practices and Health-Seeking Behaviors of Caregivers for Unintentional Childhood Injuries in Ujjain, India: A Community-Based Cross-Sectional Study. *In Children* [online]. 2018, **5**(9) [cit. 2023-02-16]. ISSN 2227-9067. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/children5090124>

PEDEN, Amy E, Richard C FRANKLIN. Causes of distraction leading to supervision lapses in cases of fatal drowning of children 0–4 years in Australia: A 15-year review. *In Journal of Paediatrics and Child Health* [online]. 2020, **56**(3), 450-456 [cit. 2023-03-18]. ISSN 1034-4810. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jpc.14668>

Pediatrie_navlastnikuzi. In Instagram. [online]. [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: https://www.instagram.com/pediatrie_navlastnikuzi/

PERKINS, Gavin D. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *In Resuscitation*. [online]. 2021, **161**, 1-60 [cit. 2022-11-25], ISSN 0300-9572. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>

RO, Young Sun et al. Effects of Dispatcher-assisted Cardiopulmonary Resuscitation on Survival Outcomes in Infants, Children, and Adolescents with Out-of-hospital Cardiac Arrests. *In Resuscitation*. [online]. 2016, **108**, 20-26 [cit. 2022-11-30], ISSN 0300-9572. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.08.026>

- RODRÍGUEZ, Hugo et al. Management of foreign bodies in the airway and oesophagus. *In International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* [online]. 2012, **76** (1), S84-S91 [cit. 2022-12-29], ISSN 0165-5876. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.02.010>
- SALIH, Alaaddin M, Musab ALFAKI and Dafalla M ALAM-ELHUDA. Airway foreign bodies: A critical review for a common pediatric emergency. *In World Journal of Emergency Medicine* [online]. 2016, **7**(1), 5-12 [cit. 2022-10-10]. ISSN 1920-8642. Dostupné z: <https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.01.001>
- SARABI, Nasrin a Mahnaz NOSRATABADI. Effectiveness of Video Education on Mothers' Knowledge of Hazard Factors and First Aid Administration in Choking Incidents. *Journal of Comprehensive Pediatrics* [online]. 2022, **13**(2) [cit. 2023-03-25]. ISSN 2251-8150. Dostupné z: <https://doi.org/10.5812/compreped-121420>
- SHIDA, Haruka et. al. Prehospital cardiopulmonary resuscitation duration and neurological outcome after out-of-hospital cardiac arrest among children by location of arrest: a Nationwide cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. [online]. 2019, **27** (29) [cit. 2022-10-10]. ISSN 1757-7241. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0658-7>.
- SCHNITZER, Patricia G. et al. Supervision and risk of unintentional injury in young children. *Injury Prevention* [online]. 2015, **21**(e1), e63-e70 [cit. 2023-04-10]. ISSN 1353-8047. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2013-041128>
- SOLA, Richard et al. Magnet foreign body ingestion: rare occurrence but big consequences. *Journal of Pediatric Surgery* [online]. 2018, **53**(9), 1815-1819 [cit. 2023-05-08]. ISSN 00223468. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.08.013>
- ŠEVČÍK, PAVEL a kol. Intenzivní medicína. Vyd. 3. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-066-0.
- TAJIKI, Iran, Fatemeh VIZESHFAR and Zahra KESHTKARAN. The effect of training program based on health belief model on burn prevention knowledge in mothers of children aged to 1–3 years: A randomized controlled. *In Burns* [online]. 2022, **48** (4), 808-815 [cit. 2022-12-2], ISSN 0305-4179. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.11.001>

TELLIER, Éric et al. Comparison of two infant cardiopulmonary resuscitation techniques explained by phone in a non-health professionals' population: Two-thumbs encircling hand technique vs. two-fingers technique, a randomised crossover study in a simulation environment. *In American Journal of Emergency Medicine* [online]. 2022, **61**, 163-168 [cit. 2022-12-2], ISSN 1532-8171. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.09.012>

THEODOROU, Christina M. et al. Epidemiology of paediatric drowning hospitalisations in the USA: a population-based study. *In Injury Prevention* [online]. 2022, **28**(2), 148-155 [cit. 2023-03-18]. ISSN 1353-8047. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2021-044257>

TOPJIAN, Alexis A. et al. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support. 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *In Circulation* [online]. 2020, **142**(2), S469-S523 [cit. 2022-11-25], ISSN 1524-4539. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>

UEHARA, Ritei et al. Awareness of cardiopulmonary resuscitation among parents of 3-year-old children. *Pediatrics International* [online]. 2018, **60**(9), 869-874 [cit. 2023-04-05]. ISSN 13288067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ped.13649>

UNNI, Purnima et al. Age variability in pediatric injuries from falls. *In American Journal of Emergency Medicine*. [online]. 2012, **30**(8), 1457-1460 [cit. 2022-30-12], ISSN 0735-6757. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.12.001>

ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. Analýza stavu úrazovosti a bezpečnosti detí a mládeže v Slovenskej republike. *Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky*. [online]. 2014-05-30 [cit. 2022-30-12]. Dostupné z: https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=145&Itemid=106

VAN DE VOORDE, Patrick et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*. [online]. 2021, **161**, 327-387 [cit. 2022-11-15], ISSN 0300-9572. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>.

VAN ZOONEN, Eva E. et al. Aetiology of severe burn incidents in children under 5 years of age in the Netherlands: A prospective cohort study. *In Burns* [online]. 2022, **48**(3), 713-722 [cit. 2022-12-2], ISSN 0305-4179. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.06.003>

VIRANI, Salim S. et al. Heart Disease and Stroke Statistics — 2020 Update. A Report From the American Heart Association. *In Circulation*. [online]. 2020, **141**(9) [cit. 2022-11-15], ISSN 1524- 4539. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>

WANI, Javed Iqbal et al. Pediatric first aid, trauma knowledge, and attitude among parents and general population in Aseer region, Southern Saudi Arabia. *In SAGE Open Medicine* [online]. 2022, **10** [cit. 2023-04-05]. ISSN 2050-3121. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/20503121221126762>

WANG, Meixian et al. Social and environmental risk factors for the accidental drowning of children under five in China. *In BMC Public Health* [online]. 2020, **20**(1) [cit. 2023-02-18]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09650-0>

WEI, Yu-Li et al. Self-efficacy of first aid for home accidents among parents with 0- to 4-year-old children at a metropolitan community health center in Taiwan. *In Accident Analysis and Prevention* [online]. 2013, **52**, 182-187 [cit. 2023-03-29]. ISSN 0001-4575. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2012.12.002>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Drowning. *World Health Organization*. [online]. 2021-04-27 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning>

ZIDEMAN, David A. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. *In Resuscitation* [online]. 2021, 161, 327-387 [cit. 2022-12-10], ISSN 0300-9572. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.013>

ZOZNAM SKRATIEK

AED	automatický externý defibrilátor
AHA	Americká kardiologická asociácia (American Heart Association)
ALS	rozšírená kardiopulmonálna resuscitácia (advanced basic life support)
BLS	základná kardiopulmonálna resuscitácia (basic life support)
EKG	elektrokardiografia
ERC	Európska resuscitačná rada (European resuscitation council)
EÚ	Európska únia
IFRC	Medzinárodná federácia Červeného kríža a Červeného polmesiaca (The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies)
KPR	kardiopulmonálna resuscitácia
NTIC	Národné toxikologické informačné centrum
OHCA	zastavenie srdca mimo nemocnice (out of hospital cardiac arrest)
PBLS	pediatrická základná kardiopulmonálna resuscitácia
ROSC	obnovenie spontánneho krvného obehu (return of spontaneous circulation)
SIDS	syndróm náhleho úmrtia dojčat'a (Sudden Infant Death Syndrome)
TFT	two fingers technique
TTT	two thumb technique
USG	ultrasonografia

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 - Stupne popáleninového úrazu.....	24
Tabuľka 2 - Vyhodnotenie správne zodpovedaných otázok zameraných na KPR detí	45
Tabuľka 3 - Vyhodnotenie správnych odpovedí zameraných na prvú pomoc detí.....	45
Tabuľka 4 - Vyhodnotenie vzťahu medzi vzdelaním a úrovňou gramotnosti respondentov	46
Tabuľka 5 - Testovanie normality rozloženia premenných vek a úroveň gramotnosti vo vzorke	47
Tabuľka 6 - Vyhodnotenie vzťahu medzi vekom a úrovňou gramotnosti respondentov	47
Tabuľka 7 - Rozdelenie súboru respondentov podľa počtu detí	48
Tabuľka 8 - Vyhodnotenie vzťahu medzi počtom detí a úrovňou gramotnosti respondentov	48
Tabuľka 9 - Testovanie normality rozloženia skupín vo vzorke podľa profesie.....	49
Tabuľka 10 - Rozdelenie respondentov podľa profesie a dosiahnutého priemerného hrubého skóre podľa profesie a Kruskal-Wallisov test	49
Tabuľka 11 - Porovnanie vzťahu medzi jednotlivými skupinami profesií.....	50
Tabuľka 12 - Testovanie normality rozloženia skupín vo vzorke podľa rodu	51
Tabuľka 13 - Rozdiel v úrovni gramotnosti medzi otcami a matkami.....	51
Tabuľka 14 - Rozdiel v sebahodnotení vlastnej kompetencie rodičov poskytnúť prvú pomoc pri akomkoľvek zranení na základe absolvovania kurzu prvej pomoci	52
Tabuľka 15 - Absolvovanie kurzu prvej pomoci a hodnotenie schopnosti rodičov poskytnúť dieťaťu prvú pomoc.....	53
Tabuľka 16 - Absolvovanie kurzu prvej pomoci podľa miesta účasti.....	53
Tabuľka 17 - Absolvovanie kurzu prvej pomoci zameraného na deti.....	54
Tabuľka 18 - Dôležitosť vzdelávania v oblasti KPR a prvej pomoci dieťaťa.....	54
Tabuľka 19 - Testovanie normality rozloženia skupín vo vzorke podľa absolvovania kurzu prvej pomoci.....	55
Tabuľka 20 - Rozdiel v úrovni gramotnosti rodičov podľa absolvovania kurzu prvej pomoci.....	55

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1 - Spriechodnenie dýchacích ciest polohovaním hlavy do neutrálnej polohy a kompresie hrudníka technikou TFT	38
Obrázok 2 - Kompresie hrudníka technikou TTT	39
Obrázok 3 - Graf rozloženia výskumného súboru podľa vek.....	42
Obrázok 4 - Graf znázorňujúci úroveň gramotnosti rodičov v prvej pomoci a KPR.....	44

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 – Dotazník

Príloha 2 – Súhlasy materských a rodinných centier s realizáciou výskumu

Príloha 3 – Súhlasné stanovisko Etickej komisie FZV Univerzity Palackého

PRÍLOHY

Príloha 1 – Dotazník

Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčaťa a batolaťa.

Dotazník

Vážení rodičia,

som študentkou 2. ročníka magisterského študijného programu Intenzívna starostlivosť v pôrodnej asistencii na Univerzite Palackého v Olomouci a obraciam sa na Vás s prosbou o spoluprácu na výskumnej časti diplomovej práce s názvom Gramotnosť rodičov v prvej pomoci a resuscitácii novorodenca, dojčaťa a batolaťa. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa. Vyplnením dotazníka poskytnete cenné informácie, ktoré sú potrebné na splnenie cieľov diplomovej práce. Vyplnenie dotazníka zaberie približne 15 minút. Dotazník je anonymný, rovnako aj interpretácia získaných výsledkov. Získané informácie budú použité len na účely výskumu. Z účasti na výskume pre Vás nevyplývajú žiadne riziká.

Ďakujem za Váš čas a vyplnenie dotazníka. V prípade akýchkoľvek otázok ma môžete kontaktovať na e-mailovej adrese: mlieckova.ver@gmail.com

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Výskum bol schválený Etickou komisiou FZV UPOL, UPOL - 156790/FZV-2022

Vyplnením tohto dotazníka súhlasíte s účasťou na vyššie popísanom výskume.

Prvá časť dotazníka je zameraná na vedomosti o prvej pomoci a resuscitácii dieťaťa.

1. Ak uvidíte dieťa v bezvedomí (ste sama), aký bude prvý krok ktorý vykonáte?

b. dieťa oslovím a jemne potrasím za ramená, či reaguje

c. zavolám rýchlu záchranú službu

d. pokropím tvár dieťaťa troškou vody, aby som ho prebudila

2. Akým spôsobom zistíte, či dieťa dýcha?

- a. uvoľním dýchacie cesty a sledujem prítomnosť dýchania priblížením ucha k ústam a nosu dieťaťa, pričom sledujem dýchanie zrakom, sluchom a na líci cítim vydychovaný vzduch.
- b. položím dlaň na hrudník dieťaťa a sledujem či sa s dýchaním dieťaťa dvíha aj ruka
- c. priložím dlaň nad ústa a nos dieťaťa a sledujem, či dýcha

3. Dýchacie cesty dieťaťa spriechodníte:

- a. do neutrálnej polohy uložíť hlavu dieťaťa, ktoré je staršie ako jeden rok, dieťaťu mladšiemu ako jeden rok mierne zakloním hlavu
- b. mierne zakloním hlavu dieťaťa dozadu bez ohľadu na jeho vek
- c. uložením hlavy dojčťa (dieťa do 1. roka) do neutrálnej polohy, dieťaťu staršiemu ako jeden rok, mierne zakloním hlavu dozadu

4. Pred zahájením kompresí hrudníka je potrebné:

- a. zavolať záchrannú zdravotnú službu
- b. uvoľniť dýchacie cesty dieťaťa a previesť 5 iniciálnych vdychov
- c. skontrolovať pulz

5. Správne vykonanie kompresí hrudníka (dieťa mladšie ako 1 rok):

- a. 100-120 stlačení za minútu. Dvoma rukami držím dieťa okolo hrudníka a palcami uloženými na sebe na dolnej polovici hrudnej kosti vykonávam kompresie do 1/3 hĺbky hrudníka. Ak vykonávam KPR sám/sama, položím ukazovák a prostredník no dolnú polovicu hrudnej kosti.
- b. 100-120 stlačení za minútu. Kompresie vykonávam jednou rukou do 1/3 hĺbky hrudníka.
- c. 60 stlačení za minútu. Dvoma rukami držím dieťa okolo hrudníka a palcami uloženými na sebe na dolnej polovici hrudnej kosti vykonávam kompresie do 1/3 hĺbky hrudníka. Ak vykonávam KPR sama položím ukazovák a prostredník no dolnú polovicu hrudnej kosti.

6. Správne vykonanie kompresí hrudníka (dieťa staršie ako 1 rok):

- a. stláčam hrudník dvoma prstami (ukazovák, prostredník)
- b. stláčam hrudník jednou alebo dvoma rukami
- c. stláčam hrudník tromi prstami (ukazovák, prostredník, prstenník)

7. Aký je správny pomer stlačení hrudníka ku vdychom počas kardiopulmonálnej resuscitácie?

- a. 30 : 2
- b. 15 : 2
- c. 30 : 1

8. Ste svedkami dusenia dieťaťa a kúskom hračky, ktoré je mladšie ako jeden rok. Je pri vedomí, nie je schopné rozprávať a plakať, kašeľ začína byť nedostatočný a tichší. Čo by ste mali urobiť?

- a. otočím dieťa hore nohami a snažím sa z neho vytriasť cudzí predmet
- b. pokúsím sa prstami vytiahnuť cudzie teleso, aj keď ho nevidím
- c. položím dieťa dolu tvárou na stehno a zahájim 5 úderov na chrbát. Ak sa cudzie teleso neuvolní, položím si dieťa chrbtom na stehno a vykonám 5 stlačení hrudníka. Opakujem pokiaľ je dieťa pri vedomí.

9. Dieťa staršie ako 1 rok sa začalo dusiť potom, čo si do úst vložilo malý predmet. Efektívne kašeľ a môže rozprávať. Ako by ste postupovali?

- a. Povzbudzoval/a by som dieťa v kašli
- b. Vykonal/a by som 5 úderov na chrbát a Heimlichov hmat - otočím dieťa chrbtom k sebe, objímam ho rukami okolo hornej časti brucha, ruku zatvorím v pästi, druhou rukou chytím zatvorenú päsť a v mieste nad pupkom a pod oblúkom rebier 5-krát silno stlačím dnu smerom hore.
- c. ponúknem dieťaťu pohár vody

10. Ak dieťa (bez ohľadu na vek) pri dusení sa cudzím predmetom stratí vedomie:

- a. pokúsím sa prstami vytiahnuť cudzie teleso, aj keď ho nevidím
- b. pokračujem v snahe odstrániť cudzí predmet z dýchacích ciest (úderov na chrbát, Heimlichov hmat)
- c. zahájim kardiopulmonálnu resuscitáciu

11. Ako postupovať v prípade popálenia alebo obarenia dieťaťa?

a. vyzliecť zasiahnuté oblečenie (ak nie je pripálené ku koži), chladiť popáleninu vodou 20 minút, udržiavať dieťa v teple ako prevenciu proti podchladeniu, následne prekryť čistou látkou alebo obvazom a vyhľadať lekársku pomoc

b. vyzliecť zasiahnuté oblečenie a chladiť popáleninu ľadom 10 minút, udržiavať dieťa v teple ako prevenciu proti podchladeniu, prekryť popálené miesto čistou látkou alebo obvazom a vyhľadať lekársku pomoc

c. vyzliecť zasiahnuté oblečenie (ak nie je pripálené ku koži), popáleninu je potrebné potrieť masťou na popáleniny, prekryť čistou látkou alebo obvazom a vyhľadať lekársku pomoc

12. Ak je popálenina umiestnená na tvári, genitáliách, rukách, chodidlách, mali by ste:

a. odstrániť oblečenie, ktoré je prichytené na popálenine

b. okamžite naniesť na popáleninu masť, ktorá je na to určená

c. zabezpečiť dieťaťu lekársku starostlivosť

13. Ak by vaše dieťa skonzumovalo, chemikáliu alebo lieky, ale nemalo by žiadne akútne príznaky, kde by ste sa poradili o ďalšom postupe ?

a. Národné toxikologické informačné centrum

b. Záchranná zdravotná služba

c. Všeobecný lekár pre deti a dorast

14. Čo by ste urobili ako prvý krok, ak by sa vášmu dieťaťu do očí dostala chemikália ?

a. išiel/išla by som do nemocnice

b. vyplachoval/a by som oči prúdom vody

c. prekryla/a by som oči čistým obvazom

15. Ako postupovať v prípade, že vaše dieťa prehltnulo cudzie teleso ?

a. pokúsiť sa, aby dieťa cudzie teleso vyvrátilo

b. pozorovať dieťa v domácom prostredí

c. ísť do nemocnice

16. Ako postupovať ak máte podozrenie na zlomenú končatinu?

a. dať končatinu do dlahy

- b. snažiť sa nehýbať s postihnutou končatinou a vyhľadáť lekársku pomoc
- c. chladiť končatinu ľadom

17. Ako by ste zastavili krvácanie z nosa?

- a. zaklonila by som hlavu dieťaťa dozadu
- b. vyprázdnila by som dieťaťu nos, až pokiaľ sa krvácanie nezastaví
- c. stlačila by som mäkké časti nosa

18. Telefónne číslo zdravotnej záchrannej služby je:

- a. 158
- b. 155
- c. 150

19. Ste svedkom, že dieťa sa topí a po vytiahnutí z vody nedýcha, ako by ste postupovali?

- a. zahájim kardiopulmonálnu resuscitáciu
- b. položím dieťa na chrbát a stláčam brucho s cieľom vytlačiť vodu z pľúc
- c. uložím dieťa na ľavý bok

20. Prvý krok, ktorý urobíte pri vonkajšom krvácaní dieťaťa:

- a. zatlačím na krvácajúcu ranu
- b. prekryjem ranu obvazom
- c. priložím ľad

V druhej časti dotazníka nás zaujíma Váš postoj k prvej pomoci, informáciám a kurzom prvej pomoci.

21. Vaším zdrojom informácií o prvej pomoci dieťaťa je (viac možností)

- a. Internet
- b. knihy
- c. zdravotnícky pracovník (lekár, sestra, pôrodná asistentka)
- d. televízor
- e. noviny, časopisy
- f. nevyhľadávam informácie

22. Absolvovali ste kurz prvej pomoci a KPR?

a. Áno

b. Nie

23. Ak áno, kde a kedy ste kurz absolvovali?

24. Bola súčasťou kurzu prvej pomoci a KPR aj prvá pomoc a KPR detí?

a. Áno

b. Nie

25. Zúčastnili ste sa kurzu prvej pomoci a KPR zameraného len pre deti?

a. Áno

b. Nie

26. Ak áno, kde a kedy ste kurz absolvovali?

27. Ak ste sa nezúčastnili kurzu prvej pomoci zameraného pre deti, mali by ste záujem o absolvovanie kurzu?

a. Áno

b. Nie

28. Myslíte si, že je potrebné vzdelávať sa v prvej pomoci a KPR dieťaťa?

1. úplne súhlasím

2. skôr súhlasím

3. neviem

4. skôr nesúhlasím

5. úplne nesúhlasím

29. Myslíte si, že ste schopná/ý poskytnúť vášmu dieťaťu prvú pomoc v prípade akéhokoľvek zranenia?

1. áno

2. skôr áno

3. neviem

4. skôr nie

5. nie

30. Využili by ste skúsenosti v kardiopulmonálnej resuscitácii v prípade dusenia alebo zástavy dýchania a obehu vášho dieťaťa? (ak sa zúčastnili kurzu prvej pomoci)

1. áno

2. skôr áno

3. neviem

4. skôr nie

5. nie

31. Ak by ste tak neurobili alebo skôr neurobili, prečo?

a. nedostatok sebavedomia

b. strach, že ešte viac ublížim dieťaťu

c. dostatočne rýchlo by som ho transportoval/a do nemocnice, kde mu zdravotníci pomôžu

V poslednej časti dotazníka Vás prosíme o vyplnenie sociodemografických údajov.

32. Pohlavie:

a. Žena

b. Muž

33. Aký je váš vek?

34. Najvyšší dosiahnutý stupeň vzdelania

a. vysoká škola

b. stredná škola s maturitou

c. stredná škola bez maturity

d. základná škola

35. Zamestnanie:

a. zamestnaný/á (pracovná zmluva, dohoda o vykonaní práce, materská dovolenka)

b. osoba samostatne zárobkovo činná

c. nezamestnaný/á

36. Profesia:

- a. zdravotník (vrátane študentov)
- b. učiteľ v MŠ
- c. učiteľ ZŠ, SŠ, VŠ
- d. iná

37. Stav

- a. vydatá/ý
- b. slobodná/ý
- c. rozvedená/ý

38. Bývate v:

- a. Meste
- b. Dedine

39. Koľko máte detí ?

40. Vek najmladšieho dieťaťa:

Príloha 2 - Súhlasy materských a rodinných centier s realizáciou výskumu

Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830

študentka, 1. ročník, Fakulta zdravotníckých vied Univerzity Palackého v Olomouci, odbor

Intenzívna starostlivosť v pôrodnej asistencii

Materské centrum Mamina

Tatranská 10

974 11 Banská Bystrica

V Likavke dňa 1.7.2022


Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Materské centrum Mamina o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčat'a a batol'aťa“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribuujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko materského centra:

Schvaľujeme použitie dotazníkov v rámci diplomovej práce.
čitateľka: Gabanová  MC Mamina

Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830

študentka, 1. ročník, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, odbor
Intenzivna starostlivosť v pôrodnej asistencii

Materské centrum Vánok
gen. M. R. Štefánika 1558/8
901 01 Malacky

V Likavke dňa 1.7.2022

Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Materské centrum Vánok o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčaťa a batolaťa“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribuujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko materského centra:

SÚHLASIM

LEŇKA POKOROVÁ - ŠTATUTÁRNÝ ZÁSTUPCA



Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830

študentka, 1. ročník, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, odbor

Intenzivna starostlivosť v pôrodnej asistencii

Rodinné centrum Izbička

Za Jordánom 33

036 01 Martin

V Likavke dňa 1.7.2022

Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Rodinné centrum Izbička o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčaťa a batoľaťa“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribuujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko rodinného centra:

Súhlasim s použitím dotazníkov na účely diplomovej práce

Be

Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830

študentka, 1. ročník, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, odbor

Intenzivní starostlivost v pôrodnej asistencii

Rodinné centrum Drobčák

Severná 153/24

Námestovo 029 01

V Likavke dňa 1.7.2022

Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Rodinné centrum Drobčák o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčaťa a batoľaťa“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribuujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko rodinného centra:

Rodinné centrum Drobčák
Severná 153/24, 029 01 Námestovo
IČO: 42066867 IČZ: 2022763228

SÚHLASÍME S PRIESKUMOM

[Podpis]

Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830
študentka, 1. ročník, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, odbor
Intenzivna starostlivosť v pôrodnej asistencii

Rodinné centrum Prešporkovo
Heydukova 25
811 08 Bratislava – Staré mesto

V Likavke dňa 1.7.2022

Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Rodinné centrum Prešporkovo o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčat'a a batola'a“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťa'a a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribuujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

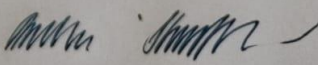
Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko rodinného centra:

RC Prešporkovo udeľuje súhlas pani Veronike Mliečkovej, študentke odboru Intenzivna starostlivosť v pôrodnej asistencii na Univerzite Palackého v Olomouci na umiestnenie plagátu s jedinečným QR kódom v priestoroch RC Prešporkovo, pre účely Diplomovej práce so zameraním na výskum v oblasti: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčat'a a batola'a“

V Bratislave 20.07.2022


Mgr. et Mgr. Barbara Krištofiková (v zastúpení)

Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830

**študentka, 1. ročník, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, odbor
Intenzivní starostlivost v porodní asistenci**

Materské centrum Včielka

Základná škola Rozkvet 2047

017 01 Považská Bystrica

V Likavke dňa 1.7.2022

Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Materské centrum Včielka o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčatá a batolata“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribuujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko materského centra:

Súhlasíme s použitím dotazníkov v Materskom centre Včielka, na účely diplomovej práce.

Materské centrum
VČIELKA
Považská Bystrica
IČO: 36 128 329
S. Štefániková

Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830

študentka, 1. ročník, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, odbor

Intenzivna starostlivosť v pôrodnej asistencii

Materské centrum Levík

Ružová 1637

010 01 Žilina

V Likavke dňa 1.7.2022

Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Materské centrum Levík o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčaťa a batoláťa“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko materského centra:

.....*Súhlasim*..... *Mgr. Martin Ferleták* *Krúžkovosť* *Levík*.....

Veronika Mliečková, 393, Likavka, 034 95, tel. č. +421948156830

študentka, I. ročník, Fakulta zdravotníckých vied Univerzity Palackého v Olomouci, odbor
Intenzívna starostlivosť v pôrodnej asistencii

Rodinné centrum Bambuľkovo

Športová 490/18

924 01 Galanta

V Likavke dňa 1.7.2022

Vec: Žiadosť o schválenie použitia dotazníkov v rámci diplomovej práce

Dovoľujem si požiadať Rodinné centrum Bambuľkovo o schválenie realizácie dotazníkového prieskumu na účely diplomovej práce s názvom: „Gramotnosť rodičov v resuscitácii a prvej pomoci novorodenca, dojčaťa a batolaťa“. Cieľom diplomovej práce je zistiť úroveň vedomostí a sebadôvery rodičov v resuscitácii a prvej pomoci dieťaťa a prieskum najčastejšie využívaných informačných zdrojov. Dotazník pozostáva z 29 otázok zameraných na informovanosť a 9 sociodemografických otázok. Zber dát by prebiehal prostredníctvom online dotazníka, ktorý materské centrá distribuujú svojim členom. V prípade, ak materské centrum nemá databázu e-mailov svojich členiek/členov, do daného centra by bol umiestnený informačný plagát s QR kódom, prostredníctvom ktorého respondentky/respondenti budú môcť vyplniť online dotazník. V rámci zberu dát by bola zaručená plná anonymita a údaje by boli použité len na účely diplomovej práce.

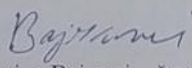
Za vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom Bc. Veronika Mliečková

Stanovisko rodinného centra:

Rodinné centrum Bambuľkovo udeľuje súhlas s realizáciou výskumu.

V Galante dňa 22.7. 2022


Martina Bajrami – štatutárny zástupca

Príloha 3 - Súhlasné stanovisko Etickej komisie FZV Univerzity Palackého



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 156790/FZV-2022

Vážená paní
Bc. Veronika Mliečková

2022-07-29

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Gramotnost rodičů v resuscitaci a prvej pomoci novorodenca, dojčat' a batol'at'a**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc