

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Socioekonomický status rodičů dětí hospitalizovaných na dětském
oddělení z důvodu úrazu**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Doc. Ing. Lucie Kozlová, PhD.

Autor:
Bc. Jana Mikešová, DiS.

Abstract

Accidents pose a significant problem of public health care systems. According to statistical data more than five million people die of accident injuries worldwide. Currently, the accident issue has enjoyed a special attention. Injuries of children are considered the most severe enemy and at the same time the most frequent death cause in children and young adults and the third most frequent cause of death in the population as a whole. In the Czech Republic, accident injuries result in 300 child deaths and 3000 permanently handicapped in a year.

In my diploma work I have focussed on accidents at an early age, which currently occur more and more frequently. My research has dealt with children who tend to be prone to accident risks. The objective of my paper has been to monitor the circumstances of child accidents in the course of the calendar year 2010 in children staying in the paediatric ward and to find out whether the socio-economic status of a particular family has an impact on the accident circumstances. The theoretical section of my work contains a description of the individual accidents which are typical for the population of children and the practical section consists of an evaluation of statistical data, which I have collected using secondary data analysis and case studies of children staying at hospital as well as a questionnaire interview of parents.

The quantitative research shows that the most frequent cause of a hospital stay of patients in the Paediatric Ward of the Český Krumlov Hospital in the course of 2010, as a result of an accident, were falls, fractures, contusions without head injury, the second most frequent cause of a hospital stay were head and brain injuries, the third place was occupied by injuries of the body surface (wounds, skin abrasions, bruises). It has been found that the most frequent accident occurrence circumstances are connected with children's play without the supervision of their parents, then accidents occurring in relationship with sports activities and finally traffic accidents (bikers and in-line skaters). Based on testing the hypotheses, the research has further shown that the socio-economic factors or

the family status tend to have an impact on the circumstance under which the accident happened.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Socioekonomický status rodičů dětí hospitalizovaných na dětském oddělení z důvodu úrazu“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 23. 05. 2011

.....
Bc. Jana Mikešová, DiS.

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí práce, paní Doc. Ing. Lucii Kozlové, PhD., za odborné vedení, cenné rady a pomoc při psaní této práce, za její ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat odbornému konzultantovi primáři dětského a novorozeneckého oddělení MUDr. Janu Eliáškoví za poskytnutí důležitých informací, cenných rad a praktických zkušeností při přípravě této práce.

Obsah:

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Definice úrazu	9
1.2 Následky úrazu	10
1.3 Mechanismus vzniku úrazu	10
1.3.1 <i>Hostitel</i>	11
1.3.2 <i>Činitel</i>	11
1.3.3 <i>Přenašeč</i>	11
1.3.4 <i>Prostředí</i>	11
1.4 Dělení úrazů	11
1.4.1 <i>Úmyslné a neúmyslné</i>	11
1.4.2 <i>Neurčitý úmysl</i>	12
1.4.3 <i>Místo vzniku úrazu</i>	12
1.5 Klasifikace úrazů	12
1.5.1 <i>Dopravní úrazy</i>	12
1.5.2 <i>Pády</i>	15
1.5.3 <i>Tepelná poranění</i>	15
1.5.4 <i>Otravy</i>	17
1.5.5 <i>Poranění zvířaty</i>	21
1.5.6 <i>Tonutí</i>	23
1.5.7 <i>Úrazy elektrický proudem</i>	23
1.6 Prevence úrazů	24
1.6.1 <i>Druhy prevence</i>	24
1.6.2 <i>Prevence úrazů v ČR</i>	25
1.7 Rizikové faktory úrazu	28
1.7.1 <i>Pohlaví dítěte</i>	28
1.7.2 <i>Věk dítěte</i>	28
1.7.3 <i>Socioekonomický status rodiny</i>	29
1.7.4 <i>Socioekonomické faktory ovlivňující vznik úrazu</i>	31

1.8	Rizika spojená s úrazem	32
1.8.1	<i>Rizikové chování</i>	32
1.8.2	<i>Rizikové aktivity</i>	32
1.8.3	<i>Prevence rizikového chování</i>	33
1.9	Právní odpovědnost v rámci úrazové problematiky	33
2	Cíl práce a hypotézy	34
2.1	Cíl práce	34
2.2	Hypotézy	34
3	Metodika výzkumu	35
3.1	Metodika práce	35
3.2	Charakteristika souboru	35
3.3	Zpracování výzkumného šetření	35
4	Výsledky	37
5	Diskuze	62
6	Závěr	66
7	Seznam použitých zdrojů a literatury	68
8	Klíčová slova	73
9	Přílohy	74

Úvod

Téma diplomové práce, která je věnována dětským úrazům, jsem si vybrala vzhledem k tomu, že s problematikou úrazů se stále setkávám v rámci výkonu mé profese zdravotní sestry a také proto, že úrazy jsou celospolečenským problémem a jedná se o problematiku skutečně zdravotně sociální.

V dnešním světě se denně setkáváme s mnoha riziky, které ohrožují naše zdraví. Často opomíjené nebezpečí, které ohrožuje náš zdravotní stav a život, je riziko vzniku úrazu.

Každý úraz má své příčiny a nestává se náhodou, vždy mu předchází riziková situace, kterou můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Epidemiologický charakter úrazovosti z ní činí veřejně zdravotnický problém, jehož ovlivnění prostřednictvím prevence může výrazně změnit délku a kvalitu života, ekonomickou zátěž zdravotnického systému i stav veřejného zdraví. Podílí se na počtu hospitalizovaných i ambulantně ošetřených dětí, což stojí naši společnost nemalé finanční náklady. Podle mého názoru je většina úrazů dětí způsobena podceňováním rizik, které na dítě v jeho okolí číhají. Jistě by nebylo správné domnívat se, že neustalý dohled je jediný způsob jak se vyhnout jejich úrazům. Na prevenci dětských úrazů by se měla velkým dílem, rovněž podílet účinná edukace těchto dětí o hrozících nebezpečích.

Cílem práce je zmapovat úrazovost dětí, které byly hospitalizovány na dětském oddělení nemocnice v Českém Krumlově a zjistit zdali socioekonomický status rodiny má vliv na okolnosti úrazu.

1 Současný stav

Úrazy patří celosvětově mezi hlavní příčiny úmrtí, hospitalizace a invalidizace lidí, představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém. Ve světě umírá ročně na následky úrazu více než pět milionu lidí. Podíl úmrtí v důsledku úrazu vzrostl za posledních 25 let z 25 % na 37 %. Do roku 2020 se očekává nárůst úmrtí lidí na následky úrazu o 2,6 milionu lidí (49).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou úrazy považovány za největší zdravotnický problém dětského věku. Úrazy patří mezi hlavní příčiny úmrtí dětí starších jednoho roku na celém světě. Každý rok podle statistických údajů zemře z důvodu úrazu více než 875 000 dětí a mladistvých do věku 18 let (57).

Ročně umírá ve světě na následky úrazu více než pět milionu lidí. Podíl úmrtí v důsledku úrazu vzrostl za posledních 25 let z 25 % na 37 %. Do roku 2020 se očekává nárůst úmrtí lidí na následky úrazu o 2,6 milionu lidí. Více než deset milionů dětí je ročně hospitalizováno pro úraz, mnoho z těchto dětí má dlouhodobé či trvalé následky. Úmrtnost dětí v důsledku úrazu jsou dvakrát častější než úmrtí v důsledku zhoubných nádorů a osmkrát častější než úmrtí související s poškozením dýchacího ústrojí (49).

1.1 Definice úrazu

Úraz je tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli poškozeného náhlým a násilným působením zevních sil (36).

Úraz je definován jako náhle vzniklá a neočekávaná příhoda, která může mít za následek úmrtí nebo těžké poranění s dlouhodobými následky, či je definován také jako poškození zdraví, které vzniká většinou náhle, působením vnější síly, která přesahuje svojí intenzitou adaptací možnosti lidského organismu (45).

Úrazy patří k hlavním příčinám dětské úmrtnosti i nemocnosti, a to ve všech průmyslově vyspělých zemích. Problematice dětské úrazovosti je věnována zvýšená

pozornost nejenom vzhledem k jejich narůstajícímu počtu, ale i k závažnosti rizika, které tato zranění představují (56).

V důsledku stoupající úrazovosti Světová zdravotnická organizace (WHO) apelovala na politiky jednotlivých států, aby zapracování prevence úrazů do národních opatření věnovali zvýšenou pozornost. Zvyšující se mortalita a morbidita v důsledku úrazů není otázkou pouze dospělé populace obyvatelstva. Postihuje především populaci dětskou a to bez ohledu na to, zda se jedná o země rozvojové či vyspělé. Organizace spojených národů (OSN) stanoví, že dítě má právo na nejvyšší dosažitelné zdraví a bezpečné prostředí (55).

1.2 Následky úrazu

Většina z nás zná lehčí úrazy jako odřeniny, drobné říznutí či lehké zlomeniny a následky s tím spojené, obvykle se nic závažného nestane, zranění je bez komplikací a rychle se zahojí. Taková je sice velká část úrazů, ale bohužel stává se i mnoho vážných úrazů, které končí trvalými následky nebo smrtí dítěte. Takové úrazy s sebou nesou nedozírné následky pro dítě a jeho rodinu i pro celou společnost (14).

1.3 Mechanismus vzniku úrazu

Úrazy vznikají spolupůsobením čtyř faktorů:

1.3.1 Hostitel

Dítě postižené úrazem má řadu vlastností, které jej predisponují k určitým druhům úrazů. Záleží na věku dítěte, pohlaví, vzdělání, schopnostech, fyzické zdatnosti, psychickém stavu, užívání alkoholu a drog, rizikovém chování. Stupeň psychomotorického vývoje zásadním způsobem ovlivňuje riziko úrazu. V různých věkových skupinách se setkáváme s typickými úrazy pro dané období. Sociální statut rodiny má vliv na počet i druh úrazů (21).

1.3.2 Činitel

Dochází k přenosu abnormálního množství energie např. mechanické, tepelné, chemické, elektrické, radiační. Působící energie úrazu ovlivňuje epidemiologii úrazovosti, proto jsou pády nejčastější příčinou úrazu dětí (21).

1.3.3 Přenašeč

Vektor tj. dítě, věc působí svojí silou, přenáší energii anebo zabraňuje přenosu. Design výrobků může zásadním způsobem ovlivnit přenos energie (air-bag v autě, cyklistická přilba, rychlovarná konvice atd.) (21).

1.3.4 Prostředí

Ovlivňuje úrazovost, protože jeho změna je obvykle časově i finančně náročná, bývá často bezpečnost prostředí nahrazována jiným preventivním zásahem. Jde obvykle o výchovu k bezpečnému chování a zvládnání rizikových situací. U dětí zůstává bezpečné prostředí nejúčinnější ochranou před úrazem. Faktory prostředí dělíme do dvou kategorií, sociálně-ekonomické (akceptace požití alkoholu, užívání drog, socioekonomické faktory) a fyzikální (místo úrazu, počasí, teplota, denní doba, roční období, rizikové prostředí) (21).

1.4 Dělení úrazů

1.4.1 Úmyslné a neúmyslné

Úrazy se dělí dle úmyslu na neúmyslné a úmyslné. Neúmyslné úrazy se podílejí na většině úmrtí v důsledku úrazu. Úmyslné úrazy u dětí jsou úrazy vzniklé záměrným sebepoškozením nebo jako poškození zdraví druhou osobou. Úmyslné sebepoškození dětí do 5 let věku se považuje za úraz neúmyslný. Studie uvádějí, že zhruba 7-27 % úmrtí z údajných neúmyslných úrazů malých dětí je ve skutečnosti důsledkem týrání anebo zanedbávání péče (32).

Na úmrtí se ve většině případů podílejí úrazy neúmyslné. Příkladem toho mohou být otravy a pády. Naopak úrazy úmyslné vznikají tehdy, když se někdo pokusí záměrně ublížit druhému (18).

1.4.2 Neurčitý úmysl

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí jsou pod tuto skupinu řazeny úrazy, u kterých je obtížné posoudit, zda úraz vznikl úmyslně či neúmyslně (34).

1.4.3 Místo vzniku úrazu

Dle místa vzniku úrazu jsou rozlišovány nejčastější typy úrazů jako např. úrazy vzniklé v domácím prostředí, ve školském zařízení, v rámci sportovních aktivit, při dopravní nehodě na silnici, při pohybu na ulici apod.

1.5 Klasifikace úrazů podle okolností vzniku

Dle údajů Světové zdravotnické organizace je úmrtnost dětí na úrazy z hlediska mechanismu úrazového děje takováto - dopravní úrazy 26 %, tonutí 17 %, popáleniny 9 %, sebepoškození 8 %, násilí 8 %, pády 5 %, otravy 4 %, ostatní 23 % (33).

Některé studie uvádějí, že úmrtnost dětí ve věku 0-19 let na úrazy je častější u chlapců než u dívek, s výjimkou termických úrazů, které jsou častější u dívek a s výjimkou otrav a sebepoškození, které jsou stejně četné jak u chlapců tak i u dívek (56).

1.5.1 Dopravní úrazy

Ročně je přibližně dva miliony dopravních nehod, z toho 65 % ve městech (více než 1,3 milionu). Každý třetí zemřelý na dopravní úraz je chodec nebo cyklista (44).

Vážné zranění, které je způsobené dopravní nehodou, postihne každoročně více než 4 000 dětí. Přibližně čtyřicet z nich na následky dopravní nehody umírá.

V České republice z lékařských výzkumů vyplývá, že dopravní úrazy se svými 44 % řadí k nejčastějším příčinám újmy na zdraví dětí do 15 let (5).

Mezi nejvíce efektivní preventivní opatření dopravních úrazů patří především kontrola povolené rychlosti, užívání bezpečnostních pásů a dětských autosedaček, kontrola požití alkoholu před jízdou, užívání ochranných helem, viditelnost, budování cyklostezek a pěších zón, bezpečné vozovky, dostupnost rychlé a vysoce kvalitní zdravotní péče, vzdělávání, informovanost. (45)

Některé mechanismy vzniku úrazu jsou typické. U dvoustopých vozidel jsou to poranění hlavy nárazem na přední část interiéru vozidla, poranění hrudníku nárazem na volant, poranění dolních končetin nárazem na přístrojovou desku. Zde dochází často k poranění kolena, stehna, kyčle a pánve (36).

Bezpečnost automobilů zajišťují konstrukční prvky pasivní ochrany. Jsou to tzv. deformační zóny karosérie, ochranné rámy, hlavové opěrky a především bezpečnostní pásy a air-bagy. Nošení bezpečnostních přileb je povinné. Mělo by být samozřejmostí rovněž i u cyklistů, integrované přilby u motocyklistů jsou z hlediska bezpečnostního užitečné, avšak jejich uvolňování u bezvědomého pacienta může být pro laika komplikované. (36)

Úrazy chodců

Nejvíce úrazů v dopravě vzniká při přecházení ulice. Dítě uvažuje jinak než dospělý a nedokáže správně odhadnout vzdálenost a rychlost auta. Bezpečnost chodců může být zvýšena některými opatřeními jako jsou např. omezením rychlosti, retardéry, speciálním osvětlením přechodů, přítomností strážníka na přechodu v blízkosti školy, oděvy, obuvi nebo taškou do školy s reflexními prvky. (52)

Obvykle se jedná o zranění mnohočetná. Zaviněná jednak přejetím, ale častěji odmrštěním a následným pádem. Pád může proběhnout ve dvou fázích, a to na karosérii vozidla a potom teprve na vozovku. Velký podíl zraněných chodců tvoří staří lidé, kteří se při přecházení vozovky špatně orientují v hustém dopravním provozu.

Tragické jsou úrazy dětí při nepozorném přebíhání vozovek a při hrách v okolí komunikací (36).

Úrazy spolujezdců

Úrazy dětí jako spolujezdců v autě mohou více než děti samotné ovlivnit především rodiče. Velmi často dochází kvůli lhostejnosti nebo pohodlnosti rodičů k těžkým úrazům jejich dětí. Při jízdě autem je důležité, aby děti seděly klidně, nikam nepřelézaly, nestály mezi předními sedadly a ani nerušily řidiče. Důležitá je i bezpečná jízda řidiče. Měl by během delší cesty dodržovat vhodné přestávky, kdy se zmírní únava a předejde se nebezpečnému mikrospánku.(52)

Úrazy cyklistů

Na silnicích Evropské unie každoročně umírá bezmála 3 000 cyklistů a 139 000 je zraněno. Statistika úrazů cyklistů jasně vykazuje, že převládají úrazy hlavy. Zranění hlavy způsobuje 75 % všech úmrtí cyklistů. Riziko úrazů hlavy vznikající v souvislosti s cyklistikou lze minimalizovat nošením cyklistické přilby. Pokud mají cyklisté kvalitní přilbu, hrozí jim až osmkrát menší riziko, že utrpí vážné poranění mozku, než když ji nemají. Cyklistická helma snižuje riziko úrazu hlavy o 85 %, riziko úrazu tváře a očí o 65 % a zranění mozku u 90 % pádů. Základním pravidlem bezpečnosti na silnicích je moto „Vidět a být viděn“. Vzdálenost, na kterou řidič v noci či za snížené viditelnosti vidí chodce pokud má na sobě oblečení těchto barev je u barvy modré 18m, červené 24m, 37 m u žluté, 55 m u bílé, 200 m u reflexních materiálů. Při rychlosti 75 km/h potřebuje řidič nejméně 31 metrů tj. 1,5 sekundy na to, aby si uvědomil nebezpečí a odpovídajícím způsobem reagoval. Pouze s reflexními materiály mu chodci a cyklisté dávají dostatek času (6).

Jízda na kole za snížené viditelnosti je velkým hazardem, proto je důležité aby cyklisté dbali na dostatečné vybavení kola osvětlením a používali bezpečnostní přilby (36).

1.5.2 *Pády*

Pády jsou častou příčinou smrtelných úrazů dětí a také nejčastější příčinou poranění, se kterými se v dětských úrazových ambulancích setkávají lékaři. Nejčastějšími následky pádů jsou krvácející rány, zlomeniny kostí nebo poranění kloubů a otřesy mozku.(52)

Patří celosvětově mezi deset nejčastějších příčin onemocnění u dětí, a to zvláště ve věku 1-4 let a 5-9 let . Nejčastějšími pády u dětí jsou pády ze stromu, stěny, skály, budovy např. oken, střechy, schodu, nábytku, žebříku a lešení (1).

Následky do 1 roku věku nebývají většinou tak závažné, jako následky pádu u starších dětí. To je způsobeno tím, že malé děti většinou padají z menších výšek např. nejčastěji z postele (2).

Prevencí pádů je především dozor nad malými dětmi v bezprostřední blízkosti oken, balkónu, schodů, studen a septiků. Studny a septiky je vhodné zajistit tak, aby do nich děti nemohly propadnout. (23)

Strategie a politika zaměřená na prevenci úrazů způsobených pádem by měla být zaměřena na všechny rizikové faktory a věkové kategorie dětí, zvláště však na předškolní věk. Pády v domácím prostředí např. vzděláváním rodičů v prevenci úrazu dětí způsobených pády a to návštěvou domácností. Pády z oken např. opatřování oken bezpečnostními zářádkami. Pády na hřištích implementací standardu bezpečných hřišť a pravidelné kontroly hřišť, kryt plochy měkkými povrchy, snižovat výšku vybavení hřišť a hlavně dohled nad dětmi. Vzdělávání rodičů o nevhodnosti užívání chodítek, ochrana schodiště bariérami, standardy na chodítka, případné užívání chodítek pouze krátkodobé a pod dohledem. Správný dohled (pozornost–blízkost–trvalost neboli attention-proximity-continuity) je nejlepším faktorem zamezujícím úrazu dětí. (1)

1.5.3 *Tepelná poranění*

Mezi tepelná poranění, které mohou nastat u dítěte, se řadí úžeh, úpal, omrzliny, opařeniny a popáleniny. (17)

Mezi nejúčinnější preventivní opatření patří opatření zákonného charakteru např. stavebně technická opatření, dále opatření zabezpečující bezpečné výrobky a prostředí (detektory kouře, regulace horké vody, bezpečnostní standardy na zapalovače atd.), vzdělávání, preventivní návštěvy domácností, náležitý dohled nad dětmi, vyšší sociální status rodiny, poskytnutí první pomoci, dostupnost vysoce kvalitní zdravotní péče (15).

Úžeh

Úžeh vzniká jako přímé přehřátí organismu, např. při pobytu na slunci, následkem nadměrného pocení při nedostatečném příjmu tekutin a solí. Známkami úžehu jsou únava, bolest hlavy, bledost, slabost, malátnost, pocit na zvracení, rychlé, povrchní dýchání, rychlý pulz .(17)

V tomto případě je důležité dítě uložit do stínu, podávat mu chladné tekutiny a studené zábaly na tělo. Pokud tělesná teplota klesne pod 38°C, zábaly se mohou ukončit (51).

Úpal

Úpal vzniká ztrátou tekutin v dusném, nevětraném prostředí. Příznaky jsou obdobné jako u úžehu. Teplota bývá obvykle jen do 38,5oC. Dítě má žízeň, bolesti hlavy, rychlý pulz, zvrací, je unavené, slabé až apatické. Léčba je stejná jako při úžehu.(17)

Popáleniny a opařeniny

Třetí nejčastější příčinu úmrtí tvoří popáleniny a opařeniny.

Popáleniny a opařeniny jsou poranění pokožky nebo podkožních tkání a jsou vyvolány působením nadměrné tepelné energie nebo zásahem elektrickým proudem. Podle závažnosti se rozlišují na popáleniny prvního, druhého a třetího stupně. Postižený má často na sobě popáleniny různých stupňů. Důležitým faktorem popálenin je jejich rozšíření. Všechny popáleniny, které zabírají více jak 10 % pokožky nebo

zasáhly zvláště citlivé zóny (oči, uši, obličej, genitálie), vyžadují okamžitý převoz do nemocnice.(51)

Velmi rizikovou skupinou dětí, které jsou popáleny, jsou děti mezi narozením do 3 let věku. Zvláště mezi 1. a 2. rokem dochází k nejvyšší úmrtnosti z důvodů popálení. Situace, kdy je dítě opařeno někým druhým, jsou nejčastější do 9. měsíce věku. Jednoleté a starší děti jsou zvědavé a již se více pohybují, proto často dochází k tomu, že na sebe strhávají ubrusy s hrnkou s horkou tekutinou, převrhávají na sebe hrnce a pánvice ze sporáku, nebo mohou padat do nádob s vřelou tekutinou apod. U dětí starších 5 let opařeniny už nejsou tak časté. Daleko více se setkáváme s popáleninami, a to v důsledku hry se zápalkami nebo vysoce hořlavými látkami (8).

Omrzliny

Vznikají na místech kůže, která byla v mrazu špatně kryta před prochlazením. Postižené části se nesmějí ohřívat třením nebo rychle přímým teplem. Po zahřátí postižené části zčervenají a bolí. Dítěti je vhodné podat ihned teplé nápoje a vést jej k rozvíčování, aby se tělo dostatečně prohřálo. Při vážné formě omrzlin vyhledáváme lékařské ošetření (17).

1.5.4 Otravy

Otrava (intoxikace) je chorobný stav, který je vyvolán přítomností jedu v organismu. Otravy jsou příčinou přijetí do nemocnice ve 4 – 6 % případů. V 70 – 80 % se jedná o sebevražedný pokus. V 15 – 20 % jde o náhodné otravy a v 10 % o otravy profesionálního charakteru. V 80 – 90 % případů se jedná o otravy léky, často o smíšené intoxikace (léky a alkohol) (6).

Nejčastěji vznikají ve věku od jednoho do pěti let a to z 90 % v domácnosti. Ve většině případů jde o otravy náhodné, kdy rodiče nedostatečně dohlíží na své dítě. Za velmi rizikovou skupinu se považují batolata kolem dvou let, protože mají touhu vše strkat do úst a jsou nesmírně zvědavé. Následky u dětí bývají často vážné, protože jejich metabolismus je rychlejší a mají menší schopnost neutralizovat toxické chemikálie (50).

Otravy a poleptání jsou velmi častou příčinou smrtelných úrazů. Nejrizikovější skupinou jsou děti do pěti let. Více než 90 % otrav se stane v domácím prostředí. Otravy mají často vážné následky, protože děti mají rychlejší metabolismus a jsou méně schopné neutralizovat toxické chemikálie. Nejvíce nehod tohoto typu se děje dětem od 1 do 3 let věku. U starších dětí, zejména ve věku nad 10 let, jsou spojeny s experimenty s drogami a alkoholem a nezřídka dochází k sebevražedným pokusům (11).

K účinným preventivním opatřením otrav patří např. bezpečnostní uzávěry, snižování používání toxických látek, bezpečné skladování toxických látek a léků a to hlavně mimo dosah dětí a mimo prostor určených pro skladování potravin, dostupnost toxikologických center, opatření vedoucí proti konzumaci alkoholu u mladistvých, koordinace preventivních opatření, vydělávání, preventivní návštěvy domácností atd. (20)

Otravy léky

Patří k nejčastějším otravám u dětí. Barva a chuť některých léků jsou pro děti obrovským lákadlem (18).

Otrava léky je na prvním místě v počtu otrav vzniklých v domácnosti. Léky mají lákavý, atraktivní obal, tvarem a obalem připomínající bonbóny. Sirupy jsou často slazené a ochucené pomerančovou, malinovou či jinou příchutí. Dítě se může otrávit léky několika způsoby, obvykle je to vina rodičů, kteří nechají léky na místě přístupném dítěti, nebo podají chybnou dávku při nemoci dítěte, či nechtěně zamění lék za jiný. Velkou chybou je přesypávání léků do neoriginálního obalu, to pak snadno vede k záměně. Je důležité dítěti vysvětlit pravý význam léku a nenazývat lék jako „pamlsek“. (16)

V domácnostech, kde žije mladá rodina, se naštěstí vyskytují léky pouze s nízkou toxicitou např. hormonální antikoncepce nebo různé druhy vitamínů. Tyto léky můžeme zařadit mezi skupinu, která je nejčastější příčinou dětských nehod. Podstatně horší případy nastávají, pokud domácí lékárnička obsahuje antihypertenziva, léky

podporující srdeční činnost, perorální antidiabetika, antidepresiva, antiepileptika atd. Jednou z příčin je, že dítě požije lék samo, ale výjimkou není ani situace, kdy rodiče podají svým dětem větší množství léků.(18)

Otrava alkoholem

Otravy alkoholem lze dělit na otravy akutní (vypití většího množství alkoholu v krátkém časovém intervalu) a otravy chronické (způsobeny opakovaným pitím většího množství alkoholu). Chronické otravy způsobují postupné orgánové poruchy, především jaterní cirhózu, některé nemoci srdce, poruchy centrální nervové soustavy a duševní poruchy od porušené soustředěnosti až po alkoholickou psychózu a demence. Více nebezpečná je otrava akutní. Tato otrava může člověka rychleji usmrtit.(6)

V České republice je zákaz prodeje alkoholických nápojů mladistvým do 18 let. Přesto je alkohol pro dospívající snadno dostupný a na různých diskotékách a večírcích se ho konzumuje velké množství. Děti často pijí alkohol ze strachu, že když odmítnou, budou vypadat hloupě. Kamarádi je hecují, nebo pijí všichni ostatní a oni nechtějí zůstat pozadu. Často dochází ke kombinaci mnoha druhů alkoholu nebo se pijí míchané nápoje, u nichž je těžké odhadnout skutečnou dávku alkoholu. Z tohoto důvodu se děti opijí mnohem rychleji.(39)

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Alkohol je pro děti a dospívající mnohem nebezpečnější než pro dospělé, protože vážně poškozuje dosud nezralé orgány. Již poměrně malé množství v těle dokáže vyvolat otravu. Vyvíjející se organismus nedokáže účinně odbourávat alkohol z těla. (41)

Otravy rostlinami

Mezi další příčinu dětských otrav se řadí otravy rostlinami. K jedné z nejobávanějších pokojových rostlin patří dieffenbachie, části této rostliny, které jsou nad zemí, obsahují jehličky šťavelanu vápenatého, který poškozuje sliznice a vytváří otok, takže postižené dítě se může udusit. Mezi nejčastější příznaky této otravy patří

bolesti při polykání a pálení v ústech. Jestliže tyto příznaky nenastanou do půl hodiny po požití, otrava bude mít minimální nebo žádné následky. Mezi další jedovaté rostliny, se kterými se můžeme v domácnosti setkat, patří čilimník obecný (zlatý děšť), jmelí bílé, konvalinka vonná, močyně židovská (židovská třešeň), oleandr obecný, Kristova koruna, vánoční hvězda atd. (18).

Ve volné přírodě, na zahradě, ale i v domácnostech existuje mnoho zajímavých rostlin, které má nenechavé dítě snahu prozkoumat či ochutnat jejich plody. Děti nejčastěji lákají bobule keřů a menších rostlin. Nebezpečný je rulík zlomocný a lýkovec. K vyvolání otravy stačí několik málo plodů, někdy i dokonce jedna bobule. Nebezpečné jsou boby okrasných fazolí. Plody mahonie cesmínolisté připomínající borůvky jsou prakticky nejedovaté. K vyvolání otravy by dítě muselo požit více než 50 bobulí (17).

Otrava drogami

Předávkování drogami při náhodném experimentu, ale i u závislých osob vede k akutnímu ohrožení zdraví. Akutní otrava může bezprostředně ohrozit život a stát se příčinou náhlé smrti. Na závažnosti stavu, vyvolaného předávkováním drog se podílejí rovněž nepřímo související faktory – trauma, podchlazení, šok, bezvědomí, syndrom z vyčerpání, maligní hypertermie, v dalším průběhu i multiorgánové selhání (43).

Otrava houbami

Houby jsou pro malé děti nevhodné, jsou špatně stravitelné a případná otrava houbami má těžší průběh než u dospělých. nejnebezpečnější houbou z hlediska možné otravy je u nás muchomůrka zelená, při otravě dochází k závažnému poškození jater. (48)

Otrava mycími, čistícími a kosmetickými prostředky

Tento druh otravy je velmi častý. Přispívá k tomu především naše neopatrnost a nedbalost při skladování čistících prostředků či přelévání do

neoriginálních obalů. K otravám těmito prostředky dochází především u dětí nižších věkových skupin, u starších kojenců a batolat. Stejně jako je tomu u léků, mají čisticí prostředky zajímavý obal a bývají příjemně parfémovány. Dnes naštěstí jsou již obvykle vybaveny bezpečnostním uzávěrem. Nejnebezpečnější čisticí prostředky jsou ty, které obsahují louhy nebo kyseliny (17).

Prostředky, které obsahují etylenglykol (nemrznoucí směsi, brzdové kapaliny) často nacházíme v dílnách a garážích. Tyto přípravky mají většinou nasládlou chuť a k smrtelné otravě dochází po požití jen malého množství. Nebezpečí představuje pomalý rozvoj otravy, takže pokud dítě nebylo přistiženo, rodiče nemusí zpočátku nic tušit (50).

1.5.5 *Poranění zvířaty*

Většina zvířecích a hmyzích kousnutí v našich zeměpisných podmínkách neznámá ohrožení života. Občas se může vyskytnout těžká alergická reakce, případně anafylaktický šok a je nutná rychlá pomoc. (17)

Pokousání zvířetem

Pes i ostatní masožravá zvířata (kočka, liška, krysa, netopýr) mohou kousnutím přenášet velmi nebezpečnou vzteklinu, která se projevuje několik týdnů po kousnutí, ale dá se jí předejít právě díky dlouhé inkubační době pasivní imunizací (46).

Ročně dojde k 30 – 40 případům pokousání psem na 100 000 obyvatel. Některá plemena psů mohou tlakem zubů vyvinout takovou sílu až 40 kg /cm², což na drobných částech těla může způsobit amputaci, zejména u dětí.(4)

Hadí uštknutí

V naší zemi je jediným skutečně nebezpečným hadem zmijs obecná (*Vipera berus*), jejíž kousnutí je bez pochyby závažné. Pro malé děti je uštknutí nebezpečnější než pro dospělého člověka. K uštknutí dojde většinou rychle a dítě hada ani nezpozoruje. Pro zmijs je charakteristická klikatá čára podél jejich páteře a široká

trojúhelníková hlava se svislými zorničkami. Známkami uštknutí jsou dva vpichy v místě zranění vzdálené asi 1 cm (může být i jeden vpich), prudká bolest, otok v místě vpichu, nevolnost, zvracení, ztížené dýchání, šok, křeče až bezvědomí (51).

Kůže je zarudlá popřípadě až modrofialová, kolem vpichu je výbled, během 30 minut se dostaví otok a bolestivost. Během 60 min může být bolestivost břicha, průjem, zvracení, dušnost, kolapsové stavy a arteriální hypotenze. Smrt může nastat do 12 hodin a jsou ohroženi převážně děti, starší lidé a alergici. Její uštknutí nebývá ve většině případů smrtelné (35).

Bodnutí hmyzem

Bodnutí běžným hmyzem způsobí většinou jen drobná poranění, která dítě neohrožují. Nebezpečnější je bodnutí včelou, vosou nebo sršněm, kdy může dojít až k ohrožení života. Ke známkám bodnutí hmyzem patří bolest v místě vpichu, zarudnutí, svědění, otok. U vnímavého jedince může opakované bodnutí včelou, vosou nebo sršněm, ale i uštknutím hadem, provázet těžká alergická reakce až anafylaktický šok. Anafylaktický šok se vyskytuje velmi zřídka. Jsou lokalizace bodnutí, které mohou způsobit vážnější problém. Příkladem je, když dítě spolkne vosu nebo jiný bodavý hmyz společně s potravou a dostane žihadlo do jazyka nebo tkání v ústní dutině (17).

Velkým rizikem jsou bodnutí do úst, hrdla a jazyka, které mohou způsobit otok a následnou obstrukci v dýchacích cestách. Otravy z bodnutí hmyzem jsou jen ojediněle. První pomoc proti otoku je vložit do úst kousek ledu a ihned vyhledat lékařskou pomoc. Pokud došlo k bodnutí do krku, jazyka, úst nebo tváře je dobře vždy vyhledat pomoc lékaře. Je-li postižen alergik, je dobré konzultovat stav, popřípadě ošetření se záchrannou službou. U postiženého kontrolujeme životní funkce a uklidňujeme ho. Měli bychom být připraveni v nejkrajnějším případě zahájit ožívání, pokud se stav postiženého zhoršuje a dojde k zástavě dechu. Lidé alergičtí na bodnutí hmyzem, u sebe často mývají lék proti těmto případům, proto bychom neměli otálet s jejich užitím (22).

1.5.6 Tonutí

Tonutí patří mezi hlavní příčiny úmrtí u dětí. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že v roce 2002 zemřelo na následky tonutí více než 186 000 dětí do 19 let (40).

Mezi nejčastější úrazy z koupání patří poškození páteře s různým stupněm ochrnutí dolních částí těla a obou horních končetin. Dále si dítě svou neopatrností může způsobit otřes mozku. Při velkém nárazu i ztrátu paměti. Tyto druhy zranění jsou způsobeny nebezpečným skákáním do vody (z velké výšky, nebo skokem do neznámé vody). Kromě těchto zranění jsou to také nechtěné pády, uklouznutí či zakopnutí, které mohou vést k naraženinám, vyvrknutým kotníkům a zlomeninám (54).

Nejčastější příčinou utonutí je pád do přírodní vody (převažují rybníky a řeky a úrazy mládeže od 13 do 18 let). Další příčinou je pád do vany, bazénu (děti batolecí a předškolní). Jedná se o místa, kde není zajištěna profesionální ochrana zdraví osob při pobytu a pohybu u vody (7).

Malé děti by neměly mít přístup ani ke kbelíku s vodou nebo zahradním tůňkám a přístupy k bazénům by měly být dostatečně zajištěny (16).

Je několik způsobů, jak lze děti chránit před tonutím a utonutím. Především je to neustálý dohled nad dětmi ve vodě a naučením svých dětí plavat (42).

1.5.7 Úrazy elektrickým proudem

Úrazy elektrickým proudem patří mezi časná zranění a jsou považovány vždy za urgentní. Nejohroženějšími skupinami jsou malé děti, staří lidé, nemocní a zejména lidé s onemocněním srdce a dýchacího ústrojí a lidé s kardiostimulátorem. Za vysoce rizikové považujeme každou kombinaci mokrého nebo vlhkého povrchu těla vodivého prostředí a elektrického proudu (22).

Poranění elektrickým proudem nepatří mezi časté úrazy, ale jeho následky mohou být smrtelné. K poranění dochází nejčastěji v domácnosti elektrickým proudem o nízké intenzitě. Malé děti jsou rizikovou skupinou, u které je pravděpodobnost poranění vysoká. Proto nikdy tam, kde se pohybují děti, nenecháváme nezajištěné zásuvky a elektrospotřebiče (25).

1.6 Prevence úrazů

Opatření týkajících se prevence úrazů zahrnují opatření tzv. „tří E“: „education“ tzn. vzděláváním ovlivnit chování a zvyšovat vědomí rizikových faktorů, „engineering“ tzn. vhodnými produkty minimalizovat vznik rizika, „enforcement“ tzn. legislativními opatřeními, standardy apod. posilovat opatření vedoucí k minimalizaci rizik (28).

Úrazy jsou závažným zdravotnickým, ekonomickým a společenským problémem na celém světě. V ČR je mnoho aktivit a programů zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů, avšak chybí koordinovanost a důsledná prevence, což řadí Českou republiku mezi státy s vysokou mírou úrazovosti (31).

1.6.1 Druhy prevence

Primární prevence

V rámci primární prevence jde především o zabránění vzniku úrazů. Příkladem mohou být různá opatření jako jsou např. okenní a dveřní zábrany, oddělení cyklistů od ostatní dopravy. Primární prevence by měla být směřována na intervenci technologickou, která není závislá na změně lidského chování (bezpečné výrobky, bezpečná hřiště), na prevenci zdravotně výchovnou tj. posilování prvků bezpečného chování (dětské zádržné systémy, požární hlásiče) a na prevenci legislativní, jako jsou vyhlášky a úpravy zákonů, které mohou přispět ke snížení úrazovosti (37).

- Technologická není závislá na změně lidského chování, bezpečné pomůcky, architektura prostředí – vyhrazené prostory.
- Zdravotně - výchovná je na individuální úrovni vzdělávání zahrnuje posilování bezpečného chování (používání přileb a ochranných pomůcek v jezdectví). Na komunitní a národní úrovni je to technologický pokrok vývoj nových a bezpečnějších výrobků.
- Legislativní tzn. podpora politiků a státu v úsilí při přípravě legislativních změn, týkajících se bezpečnosti a informovanosti veřejnosti o nových zákonech a jejich úpravách (37).

Sekundární prevence

U sekundární prevence je důležitý kvalitní záchranný systém, poskytnutí první pomoci, předcházení trvalým následkům (37).

Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na zařazení trvale poškozených do běžného života (37).

Česká vláda dne 22. 8. 2007 schválila usnesení č. 926 o Národním akčním plánu prevence dětských úrazů. Jehož součástí je ustanovení Národního registru dětských úrazů a zakotvení v zákoně o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování. Od doby platnosti zákona provádí sběr dat Fakultní nemocnice Brno v rámci svého projektu, který byl předložen v dotačním programu „Peče o děti a dorost“ na rok 2008. (18)

1.6.2 Prevence úrazů v ČR

Každý úraz má své příčiny a nestává se náhodou. Každému úrazu předchází riziková situace, kterou můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Úraz se tedy nemusí stát a není nevyhnutelný. Správnou a včasnou prevencí se dá všem úrazům předejít (52).

Problémem prevence dětských úrazů se zabývá sekretariát „Rady vlády ČR

pro bezpečnost silničního provozu“ – BESIP. Jeho zájem je však soustředěn pouze na dopravní úrazy a tím je omezen i okruh jeho působení (29).

V roce 1994 pořádala Česká pediatrická společnost 1. Pediatrický kongres České republiky po rozdělení federace v Praze pod záštitou UNICEF. V rámci tohoto kongresu se uskutečnilo sympozium o dětských úrazech. Tehdy si vedení pediatrické společnosti uvědomilo, že boj proti dětským úrazům nemůže být jednorázovou akcí, ale vyžaduje trvalou aktivitu. Výbor České pediatrické společnosti pověřil MUDr. Michala Hřivnu ze 2. lékařské fakulty koordinací problematiky a o rok později vznikla pracovní skupina, která se začala systematicky problému dětské úrazovosti věnovat. Podařilo se navázat zahraniční kontakty i zahájit mezioborovou spolupráci u nás (37).

V roce 1996 vznikl opět na motolské lékařské fakultě projekt „Bezpečný domov“, v jehož rámci proběhla řada akcí zaměřených na prevenci dětských úrazů v domácnosti.

V roce 1997 bylo při 2. lékařské fakultě UK v Motole založeno „Centrum epidemiologie prevence dětských úrazů“ (pod vedením MUDr. Michala Hřivny), jehož hlavním úkolem je na základě mezirezortní spolupráce koordinovat řešení této problematiky v České republice. Centrum řeší úspěšně řadu grantových projektů, např. prevenci úrazů dětí na kolech (47).

Jedním z projektů týkajících se prevence úrazů byl Bezpečná komunita v roce 2003, ke kterému se přihlásilo město Kroměříž. Na městském úřadě byly vytvořeny pracovní týmy, které spolupracují s pediatry a hygienickou stanicí. Projekt se soustředil především na prevenci úrazů nejnižších věkových kategorií (3).

Významným krokem systémového řešení problematiky dětských úrazů v České republice lze považovat „Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 - 2017“. Tento plán je kladně hodnocen orgány Světové zdravotnické organizace a Evropské unie. Cílem Národního akčního plánu je maximální snížení dětské úmrtnosti v České republice na následky úrazu, zastavení nárůstu a snížení četnosti dětských úrazů, zejména závažných a s trvalými následky (26).

Tento národní akční plán sleduje dosavadní aktivity v rámci prevence dětských úrazů, hodnotí tyto aktivity z hlediska slabých a silných stránek, využití

příležitostí a možností odvrácení hrozeb. Stanovuje také nejdůležitější úkoly jednotlivých resortů na léta od roku 2007 do roku 2017. Jedním z prioritních úkolů resortu zdravotnictví je ustanovení Národního registru dětských úrazů, který bude po 1 roce fungování vyhodnocen s následnou revizí úkolů Národního akčního plánu a jejich doplněním o konkrétní opatření cílená na zjištěné problémy (30).

Nejnovějším projektem je Národní registr dětských úrazů, který zaznamenává všechny dětské úrazy z hlediska příčin jejich vzniku a vývoje, charakteru postižení, postupu léčby, výsledků léčby i možných zdravotních komplikací. Tento způsob má za cíl optimální diagnostiku, terapii a prevenci úrazů (37).

Úlohy Českého výboru pro UNICEF v oblasti prevence úrazů dětí jsou, nadále podporovat aktivity zaměřené na prevenci úrazů dětí. Při vhodných příležitostech upozorňovat na důležitost této prevence (při spolupráci s medií, apod.), spolupracovat organizacemi, které se prevenci úrazů zabývají, napomoci motivovat ke spolupráci dalších institucí, k zapojení do prevence žádoucí (školy, resorty vnitra, dopravy, pojišťovací ústavy, apod.) (37).

Zkušenosti z řady vyspělých zemí již dlouhá léta ukazují, že investice vložené do odborné a profesionálně vedené primární prevence dětských úrazů se mnohonásobně vracejí. Úspěšné provádění prevence dětských úrazů předpokládá, profesionálně vedené seznamování laické veřejnosti s riziky, která jsou vznikem dětských úrazů spojena, s poukázáním na to, jak jim předcházet. Neméně důležité je zajištění této prevence z finanční stránky, třeba pomocí dotačních programů.(47)

Náklady spojené s péčí o pacienty v nemocnici i v rámci následné péče (rehabilitace), jsou při velkém výskytu úrazů obrovské. Vzhledem k nedokonalé evidenci v našich pojišťovnách nelze přesně zjistit, jaké vyžadují dětské úrazy ročně přijme i nepřijme náklady na akutní a následnou rehabilitační léčbu. Řada dětí není totiž proti úrazu pojištěna (47).

Světová zdravotnická organizace – WHO podporuje projekty zaměřené na lokální prevenci úrazů. Využívá spolupráce mezi všemi sektory a zaměřené na všechny věkové kategorie pod názvem „ Safe Community – Bezpečná komunita“. Intervence

populační jsou zákonná opatření, výchova školní, rodinná a mediální o prevenci a první pomoci (18).

1.7 Rizikové faktory úrazu

Úrazem jsou ohroženy především děti hyperaktivní, hyperkinetické, agresivní, extrovertní se sklonem k rizikovému chování, ale i děti, které jsou stresované, vystavené psychické zátěži. Nejdůležitějšími rizikovými faktory pro vznik úrazu jsou pohlaví, věk, dosažený stupeň psychického a somatického vývoje, socioekonomická situace rodiny, poruchy v chování i rizikové chování vrstevníků a ostatních v okolí dítěte (18).

1.7.1 Pohlaví dítěte

Všeobecně platí, že chlapci jsou náchylnější k častějším a závažnějším úrazům než dívky, to se týká všech typů úrazů a všech věkových kategorií (41).

Počet úmrtí chlapců v důsledku úrazu stoupá s věkem. Nejmenší podíl úrazovosti podle pohlaví je u nejmladších dětí 0-4 roky, kdy četnost smrtelných úrazů je stejná jak u chlapců tak i u dívek. Ve věku od 5-9 let je úmrtnost chlapců na úrazy třikrát vyšší než u dívek, ve věku od 10-14 let je úmrtnost chlapců na úrazy o 60 % vyšší než u dívek, u věkové kategorie 15-17 let je úmrtnost chlapců na úrazy o 86 % vyšší než u dívek (57).

1.7.2 Věk dítěte

V každém období věku dítěte dochází ke specifickým psychosomatickým změnám. Psychosomatický vývoj samozřejmě nekončí při nástupu do školy, ale období od narození do zahájení povinné školní docházky je dobou největší zranitelnosti dítěte a dítě je nejvíce odkázáno na ochranu a bezpečí zajišťovanou okolím. Znalostí těchto psychosomatických a vývojových specifík lze předejít úrazům se závažnými, často smrtelnými následky. Kromě toho by měl každý rodič či osoba pečující o dítě mít na paměti, že základním prvkem ochrany dětí před úrazem je neustálý dohled (5).

V určitém věku jsou děti náchylnější k určitému druhu zranění. Od narození do pěti let mezi nejčastější úrazy patří pády. Od šesti do deseti let jsou děti nejvíce ohroženy úrazy v dopravě, při jízdě na kole apod. (10).

Děti jsou mnohem zranitelnější než dospělí (57).

Typologie úrazu pro jednotlivé věkové skupiny vychází jak z psychomotorického vývoje dítěte, tak z prostředí ve kterém se nejčastěji pohybuje (38).

Úmrtnost dětí v období mladšího školního věku klesá, ale jejich úrazovost roste ve škole, na ulici a silnici. Časté úrazy jsou na kole, dopravní úrazy, úrazy střelnými zbraněmi. Děti začínají experimentovat s drogami či alkoholem, dochází k závislosti na počítačových hrách a televizi a s tím souvisí vznik poruch zraku (54).

1.7.3 Sociekonomický status rodiny

Z hlediska sociální stratifikace rodiny v České republice jsou rozlišovány tři skupiny obyvatel. Horní třídu tvoří rodiny podnikatelů, samostatně činných odborníků a vyšších odborníků zaměstnanců. Do dolní skupiny patří dělnické domácnosti (oba partneři vykonávají dělnickou profesi v zaměstnaneckém poměru). Mezilehlou skupinu, z hlediska životní úrovně, tvoří domácnosti živnostníků, středních odborníků, nižších úředníků a kombinované domácnosti (9).

Slovem status jsou označována významná hlediska, která určují sociální postavení jedince v dané společnosti (24).

Za sociologicky významné charakteristiky této sociální diferenciacce se nejčastěji považují úroveň dosaženého vzdělání, zaměstnanecký status čili profesionální postavení, mocenské postavení s krajními póly moci a bezmoci, příjem ať už naturální či peněžní, majetek podle objemu nebo vlastnického vztahu k němu, spotřební (životní) úroveň s krajními póly bohatství a chudoby, včetně míry vybavení domácností předměty dlouhodobé spotřeby, a nakonec životní styl (např. z hlediska kulturní úrovně trávení mimopracovní doby). Dílčími statusovými indikátory diferenciacce, které lze považovat spíše za horizontální jsou např. obytné okolí, národnostní nebo rasová příslušnost, příslušnost k politické straně s mocenským monopolem, pohlaví, věk, náboženské vyznání a další (27).

Za hlavní vertikálně orientované čily statusotvorné sociální charakteristiky jsou u nás považovány tyto:

- Nejvyšší dosažené vzdělání jako nejdůležitější informační a institucionální předpoklad získávání sociálního postavení v moderních společnostech. Je považováno za nejdůležitější statusovou charakteristiku, která podmiňuje zaměstnanecký status, profesionální zařazení a souhrnný status. Úroveň vzdělanosti se dlouhodobě zvyšuje. Souvisí to především s tím, že stále více mladých lidí v důsledku sílící poptávky po odborném vzdělání získává středoškolské a vysokoškolské vzdělání a zároveň také generace s nízkým vzděláním vymírají (19).

- Zaměstnanecký status, nebo-li tzv. složitost práce.

Profese není jen tím, co uvádí ženu do určité pozice v zaměstnání, ale i tím co ji uvádí do určitého postavení ve společnosti. Profese samozřejmě určuje pracovní výkon a podmínky za nichž je tento výkon podáván. Zásadním způsobem ovlivňuje ale i příjem jedince a je spojena se vzděláním. Odvíjí se od něj též mocenské postavení a často i trávení volného času v mimopracovní době (27).

- Mocenské postavení, postavení jedince v systému řízení.

Moc bývá vymezena jako schopnost kontrolovat jednání druhých a je odvozena od postavení jednotlivce v instituci, která tuto kontrolu umožňuje. Členové společnosti mají ale možnost uplatnit i takové mocenské prostředky jako jsou vzdělání, informace, peníze i komunikační média (13).

- Pracovní nebo souhrnný příjem jednotlivce.

Po roce 1992 se naše společnost začala ubírat směrem k mírnému prohlubování rozdílů mezi mzdami a tento trend i nadále pokračuje. Výrazněji se rozevírá distance mezi duševními a dělnickými profesemi, i když tento jev u nás naráží na zakořeněné rovnostářství projevující se v postojích mnoha obyvatel. Česká republika zatím stále patří k zemím s nejnižším ohodnocením vzdělání. Platy jsou však již více poskytovány za kvalifikaci a výkon, nikoli za výsluhu let (13).

- Kulturnost životního stylu v mimopracovní době, provozované kulturní aktivity. Pro operacionalizaci životního stylu se hodnotí návštěva divadel, koncertů, výstav, chození do přírody, sport turistika, studium odborné literatury, jazyků, četba krásné literatury, návštěvy přátel, návštěva restaurací, kaváren, zábav, rukodělné koníčky a i náročnější fyzické práce doma. Je prokázáno, že kulturnost životního stylu je úzce spjata se vzděláním a také s životním stylem rodiny původní (27).

- Věk, který se pro mnohé zdá být determinantou biologickou, má i svou sociální dimenzi. S věkem rostou i naše zkušenosti sociální. Určitý věk přísluší k zařazení do konkrétní sociální skupiny. (13)

1.7.4 *Socio-ekonomické faktory ovlivňující vznik úrazu*

Děti, které žijí v horších socio-ekonomických podmínkách, mají vyšší riziko úrazu .

Sociální dopady jsou největší na nejzranitelnější skupinou a to jsou děti. Četnost a závažnost úrazu dětí je významně ovlivněná socio-ekonomickými faktory. Největší úrazovost je vykazována u dětí z nejchudších zemí a u dětí z nejchudších rodin (43).

Nízký socioekonomický status rodiny může ovlivnit úrazovost mnoha způsoby např. nižší úroveň životního stylu, nevyhovujícími bytovými podmínkami, nedostatkem finančních prostředků na nákup bezpečných výrobků, kvalitních zádržných systému, cyklistických přileb, zajištění kurzu plavání, používáním vozidel, které jsou ve špatném technickém stavu, s málo bezpečného prostoru na hraní. Úmrtnost dětí následkem úrazu se vykazuje tzv. „sociálním gradientem“. Mezi nejrizikovější sociálněekonomické faktory patří chudoba rodiny např. v důsledku nezaměstnanosti rodičů, neúplnost rodiny, nedostatek dostupných služeb pro rodiny s dětmi, nízké vzdělání rodičů, nízký věk matky, vícečetnost rodiny např. 3 a více dětí v rodině, nedostatečný dohled dospělé osoby, resp. dohled starších sourozenců nad

mladšími sourozenci, zdravotní postižení v rodině, úmrtí v rodině, užívání alkoholu a drog, kriminalita v rodině, nedostatečné bytové podmínky (45).

1.8 Rizika spojená s úrazem

Úrazy jsou nejzávažnějším zdravotním rizikem u dětí. Mají na svědomí nejvíce úmrtí a trvalých následků. U mladších dětí je příčinou spíše nebezpečné prostředí a nevhodné chování dospělých. U starších dětí vede k úrazům spíše jejich vlastní rizikové chování. Rizikové chování s sebou přináší následky, které jsou více či méně závažné. Aby děti a dospívající se byli schopni sami rozhodnout pro bezpečné chování, měli by být dostatečně informováni o možných následcích (39).

1.8.1 Rizikové chování

Rizikovým chováním rozumíme jakékoli cílené jednání nebo aktivitu jednotlivce, jehož následkem může být zranění, smrt, trvalé postižení nebo snížení kvality života riskujícího nebo dalších lidí, stejně jako narušení vztahů, psychiky, nebo i hmotné a ekonomické škody (39).

1.8.2 Rizikové aktivity

Mezi rizikové aktivity řadíme:

- Extrémní a adrenalinové sporty např. bungee-jumping, rafting, divoká voda, bojové sporty, horolezectví, alpinismus.
- Adrenalinové a hazardní zábavy např. sprejerství, lezení na budovy, závodění na silnici, přebíhání přes silnici před kamionem.
- Experimentování a riskování např. výbušniny a třaskaviny, chůze po kolejích, přecházení mimo přejezdy, přebíhání silnic a dálnic, lezení na vagóny, sloupy elektrického napětí, stopování, schůzky naslepo.
- Zneužívání drog, alkoholu a další závislosti např. alkohol, kouření tabáku a marihuany, taneční drogy, tvrdé drogy, lékové závislosti, gambling.

- Šikana a násilí např. psychické a fyzické týrání, rvačky, ublížení oběti agresory, útok proti agresorovi (39).

1.8.3 *Prevence rizikového chování*

Aktéři rizikového chování si neuvědomují celé spektrum možných následků. Jednou z cest preventivního působení a formování postojů mladých lidí tak může být ukázat jim reálné případy rizikového chování a jejich často tragické a nevratné následky jako např. smrt nebo trvalé postižení (ztráta končetiny, hybnosti, mentální postižení), způsobení smrti nebo trvalého postižení jiného člověka, psychické trauma, stigmatizace viníka i oběti, poškození dobrého jména, společenské pověsti na dlouhou dobu nebo na zbytek života, hmotné škody, finanční kompenzace obětem i celé společnosti, celospolečenské škody, náklady na léčení, zapojení složek záchranného systému. Je vhodné zviditelnit jim jejich přání, touhy a plány do budoucna jako věci a zážitky, o které by mohly nenávratně přijít vlastním rizikovým chováním nebo účastí na rizikovém chování někoho jiného. Pro vykreslení následků je možné použít např. fotografie a příběhy viníků i obětí, reálné případy z okolí, osobní zkušenosti a zážitky dětí, kasuistiky z tisku, odborných publikací, televize, návštěvy a exkurze do zařízení, které pečují o oběti i viníky rizikového chování (nemocnice, léčebny závislých) (39).

1.9 **Právní odpovědnost v rámci úrazové problematiky**

Řešíme-li, úkoly prevence v oblasti úrazů v dětském věku nesmíme opomenout také právní problematiku věci. A to obecně právní odpovědnost za vzniklé úrazy, stejně tak jako specifické problémy zahrnující povinnost poskytnuti první pomoci při úrazech, také povinnost překazít či oznámit uraz, jenž svým charakterem naplňuje podstatu trestních řízení, popř. jiným způsobem páchaní takového trestného činu překazít. V těchto případech je prolomena povinná mlčenlivost i u těch osob, které jsou vázány mlčenlivostí právním předpisem (18).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Na základě teoretických znalostí z nastudované literatury a dostupných zdrojů i praktických zkušeností dětských lékařů jsme stanovili následující výzkumné cíle:

Cíl č. 1 Zmapovat okolnosti úrazu dětí za kalendářní rok 2010 hospitalizovaných na dětském oddělení.

Cíl č. 2 Zjistit zda-li socioekonomický status rodiny má vliv na okolnosti úrazu.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1 V rodinách s vyšším socioekonomickým statusem převládají úrazy vzniklé sportovními aktivitami.

Hypotéza č. 2 V rodinách s nižším socioekonomickým statusem převládají úrazy vzniklé při hře bez dohledu.

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

K získání informací za účelem realizace cíle a verifikace obou hypotéz byl použit kvantitativní výzkum. Jako metoda k ověření stanovených hypotéz byla použita sekundární analýza dat z chorobopisů hospitalizovaných dětí na dětském oddělení nemocnice v Českém Krumlově v důsledku úrazu a z dotazníku zaměřeného na zjištění socioekonomického statusu rodiny, který byl vždy předán rodičům k vyplnění v době přijetí dítěte k hospitalizaci.

3.2 Charakteristika souboru

První soubor je tvořen 276 případy poranění dětí následkem úrazu v rozmezí věku 0 – 19 let za období od 1. 1. 2010 do 31. 12. 2010 hospitalizovaných na dětském oddělení nemocnice v Českém Krumlově. Dětské úrazy byly rozděleny dle věkových kategorií, v jednotlivých kalendářních měsících. Byly zmapovány tyto okolnosti úrazu tj. druh úrazu, závažnost úrazu a příčinné souvislosti s úrazem.

Druhý soubor je tvořen rodiči těchto dětí, které utrpěly úraz. U rodičů byl zjišťován socioekonomický status, který byl indikován třemi proměnným tj. dosaženým vzděláním, zaměstnaneckým statutem a příjmem rodiny a zhodnocen dle teorie sociální stratifikace dle sociologa Maxe Webera.

3.3 Zpracování výzkumného šetření

Získané údaje z chorobopisů dětí a dotazníku určeného rodičům byly zpracovány pomocí počítačového programu *Microsoft Excel*. Nejprve byly údaje z chorobopisů převedeny do tabulky. Následně byly získané údaje převedeny do tabulek četnosti a doplněné výpočty relativní četnosti, která vypovídá o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Relativní četnost je udávána v %. Vypočítaná relativní četnost byla znázorněna pomocí grafů. Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

$$F_i = n_i / n$$

F_i relativní četnost; **n_i** absolutní četnost; **n** celková četnost

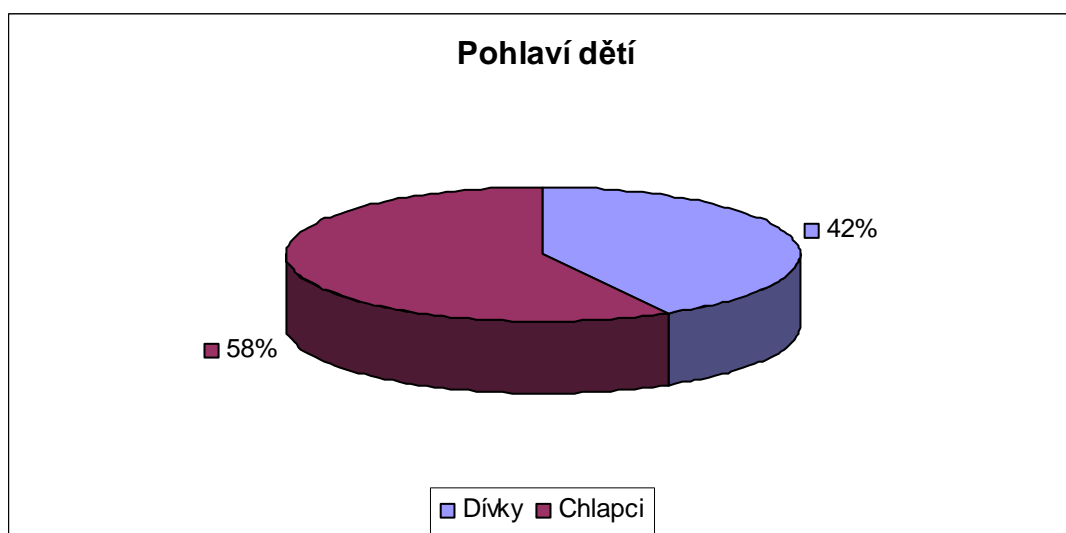
4 Výsledky

Tabulka č. 1 Zastoupení pohlaví dětí zkoumaného souboru

Zastoupení chlapců a dívek v souboru	n
Dívky	116
Chlapci	160
n	276

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1 Zastoupení pohlaví hospitalizovaných dětí zkoumaného souboru



Zdroj: vlastní výzkum

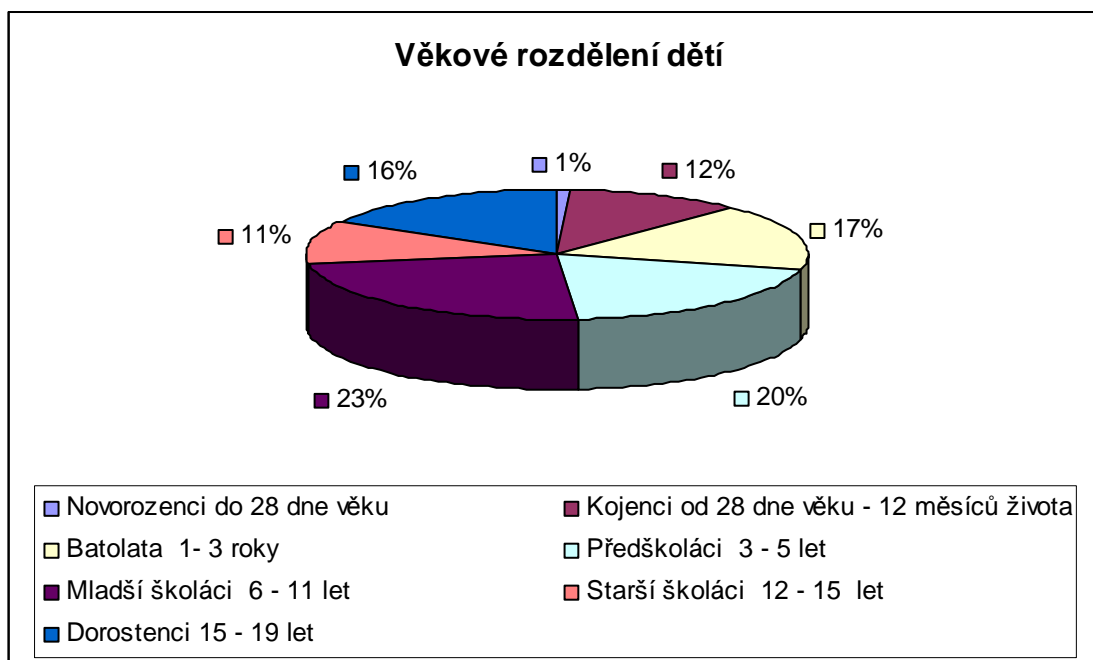
Výzkumu tvořilo celkem 276 dětí, které utrpěly úraz a byly hospitalizovány, z nichž bylo 58% (160) dětí mužského pohlaví a 42% (116) ženského pohlaví. Mužské pohlaví převažuje dle předpokladu vyšší tělesné aktivity chlapců v průběhu celého dětství.

Tabulka č. 2 Rozdělení věku hospitalizovaných dětí podle vývojového stupně

Vývojový stupeň	ni
Novorozenci do 28 dne věku	2
Kojenci od 28 dne věku - 12 měsíců života	32
Batolata 1- 3 roky	46
Předškoláci 3 - 5 let	54
Mladší školáci 6 - 11 let	67
Starší školáci 12 - 15 let	30
Dorostenci 15 - 19 let	45
n	276

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 Rozdělení věku hospitalizovaných dětí podle vývojového stupně



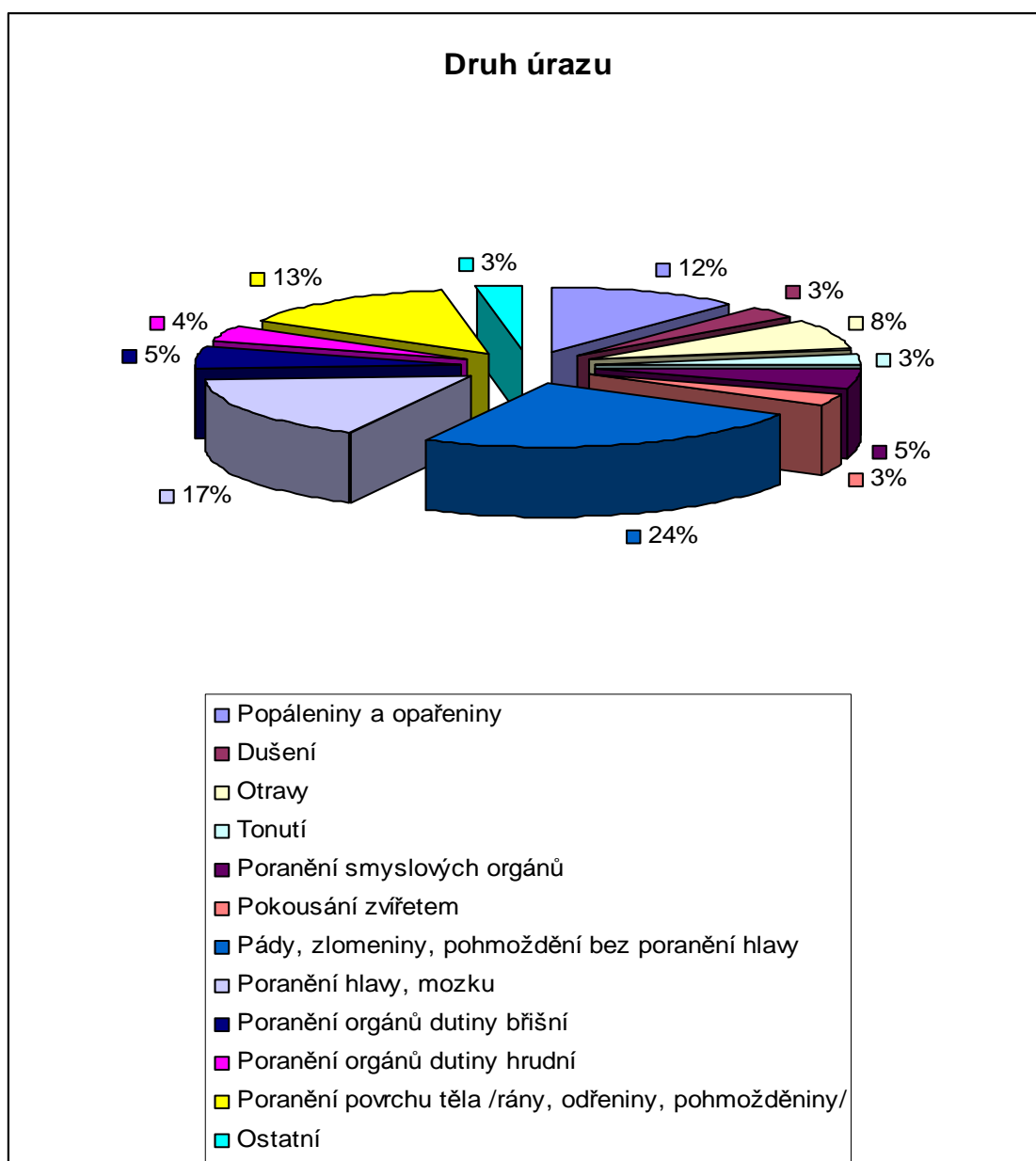
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3 Zastoupení jednotlivých druhů úrazů u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení za celý kalendářní rok 2010

Druh úrazu	ni
Popáleniny a opařeniny	32
Dušení	9
Otravy	21
Tonutí	8
Poranění smyslových orgánů	13
Pokousání zvířetem	8
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	68
Poranění hlavy, mozku	46
Poranění orgánů dutiny břišní	15
Poranění orgánů dutiny hrudní	11
Poranění povrchu těla /rány, odřeniny, pohmožděny/	37
Ostatní	8
n	276

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 Zastoupení jednotlivých druhů úrazů u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení za celý kalendářní rok 2010



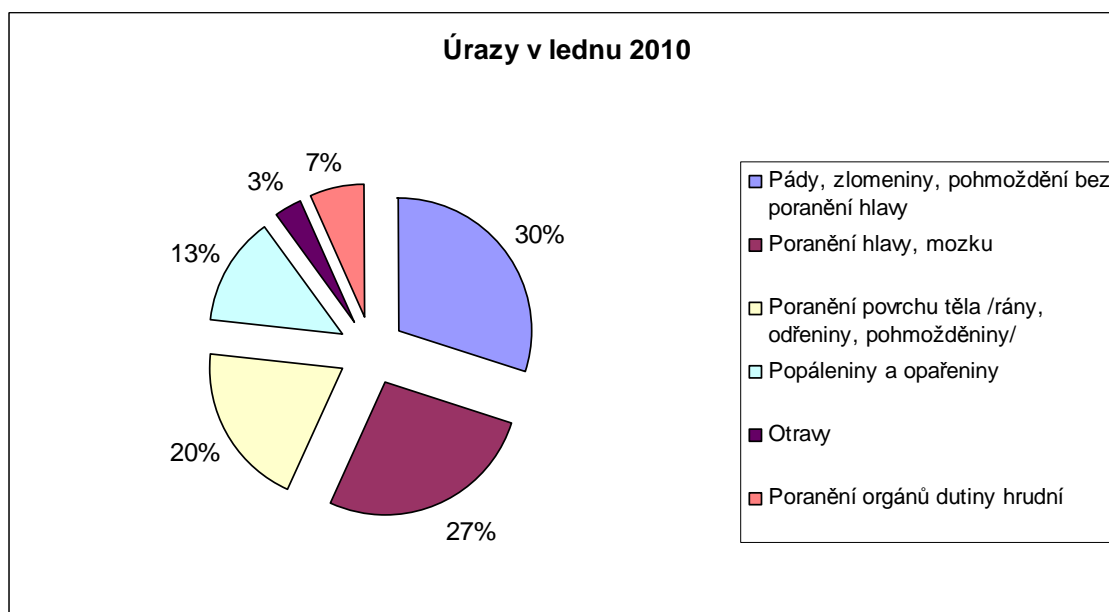
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4 Úrazy hospitalizovaných dětí v období ledna 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	9
Poranění hlavy, mozku	8
Poranění povrchu těla /rány, odřenyiny, pohmožděnyiny/	6
Popáleniny a opařenyiny	4
Otravy	1
Poranění orgánů dutiny hrudní	2
n	30

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 Úrazy hospitalizovaných dětí v období ledna 2010



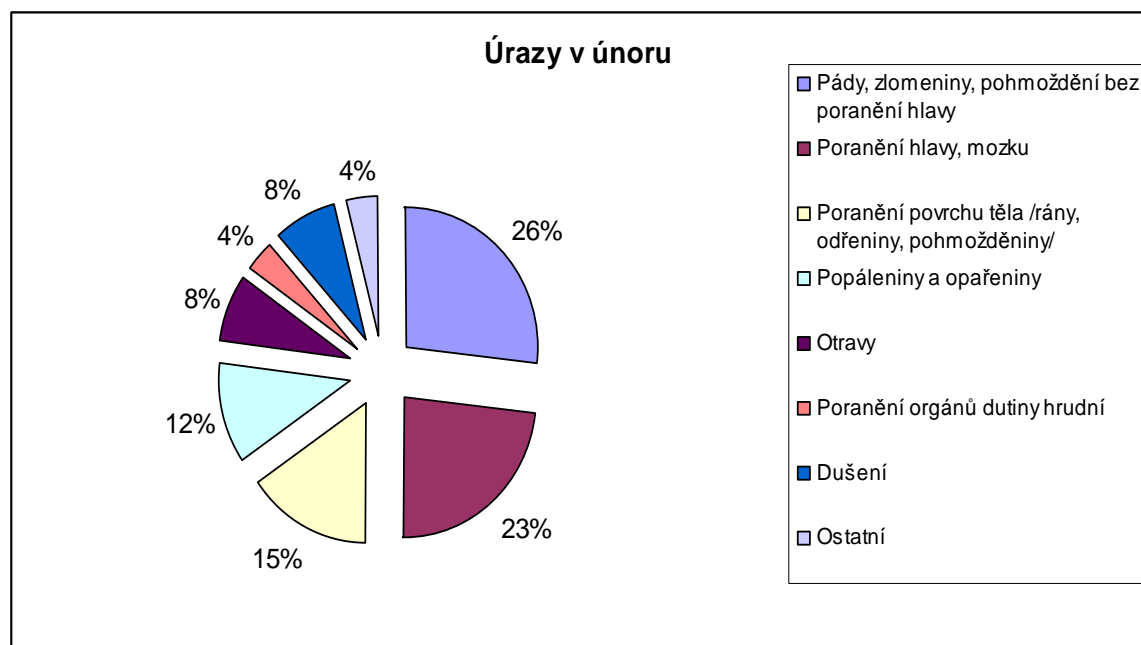
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 5 Úrazy hospitalizovaných dětí v období února 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	7
Poranění hlavy, mozku	6
Poranění povrchu těla /rány, odřeniny, pohmožděninyl/	4
Popáleniny a opařeniny	3
Otravy	2
Poranění orgánů dutiny hrudní	1
Dušení	2
Ostatní	1
n	26

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č.5 Úrazy hospitalizovaných dětí období února 2010



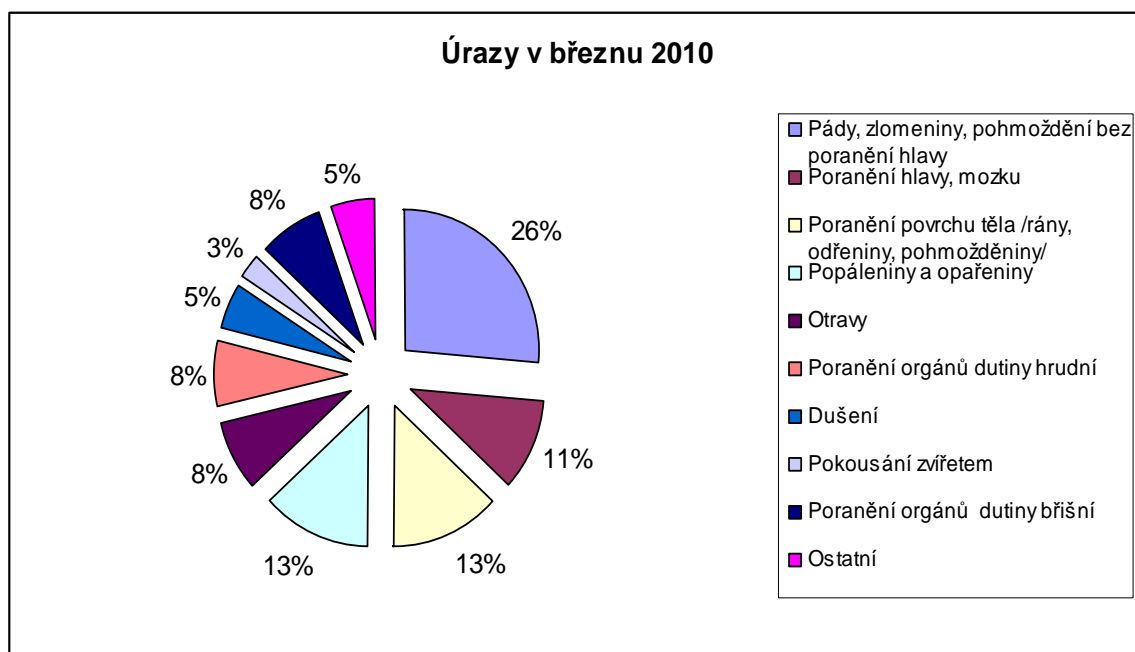
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 6 Úrazy hospitalizovaných dětí v období března 2010

Druh úrazu	n
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	10
Poranění hlavy, mozku	4
Poranění povrchu těla /rány, odřeniny, pohmožděnin/	5
Popáleniny a opařeniny	5
Otravy	3
Poranění orgánů dutiny hrudní	3
Dušení	2
Pokousání zvířetem	1
Poranění orgánů dutiny břišní	3
Ostatní	2
n	38

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 Úrazy hospitalizovaných dětí v období března 2010



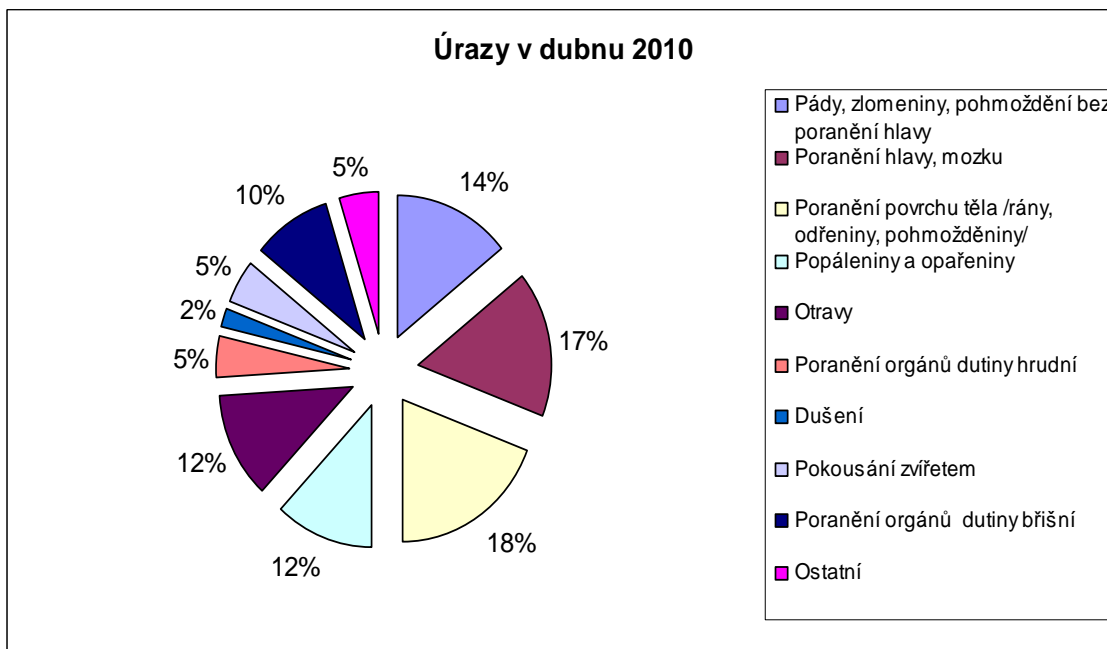
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 7 Úrazy hospitalizovaných dětí v období dubna

Druh úrazu	n
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	6
Poranění hlavy, mozku	7
Poranění povrchu těla /rány, odřeniny, pohmožděniny/	8
Popáleniny a opařeniny	5
Otravy	5
Poranění orgánů dutiny hrudní	2
Dušení	1
Pokousání zvířetem	2
Poranění orgánů dutiny břišní	4
Ostatní	2
n	42

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 Úrazy hospitalizovaných dětí období dubna 2010



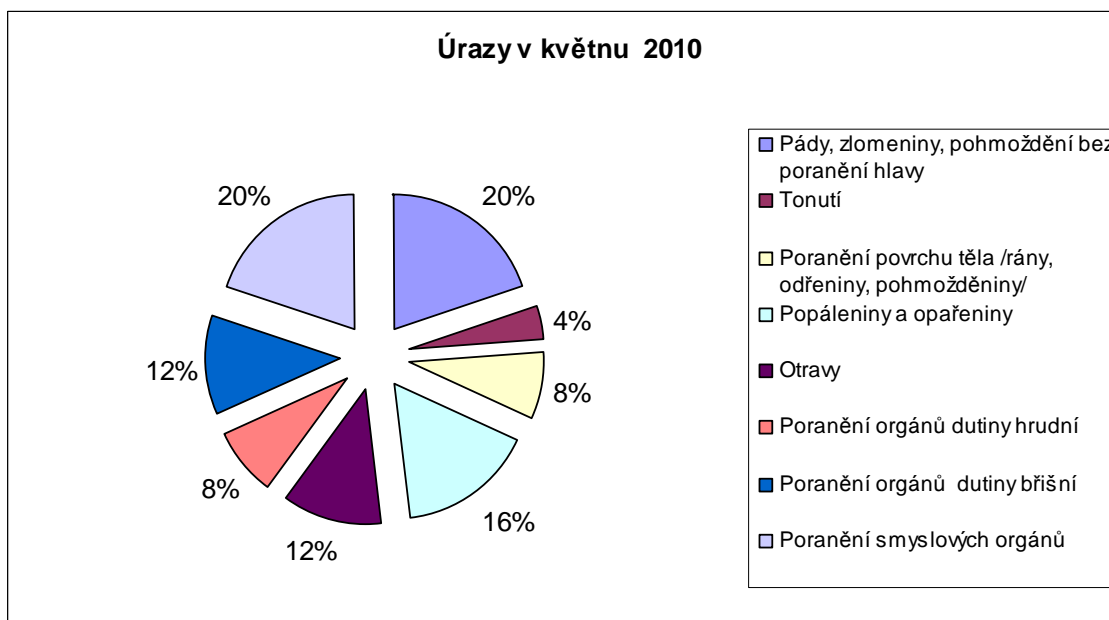
Zdroj: vlastní výzkum

.Graf č. 8 Úrazy hospitalizovaných dětí v období května 2010

Druh úrazu	n
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	5
Tonutí	1
Poranění povrchu těla /rány, odřenin, pohmožděnin/	2
Popáleniny a opařeniny	4
Otravy	3
Poranění orgánů dutiny hrudní	2
Poranění orgánů dutiny břišní	3
Poranění smyslových orgánů	5
n	25

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 Úrazy hospitalizovaných dětí v období května 2010



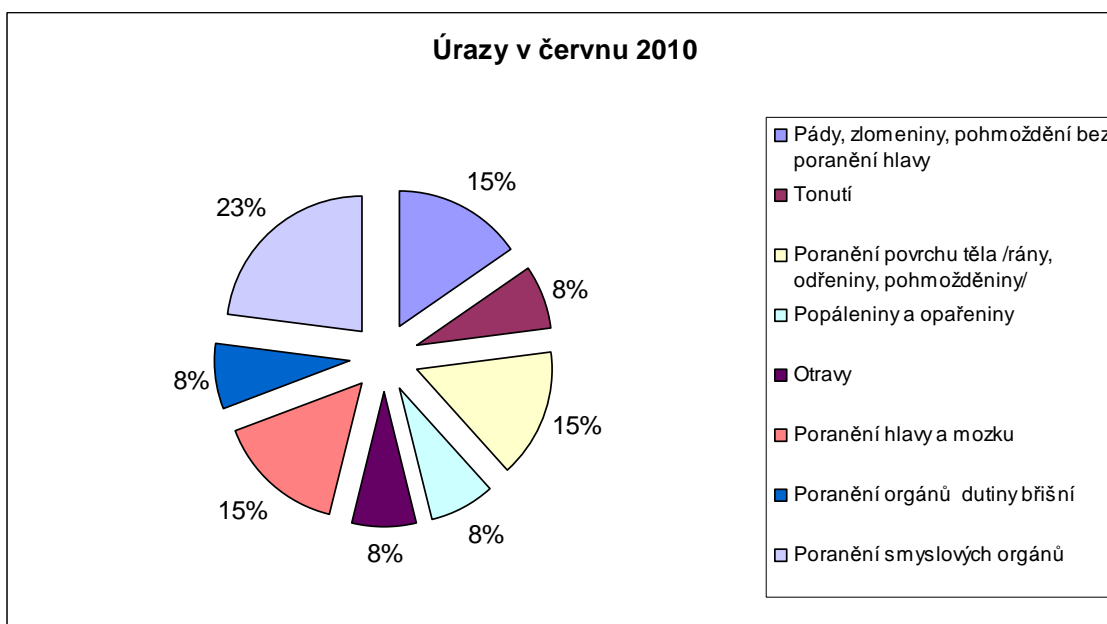
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 9 Úrazy hospitalizovaných dětí období června 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	2
Tonutí	1
Poranění povrchu těla /rány, odřenyiny, pohmožděnyiny/	2
Popáleniny a opařeniny	1
Otravy	1
Poranění hlavy a mozku	2
Poranění orgánů dutiny břišní	1
Poranění smyslových orgánů	3
n	13

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 Úrazy hospitalizovaných dětí období června 2010



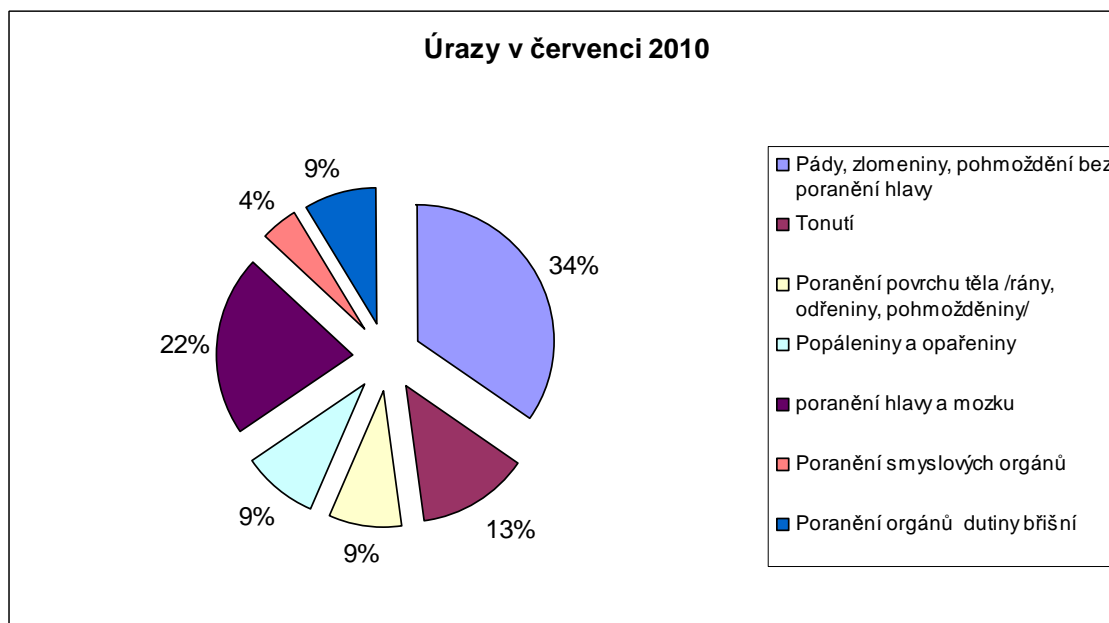
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 10 Úrazy hospitalizovaných dětí období července 2010

Druh úrazu	n
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	8
Tonutí	3
Poranění povrchu těla /rány, odřeniny, pohmožděny/	2
Popáleniny a opařeniny	2
poranění hlavy a mozku	5
Poranění smyslových orgánů	1
Poranění orgánů dutiny břišní	2
n	23

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 Úrazy hospitalizovaných dětí v období července 2010



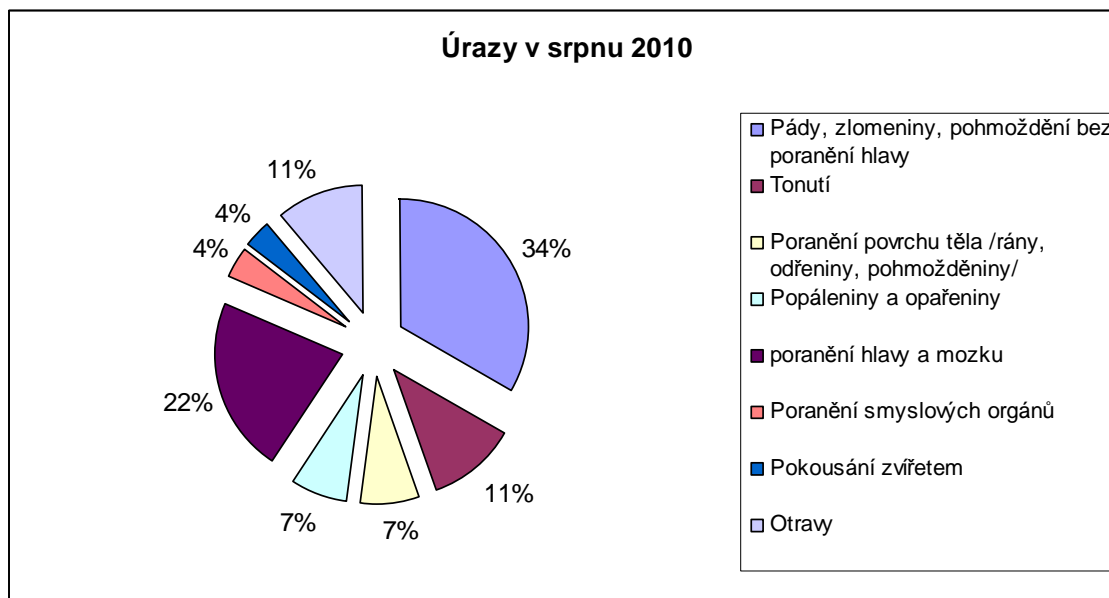
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 11 Úrazy hospitalizovaných dětí v období srpna 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	9
Tonutí	3
Poranění povrchu těla /rány, odřeniny, pohmožděniny/	2
Popáleniny a opařeniny	2
poranění hlavy a mozku	6
Poranění smyslových orgánů	1
Pokousání zvířetem	1
Otravy	3
n	27

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 Úrazy hospitalizovaných dětí v období srpna 2010



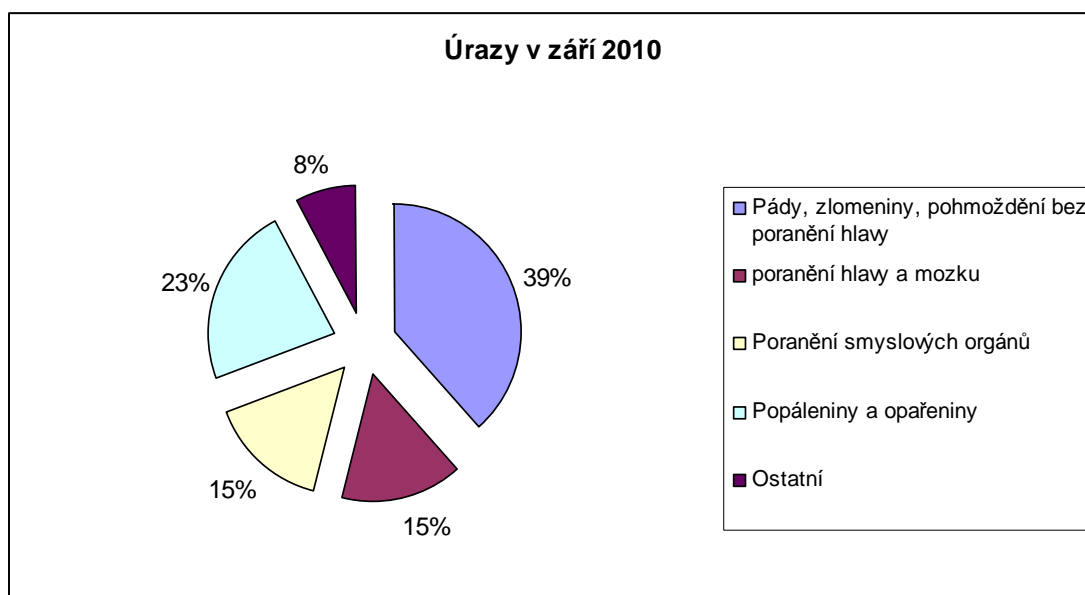
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 12 Úrazy hospitalizovaných dětí v období září 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	5
poranění hlavy a mozku	2
Poranění smyslových orgánů	2
Popáleniny a opařeniny	3
Ostatní	1
n	13

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 Úrazy hospitalizovaných dětí v období září 2011



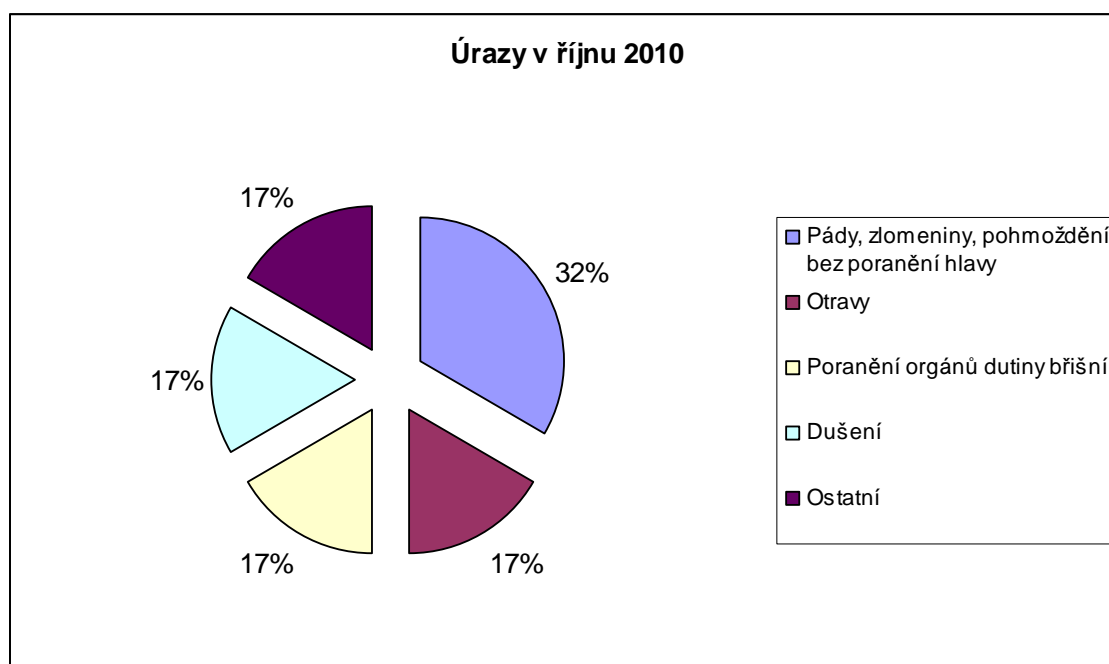
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 13 Úrazy hospitalizovaných dětí v období říjnu 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	2
Otravy	1
Poranění orgánů dutiny břišní	1
Dušení	1
Ostatní	1
n	6

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 Úrazy hospitalizovaných dětí v období říjnu 2010



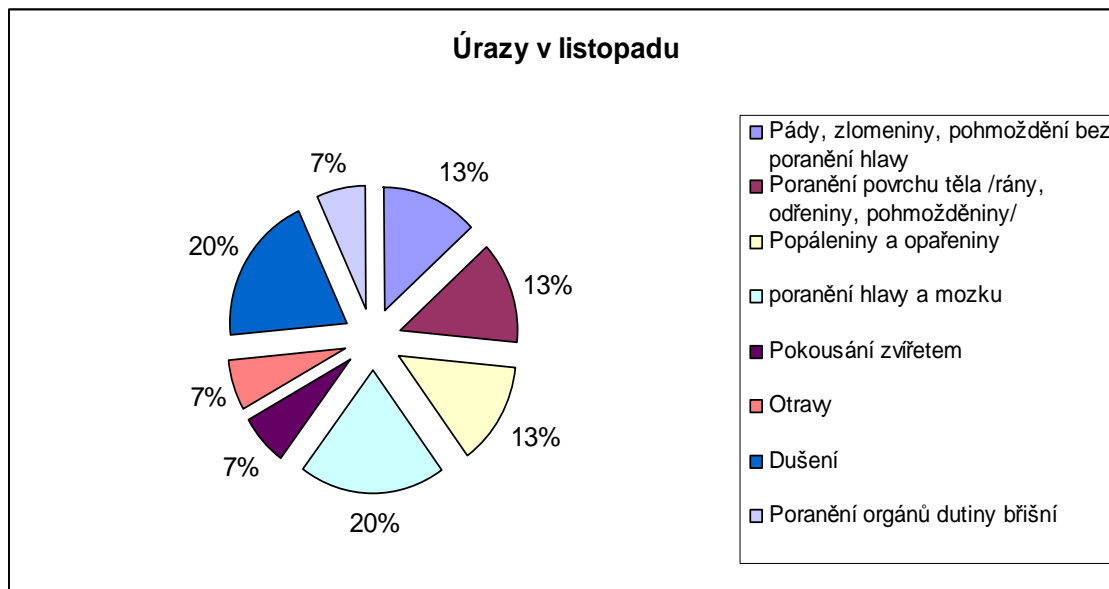
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 14 Úrazy hospitalizovaných dětí v období listopadu 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	2
Poranění povrchu těla /rány, odřeniny, pohmožděny/	2
Popáleniny a opařeniny	2
poranění hlavy a mozku	3
Pokousání zvířetem	1
Otravy	1
Dušení	3
Poranění orgánů dutiny břišní	1
n	15

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14 Úrazy hospitalizovaných dětí v období listopadu 2010



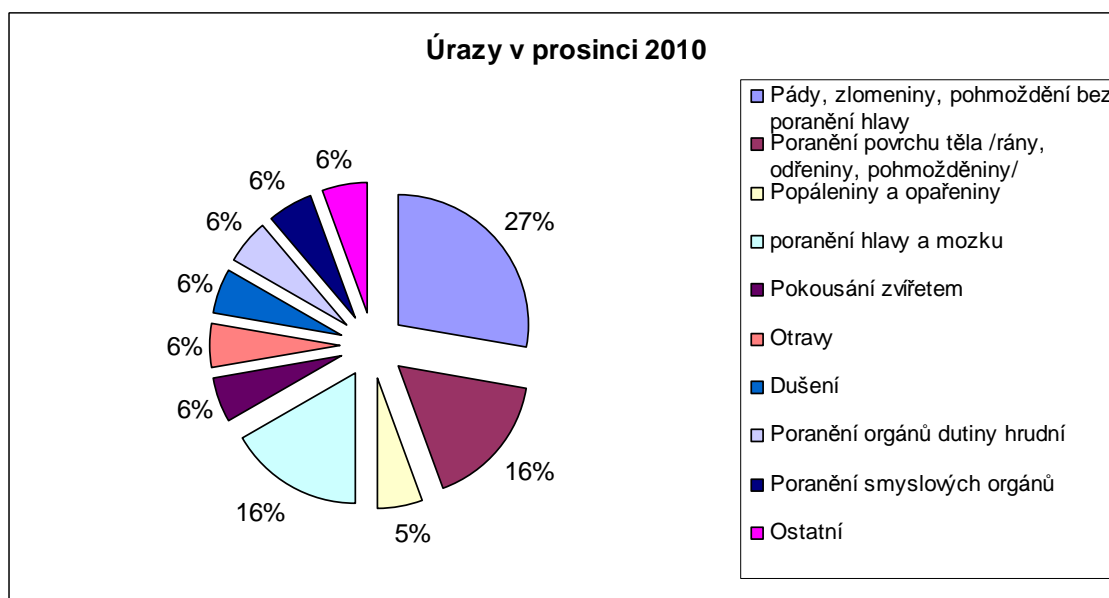
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 15 Úrazy hospitalizovaných dětí v období prosince 2010

Druh úrazu	ni
Pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy	5
Poranění povrchu těla /rány, odřenin, pohmožděnin/	3
Popáleniny a opařeniny	1
poranění hlavy a mozku	3
Pokousání zvířetem	1
Otravy	1
Dušení	1
Poranění orgánů dutiny hrudní	1
Poranění smyslových orgánů	1
Ostatní	1
n	18

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15 Úrazy hospitalizovaných dětí v období prosince 2010

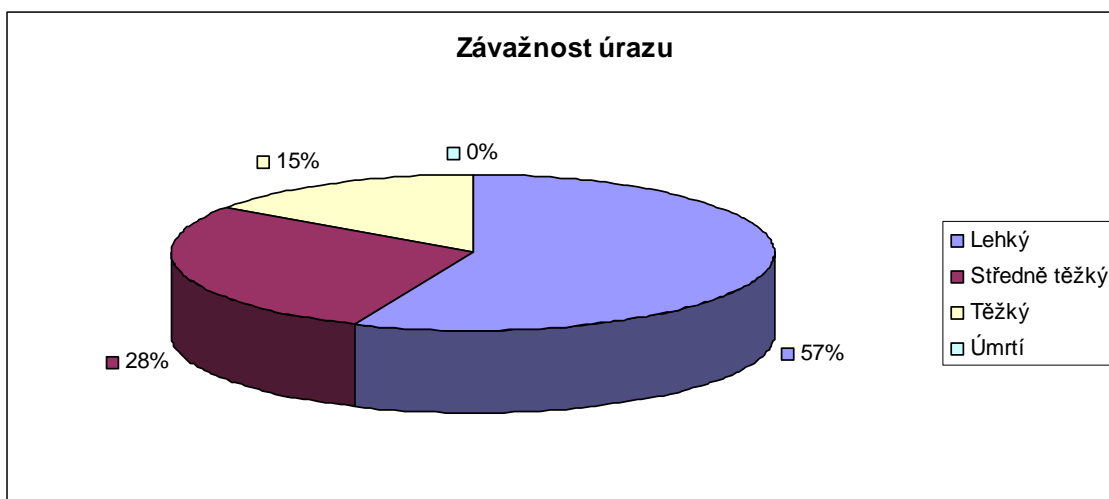


Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 16 Závažnost úrazu hospitalizovaných dětí v kalendářním roce 2010

Závažnost úrazu	ni
Lehký	156
Středně těžký	78
Těžký	42
Úmrtí	0
n	276

Graf č. 16 Závažnost úrazu hospitalizovaných dětí v kalendářním roce 2010



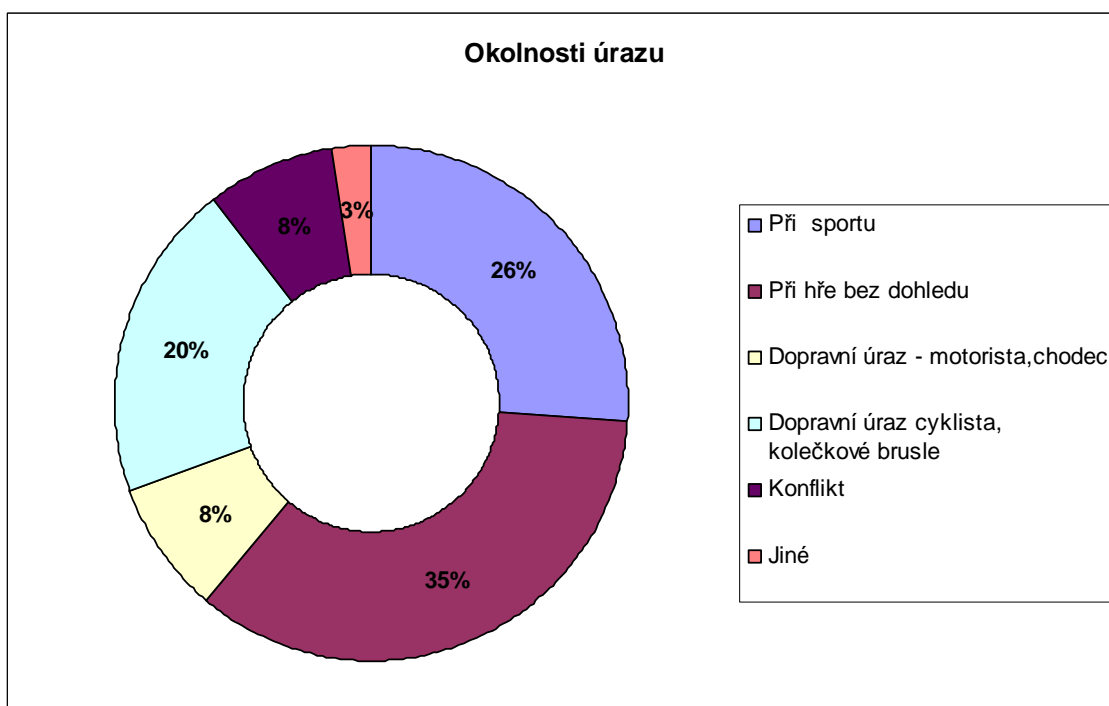
Zdroj: vlastní výzkum

Graf poukazuje na to do jaké míry byly úrazy dětí závažné. Ze všech 276 zaznamenaných hospitalizací dětí pro úraz bylo 156 (57 %) lehkých úrazů, 78 (28 %) středně těžkých, 42 (15%) těžkých úrazů a úmrtí nebylo zaznamenáno žádné.

Tabulka č.17 Okolnosti úrazu

Okolnosti úrazu	ni
Při sportu	72
Při hře bez dohledu	97
Dopravní úraz - motorista,chodec	23
Dopravní úraz -cyklista, kolečkové brusle	55
Konflikt	22
Jiné	7
n	276

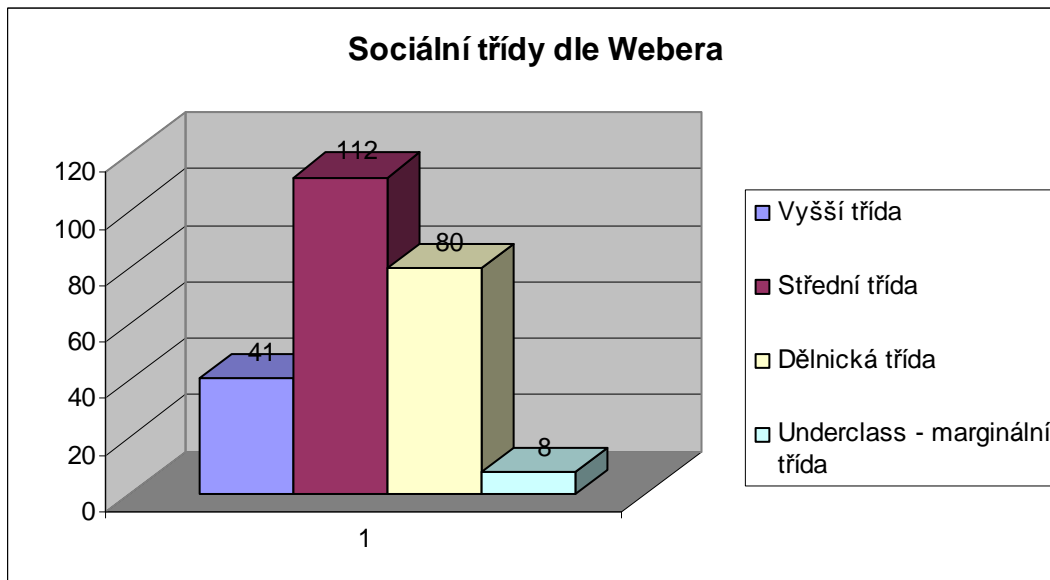
Graf č. 17 Okolnosti vzniku úrazu



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že nejčastějšími okolnostmi vzniku úrazu byla na prvním místě souvislost s hrou dětí bez dozoru rodičů a to u 97 (35 %) případů, dále na druhém místě byly zaznamenány úrazy v souvislosti se sportovními aktivitami a to v 72 (26 %) případů a na třetím místě dopravní úrazy cyklistů a bruslařů na kolečkových bruslích. 55 (20%) .

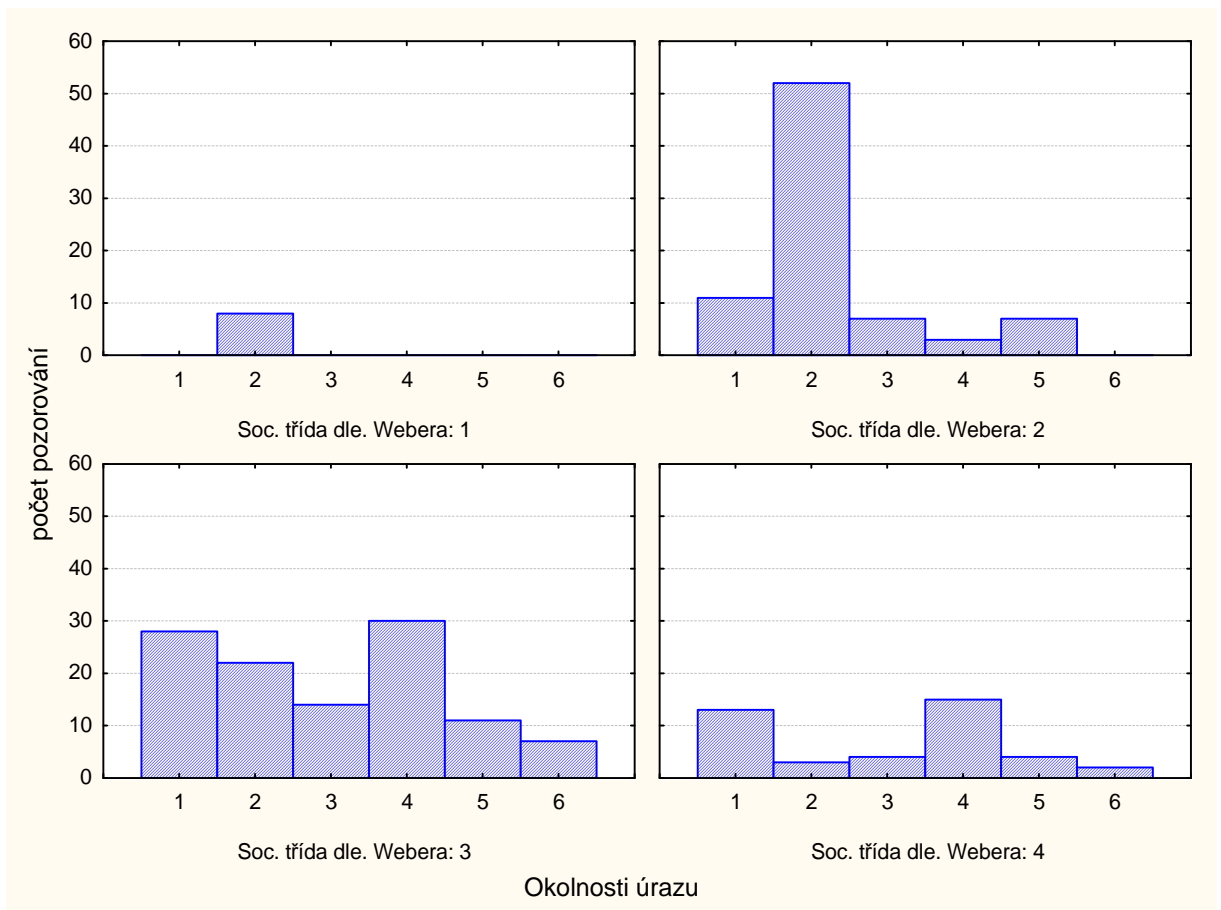
Graf č. 18. Stratifikace rodin do sociálních tříd dle sociologa Maxe Webera



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje stratifikační hierarchii statusu -místa rodin ve společenském žebříčku. Při rozboru socioekonomické situace rodin v nichž se úraz vyskytl, podle předpokladu převažuje dle stratifikace Maxe Webera střední a nižší třída, což odpovídá rozvrstvení tříd ve společnosti. Celkem bylo zaznamenáno 276 úrazů, ale pouze u 241 rodin bylo možné hodnotit socioekonomický status rodiny, jelikož 35 rodin odmítlo vyplnit dotazník týkající se jejich socioekonomické situace.

Graf č. 19 Okolnosti úrazu v závislosti na sociální třídě

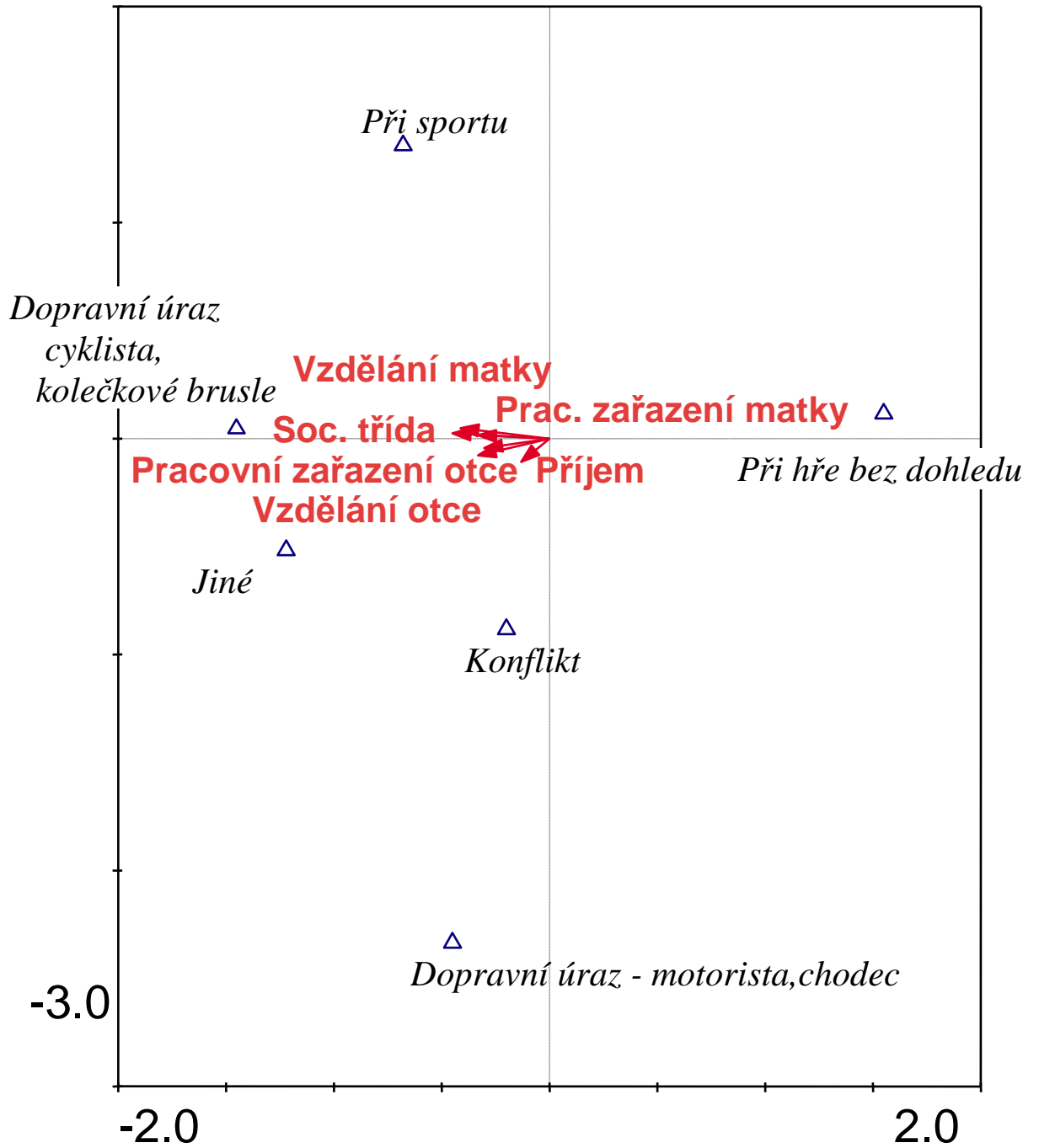


Vysvětlivky:

1. Při sportu
2. Při hře bez dohledu
3. Dopravní úraz - motorista, chodec
4. Dopravní úraz cyklista, kolečkové brusle
5. Konflikt
6. Jiné

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20 Závislost okolností úrazu na různých socioekonomických parametrech

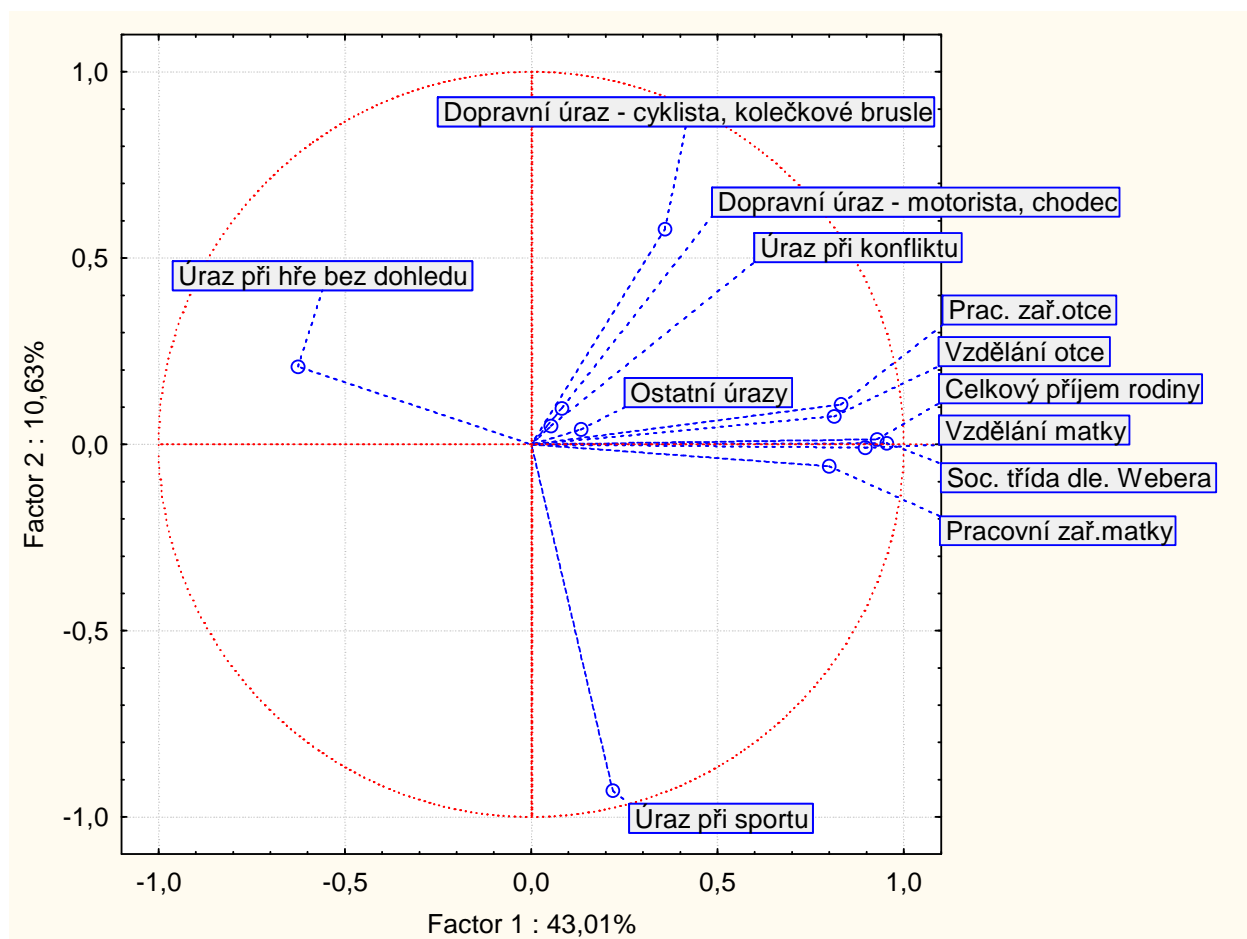


Zdroj: vlastní výzkum

Závislost okolností úrazu na různých socioekonomických parametrech (prediktorech) - výsledky analýzy kanonikální korelace – Monte Carlo permutační test – 999 permutací v redukovaném modelu. První kanonikální osa (osa X) vysvětluje statisticky průkazně část variability pozorovaných okolností úrazů ($p=0.001$; $F= 15.4$; eigenvalue 0.309).

Trojúhelníky jsou jednotlivé okolnosti úrazu a směr a velikost šipky ukazuje korelaci konkrétního prediktoru s ostatními prediktory a jednotlivými okolnostmi úrazu. Korelace pozitivně roste s délkou šipky. Směry na sebe kolmé jsou nekorelované – tj. nezávislé.

Graf č.21 Vzájemný vztah mezi okolnostmi úrazu a různých socioekonomických parametrech



Zdroj: vlastní výzkum

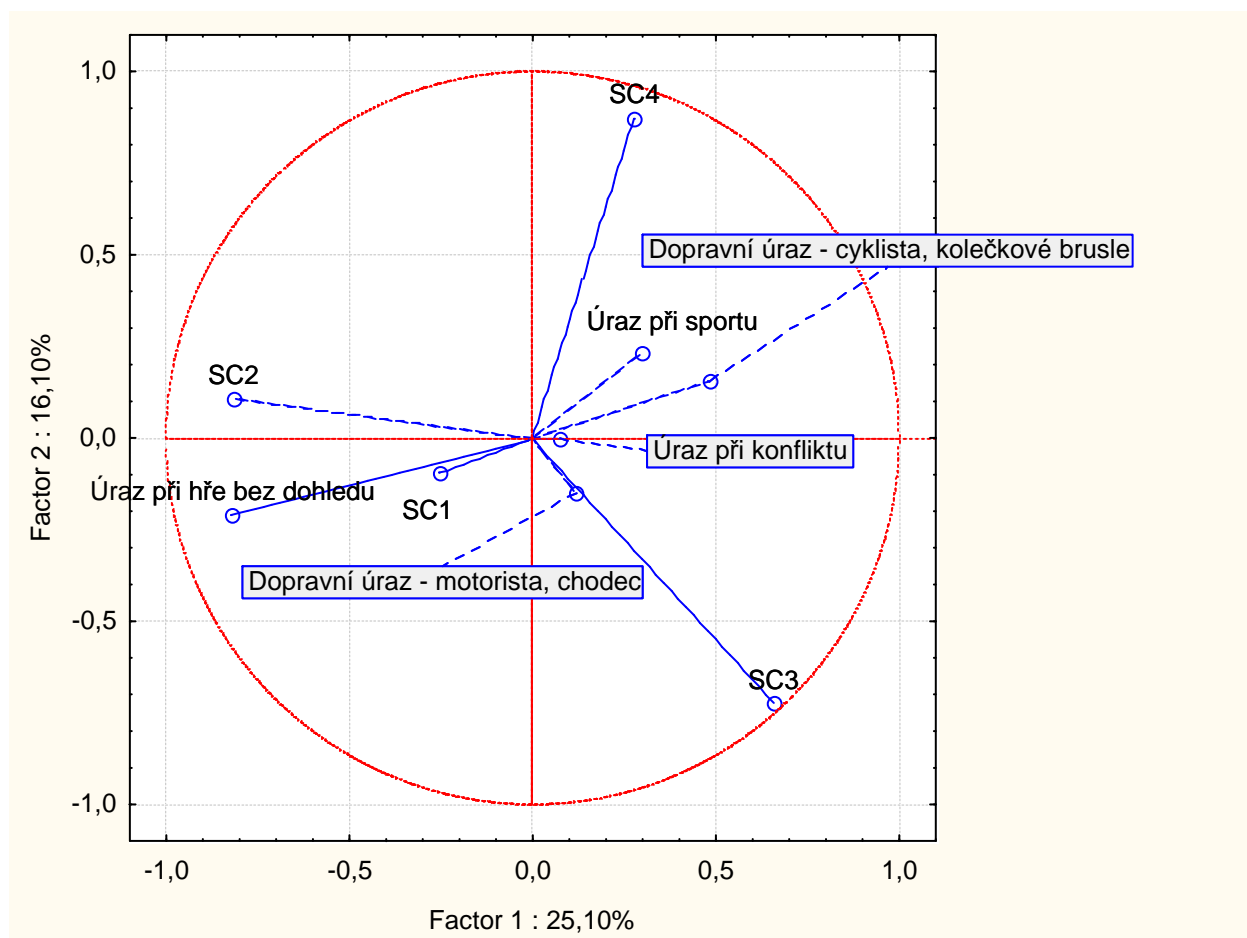
Tabulka č. 18 Korelační tabulka prediktoru.

Zdroj: vlastní výzkum

Variable	Correlations (pca2)							
	Means	Std.Dev.	Vzdělání matky	Vzdělání otce	Pracovní zař.matky	Prac. zař.otce	Celkový příjem rodiny	Soc. třída dle. Webera
Vzdělání matky	2,95	1,22	1,000000	0,576721	0,755042	0,597950	0,887846	0,922910
Vzdělání otce	2,80	1,37	0,576721	1,000000	0,535322	0,955032	0,709466	0,681149
Pracovní zař.matky	5,29	2,53	0,755042	0,535322	1,000000	0,511194	0,669091	0,765120
Prac. zař.otce	5,15	2,64	0,597950	0,955032	0,511194	1,000000	0,732962	0,720826
Celkový příjem rodiny	31680,50	10581,11	0,887846	0,709466	0,669091	0,732962	1,000000	0,948408
Soc. třída dle. Webera	2,77	0,76	0,922910	0,681149	0,765120	0,720826	0,948408	1,000000

Zobrazeny jsou korelační koeficienty, červeně pak průkazně na hladině pravděpodobnosti 5%.

Graf č. 22 Analýza závislosti typu úrazu na sociální třídě dle Webera



Zdroj: vlastní výzkum

Na grafu je vynesena PCA analýza závislosti typu úrazu na sociální třídě dle Webera (SCx), protože ten je silně korelován s ostatními predikátory, jak je patrné z předchozího grafu. Pokud na grafu jdou přímky ze středu stejným směrem, tak to znamená, že jsou navzájem korelované /je mezi nimi vzájemný vztah/, pokud jdou opačným směrem, tak jsou také korelované, ovšem negativně. A pokud jsou přímky na sebe kolmé, tak jsou na sobě nezávislé. Na ose X je faktor 1, který vysvětluje 25% variability dat, na ose Y pak faktor 2, s 16% vysvětlované variability. Další+- faktory vysvětlují vždy méně variability a pro interpretaci se nepoužívají.

5 Diskuze

Problematice dětské úrazovosti je věnována zvýšená pozornost. Jeden z hlavních důvodů je jejich nárůst během posledních let, ale i závažnost následků v důsledku úrazů. Nejrizikovější skupinou jsou právě děti, u kterých jsou úrazy v příčinách úmrtí na prvním místě a v příčinách nemoci na místě druhém. Každý úraz má svou příčinu.

V diplomové práci jsme se zaměřili na zmapování okolností úrazů dětí, které byly přijaty k hospitalizaci během kalendářního roku 2010 na dětské oddělení nemocnice v Českém Krumlově a také naším cílem bylo zjistit, zda-li socioekonomický status rodiny má vliv na okolnosti úrazu.

Graf č. 1 udává zastoupení dětského pohlaví hospitalizovaných dětí. Výzkum tvořilo celkem 276 dětí, které utrpěly úraz, z nichž bylo 160 (58 %) bylo mužského pohlaví a 116 (42 %) ženského pohlaví. Mužské pohlaví převažuje v rámci úrazovosti dle předpokladu vyšší tělesné aktivity chlapců v průběhu celého dětství.

Graf č. 2 ukazuje věkové rozdělení hospitalizovaných dětí z důvodu úrazu podle vývojového stupně. Nejvíce úrazů bylo zaznamenáno u mladších školáků ve věku od 6 – 11 let - 67 dětí (23 %), dále předškoláci ve věku od 3 – 5 let – 54 dětí (20 %), batolata ve věku od 1-3 roky – 46 dětí tj. (17 %), dorostenci ve věku 15 - 19 let – 45 dětí (16 %), kojenci od 28 dne po narození do 12 měsíců – 32 dětí tj. (12 %), starší školáci ve věku 12-15 let – 30 dětí tj. (11 %) a nejméně úrazů bylo zaznamenáno u novorozenců do 28 dne života - 2 děti tj. (1 %). Všeobecně je známo, že u kojenců a batolat do věku 3 let převažují úrazy a otravy v domácnosti, od předškolního věku až do dorostového pak jsou v popředí úrazy při sportu a dopravní úrazy.

Grivna uvádí, že dětské úrazy jsou podmíněné věkem a jejich příčiny úzce (18).

Graf č.3 zobrazuje zastoupení jednotlivých druhů úrazů u dětí hospitalizovaných na dětském oddělení za celý kalendářní rok 2010. Z celkového počtu 276 úrazů bylo na místě prvním zaznamenáno nejvíce pádů, zlomenin, pohmoždění bez poranění hlavy to v 68 případech (24 %), dále na místě druhém poranění hlavy a mozku ve 46 případech (17 %), místo třetí tvořily poranění povrchu

těla (rány, odřeniny, pohmožděniny) a to v 37 případech (13 %), čtvrté místo popáleniny a opařeniny ve 32 případech (12 %) a na pátém místě byly otravy ve 21 případech (8 %), ostatní druhy úrazů nebyly významně zastoupeny.

V EU je úmrtnost dětí na neúmyslné úrazy z hlediska mechanismu úrazového děje následující: dopravní úrazy 39 %, tonutí 14 %, otravy 7 %, popáleniny 4 %, pády 4 %, ostatní 32 % (45).

Podle statistik MZČR zhmoždění, vykloubení, zlomeniny a poranění hlavy a lebky tvoří dohromady 65,9 % z celkového množství dětských úrazů souvisejí se stupněm tělesného a duševního vývoje v jednotlivých věkových obdobích. (30).

Graf č. 4 – graf č. 15 mapují úrazovost hospitalizovaných dětí za jednotlivé kalendářní měsíce od období ledna 2010 do prosince 2010. Přičemž z grafů jasně vyplývá, podle předpokladů, že v zimním období převažují úrazy jako jsou zlomeniny, pády pohmoždění včetně poranění hlavy a mozku v souvislosti se zimními sporty. Toto období trvá od listopadu do března. Maximum těchto úrazů bylo zaznamenáno v březnu 2010 v období jarních prázdnin, kdy často rodiny s dětmi tráví čas na horách. S nástupem teplého jarního počasí se začínají vyskytovat ve větší míře úrazy na hřištích, cyklistů a dopravní úrazy všeobecně. S nástupem léta v období velkých letních prázdnin se objevuje častěji tonutí. Celoročně bývá vcelku stabilní počet otrav, pokousání zvířetem a ostatních úrazů nesouvisejících se sportovními aktivitami dětí, dopravou a volným časem dětí bez dozoru rodičů.

Graf č.16 poukazuje na to do jaké míry byly úrazy dětí závažné. Ze všech 276 zaznamenaných hospitalizací dětí pro úraz bylo 156 (57 %) lehkých úrazů, 78 (28 %) středně těžkých, 42 (15 %) těžkých úrazů a úmrtí nebylo zaznamenáno žádné.

Na dětském oddělení podle závažnosti byly hospitalizovány děti, které byly odeslány na dětské oddělení po prvotním ošetření na oddělení chirurgickém a nevyžadovaly speciální chirurgickou terapii. Ve většině úrazů hlavy šlo o observaci, u povrchných poranění a zlomenin byla léčba provedena primárně na chirurgickém oddělení. Popáleniny a opaření byly rovněž primárně ošetřeny na chirurgickém oddělení a odeslány na dětské oddělení a to v případech, kdy závažnost úrazu nebylo nutno řešit na popáleninovém centru. Léčené otravy na dětském oddělení byly takové, které

nebylo nutno řešit na JIP s ventilací, dialýzou nebo jinými očišřovacími metodami. V převaze šlo o úrazy středně těžké a lehké, stejně tak otravy a popáleniny byl méně závažné.

Statistická data uvádí, že ročně je léčeno v nemocnicích s úrazem kolem 30 tisíc dětí a více než 3 tisíce dětí je v důsledku úrazu postiženo dlouhodobě a často i trvale. Zhruba 300 dětí v důsledku zranění každý rok zemře (30).

Z grafu č. 17 vyplývá, že nejčastějšími okolnostmi vzniku úrazu byla na prvním místě souvislost s hrou dětí bez dozoru rodičů a to u 97 (35 %) případů, dále na druhém místě byly zaznamenány úrazy v souvislosti se sportovními aktivitami a to v 72 (26 %) případů a na třetím místě dopravní úrazy cyklistů a bruslařů na kolečkových bruslích u 55 (20 %).

Graf č. 18 znázorňuje stratifikační hierarchii statusu - místa rodin ve společenském žebříčku. Při rozboru socioekonomické situace rodin v nichž se úraz vyskytl, podle předpokladu převažuje dle stratifikace sociologa Maxe Webera střední a nižší třída, což odpovídá rozvrstvení tříd ve společnosti. Celkem bylo zaznamenáno 276 úrazů, ale pouze u 241 rodin bylo možné hodnotit socioekonomický status, jelikož 35 rodin odmítlo vyplnit dotazník týkající se jejich socioekonomické situace.

Graf č. 19 vysvětluje okolnosti vzniku úrazu v závislosti na sociální třídě rodiny. Dle stratifikační analýzy statusu rodin dle Webera v sociální třídě 1. - tedy marginální třídě – uderclass, bylo nejčastější okolností úrazu hra bez dohledu rodičů. Jiné okolnosti úrazů se zde nevyskytly. V sociální třídě dle Webera 2. - tedy dělnické, nejvíce převládaly úrazy vzniklé při hře bez dohledu rodičů, ojediněle se vyskytly úrazy spojené se sportem, dopravní úrazy (motoristé, chodci), dopravní úrazy (cyklisté, bruslaři na kolečkových bruslích), v rámci konfliktu. V sociální třídě dle Webera 3. - tedy střední třídě, byly nejvíce zastoupeny úrazy vzniklé v souvislosti se sportem a dopravní úrazy (cyklisté a bruslaři na kolečkových bruslích) – všeobecně řečeno úrazy v rámci sportovních aktivit dětí. Dále v menším počtu byly zastoupeny úrazy spojenou s hrou bez dohledu, dopravní úrazy (motoristé, chodci), v rámci konfliktu V sociální třídě dle Webera 4. - tedy vyšší sociální třídě, byla převaha opět dopravních úrazů

cyklisté a bruslaři na kolečkových bruslích a úrazy spojené se sportem, všeobecně řečeno, úrazy v rámci sportovních aktivit dětí. Minimum tvořily ostatní okolnosti úrazu.

Z grafů č. 20 – č. 21 vyplývá vzájemný vztah mezi okolnostmi úrazu a různých socioekonomických parametrech. Např. čím vyšší dosažené vzdělání rodičů, tím lepší zaměstnanecký status a vyšší příjem rodiny, z toho vyplývá zařazení do vyšší sociální třídy a od toho se odvíjí i okolnosti za kterých úraz vznikl.

Na grafu č. 22 je vynesena PCA analýza závislosti typu úrazu na sociální třídě dle Webera (SCx). Z grafu je tedy patrné, že úrazy při hře bez dohledu jsou časté v SC1 (dle Webera sociální třídě 1. – marginální třídě neboli unederclass) a SC2 (sociální třída 2. – dělnická) a stávají se úplně náhodně. Tyto úrazy jsou typické u rodin, kde je méně důsledný dozor a rodiče si často nepřipouštějí rizika úrazů. V těchto rodinách s nižším socioekonomickým statusem je znatelně méně úrazů vzniklých při sportu a to hlavně organizovaném, což opět souvisí s ekonomickými možnostmi těchto dvou sociálních tříd. Ostatně úrazy ve skupině SC3 (dle Webera 3. sociální třídě – střední) se stávají úrazy prakticky náhodně, ale převažují úrazy v souvislosti se sportovními aktivitami. Úrazy v SC4 (dle Webera sociální třídě - vyšší) se stávají zejména při sportu nebo jako dopravní úrazy (cyklista / bruslař na kolečkových bruslích) jak vyplývá z grafu. Úrazy při konfliktu jsou naprosto nezávislé na sociální třídě (pravděpodobně kvůli málo pozorování) a dopravní úraz (motorista/chodec) se stává mírně častěji u SC3 (sociální třídě 3. – střední). Jiné úrazy nebyly hodnoceny, kvůli nedostatečné specifikaci. Z výzkumu tedy vyplývá, že v rodinách s nižším socioekonomickým statusem, tedy ve třídě marginální a dělnické, převládají úrazy spojené s hrou bez dohledu, lze předpokládat, že tento jev může souviset s ekonomickou situací v inkriminovaných skupinách. Úrazovost v těchto třídách bude nepochybně souviset s nižším životním nívem, možností přiměřeného vybavení dětí na sport ochrannými pomůckami. V těchto nejnižších sociálních třídách se mnohdy projevuje disfunkčnost rodiny, nedostatek finančních prostředků, úroveň vzdělání a vícečetnost rodin. Ve střední třídě tedy 3., nejsou sportovní a dopravní úrazy v takové míře ovlivněny socioekonomickými podmínkami, tam se projevuje úrazovost dětí při sportu a dopravě nezávisle na výše uvedených faktorech. Ve vyšší třídě, tedy 4. převládají dopravní a

sportovní úrazy. Vzhledem k vyššímu socioekonomickému statusu rodiny předpokládáme, že děti těchto rodičů se mohou sportovním aktivitám věnovat v plné míře díky ekonomické stránce rodiny. Toto paradoxně může vést, nebo vede k většímu počtu úrazů. Závěrem lze říci, že dle statistického šetření socioekonomické faktory ovlivňují dětské úrazy.

6 Závěr

Problematika úrazovosti dětí je jedním nejzávažnějších zdravotnickým problémů v dětském věku. Úraz se často stane ve vteřině a jeho následky trvají po celý život, přičemž se nemusejí projevit hned, ale až po čase. Úraz nezmění jenom život dítěte, ale zasáhne i do života celé rodiny.

Na základě teoretických znalostí z nastudované literatury a dostupných zdrojů i praktických zkušeností dětských lékařů byly stanoveny cíle a hypotézy pro daný výzkum. Cílem diplomové práce bylo zmapovat okolnosti úrazů dětí za kalendářní rok 2010 hospitalizovaných na dětském oddělení a zjistit zda-li socioekonomický status rodiny má vliv na okolnosti úrazu.

Výsledky výzkumu potvrdily obě předem stanovené hypotézy.

H 1: „ V rodinách s vyšším socioekonomickým statusem převládají úrazy vzniklé sportovními aktivitami.“ Vyšší socioekonomický status reprezentovaly dvě sociální třídy, které byly stanoveny dle stratifikační hierarchie místa rodin ve společenském žebříčku dle sociologa Maxe Webera. Byly to sociální třídy střední a vyšší, ve kterých, jak z výzkumu úrazů vyplývá, statisticky převažovaly úrazy, které vznikly v souvislosti se sportem.

H 2: „ V rodinách s nižším socioekonomickým statusem převládají úrazy vzniklé při hře bez dohledu.“ Nižší socioekonomický status reprezentovaly též dvě sociální třídy, které byly stanoveny též dle sociální stratifikace rodin ve společenském žebříčku dle sociologa Maxe Webera. Sem byla zařazena sociální třída marginální neboli underclass a dělnická třída. V obou těchto třídách staticky převládaly úrazy, které vznikly v souvislosti s hrou dětí bez dohledu rodičů.

Z kvantitativního výzkumu úrazovosti dětí vyplývá, že nejčastějším důvodem hospitalizace dětí pro úraz na dětském oddělení nemocnice v Českém Krumlově v kalendářním roce 2010 byly na prvním místě pády, zlomeniny, pohmoždění bez poranění hlavy, dále na místě druhém poranění hlavy a mozku, místo třetí tvořily poranění povrchu těla (rány, odřeniny, pohmožděny), nejčastějšími okolnostmi vzniku úrazu byla zaznamenána souvislost s hrou dětí bez dozoru rodičů, na dalším místě byly

úrazy, které vznikly v souvislosti se sportovními aktivitami a dopravní úrazy (cyklistů a bruslařů na kolečkových bruslích). Dále bylo zjištěno, že socioekonomické faktory neboli status rodiny, ovlivňuje okolnosti úrazu za kterých vznikl.

Přínos práce spočívá v uvědomění si, že úrazy dětí jsou závažnou problematikou v naší populaci. I přestože se snížila úmrtnost dětí na úrazy, jejich četnost neklesá, ale narůstá.

Diplomová práce bude využita pro interní účely dětského oddělení nemocnice v Českém Krumlově a dále může podat informace všem, kteří se problematice dětských úrazů věnují, nebo pro studijní účely studentů, kteří se zabývají zdravotně sociální problematikou prevence úrazů i studiem v jiných oborech.

7 Seznam použitých zdrojů a literatury

1. AMERATUNGA, S., LINNAN, H. *World Report on Child and Adolescent Injury Prevention: Falls*. WHO, 2007.
2. BEALE, J. et al. *A five year study of high falls an Edinburgh*. *Injury*, 2000.
3. *Bezpečná komunita* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <http://www.sites.google.com/site/bezpecnakomunita>.
4. BYDŽOVSKÝ, J., *Akutní stavy v kontextu*, 1. Vyd., Praha: Triton, 2008, 417 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
5. ČAPKOVÁ, M. *Riziko vzniku úrazu u dětí z hlediska psychosomatického vývoje*. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2006, roč. 2, č. 1. ISSN 1801-0261.
6. ČAPKOVÁ, M. – TORÁČOVÁ, L. *Go proti úrazům aneb jak chránit své zdraví*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006. 19s. ISBN 80-7040-912-6.
7. ČAPKOVÁ, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Utonutí a zranění související s vodou*. Praha: Triton, 2005. 54 s. ISBN 80-7254-715-1.
8. ČELKO, Alexander. *Dětské úrazy a popáleniny: Nemocniční studie případů dětských pacientů hospitalizovaných s popáleninovým úrazem*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 72 s. ISBN 80-7262-189-0.
9. ČERMÁKOVÁ, M., MAŘÍKOVÁ, H. et al. *Proměny současné České rodiny*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2000. 170 s. ISBN -80-85850-93-1
10. *Dětský lékař největší kniha o zdraví dítěte*. Z anglického originálu American Medical Association *Complete Guide to your Children's Health* přeložila Zuzana Jungwirthová. Praha: Práh, 2007. 631 s. ISBN 978-80-7252-187-6.
11. DĚTSTVÍ BEZ ÚRAZŮ. *Úrazy dětí*. 1. vyd. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 36 s. ISBN 80-86991-72-5.
12. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374s. ISBN 80-7066-822-9.

13. FRIEDLANDEROVÁ, H., TUČEK, M. *Češi na prahu nového tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2000. 223 s. ISBN 80-85850-88-5
14. FIŠOVÁ, L., COUFALOVÁ, L., SOUKUPOVÁ, K., KOSTNER, R., BLAŽEK, J. *Projekt - Dětství bez úrazu – Úrazy dětí*, Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006, ISBN 80-86991-72-5.
15. GIELEN A., FORJUOH N. *World Report on Child and Adolescent Injury Prevention: Burns and Scalds*. WHO, 2007.
16. GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého věku do školního věku*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 140s. ISBN 978-80-247-2030-2.
17. GREGORA, M. *První pomoc u dětí*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2004. 72s. ISBN 80-204-1064-3.
18. GRIVNA, Michal, et al. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. 144 s. ISBN 80-239-2063-4.
19. HAMPLOVÁ, D., RYCHTAŘÍKOVÁ, J. et al. *České ženy: vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003, 108 s. ISBN 80-7330-040-0
20. HOLDER, Y., MATZOPOULOS, R., SMITH, A. *World Report on Child and Adolescent Injury Prevention: Poisoning*. WHO, 2007.
21. HRODEK, O. - VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
22. *Chci žít* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <www.chcizit.cz/3-1283-kousnuti-a-bodnuti-hmyzem>
23. CHILDREN'S HOSPITAL OF PITTSBURGH. *Fall Prevention* .. [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://www.chp.edu/CHP/Fall+Prevention>>.
24. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0

25. JOUROVÁ, I. *První pomoc při úrazu dítěte*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2001. 92s. ISBN 80-7226-376-5.
26. JULÍNEK, T. *Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/file.aspx?id=523&name=N%C3%A1rodn%C3%AD%20ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1n%20prevence%20d%C4%9Btsk%C3%BDch%20%C3%BAraz%C5%AF.doc>>.
27. MACHONIN, P., TUČEK, M. a kol. *Česká společnost v transformaci*. 1. vyd. Praha: Sociologické Nakladatelství (SLON), 1996. 364 s. ISBN 80-85850-17-6
28. MCMAHON, K., GOPALAKRISHNA, G. *World Report on Child and Adolescent Injury Prevention. Road traffic crashes*. WHO, 2007.
29. MINISTERSTVO DOPRAVY. *BESIP* Poslední aktualizace 28.7.2008 . [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://www.ibesip.cz/Kdo-jsme>>.
30. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Prevence dětských úrazů v České republice. Dětské úrazy v ČR* [online]. Poslední aktualizace ©2008 [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://www.mzd.cz/Pages/518-detske-urazy-vcr>>.
31. *Národní akční plán - Národní akční plán prevence dětských úrazů*: [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/523-narodni-akcni-plan-prevencedetskych-urazu.html>>
32. *Národní strategie prevence násilí na dětech v České republice na období 2008-2018*. Usnesení vlády c. 1139 ze dne 3. září 2008. [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz>.
33. PEDEN, M., et al. *World report on child injury prevention*. WHO 2008. ISBN 978 924 156357 4.
34. PILNÝ, J. a kol. *Prevence úrazů pro sportovce taping*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 103 s. ISBN 978-80-247-1675-6.
35. POKORNY, J. *Lékařská první pomoc*. 1. vyd., Praha: Galen, 2003. 351 s. ISBN 80-7262-214-5.

36. POKORNÝ, V. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.
37. *Prevence úrazů v ČR* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <http://www.prevenceurazu.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=2>.
38. *Public Health*. [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupný z: <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm>
39. *Rizikové chování dětí a mladistvých* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <http://www.urazydeti.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf>.
40. ROGMANS, W. *Home and leisure accidents in young persons under 25 years of age in the European Union: challenges for tomorrow*. Santé Publique, 2000.
41. ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 288s. ISBN 80-7178-923-2.
42. SAFE KIDS WORLDWIDE. *Preventing accidental injury. Safety Tips: Water and Drowning Safety* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <http://www.safekids.org/tips/tips_water.html>.
43. SEN, A. Poor, relatively speaking. *Oxford Economic Papers*, 1983, vol. 35.
44. SETHI, D. *WHO Activities in the field of child Injury prevention*. Prezentace: Praha 2005.
45. SETHI, D., TONER, E., VINCENIEN, J., et al. *European report on child injury prevention. Regional office for Europe*. WHO, 2008.
46. SPADY, D., SAUNDERS, D., SCHOPFLOCHER, D., SVENSON, L. Patterns of injury in children: a population-based approach. *Pediatrics*, 2004.
47. *Strípky* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://stripky.cz/unicef/urazy.html>>.
48. TICHÁČEK, M. – DRÁBKOVÁ, J. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Doporučené postupy pro praktické lékaře. *Předávkování a otravy drogami* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t276.rtf>>.

49. TOŠOVSKÝ, Václav. *Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže*. Praha: Alfa-omega, 2006. 191 s. ISBN 80-86318-79-6.
50. TRAPANI, G. – et al. *První pomoc a zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 144s. ISBN 80-7367-137-9.
51. *Úrazy dětí* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <http://www.urazydeti.cz/download/publikace_urazy_deti.pdf>.
52. *Utonutí a úrazy* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/koupani-ve-volne-prirode/hrozicinebezpeci-ve-vode>>.
53. VELEMÍNSKÝ, M. - VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Dítě 3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.
54. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 62 s. ISBN 80-7040-813-8.
55. *Výskyt úrazů. Incidence úrazů u dětí školního věku v ČR* [online]. [cit. 11-03-19]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/vyskyt-urazu>>.
56. WARD, C. *The Child in the City*. London: Bedford Square Press. 1990.
57. *World Health Organization: Global Burden of Disease project*. Geneva: WHO, 2002.

8 Klíčová slova

Úraz

Děti

Prevence.

Otrava

Rizika

Četnost dětských úrazů

Příčiny dětských úrazů

9 Přílohy

9.1 Dotazník pro rodiče

Jmenuji se Jana Mikešová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v ČB. Údaje z tohoto dotazníku budou použity v mé diplomové práci, která se týká monitorování závislosti socioekonomického statusu rodiny a jeho závislost na úrazovosti dětí. Prosím Vás, abyste věnovali několik minut jeho vyplnění. Vybranou alternativu, prosím, zakroužkujte v daném políčku.

Děkuji.

1. Vzdělání rodičů

I. Vzdělání rodičů - matka

1. Základní
2. Učební obor
3. Středoškolské
4. Vyšší odborné
5. Vysokoškolské

I. Vzdělání rodičů – otec

1. Základní
2. Učební obor
3. Středoškolské
4. Vyšší odborné
5. Vysokoškolské

2. Pracovní zařazení rodičů

II. Pracovní zařazení rodičů - matka

1. Nepracující/nezaměstnaní, RD,PN, ID/
2. Pomocní a nekvalifikovaní pracovníci
3. Obsluha strojů a zařízení
4. Řemeslníci a kvalifikovaní dělníci
5. Kvalifikovaní zemědělci a lesní dělníci
6. Pracující v provozech a ve službách
7. Nižší administrativní pracovníci
8. Technici, zdravotníci, pedagogové
9. Vedoucí a řídicí pracovník

II. Pracovní zařazení rodičů - otec

1. Nepracující/nezaměstnaní, RD,PN, ID/
2. Pomocní a nekvalifikováni pracovníci
3. Obsluha strojů a zařízení
4. Řemeslníci a kvalifikovaní dělníci
5. Kvalifikovaní zemědělci a lesní dělníci
6. Pracující v provozech a ve službách
7. Nižší administrativní pracovníci
8. Technici, zdravotníci, pedagogové
9. Vedoucí a řídicí pracovník

3. Celkový příjem rodiny

- zaokrouhleno na celé částky

9.2 Úraz není náhoda

ÚRAZ NENÍ NÁHODA

Má své příčiny, které je možné eliminovat. Stává se v rizikových situacích a na rizikových místech, které můžeme předvídat a vyhnout se jim.
Úraz je důsledkem rizikového chování - dětí nebo dospělých.

STAČÍ TAK MÁLO ABY SE ÚRAZ NESTAL

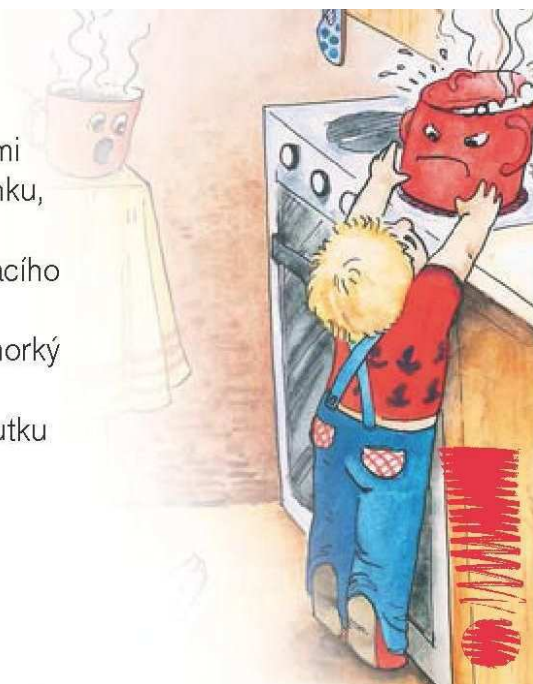


Otravy a poleptání

- léky a desinfekce ukládejte mimo dosah dětí
- pozor na jedovaté rostliny v bytě a na zahradě
- mimo dosah dětí uložte: saponáty, čistidla, rozpouštědla, hnojiva, alkohol
- saponáty, čistidla a jiné chemikálie by neměly být v lahvi od nápojů
- odpadkový koš by měl být pro malé děti nedostupný
- do lednice nedávejte jedovaté a nejedlé věci
- garáž, sklep a komora by měly být uzamčeny

Opařeniny

- ubrus proti strhnutí zajistěte sponami
- horké hrnce dávejte na zadní plotýnku, resp. dprostřed stolu, ne na kraj
- šňůru od varné konvice nebo fritovacího hrnce nenechávejte volně viset
- když je nablízku malé dítě, nepijte horký čaj nebo kávu
- pozor na příliš horkou vodu z kohoutku
- kontrolujte pohyb dítěte po kuchyni

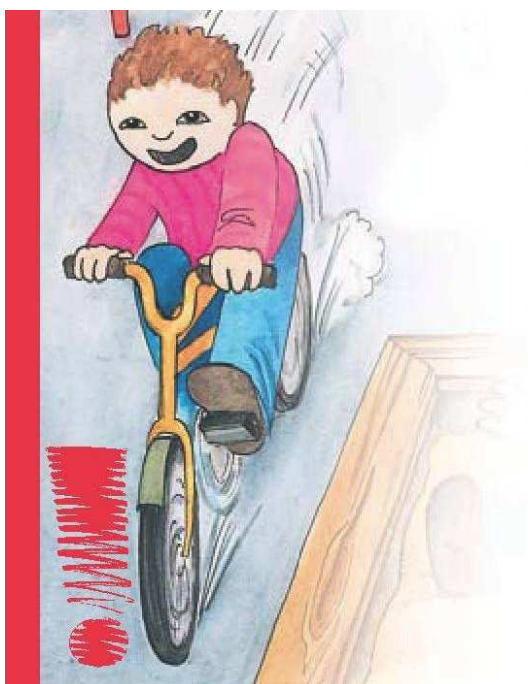
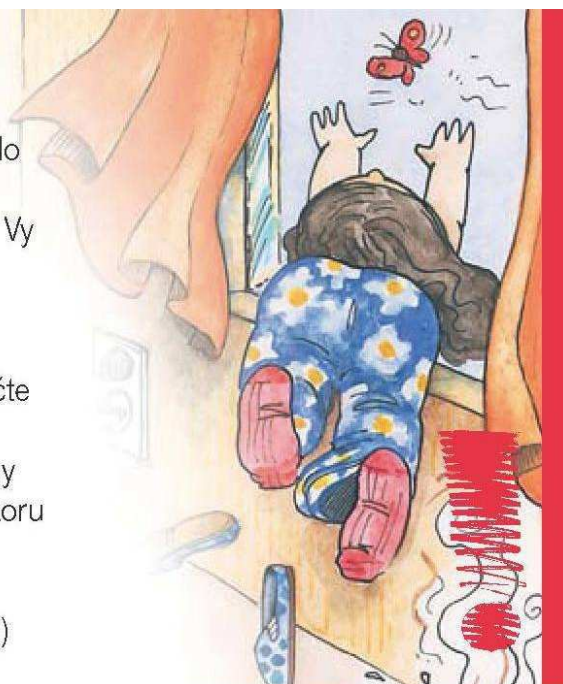


Popáleniny

- elektrické zásuvky zajistěte krytkou
- zápalky a zapalovače ukládejte mimo dosah dětí
- pozor na volné šňůry od domácích spotřebičů (dítě je může prokousnout nebo na sebe spotřebič strhnout)
- pozor na krby, kamna a horké plotýnky
- pozor na umělé oblečení, snadno se vznítí
- rachejtla a zábavná pyrotechnika dětem do rukou nepatří

Pády

- okno zajistěte tak, aby z něj nemohlo dítě vypadnout
- pozor na schody, můžete spadnout Vy i dítě
- nebezpečné jsou hladké podlahy a malé koberečky
- ostré rohy stolu a nábytku zabezpečte krytkou
- pozor na skleněný nábytek a ozdoby
- nenechávejte dítě samotné bez dozoru na balkoně
- pořizujte si stabilní nábytek (např. židličku, která se snadno nepřevrátí)

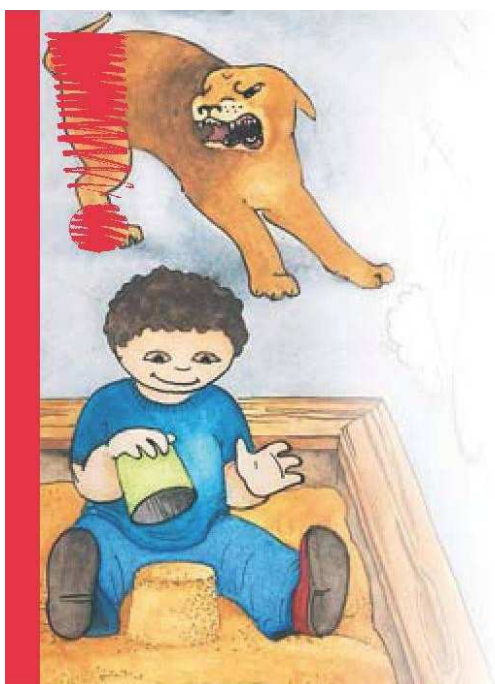
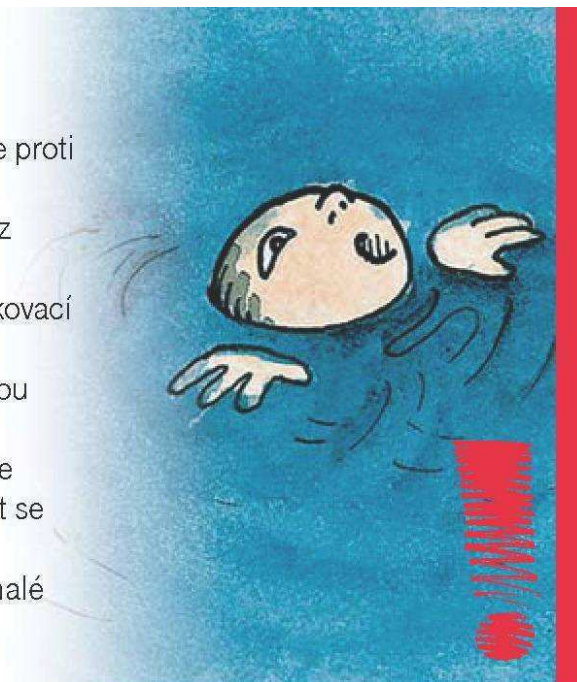


Kolo, auto, doprava

- děti musí být v autě vždy v autosedačce
- v autě musíme vždy používat bezpečnostní pásy
- Vy i děti jezděte jen na dobře vybaveném kole, vhodně oblečení a obuti a vždy s přilbou
- naučte děti správně přecházet silnici, dodržovat dopravní předpisy
- děti by měli nosit výrazné oblečení s reflexními pruhy

Tonutí, dušení

- bazény a sudy s vodou zabezpečte proti pádu dítěte
- u vody nenechávejte dítě nikdy bez dohledu
- malé děti by u vody měly mít nafukovací rukávky
- na lodi musí mít dítě vždy záchranou vestu
- malé děti nenechávejte samotné ve vaně, mohly by uklouznout a utopit se
- nedávejte malým dětem na hraní igelitové tašky, korálky nebo jiné malé předměty



Pes, ostré předměty

- psa venčete pouze na vodítku a s košíkem
- na dětská hřiště pes nesmí
- naučte psa poslouchat alespoň základní povely
- naučte děti, že psa ani jiná zvířata nesmí dráždit a ani na ně sahat bez dovolení majitele
- ostré předměty (nůž, nůžky) a zbraně by měly být uklizeny mimo dosah dětí
- i kuličková pistole může být nebezpečná

RODIČE, VÍTE, CO DĚLÁ PŘÁVĚ TEĎ VAŠE DÍTĚ?

Vyrobeno ve spolupráci se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR.

ZENTIVA



Johnson & Johnson



Mercedes-Benz

NADACE
nova

 **Raiffeisen**
STAVEBNÍ SPOŘITELNA

LeasePlan

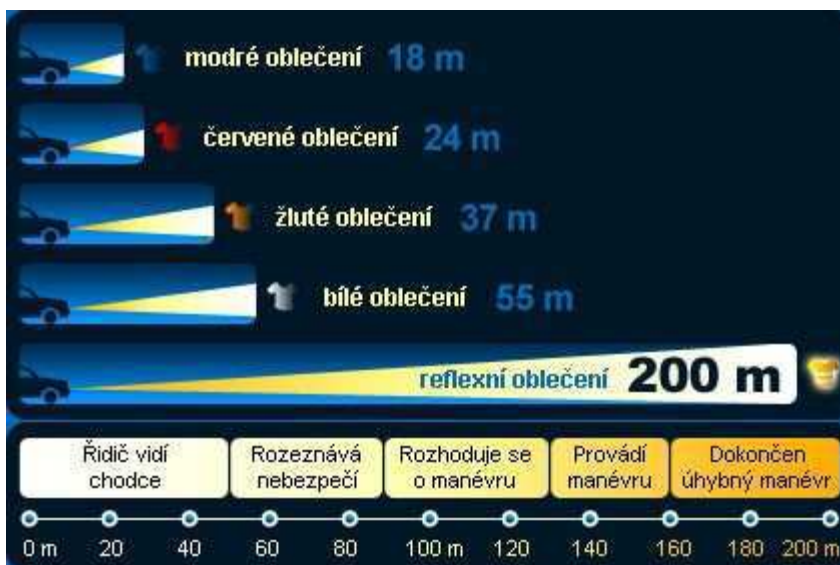
 **Výběr**
Reader's Digest

Office DEPOT.

www.detstvibezurazu.cz, info@detstvibezurazu.cz

Zdroj: Dětství bez úrazu, 2008

9.3 Tabulka viditelnosti barev



Zdroj: *Děti na silnici*. [online]. [cit. 11-04-18]. Dostupné z: <http://deti.bezpecnena-silnicich.cz/pravidla/reflexni-materialy/>.