

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Nejčastější úrazy dětí a jejich vliv
na kvalitu života dítěte**

Bakalářská práce

Autor: Martina Indrová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mitasová

Brno 2018



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Martina Indrová, DiS.
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Nejčastější úrazy u dětí a jejich vliv na kvalitu života dítěte
Cíl práce:	Zjistit fyzická omezení u hospitalizovaného dítěte s úrazem. Zjistit vnímání hospitalizace u dítěte s úrazem.

Mgr. Lenka Mitasová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Bakalářská práce je zpracována na téma „Nejčastější úrazy dětí a jejich vliv na kvalitu života dítěte“. První část pojednává o dětských úrazech, konkrétně o rozdělení, druzích úrazů a o jejich etiologii a epidemiologii. Druhá část práce je zaměřena na vnímání hospitalizace z pohledu dítěte s úrazem v jednotlivých věkových obdobích. Třetí část pojednává o kvalitě života dítěte s úrazem.

Empirická část práce je věnována výzkumnému šetření v Dětské nemocnici FN Brno, provedené kvantitativní metodou. Toto šetření mělo zjistit vnímání hospitalizace a kvalitu života u dítěte s úrazem.

Klíčová slova

Dítě, úraz, kvalita života, hospitalizace, vnímání, epidemiologie, etiologie, zlomenina, vykloubení, otřes mozku, pohyblivost, bolest, spánek, léčebný režim.

Annotation

Bachelor thesis is elaborated on the theme of „the most common injuries of children and their influence on the quality of life of the child“. The first part discusses the children's injuries, specifically on the distribution, types of injuries and their etiology and epidemiology. The second part of the thesis is focused on the perception of the hospitalization from the point of view of a child with trauma in different age periods. The third part discusses the quality of life of a child with injury.

The empirical part of my bachelor thesis is devoted to research investigation in a children's hospital FN Brno, conducted by quantitative method. This investigation should find out the perception of hospitalization and quality of life in a child with injury.

Keywords

Child, injury, quality of life, hospitalization, perception, epidemiology, etiology, fracture, dislocation, concussion, mobility, pain, sleep, treatment regimen.

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Lence Mitasové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Rovněž nemocnici FN Brno, Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie, především oddělení 16 za pomoc s distribucí dotazníků. Respondentům děkuji za jejich vyplnění. Dále bych chtěla poděkovat rodině a příteli, kteří při mně stáli a podporovali mne nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury a neporušila jsem autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Brně, dne 10. 4. 2017

.....

Podpis

Motto:

Když mi bylo pět, maminka mi řekla,

že klíčem k životu je štěstí.

Když jsem přišel do školy, zeptali se mě,

co chci být, až vyrostu.

Napsal jsem „šťastný“.

Řekli mi, že nerozumím zadání.

Já jim řekl, že oni nerozumí životu.

(John Lennon)

Obsah

Úvod.....	9
1 Dětské úrazy	10
1.1 Druhy úrazů.....	11
1.2 Etiologie úrazů	13
1.3 Epidemiologie úrazů	13
1.3.1 Dopravní úrazy	15
1.3.2 Domácí úrazy.....	17
1.3.3 Školní úrazy.....	18
1.3.4 Sportovní úrazy	19
1.3.5 Volnočasové úrazy	19
1.4 Statistika dětských úrazů	19
2 Vnímání hospitalizace dítěte s úrazem v jednotlivých vývojových obdobích	21
2.1 Batole	21
2.2 Předškolní věk	22
2.3 Mladší a starší školní věk	23
2.4 Adolescence	24
3 Kvalita života dítěte s úrazem.....	25
4 Výzkumná část.....	28
4.1 Cíle a výzkumné otázky	28
4.2 Metodika výzkumu.....	29
4.2.1 Výzkumný nástroj	29

4.2.2	Průběh výzkumu a zpracování získaných dat.....	29
4.2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	29
4.3	Výsledky výzkumu.....	30
4.4	Diskuze.....	48
4.5	Shrnutí	52
4.6	Návrh řešení a doporučení pro ošetrovatelskou teorii a praxi.....	53
	Závěr	54
	Seznam použitých zdrojů.....	56
	Seznam grafů	60
	Seznam tabulek	61
	Seznam příloh	62

Úvod

Dá se říct, že zdraví je spolu s láskou a štěstím to nejdůležitější, nejpodstatnější a nejcennější, co člověk na světě má. Nedá se koupit a není dáno každému. A též se dá říci, že bez zdraví nelze vést šťastný a plnohodnotný život, obklopený láskou, jak si přeje většina z nás. Bohužel jen hrstka lidí na otázku, co je pro ně nejdůležitější, odpoví, zdraví. Měli bychom jej brát jako podstatný prostředek k dosažení námi vytyčených cílů a splnění vysněných přání. Toto platí pro všechny jedince bez ohledu na jejich věk – to znamená jak pro děti, tak dospívající, dospělé i starší osoby.

Ve svém zaměstnání se denně setkávám s nemocnými dětmi a jsem svědkem jejich smutku, rozrušení a trápení z akutního onemocnění či úrazu. Jsou najednou omezeni v běžných aktivitách, nemohou si hrát s kamarády nebo jít ven. K tomu často trpí bolestmi a jsou úzkostné. Úrazy patří k nejčastějším akutním příhodám v dětském věku a postihují nejen samotné dítě, ale také jejich rodiče, rodinu a blízké. Způsobují jim psychický stres a problémy v oblasti ekonomické, společenské a sociální.

Tato problematika je mi tedy velice blízká a právě z tohoto důvodu jsem si pro účely zpracování této práce vybrala téma „Nejčastější úrazy u dětí a jejich vliv na kvalitu života dítěte“.

Cílem této práce je v teoretické rovině shrnout současné poznatky týkající se obecně kvality života, dětských úrazů a vývojových období dítěte. Dále na základě empirického šetření v podobě dotazníku zjistit nejčastěji se vyskytující úrazy dětí a jejich vliv na kvalitu života, jak tyto úrazy děti prožívají, v čem se děti cítí být kvůli úrazu omezené, zda úrazy postihují více dívky či chlapce a v neposlední řadě zjistit, zda úrazy postihují častěji děti žijící ve městech, nebo na vesnicích.

1 Dětské úrazy

Pojem „úraz“ (latinsky „trauma“) lze definovat jako jakékoliv nechtěné či záměrné poškození organismu, k němuž došlo v důsledku akutního působení termální, mechanické, elektrické nebo chemické energie a z nedostatečného množství životně důležitých energetických prvků nebo veličin jako je např. kyslík nebo teplo (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 6). J. Šnajdauf, K. Cvachovec, T. Trč et al. (2002, s. 163) vymezují úraz jako náhlou událost, neočekávané poškození zdraví, k němuž došlo v důsledku působení vnějších faktorů o síle, která přesahuje adaptační možnosti organismu člověka. Většina úrazů bezprostředně ohrožuje zdraví či dokonce životy poraněných. Událost, při které vzniká úraz, je označována jako úrazový děj. Jednoduše řečeno, úraz představuje akutní událost, která působí na organismus zvenčí, a která jej poškozuje (Zeman, Krška a kolektiv, 2011, s. 315). K úrazu vede úrazový děj a jeho následkem je poranění (tj. objektivně zjiitelná porucha zdraví vzniklá v důsledku úrazu).

Ke vzniku úrazů dochází v každém věku člověka (Novotná, Eibel, Beňo, 2011, s. 36 – 38). Výjimkou není ani období dětství, právě naopak – dětská úrazovost je v průměru až o třetinu vyšší, než je tomu u dospělých jedinců, což představuje závažný problém (Zeman, Krška a kolektiv, 2011, s. 317). Dětské úrazy však v porovnání s úrazy dospělých vykazují určitá specifika. Tato jsou dána především ztrátou potenciálu, jež je vyšší právě v dětském věku. Úroveň ohrožení tohoto potenciálu se odvíjí od závažnosti samotného úrazu. To znamená, že v případě úrazu bez vážného vlivu na dlouhodobý zdravotní stav dítěte (tj. bez jakéhokoliv dlouhodobého poškození) se jedná o minimální ztrátu potenciálu, v případě vážného úrazu dítěte s trvalými následky jde o částečnou ztrátu potenciálu a v případě smrtelných následků v důsledku úrazu se jedná o úplnou ztrátu potenciálu (Novotná, Eibel, Beňo, 2011, s. 36 – 38). Riziko vzniku úrazu v dětství představuje zvláště somatická, motorická a duševní nezralost organismu dítěte, jež se odvíjí od věku dítěte. Rozvoj úrazového děje nastává většinou v případě vzniku kritických situací, jež dítě není schopno zvládnout. Z nejčastějších příčin vzniku zmiňovaných kritických situací lze uvést zejména neschopnost dítěte předvídat, nepozornost a nezkušenost dítěte, neschopnost dítěte rozpoznat nebezpečné situace, přecenění vlastních sil dítěte či touhu dítěte k poznávání neznámého. Ke vzniku dětských úrazů přispívá rovněž nepřítomnost dohledu nad

dítětem ze strany dospělých osob, nezajištění bezpečného domácího prostředí, nepřiměřené zajištění dětí při cestování dopravními prostředky či podceňování bezpečnosti výbavy při sportovních a jiných činnostech. K uvedeným faktorům přispívajícím ke vzniku úrazů dětí patří také jejich nedostačující poučení a výchova (Wiedermann, 2010, s. 3 – 6). Z tohoto vyplývá, že úrazy nejsou obecně náhodné a nevyhnutelné, což znamená, že k jejich vzniku nemusí ani docházet. Úrazy mají konkrétní příčiny vzniku a ve většině případů je lze správnou a brzkou prevencí zcela nebo alespoň částečně odvrátit (Blahutová, Růžička, 2012, s. 38 – 40).

Na následky úrazů umírá v České republice ročně okolo 300 dětí. Úrazy tak představují nejčastější příčinu dětské úmrtnosti. Ve vyspělých státech tvoří úrazy nejméně polovinu dětské mortality. Smrtelné úrazy dětí jsou však jen vrcholem ledovce, neboť úrazy způsobují dětem především trvalá postižení. V důsledku úrazu jsou v České republice trvale postiženy až tři tisíce dětí ročně. Úrazy jsou rovněž častou příčinou hospitalizace dětí. Každoročně je v českých nemocnicích hospitalizováno přibližně 30 tisíc dětí. Ambulantní ošetření v důsledku úrazu se každý rok v České republice týká až 300 tisíc dětí (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 6 – 7).

1.1 Druhy úrazů

Druhy úrazů neboli poranění (latinsky „vulneraciones“) jsou klasifikovány dle několika hledisek. Z hlediska statistiky patří k úrazům také otravy (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 65 – 67). I. Truellová (2009, s. 103 – 106) rozlišuje následující druhy úrazů:

- úrazy dle úmyslu:
 - úmyslné úrazy

Úmyslné úrazy vznikají u dítěte v důsledku poškození jiným dítětem či cíleným sebepoškozováním (u dětí do 5 let věku je však záměrné sebepoškozování považováno za neúmyslný úraz). Z úmyslných úrazů lze zmínit např. násilí či sebevraždu.

- neúmyslné úrazy

Z neúmyslných úrazů je možné uvést zejména pády, dopravní nehody, utonutí, otravy a další.

- úrazy dle mechanismu úrazového děje:

Dle mechanismu úrazového děje jsou rozlišovány úrazy dopravní, sportovní a školní, dále pády, otravy, úrazy vzniklé vnější mechanickou silou (kupříkladu kousnutí psem), tonutí, termické úrazy a ostatní. Ostatní vnější příčiny úrazů patří dle Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017 Ministerstva zdravotnictví České republiky do zvláštní kategorie úrazů. Těchto příčin úrazů je celá řada. Ve většině případů se jedná o závažné úrazy, avšak jejich výskyt není až tak častý. Do této skupiny úrazů lze zařadit expozici mechanickým a přírodním silám, tlaku vzduchu, přetížení, kouří, dýmu, škodlivému záření či extrémním teplotám (Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online], 2007).

- úrazy dle místa vzniku:

Dle místa vzniku jsou rozlišovány domácí a školní úrazy a úrazy vznikající ve volném čase.

- úrazy dle druhu poranění / lékařské diagnózy:

S ohledem na druh úrazu (rovněž dle lékařské diagnózy) se jedná o zlomeniny, pohmožděny, vymknutí, rány řezného, tržného, bodného a sečného charakteru, vícečetná poranění.

- úrazy dle poraněné části těla:

Dle poraněné části těla jde nejčastěji o úrazy hlavy, poranění pohybového aparátu, poranění dutiny břišní, poranění hrudní stěny a nitrohrudních orgánů, traumata urogenitálního traktu (Novotná, Eibel, Beňo, 2011, s. 36 – 38).

- úrazy dle okolností vzniku:

Mezi nejčastější úrazy s ohledem na okolnosti vzniku patří pády.

- úrazy dle následků:

Nejčastěji se vyskytujícími následky úrazů (zvláště pádů) jsou krvácející rány, dále poranění kostí či kloubů a otřesy mozku (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 6 – 7).

- úrazy dle nezbytnosti lékařského ošetření či hospitalizace:

Zcela samostatná kategorie je tvořena druhotnými pády vzniklými v průběhu hospitalizace dítěte (Kroutilová, Hlaváčková, Pittrová, 2011, s. 25 – 27).

Úrazy lze dále klasifikovat na otevřené a uzavřené. Zatímco v případě otevřených úrazů dochází k porušení kontinuity kůže nebo sliznice, u uzavřených úrazů k tomuto nedochází. V neposlední řadě lze zmínit dělení úrazů dle pronikání do tělních dutin na penetrující a nepenetrující.

1.2 Etiologie úrazů

Etiologie úrazů dětí se odvíjí od věku, pohlaví, ročního a denního období. Důležitým etiologickým faktorem je rovněž stupeň fyzického a psychického vývoje dítěte. U dítěte v průběhu růstu a vývoje dochází ke změnám proporcí těla, ke zdokonalování pohyblivosti, k postupnému dozrávání intelektových schopností a k vývoji osobnostních vlastností. Vznik úrazů je tak z velké části ovlivněn disproporcionalitou psychomotorického vývoje dítěte. V rámci incidence úrazů jsou významné rozličné činnosti a zájmy dětí. Poměrně velký vliv má z hlediska etiologie dětských úrazů sociokulturně-ekonomická úroveň prostředí, v němž děti vyrůstají. Kupříkladu děti žijící v rodinách s nízkou životní úrovní, mají větší předpoklady ke vzniku úrazu. K této skutečnosti přispívá především omezený přístup těchto rodin k ochranným bezpečnostním prostředkům (Grivna a kolektiv, 2003, s. 91 – 95).

Z hlediska etiologického přispívá ke vzniku dětských úrazů dále rodinná atmosféra (zvláště rozvodovost, dysfunkční rodina). V této souvislosti však nelze opomenout ani další faktory jako je např. fyzická a psychická surovost rodičů vůči vlastním dětem. Obecně také platí, že výskyt určitých úrazů rodičů v dětství, se pak promítá také do jejich dětí – tzn., že se tyto úrazy vyskytují u dětí těchto rodičů (Kukla, Bouchalová, 2008, s. 126).

1.3 Epidemiologie úrazů

Epidemiologie úrazů se obecně zabývá problematikou výskytu onemocnění a úrazů v populaci, jejich rizikovými faktory a příčinami vzniku. Účelem epidemiologie úrazů je zmapování všech příčin úrazů (Novotná, Eibel, Beňo, 2011, s. 36 – 38). Mezi základní činitele přispívající ke vzniku úrazů patří působení mechanických, chemických, fyzikálních a biologických faktorů, příp. i jejich kombinace (Zeman, Krška

a kolektiv, 2011). J. Šnajdauf, K. Cvachovec, T. Trč et al. (2002) uvádějí, že vzniku úrazů dochází v důsledku vzájemného působení tří základních faktorů:

- prostředí:

Jedná se o sociálně-ekonomické a fyzikální prostředí (tj. nebezpečná místa úrazu, počasí, roční a denní období, klimatické a mikroklimatické podmínky atd.). Prevencí úrazovosti dětí je v tomto ohledu zvláště výchova k bezpečnému chování a zvládání rizikových situací. Nejefektivnější prevencí dětských úrazů je však bezpečné prostředí.

- hostitele (člověka):

Hostitelem se rozumí dítě, které je postiženo úrazem. Je pro něj charakteristická celá řada vlastností, jimiž je predisponováno ke konkrétním druhům úrazů. Úrazovost tak závisí na věku dítěte, jeho pohlaví, vzdělání, schopnostech, tělesné zdatnosti, duševním stavu, užívání alkoholu a jiných návykových látek, rizikovém chování apod. Stupeň psychomotorického vývoje dítěte má výrazný vliv na riziko vzniku úrazu. Pro různé věkové skupiny dětí jsou typické konkrétní druhy úrazů (k tomuto blíže v kapitole 2 této práce dále).

- činitelů (nejrůznějších druhů přenosu energie):

Činiteli jsou různé druhy přenosu mechanické, tepelné, chemické, elektrické a radiační energie, které působí silou větší než je adaptační schopnost organismu člověka. Energie úrazu, která působí, má vliv na epidemiologii dětské úrazovosti. Z tohoto důvodu jsou pády nejčastější příčinou dětských úrazů (Ambrožová, Coufalová, Cvečková, Frišová, Hanušová, Kališková, Kostner [online], 2016).

Kromě výše uvedených faktorů zde sehrává svou úlohu tzv. přenašeč. Jedná se o vektor, kterým je energie přenášena. Může jím být příkladně dítě či věc. Přenašeč působí vlastní silou, přenáší energii či jejímu přenosu zabraňuje.

Zjišťování současné epidemiologie úrazů probíhá na základě systematického sledování příčin vzniku úrazů, místa úrazového děje a dílčích druhů úrazů. Právě posuzování úrazového děje a rozpoznání úrazového mechanismu napomáhá ke správnému stanovení rozsahu a závažnosti poranění (Grivna a kolektiv, 2003, s. 56). Na základě již zmiňovaného Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017 byl od roku 2007 v rámci Národního registru dětských úrazů (Dětské úrazy.cz [online],

2016) zahájen pilotní sběr úrazových dat (Truellová, 2008, s. 57 – 61). Cílem Národního registru dětských úrazů je poskytování údajů pro účely statistického zpracování incidence dílčích úrazů dětí, jenž lze následně využít ke tvorbě efektivních preventivních postupů v rámci České republiky. Do budoucna je v souvislosti s příznivými výsledky těchto postupů předpokládáno snížení počtu úmrtí a závažných poranění dětí v důsledku úrazů. Národní registr dětských úrazů představuje velice důležitý prvek, který se podílí na dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu české populace „Zdraví pro všechny v 21. století“ (Plánka, Starý, Škvařil, Gál, 2008, s. 66).

Jak již bylo uvedeno v podkapitole 1.1 výše této práce, dle okolností vzniku jsou rozlišovány úrazy dopravní, domácí, školní, sportovní a volnočasové (Grivna a kolektiv, 2003). Tyto jsou ve vztahu k dětem blíže specifikovány v následujících podkapitolách 1.3.1 až 1.3.5.

1.3.1 Dopravní úrazy

Úrazy v dopravě představují nejčastější příčinu úmrtí dětí následkem úrazu. Při dopravních nehodách dochází obecně nejčastěji ke vzniku polytraumat a často také k úmrtím, což platí i v případě dětí. Poměrně velká část poraněných dětí v důsledku dopravní nehody umírá ještě před poskytnutím první pomoci, a to na následky masivního krvácení. Úrazy způsobené dopravními nehodami jsou nejzávažnějšími traumaty dětí od narození do 19 let věku (Průchová, Švancarová, Truellová, 2010, s. 78). Statistiky stabilních schémat smrtelných zranění ukazují, že dopravní nehody tvoří 41 % všech úmrtí dětí do 15 let věku. Dle dlouhodobých odhadů lze předpokládat, že v roce 2020 budou úrazy dětí následkem dopravních nehod v pořadí třetí nejčastější příčinou invalidity a úmrtí dětí. V současnosti představují dopravní nehody v pořadí čtvrtou nejčastější příčinu úmrtí dětí (Blažek, 2010, s. 58 – 62). Základní etiologie vzniku úrazů dětí následkem dopravních nehod se odvíjí od druhu dopravního prostředku. Příčiny vzniku úrazů následkem dopravních nehod se ve většině případů opakují. Etiologie vzniku dopravních úrazů závisí na charakteru úrazového děje, místa vzniku a okolností, za nichž k nim došlo.

Nejčastěji dochází k dopravním úrazům při přecházení komunikací. Děti mají totiž jiné uvažování než dospělí jedinci. Děti nejsou schopny správným způsobem odhadnout

vzdálenost a rychlost aut. Přestože děti ve většině případů znají příkazy a zákazy v souvislosti s chováním a jednáním při přecházení komunikací ze strany dospělých, správně analyzovat vzniklé situace dokáží až s přibývajícím věkem. Důležitá je v tomto ohledu rovněž rozhodovací schopnost. V případech neschopnosti rozhodnout se se často jedná o zkratovitě jednání, které může skončit tragédií. Děti umějí bezpečně přecházet komunikace přibližně od 12 let věku.

Další a často se vyskytující úrazy v dopravě vznikají na kole. Tyto úrazy dětských cyklistů jsou charakteristické většinou pro chlapce od 10 do 14 let věku. Pro jízdu na kole je nezbytná zručnost. Děti na kole jsou automaticky účastníky silničního provozu. Z tohoto důvodu je potřeba znalost dopravních předpisů. Obecně platným požadavkem je, že dítě mladší 10 let věku, smí jet na kole po silnici jen v doprovodu dospělé osoby. Hlavní příčinou zranění a úmrtí cyklistů jsou poranění hlavy, jež představují 80 % veškerých závažných poranění při dopravních nehodách, v nichž figurují právě cyklisté. Cyklisté, kteří při jízdě na kole nepoužívají přilbu, jsou až 6,6krát zranitelnější k poranění hlavy a 8,3krát zranitelnější k vážnému poranění mozku.

Dopravní úrazy se stávají rovněž dětem jako spolujezdcům. Tyto úrazy však děti příliš ovlivnit nemohou. Jsou za ně odpovědní spíše rodiče dětí. Velkou roli zde sehrává lhostejnost či pohodlnost samotných rodičů, které stojí za velice těžkými úrazy nejen dětí, ale mnohdy také jich samotných (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 26 – 29).

Znevýhodněnost dětí na pozemních komunikacích je také dána jejich malým věkem. Děti jsou na silnicích nejčastěji ohroženy chybným jednáním řidičů, jejichž přestupky vedou k dopravním nehodám. Tento fakt dokresluje skutečnost, že téměř 93 % nehod je způsobeno řidiči motorových vozidel. Ze zmiňovaných jednání řidičů se nejčastěji jedná o nedodržování bezpečnostních předpisů a o řízení pod vlivem alkoholu (alkohol se na vzniku dopravních nehod podílí přibližně z 6 %). Na vzniku dopravních nehod, které jsou příčinou dětských úrazů, se podílejí také další vnější faktory – např. rozdílné hodnoty venkovních teplot, mlha, déšť, námraza, snížená viditelnost za šera, oslnění, monotónnost jízdy, špatný technický stav motorového vozidla a mnoho dalších (Hamerníková, 2010, s. 78 – 83).

1.3.2 Domácí úrazy

Domácí úrazy jsou nejčastějšími druhy dětských úrazů, a to zvláště u malých dětí. Jedná se o úrazy různé závažnosti, mnohdy také o smrtelné úrazy. Z úrazů dětí vznikajících v domácím prostředí lze uvést zejména:

- tonutí:

Z epidemiologického hlediska nutno poukázat na skutečnost, že každé druhé tonutí končí smrtí dítěte. K utonutí dítěte může dojít v průběhu několika málo vteřin, a to třeba i v trošce vody. K nevratnému poškození mozku dochází přibližně po pěti minutách bez přísunu kyslíku.

- popáleniny a opařeniny:

Popáleniny a opařeniny zaujímají zhruba třetí místo mezi nejčastějšími příčinami smrtelných úrazů dětí. Těžké popáleniny způsobují trvalé jizvy a vyžadují mnohdy nespočet hospitalizací.

- pády:

Třetí nejčastější příčinou smrtelných úrazů jsou v dětském věku kromě popálenin a opařenin také pády. Rovněž se jedná o nejčastější příčinu poranění, s nimiž se v dětských úrazových ambulancích lékaři setkávají. Hospitalizace dítěte je nutná především v případech pádů z výšek. Mezi nejčastěji se vyskytující následky pádů patří krvácející rány, fraktury kostí, poranění kloubů a komoce mozku.

- otravy a poleptání:

Velice častou příčinou smrtelných úrazů dětí jsou otravy. Nejrizikovější skupinou v období dětství jsou děti do pěti let věku. Právě pro batolata je charakteristické vše ochutnávat a vkládat do úst. V 90 % případů dochází k otravám dětí právě v domácím prostředí. Otravy obvykle představují pro děti velice závažné následky. Důvodem je rychlejší metabolismus dítěte a nižší schopnost jejich organismu k neutralizaci toxických látek. K největšímu počtu otrav chemikáliemi dochází u dětí od 1 roku do tří let věku. Tyto otravy představují 53 % z celkového počtu otrav u dětí. U starších kojenců se otravy chemikáliemi vyskytují v 9 % případů. U 3letých až 5letých dětí se pak jedná o 19 % případů. Zbývajících podíl otrav se týká starších dětí ve věku 10 let

a více, kdy experimentují s alkoholem a jinými návykovými látkami. V některých případech se jedná také o suicidální pokusy.

- dušení:

Dušení patří mezi méně často se vyskytující druhy úrazů dětí vznikající v domácím prostředí. Ve své podstatě se však jedná o velice vážné úrazy, které ve většině případů končí smrtí dítěte.

- poranění způsobená ostrými předměty:

Poranění zapříčiněná ostrými předměty patří do velmi rozsáhlé skupiny úrazů, do níž patří např. píchnutí se o špendlík, i masivní krvácení, které ohrožuje dítě na životě. V domácím prostředí dochází k těmto poškozením nejčastěji v kuchyni, v dílně, na zahradě nebo při hrách s domácími mazlíčky. Poranění způsobená ostrými předměty jsou výrazně spjata s ostatními druhy úrazů (příkladně s pády či s poraněními domácími zvířaty).

- poranění smyslových orgánů:

Poranění smyslových orgánů jsou skupinou úrazů související s dalšími druhy úrazů u dětí.

- poranění domácími zvířaty:

Ze strany malých dětí jsou domácí zvířata vnímána spíše jako hračky. Větší děti mají v oblibě domácí mazlíčky provokovat. Závažná poranění jsou způsobena psy a kočkami. V důsledku těchto úrazů mohou mít děti tělesné i duševní následky (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 15 – 23).

1.3.3 Školní úrazy

Školní úrazy zaujímají v pořadí třetí nejčastěji se vyskytující druhy poranění u dětí. K těmto úrazům dochází zejména v prostorách školských zařízení, a to především o přestávkách, v hodinách nebo ve školní jídelně. Vznikají však také při cestě dětí do školy nebo ze školy domů (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 23 – 24).

1.3.4 Sportovní úrazy

Sportovní úrazy zaujímají v pořadí druhé nejčastěji se vyskytující druhy poranění u dětí. Ke zranění může dojít v podstatě při každém sportu. V souvislosti se sportovními aktivitami se však nemusí jednat o úrazy v pravém slova smyslu. Může se jednat o takové zatížení dítěte při sportu, které neodpovídá jeho věkovým možnostem. Důsledkem takového přetížení pak může být kupříkladu zastavení růstu organismu dítěte.

Specifickou skupiny sportovních úrazů představují úrazy při zimních sportovních aktivitách. V zimě vznikají poranění nejčastěji kvůli přecenění vlastních sil. Až v 61 % případů dochází k úrazům při sjezdovém lyžování na carvingových lyžích. Největší počet sportovních úrazů v zimním období se stává brzy odpoledne. Nejčastěji jsou závažnými sportovními úrazy v zimě postiženy děti do 10 let věku (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 24 a 26).

1.3.5 Volnočasové úrazy

Z volnočasových úrazů dětí lze uvést poranění vznikající na dětských hřištích; poranění vznikající na staveništích, zbořeništích, v šachtách, v kanalizacích, na skládkách a u popelnic; úrazy elektrickým proudem; poranění způsobená zlými lidmi (uvědomění tohoto nebezpečí nastává u dětí až v pozdějším věku, může se jednat o sexuální zneužití, fyzické nebo psychické týrání či dokonce vraždu); pády v přírodě (jejich příčinou je především neznalost terénu nebo mnohdy zbytečné riskování); otravy (jsou typické zvláště pro malé děti); tepelná poranění (do této skupiny volnočasových úrazů patří úrazy způsobené teplem i chladem, včetně elektrického výboje při bouřce); tonutí (bez ohledu na roční období – při koupání v létě či v zimě při bruslení na rybnících); poranění zvířaty (např. psem), (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 30 – 35).

1.4 Statistika dětských úrazů

Nejčastěji se vyskytujícími úrazy dětí (38,2 %) jsou úrazy vznikající v domácím prostředí (tedy tzv. domácí úrazy). K těmto úrazům dochází nejčastěji obyčejným klopýtnutím dítěte či pádem z výšky větší než jeden metr. Dalšími velmi častými úrazy

jsou úrazy sportovní (21,9 %), poté volnočasové (14,5 %), dopravní (11,6 %), školní (9,4 %) a úmyslné (4,4 %).

Dětské úrazy postihují více chlapce (67 %), než dívky (33 %). Tento rozdíl narůstá s přibývajícím věkem – do 4 let věku je více zraněných chlapců pouze o 1/3, ve věku od 15 do 19 let se jedná až o trojnásobek. Úrazy chlapců ve věku 15 až 19 let se na úrazovosti podílejí ve 27,1 % případů, dívky ve stejné věkové kategorii pouze v 9,8 % případů.

U dětí dochází k úrazům v důsledku pádů, poté následkem dopravních nehod, a to jak u dětí ve věku od 0 do 14 let, tak u dětí ve věku od 15 do 19 let. U dětí od 0 do 14 let věku se pak jedná o opařeniny a kontaktní popáleniny.

2 Vnímání hospitalizace dítěte s úrazem v jednotlivých vývojových obdobích

Zdravím a onemocněními lidského jedince se od narození až do dospělosti zabývá obor pediatrie. V podmínkách České republiky je tomu do 19. narozenin člověka (tj. do věku 18 let a 364 dnů).

Dětský věk se dělí na prenatální období (zárodek – embryo, do 8. týdne a plod – fetus, od 9. týdne až po narození), na postnatální období – novorozenec od narození do 28. dne života, kojeneček od 2. měsíce života do 1 roku, batole od 2. do 3. roku života, předškolák od 4. do 6. roku života, školák od 7. roku života, dospívající od počátku dospívání do dospělosti (Čapková, Toráčová a Velemínský, 2008, s. 98).

S překonáváním nemocí a úrazů spojených s hospitalizací se vždy pojí řada komplikací a nepříjemných situací, jako např. nepříjemné tělesné pocity spojené s lékařskými a ošetrovatelskými procedurami, odloučení od rodiny, změna sociálního prostředí, bolest, únava, změna tělesného vzhledu apod. Každá z těchto zátěží má dopad na osobnost dítěte. Významným faktorem pro zvládání zátěže spojené s nemocí a úrazem je právě věk dítěte (Fedrychová, Klímovič, 2005, s. 20 – 22).

2.1 Batole

V batolecím věku se dítě učí chtít a nechtít, ovládat své tělo a psychické procesy. Dítě je schopno jisté a poměrně rychlé chůze, začíná běhat a šplhat po nábytku. Pro batolata je charakteristické napodobování a zkoumání věcí. Dítě si postupně uvědomuje sebe sama a osamostatňuje se. Jedná se o období, kdy se začíná projevovat vzdor. Dítě tak prosazuje svou vůli v sociálních vztazích (Stožický, Pizingerová, 2006).

K úrazům dětí v batolecím věku dochází nejčastěji v domácím prostředí a v jeho bezprostředním okolí. K nejčastějším úrazům vznikajícím v batolecím věku patří pády z výšek (příkladně ze židlí, skříní, okenních parapetů) či na ostré předměty (kupříkladu rohy stolů, radiátory atd.), pády do vody s utonutím, popáleniny těžkého charakteru, vdechnutí cizích těles (např. bonbónů nebo menších částí hraček), požití léků, vypití žíravých tekutin či opaření vroucími tekutinami (Zeman, Krška a kolektiv, 2011, s. 318). V důsledku těchto úrazů (zvláště pádů z výšek) dochází u batolat ve většině

případů k poranění hlavy. Tato skutečnost je dána především proporcí těla dítěte, neboť hlava batolat je v porovnání s tělem větší a těžší. Příčinou uvedených úrazů vznikajících v batolecím období života dítěte dochází nejčastěji kvůli nebezpečnému prostředí, dále z nedbalosti a z nedostačujícího dohledu ze strany dospělých (Klíma a kolektiv, 2006).

Děti v batolecím věku se těžko vyrovnávají s nutným pohybovým omezením. Jsou velmi citlivé na deprivaci. Snadno u nich vzniká úzkost, která může mít až fobický ráz. Tento chorobný stav (fobie) pak může přetrvávat po celý život jedince.

2.2 Předškolní věk

Pro předškolní věk je typická organizovanost. Nejedná se tedy o pouhé experimenty s předměty a vlastním tělem. U dítěte dochází k rychlému rozvoji řeči. Na konci tohoto období mluví dítě artikulačně správně, spontánně používá i dlouhá souvětí, zná říkanky, písničky a pohádky. Rozvoj řeči umožňuje u dítěte růst poznatků o sobě a o světě. U dítěte dochází k rozšiřování slovní zásoby a ke znalosti gramatiky. Prostřednictvím řeči reguluje své chování. Okolo 3 let věku si dítě instrukce hlasitě opakuje. Ve čtyřech letech věku se dítě řídí dle vnitřní řeči bez hlasitého vyjadřování svých záměrů. Dítě se v tomto období začíná připravovat na školu. Zvětšuje se jeho samostatnost. Jedná se o první stupeň nezávislosti dítěte na rodičích. Přesto však dítě potřebuje individuální vedení. Dítě si postupně zvyká na kolektivní vedení v mateřské škole a na cizí autoritu. Pozornost se stává trvalejší a aktivnější. Učí se dovednostem potřebným pro nástup do školy a rozšiřuje si vědomosti (Lebl, Provazník, Hejmanová et al., 2007, s. 3 – 5). U dítěte dochází postupně k socializaci a k rozvoji seberegulačních schopností (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dítě v předškolním věku není příliš schopno oddělit realitu od fantazie, která je u něj velice rozvinutá. Dítě je již schopno respektovat pravidla her a umí si hrát s ostatními dětmi (Sedlářová a kolektiv, 2008). Předškolní dítě je pohyblivé. Rozvíjí se u něj schopnost udržet rovnováhu, čímž se učí lyžovat, bruslit atp.

K nejčastějším úrazům dětí v předškolním věku patří dopravní úrazy a pády (např. do skleněných výplní dveří), (Zeman, Krška a kolektiv, 2011, s. 318). Dále se jedná o tonutí a otravy. Tyto úrazy vznikají většinou při hrách či sportovních aktivitách (Klíma a kolektiv, 2006).

Děti v předškolním věku se poměrně často bojí ostatních lidí. Předškolní děti jsou velice citlivé na bolest, kterou často vnímají jako formu trestu. Pokud dětem způsobují bolest nechtěně zdravotničtí pracovníci, mohou reagovat kupříkladu kousáním či kopáním.

2.3 Mladší a starší školní věk

Předškolní období bývá někdy po vzoru Freuda nazýváno obdobím latence. Rovněž je toto období nazýváno tzv. věkem střízlivého realismu. Důvodem je zdánlivé uklidnění doposud tak bouřlivého procesu ontogeneze, což je zpomalení růstu, nepřiliš výrazné výkyvy psychického vývoje. Během celého mladšího školního období probíhá vývoj neustále kupředu, a to ve všech ohledech. Jedná se zejména o nepřetržitý kvalitativní vývoj a zdokonalování všech schopností, dovedností a poznatků o světě, ve kterém školák žije, o rozvoj poznatků, které získá o sobě samotném, upevňuje se hierarchie hodnot, postoje, charakter, a roste osobnost dítěte. Zájem dítěte mladšího školního věku je soustředěn na to, jaké věci skutečně jsou. Zahájení školní docházky přispívá k rozšíření vzájemné interakce dítěte s ostatními dětmi (Langmeier, Krejčířová, 2006). Pro mladší školní věk je charakteristický rozvoj a potřeba zvýšené tělesné aktivity. Dítě preferuje hry kolektivního charakteru. Dítě v tomto období začíná trávit více času mimo domácí prostředí, čímž dochází k upevňování jeho samostatnosti (Stožický, Pizingerová, 2006). V mladším školním věku děti začínají experimentovat s drogami a alkoholem. Často u nich dochází k závislosti na počítačových hrách a televizi, což přináší vznik poruch zraku (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Ve starším školním věku jsou děti různě vyspělé. Starší školní věk je charakterizován jako nejprudší přechod v životě každého člověka. Jedná se o věk plný neklidu, nejistoty, hluboké dramatické proměny těla a duše. Dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti. Souhrnně všechny tyto změny jsou označovány jako pubertální. U jedinců existuje značná diskrepance po stránce fyzické, psychické a sociální. Typické pro toto období je rozdílná akcelerace vývoje mezi dívkami a chlapci, ale i téhož pohlaví. Somatický vývoj předstihuje vývoj psychický. Tyto proměny vedou k relativní ukončenosti biologické sociální vývojové přípravy pro život a přetrvávají až do adolescence. U pubescentů zaznamenáváme začátek konfliktů s rodiči a učiteli. Pochopení si vrstevníci hledají mezi sebou navzájem. Tělesný růst na začátku dospívání není vyvážený (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dítě ve starším školním věku se zaměřuje především na přemýšlení o vlastním jednání a myšlení. Důsledkem tohoto

jsou často tendence k přehlížení ostatních. Pro toto období je charakteristické vzdorovité chování. V případech, kdy dítě ve starším školním věku prožívá pocity frustrace, mohou se projevit agresivitou (Sedlářová a kolektiv, 2008). Pro dítě ve starším školním věku je typické neustálé zvyšování nezávislosti. Dítě si již uvědomuje následky svého chování a jednání (Stožický, Pizingerová, 2006).

Z nejčastěji se vyskytujících úrazů vznikajících u dětí ve školním věku lze uvést dopravní úrazy, úrazy vznikající manipulací s výbušninami, sportovní úrazy při neorganizovaných činnostech (Zeman, Krška a kolektiv, 2011, s. 318), školní úrazy, sebepoškození, pády, tonutí (Truellová, 2009, s. 103 – 106), násilná zranění v důsledku konfliktů (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Děti ve školním věku vnímají hospitalizaci v porovnání s předškoláky již o něco lépe. Jsou schopny reagovat na bolest, popsat ji a určit její místo.

2.4 Adolescence

Období adolescence lze charakterizovat dokončením fyzického růstu a pohlavní zralosti. Kognitivní, sociální a morální vývoj však v tomto období nadále pokračuje. Adolescenti se v tomto období vyrovnávají s novou rolí vlastní osobnosti, volí si studijní zaměření a budoucí profesi, osamostatňují se od rodiny a připravují se na roli sociálně a ekonomického samostatného dospělého člověka (Klíma a kolektiv, 2006).

V období adolescence dochází nejčastěji k dopravním úrazům. Těmito úrazy jsou nejčastěji postiženi chlapci. Další početnou skupinou úrazů jsou v tomto období úrazy sportovní, neboť adolescenti mají často tendence k riskování, přičemž mnohdy nejsou schopni odhadnout riziko, přeceňují vlastní síly a mají v oblibě především adrenalinové sporty. V tomto období jsou častí rovněž úrazy pod vlivem návykových látek, sebepoškozování a záměrné úrazy vyplývající z agresivního chování a jednání (Truellová, 2009, s. 103 – 106). Právě adolescenti bývají nejčastější věkovou skupinou, která je hospitalizována pro úraz. Úrazy vznikající v období adolescence jsou význačné nejvyšším procentem dlouhodobých nebo dokonce trvalých následků.

3 Kvalita života dítěte s úrazem

Pojem „kvalita života“ je možné definovat různými způsoby, a to s ohledem na zvolený přístup k problematice. Tento výraz je velice široký, komplexní a individuální. Z tohoto důvodu se jedná o zcela jednoznačně nedefinovaný termín. K tomuto se přiklání rovněž J. Vymětal (2010, s. 214), který uvádí, že definování kvality života není nikterak jednoduché, neboť se lze setkat se zcela odlišnými pojetími a názory. V současnosti neexistuje žádná obecně uznávaná definice pojmu „kvalita života“. Jednotlivé definice kvality života lze rozdělit dle přístupů, které se v nich odrážejí:

- definice kvality života určené výčtem dílčích dimenzí / popisné či taxativní definice tohoto pojmu:

Zde patří definice kvality života dle Blumena: *Kvalita života představuje tělesnou, materiální, kognitivní* (tj. pocit spokojenosti) *a sociální* (tj. sociální sounáležitost) *pohodu* (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 423 – 432). Na této koncepci je založena také definice kvality života dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO): Kvalitou života se rozumí způsob percepce člověka svého postavení ve světě v souvislosti s kulturou a hodnotovým systémem, v němž žije, s ohledem na vlastní cíle, očekávání, styl života a zájmy. Kvalita života je velice širokým multifaktoriálním pojmem, jenž je ovlivněn tělesným zdravím člověka, jeho duševním stavem, osobním vyznáním, společenskými vztahy a vztahy k rozhodujícím oblastem životního prostředí (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). Rovněž lze uvést definici kvality života dle L. Slováčka, B. Slováčkové, L. Jebavého, M. Blažka a J. Kačerovského (2004, s. 6): Vymezení kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb. To znamená z naplnění základních fyziologických potřeb člověka, z nichž lze zmínit potřebu jídla, spánku a úlevy od bolesti. Tyto potřeby jsou předpokladem oživení a uspokojení potřeb subtilnější povahy (např. potřeby bezpečí, blízkosti ostatních a sebeúcty).

- definice kvality života založené převážně na hodnocení objektivních indikátorů / čistě ekonomická a sociologická pojetí tohoto pojmu:

V této souvislosti je možné uvést definici kvality života dle L. Müllerové, J. Škody, Z. Procházkové a P. Doulíka (2006): *Kvalita života představuje výsledek vzájemné interakce společenských, zdravotních, hospodářských a environmentálních podmínek*

mající vztah k rozvoji člověka a společnosti. Jejich součástí je pocit tělesného zdraví, absence příznaků onemocnění nebo terapie, duševní kondice a uplatnění ve společnosti.

- definice kvality života založené na kombinaci subjektivního a objektivního hodnocení:

Příkladem takového přístupu k problematice může být definice R. Schalocka (2009, s. 26). Kvalita života je z individuálního hlediska mnohostranným jevem, který sestává z rozhodujících oblastí, na něž mají vliv osobní vlastnosti člověka a životní prostředí. Kvalita života je z hlediska rodiny dynamickým pocitem pohodlí v rodinném prostředí, který je kolektivně a subjektivně vymezen a stanoven členy rodiny. Předpokladem je však existence interakce mezi úrovní individuálního a rodinného charakteru. Určitou kombinaci subjektivního a objektivního hodnocení kvality života lze nalézt také v definici kvality života dle V. Vondry a M. Malého (2003, s. 496 – 500): Kvalita života představuje hodnocení pocitů člověka v rámci percepce prožívání vlastního života – schopnosti normálního žití v lidské společnosti, pocíťování rozdílů mezi tím, co si může dovolit a tím, co si přeje.

- definice kvality života zdůrazňující pouze určitou oblast / dimenzi tohoto pojmu:

Nejedná se o komplexní přístup k pojetí kvality života. Takové definice zohledňují jen určitou stránku nebo charakteristický znak kvality života – kupříkladu schopnost vedení normálního života, dosažení seberealizace, dospění k naplnění osobních cílů či pocitu štěstí a další. K těmto vymezením patří rovněž definice kvality života zaměřující se na tzv. well-being pocit, což je pocit osobní pohody a spokojenosti (Kebza, 2005, s. 58).

- definice kvality života založené na subjektivním vnímání a hodnocení života a jeho dílčích aspektů a pocitu spokojenosti s vlastním životem a zdravím:

Dle K. Skantzeho je kvalita života hodnocením subjektivní povahy osobní životní situace, a to bez ohledu na objektivní hodnocení zdravotního stavu nebo životních podmínek (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). Dále lze zmínit definici kvality života dle M. Zannottiho: Jedná se o veškerou percepci spokojenosti nebo nespokojenosti člověka v životě (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). Jedná se o jakýsi předpoklad kvantifikace kvality života na základě měření dílčích oblastí, které jsou předem

vymezené, zohledňujících význam pro člověka. Dle R. Nagpala a H. Sella je kvalita života souhrnným měřením tělesné, duševní a společenské pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění člověka nebo komunity (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 102 – 108). V širším slova smyslu je kvalita života kombinací prožívání míry osobního zdraví, pohody a spokojenosti v životě, včetně konkrétního postavení ve společenském zadostiučinění (Kebza, 2005, s. 58).

- definice kvality života založené na srovnání současného stavu vlastního života a představách člověka o životě a jeho smyslu:

Dle K. Calmana se individuální kvalitou života rozumí nesoulad mezi sny, očekáváními a tížádostmi člověka s jeho zkušenostmi. Motivací je pro člověka odstranění tohoto nesouladu (Kebza, 2005, s. 59). Obecně tedy platí, že čím menší je nesoulad mezi toužebným a stávajícím životem, tím je život kvalitnější. P. Kirby vymezuje kvalitu života následujícím způsobem: Jde o míru, kdy prožívání života uspokojuje individuální psychologická a tělesná přání a potřeby (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). Jde o výsledek stylu života, jehož prostřednictvím člověk usiluje o naplnění vlastních hodnot. Ch. Dickens definuje kvalitu života jako měření velikosti neúměrnosti mezi nenaplněnými a naplněnými přáními a potřebami (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12). K těmto vymezením kvality života patří rovněž následující definice Světové zdravotnické organizace: Kvalitou života se rozumí vnímání člověka vlastního životního postavení v souvislosti s kulturou a hodnotovým systémem, s ohledem na jeho cíle, očekávání, normy, zájmy, požadavky, starosti a obavy (Programme on Mental Health: WHOQOL – Measuring Quality of Life, World Health Organization [online], 1997). Toto vymezení kvality života představuje velice rozsáhlé pojetí, které je komplexně ovlivněno tělesným zdravím, duševním stavem, mírou nezávislosti, společenskými vztahy, vírou, spirituálním zaměřením a životním prostředím.

Úraz může výrazně zhoršit kvalitu života i uplatnění dítěte ve společnosti (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006).

4 Výzkumná část

Empirická část této práce je založena na kvantitativním výzkumu ve formě dotazníkového šetření zaměřeného na zjištění nejčastějších úrazů u dětí, jejich vlivu na kvalitu života dítěte a vnímání hospitalizace ze strany dětí.

4.1 Cíle a výzkumné otázky

Cíl č. 1: Zjistit fyzická omezení u hospitalizovaného dítěte s úrazem.

K tomuto cíli se vztahují následující čtyři výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Je hospitalizované dítě s úrazem soběstačné?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Je hospitalizované dítě s úrazem pohyblivé?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Prožívá hospitalizované dítě s úrazem bolest?
- **Výzkumná otázka č. 4:** Je spánek hospitalizovaného dítěte s úrazem narušen?

Cíl č. 2: Zjistit vnímání hospitalizace u dítěte s úrazem.

K tomuto cíli se vztahuje následujících pět výzkumných otázek:

- **Výzkumná otázka č. 1:** Jaká nálada nejčastěji provází hospitalizované dítě s úrazem?
- **Výzkumná otázka č. 2:** Jak zvládá hospitalizované dítě s úrazem léčebný režim?
- **Výzkumná otázka č. 3:** Co je nejčastějším zdrojem strachu u hospitalizovaného dítěte s úrazem?
- **Výzkumná otázka č. 4:** Čím lze pozitivně ovlivnit náladu hospitalizovaného dítěte s úrazem?

4.2 Metodika výzkumu

V rámci metodiky výzkumu je blíže charakterizován výzkumný nástroj neboli metoda výzkumu, dále průběh výzkumu a zpracování získaných dat, popis vzorku respondentů a výzkumného prostředí.

4.2.1 Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem je kvantitativní metoda dotazníku. Pro účely výzkumu byl zpracován dotazník vlastní konstrukce (viz přílohu). Dotazník tvoří 16 otázek. V dotazníku jsou využity uzavřené a polouzavřené neboli polootevřené otázky. 13 uzavřených otázek (jedná se o otázky č. 1 až 3 a otázky č. 7 až 16). Dvě uzavřené otázky (otázka č. 5 a 15) jsou výčtového charakteru. Dotazník dále obsahuje 3 polouzavřené otázky – jedná se o otázky č. 4 až 6.

4.2.2 Průběh výzkumu a zpracování získaných dat

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 17. října 2016 do 28. února roku 2017. Dotazníky byly distribuovány v tištěné podobě. Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků. Jejich návratnost činila 100 %.

4.2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenty byli rodiče hospitalizovaných dětí a osmnáctiletí pacienti. Výzkumu se zúčastnilo celkem 100 respondentů (100 %). Rodiče byli poučeni o tom, aby dotazníky, pokud to bude možné, vyplňovali společně s dětmi. Důvodem bylo získání pohledu na zkoumanou problematiku očima samotných dětí. Dotazníkové šetření probíhalo na Pracovišti dětské medicíny, Kliniky chirurgické, ortopedické a traumatologické v Dětské nemocnici v Brně, kde jsou hospitalizovány děti se všemi úrazy s výjimkou popáleninových, které jsou soustředěny na Kliniku popálenin a rekonstrukční chirurgie Fakultní nemocnice Brno – Bohunice.

4.3 Výsledky výzkumu

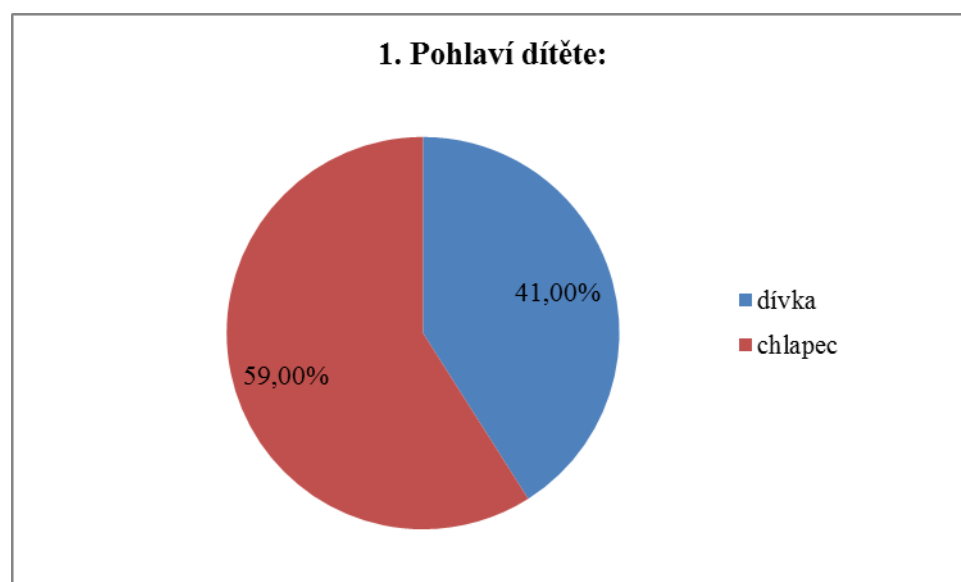
Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v rámci následujícího textu.

Otázka č. 1: Pohlaví dítěte:

Výzkumu se zúčastnilo celkem 100 dětí (100 %). Jednalo se o 59 chlapců (59 %) a 41 dívek (41 %).

Tabulka 1: Pohlaví dětí

1. Pohlaví dítěte:	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
dívka	41	41,00
chlapec	59	59,00



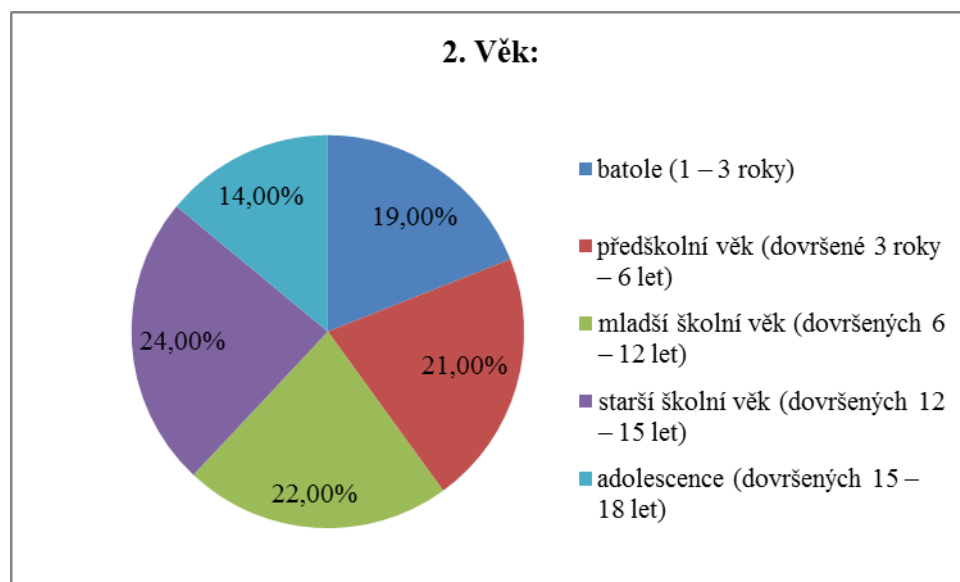
Graf 1: Pohlaví dětí

Otázka č. 2: Věk:

24 dětí (24 %) bylo ve starším školním věku (tedy od 12 do 15 let). 22 dětí (22 %) bylo mladšího školního věku (tj. od 6 do 12 let). 21 dětí (21 %) mělo předškolní věk (od 3 do 6 let). 19 dětí (19 %) bylo ve věku batolecím (od 1 roku do 3 let). 14 dětí (14 %) bylo adolescentních (od 15 do 18 let).

Tabulka 2: Věk dětí

2. Věk:	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
batole (1 – 3 roky)	19	19,00
předškolní věk (dovršené 3 roky – 6 let)	21	21,00
mladší školní věk (dovršených 6 – 12 let)	22	22,00
starší školní věk (dovršených 12 – 15 let)	24	24,00
adolescence (dovršených 15 – 18 let)	14	14,00



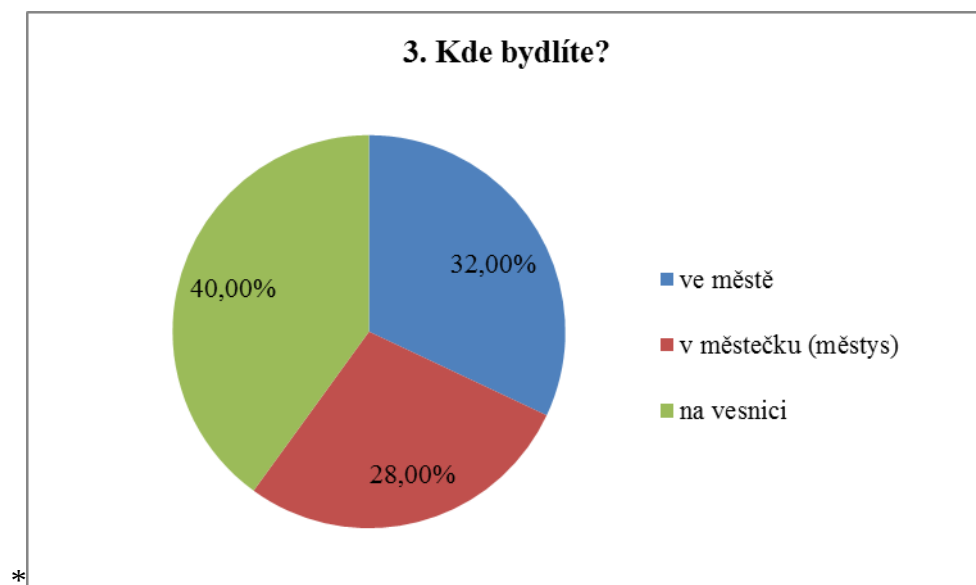
Graf 2: Věk dětí

Otázka č. 3: Kde bydlíte?

40 dětí (40 %) bydlelo na vesnici. 32 dětí (32 %) žilo ve městě. Bydlištěm 28 dětí (28 %) bylo městečko (městys).

Tabulka 3: Bydliště dětí

3. Kde bydlíte?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
ve městě	32	32,00
v městečku (městys)	28	28,00
na vesnici	40	40,00



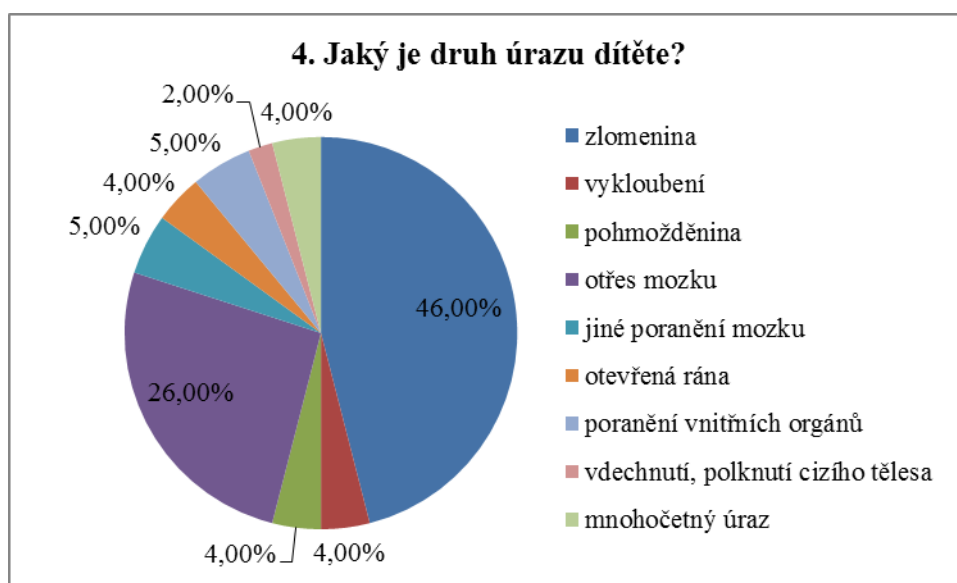
Graf 3: Bydliště dětí

Otázka č. 4: Jaký je druh úrazu dítěte?

Nejčastější úrazem dětí, které se zúčastnily dotazníkového šetření, byly zlomeniny, jež tvořily 46 % úrazů (46 dětí s frakturou). 26 dětí (26 %) mělo otřes mozku. 5 dětí (5 %) mělo úrazem způsobeno jiné poranění mozku. Stejný počet dětí měl poraněný vnitřní orgány. 4 děti (4 %) postihlo vykloubení. Tentýž počet dětí měl pohmožděniny. 4 děti (4 %) měly otevřenou ránu. Stejný počet dětí měl mnohočetný úraz – jednalo se o poranění střev a hrudníku; o poranění páteře a pánve; o zlomeninu zápěstí a kotníku; o otřes mozku a zlomeninu kosti pažní. Úrazem 2 dětí (2 %) bylo vdechnutí či polknutí cizího tělesa.

Tabulka 4: Druhy úrazů dětí

4. Jaký je druh úrazu dítěte?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
zlomenina	46	46,00
vykloubení	4	4,00
pohmožděnina	4	4,00
otřes mozku	26	26,00
jiné poranění mozku	5	5,00
otevřená rána	4	4,00
poranění vnitřních orgánů	5	5,00
popálenina	-	-
poleptání	-	-
vdechnutí, polknutí cizího tělesa	2	2,00
mnohočetný úraz	4	4,00
jiný druh úrazu	-	-



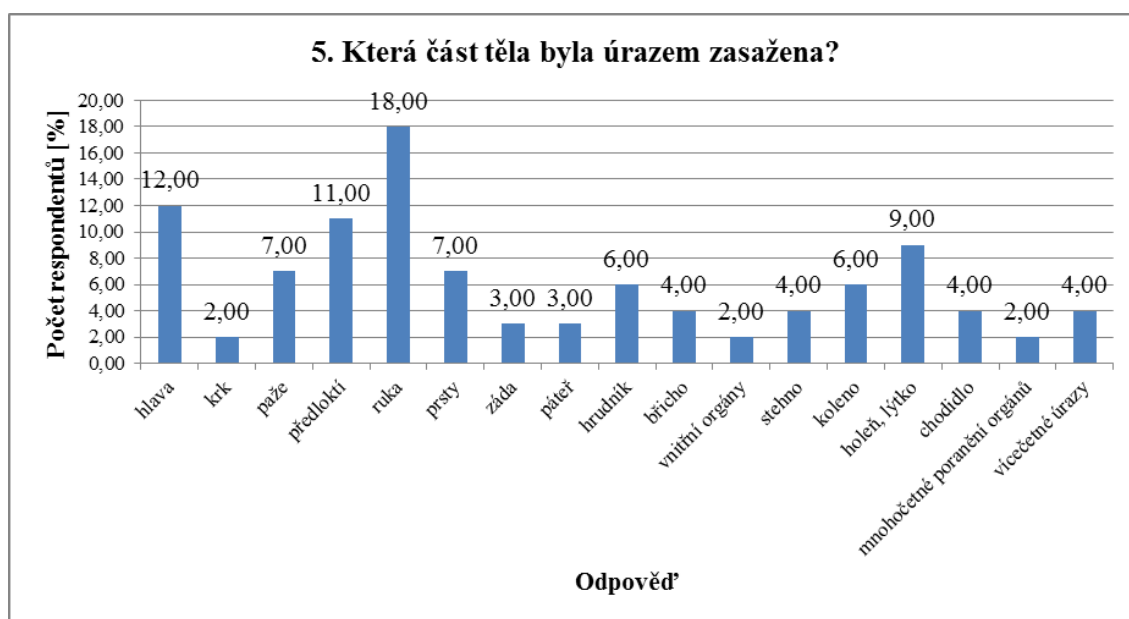
Graf 4: Druhy úrazů dětí

Otázka č. 5: Která část těla byla úrazem zasažena?

18 dětí (18 %) mělo úrazem zasaženou ruku. 12 dětí (12 %) mělo úrazem poškozenou hlavu. 11 dětí (11 %) mělo zraněno předloktí. U 9 dětí (9 %) se jednalo o poranění holeně či lýtka. 7 dětí (7 %) mělo poraněnou paži. Stejný počet dětí měl zraněné prsty. 6 dětí (6 %) mělo úrazem poraněný hrudník. Tentýž počet dětí měl poraněno koleno. 4 dětem (4 %) způsobil úraz poranění břicha, dále pak stehna (4 děti – 4 %) a chodidla (4 děti – 4 %). U 4 dětí (4 %) šlo o vícečetný úraz – o poranění žeber a hrudní páteře; o zlomeninu zápěstí, 2 prstů (prostředníčku a prsteníčku) a vymknutí kotníku; o otřes mozku a zlomeninu paže; o zlomeninu česky a holeně. 3 děti (3 %) měly úrazem zasažena záda. Postiženou částí těla 3 dětí (3 %) byla páteř. 2 děti (2 %) měly úrazem postižen krk. Stejný počet dětí měl zasažen vnitřní orgány. U 2 dětí (2 %) se jednalo o mnohočetná poranění orgánů, a to konkrétně o poranění střev a peritonea; o poranění sleziny a jater.

Tabulka 5: Části těla dětí zasažené úrazem

5. Která část těla byla úrazem zasažena?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
hlava	12	12,00
krk	2	2,00
paže	7	7,00
předloktí	11	11,00
ruka	18	18,00
prsty	7	7,00
záda	3	3,00
páteř	3	3,00
hrudník	6	6,00
břicho	4	4,00
vnitřní orgány	2	2,00
pánev	-	-
stehno	4	4,00
koleno	6	6,00
holeň, lýtko	9	9,00
chodidlo	4	4,00
mnohočetné poranění orgánů	2	2,00
vícečetné úrazy	4	4,00



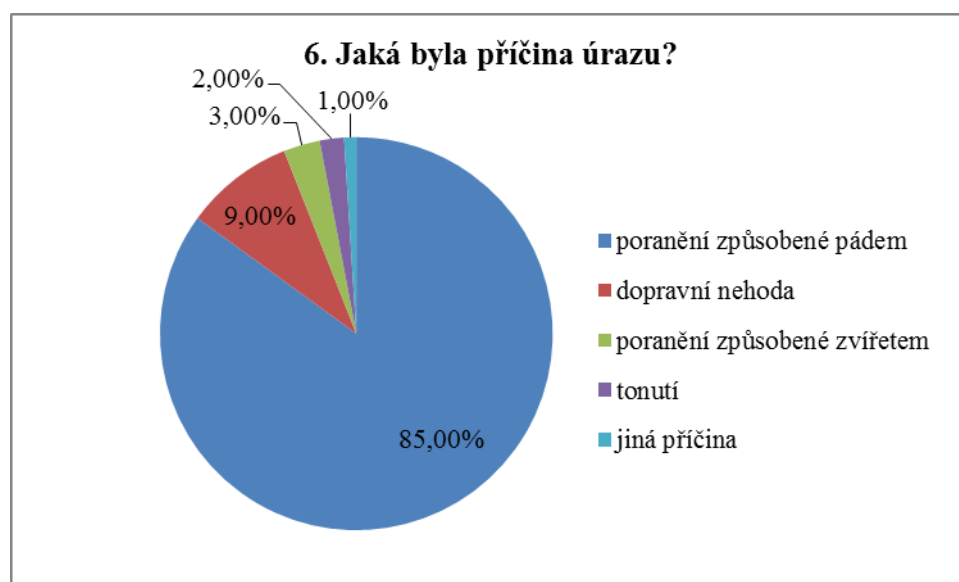
Graf 5: Části těla dětí zasažené úrazem

Otázka č. 6: Jaká byla příčina úrazu?

Většina dětí (85 dětí – 85 %) měla úraz způsobený pádem. V 9 případech (9 %) se jednalo o dopravní nehodu. Příčinou úrazu 3 dětí (3 %) bylo poranění způsobené zvířetem. 2 děti (2 %) se topily. 1 dítě (1 %) v dotazníku uvedlo jinou příčinu úrazu (sesunutí těžkého předmětu na nohu – stehno).

Tabulka 6: Příčiny úrazů dětí

6. Jaká byla příčina úrazu?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
poranění způsobené pádem	85	85,00
dopravní nehoda	9	9,00
tepelná poranění (horká tekutina, horká pára, oheň, horký přístroj,...)	-	-
poranění způsobené zvířetem	3	3,00
tonutí	2	2,00
otrava	-	-
jiná příčina	1	1,00



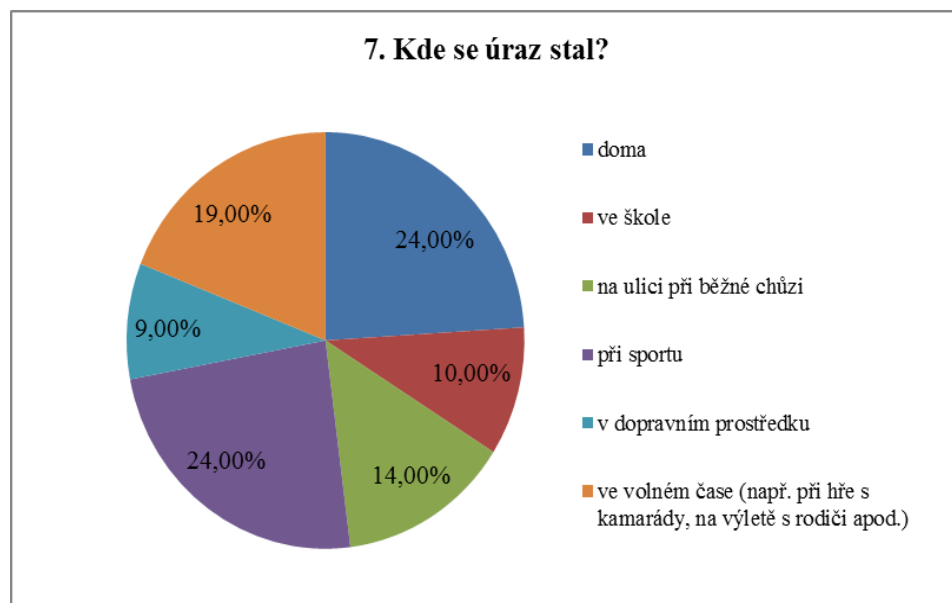
Graf 6: Příčiny úrazů dětí

Otázka č. 7: Kde se úraz stal?

24 dětem (24 %) se stal úraz v domácím prostředí. Stejnému počtu dětí se stal úraz při sportu. 19 dětí (19 %) bylo postiženo úrazem ve volném čase (např. při hře s kamarády, na výletě s rodiči apod.). 14 dětí (14 %) bylo úrazem postiženo na ulici při běžné chůzi. 10 dětem (10 %) se úraz stal ve škole. 9 dětem (9 %) se stal úraz v dopravním prostředku.

Tabulka 7: Místo, kde se dětem stal úraz

7. Kde se úraz stal?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
doma	24	24,00
ve škole	10	10,00
na ulici při běžné chůzi	14	14,00
při sportu	24	24,00
v dopravním prostředku	9	9,00
ve volném čase (např. při hře s kamarády, na výletě s rodiči apod.)	19	19,00



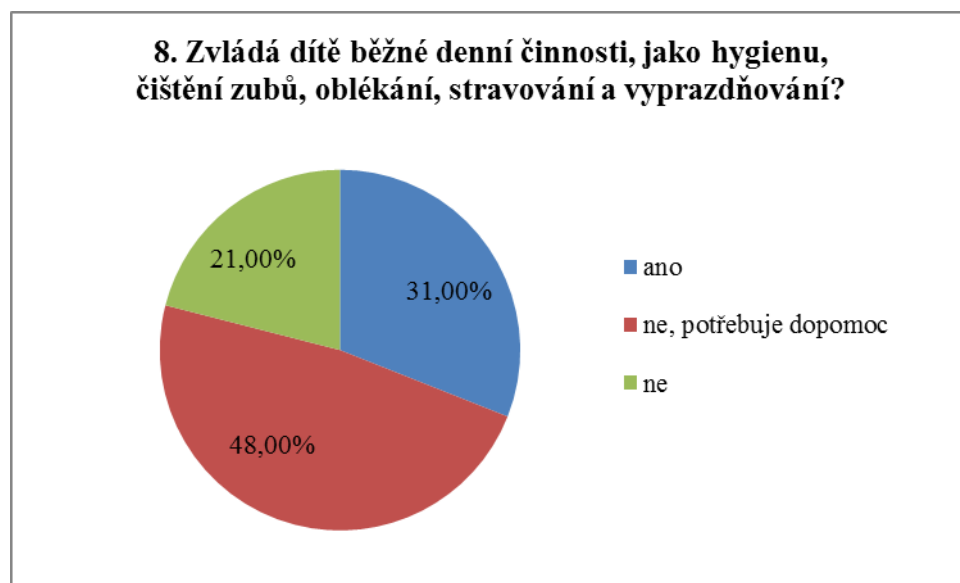
Graf 7: Místo, kde se dětem stal úraz

Otázka č. 8: Zvládá dítě běžné denní činnosti, jako hygienu, oblékání, stravování a vyprazdňování?

Téměř polovina dětí účastnících se výzkumu (48 dětí – 48 %) v důsledku úrazu nezvládá běžné každodenní činnosti jako je hygiena, oblékání, stravování či vyprazdňování – s těmito činnostmi potřebují pomoc druhé osoby. 31 dětí (31 %) tyto běžné denní činnosti zvládá bez problémů. Naproti tomu 21 dětí (21 %) tyto každodenní činnosti nezvládají vůbec.

Tabulka 8: Zvládání běžných denních činností ze strany dětí

8. Zvládá dítě běžné denní činnosti, jako hygienu, oblékání, stravování a vyprazdňování?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
ano	31	31,00
ne, potřebuje dopomoc	48	48,00
ne	21	21,00



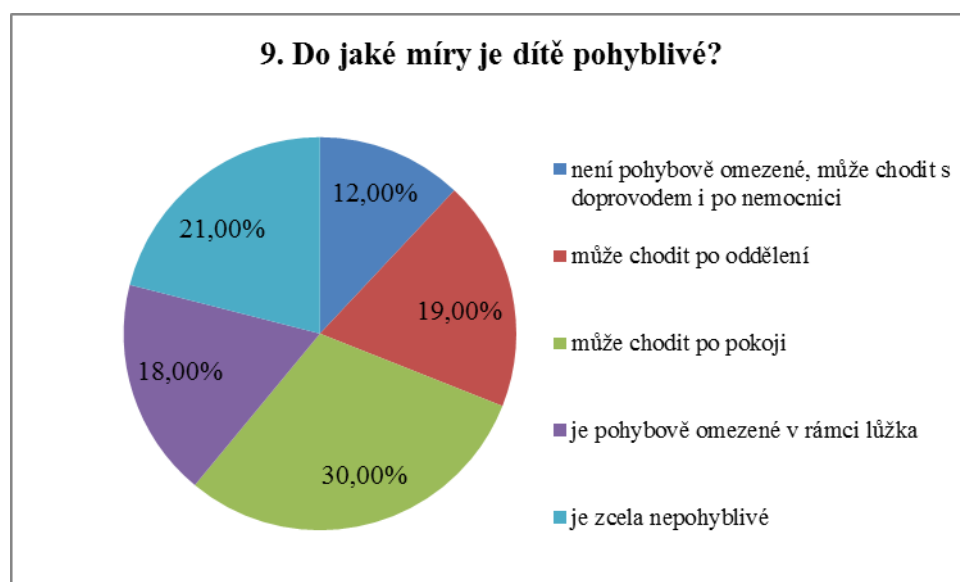
Graf 8: Zvládání běžných denních činností ze strany dětí

Otázka č. 9: Do jaké míry je dítě pohyblivé?

30 dětí (30 %) může v důsledku úrazu chodit po pokoji. 21 dětí (21 %) je úrazem zcela nepohyblivých. 19 dětí (19 %) je schopno chodit po oddělení. 18 dětí (18 %) je pohybově omezeno v rámci svého lůžka. 12 dětí (12 %) není pohybově omezeno (mohou chodit s doprovodem i po zdravotnickém zařízení).

Tabulka 9: Míra mobility dětí

9. Do jaké míry je dítě pohyblivé?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
není pohybově omezené, může chodit s doprovodem i po nemocnici	12	12,00
může chodit po oddělení	19	19,00
může chodit po pokoji	30	30,00
je pohybově omezené v rámci lůžka	18	18,00
je zcela nepohyblivé	21	21,00



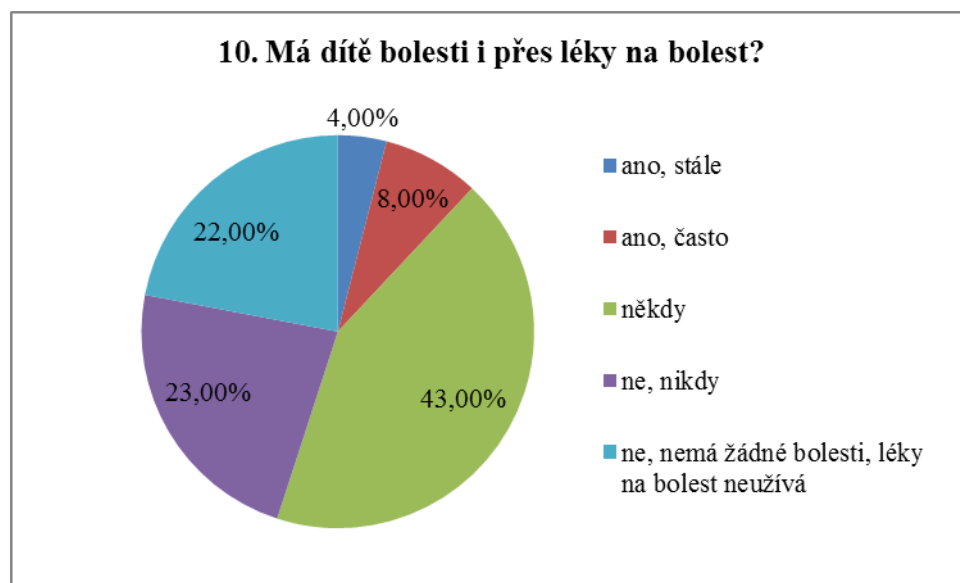
Graf 9: Míra mobility dětí

Otázka č. 10: Má dítě bolesti i přes léky na bolest?

43 dětem (43 %) způsobuje úraz občasné bolesti, a to i přes užívané léky na bolest. 23 dětí (23 %) nemá v důsledku užívání léků žádné bolesti. 22 dětí (22 %) netrpí žádnými bolestmi, i přesto, že žádné léky na bolest neužívají. 8 dětí (8 %) má bolesti poměrně často. 4 děti (4 %) trpí neustálými bolestmi.

Tabulka 10: Přítomnost bolesti u dětí

10. Má dítě bolesti i přes léky na bolest?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
ano, stále	4	4,00
ano, často	8	8,00
někdy	43	43,00
ne, nikdy	23	23,00
ne, nemá žádné bolesti, léky na bolest neužívá	22	22,00



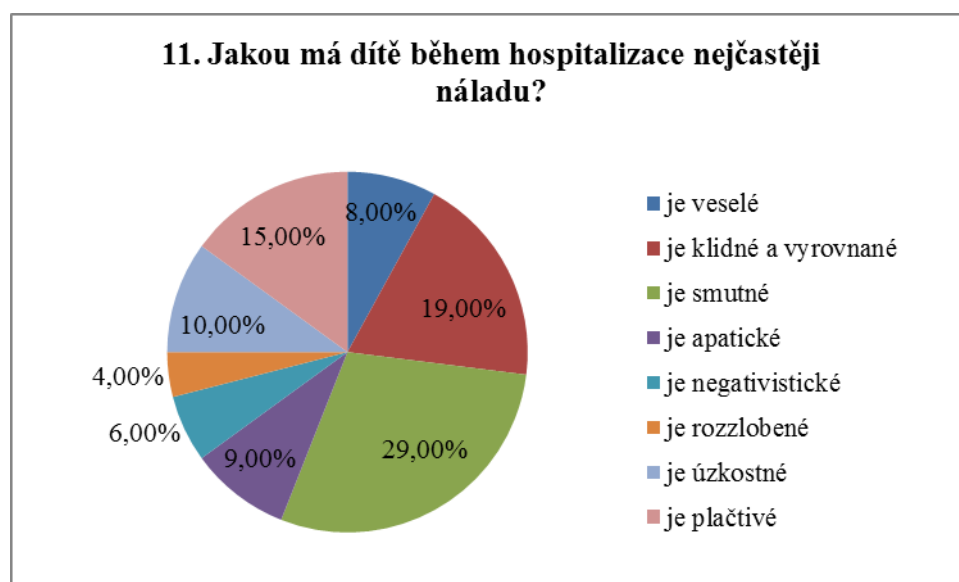
Graf 10: Přítomnost bolesti u dětí

Otázka č. 11: Jakou má dítě během hospitalizace nejčastěji náladu?

29 dětí (29 %) má v průběhu hospitalizace převážně smutnou náladu. 19 dětí (19 %) je i přes postižení úrazem a hospitalizaci klidných a vyrovnaných. 15 dětí (15 %) je plačtivých. Nejčastější nálada 10 dětí (10 %) je úzkostnost. 9 dětí (9 %) je ve zdravotnickém zařízení spíše apatických. 8 dětí (8 %) je během hospitalizace veselých. Nálada 6 dětí (6 %) je převážně negativistická. 4 děti (4 %) jsou rozzlobené.

Tabulka 11: Nálada dětí v průběhu hospitalizace

11. Jakou má dítě během hospitalizace nejčastěji náladu?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
je veselé	8	8,00
je klidné a vyrovnané	19	19,00
je smutné	29	29,00
je apatické	9	9,00
je negativistické	6	6,00
je rozzlobené	4	4,00
je úzkostné	10	10,00
je plačtivé	15	15,00



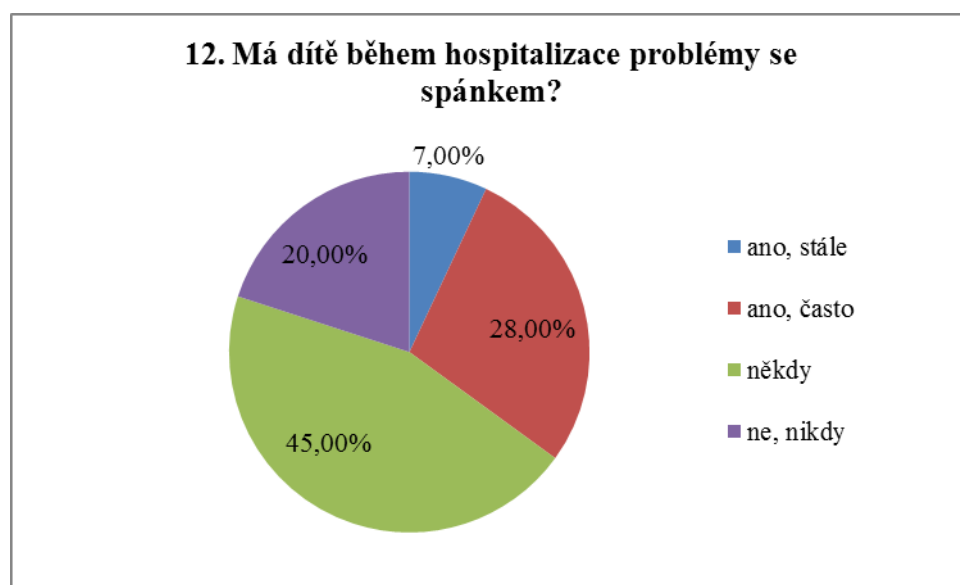
Graf 11: Nálada dětí v průběhu hospitalizace

Otázka č. 12: Má dítě během hospitalizace problémy se spánkem?

45 dětí (45 %) má v průběhu hospitalizace občasné problémy se spánkem. 28 dětí (28 %) trpí častými problémy se spánkem. 20 dětí (20 %) nemá problémy se spánkem. 7 dětí (7 %) má trvalé problémy se spánkem během hospitalizace.

Tabulka 12: Problémy dětí se spánkem během hospitalizace

12. Má dítě během hospitalizace problémy se spánkem?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
ano, stále	7	7,00
ano, často	28	28,00
někdy	45	45,00
ne, nikdy	20	20,00



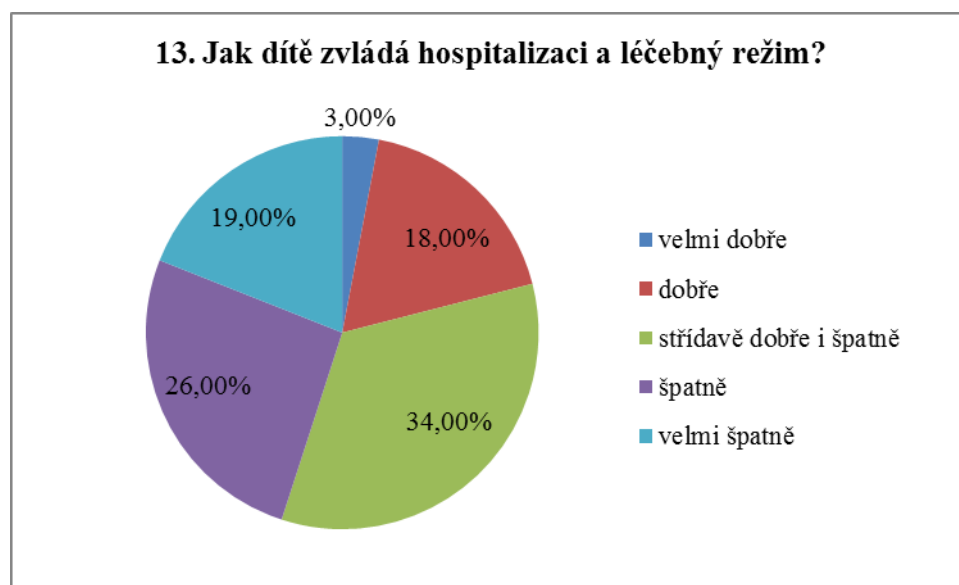
Graf 12: Problémy dětí se spánkem během hospitalizace

Otázka č. 13: Jak dítě zvládá hospitalizaci a léčebný režim?

34 dětí (34 %) zvládá hospitalizaci a léčebný program střídavě (tj. někdy dobře a někdy špatně). 26 dětí (26 %) špatně zvládá svůj pobyt ve zdravotnickém zařízení a samotnou terapii. 19 dětí (19 %) zvládá hospitalizaci a terapeutický program dokonce velice špatně. 18 dětí (18 %) zvládá hospitalizaci a léčbu dobře. 3 děti (3 %) zvládají hospitalizaci a léčebný program velice dobře.

Tabulka 13: Zvládání hospitalizace a léčebného režimu ze strany dětí

13. Jak dítě zvládá hospitalizaci a léčebný režim?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
velmi dobře	3	3,00
dobře	18	18,00
střídavě dobře i špatně	34	34,00
špatně	26	26,00
velmi špatně	19	19,00



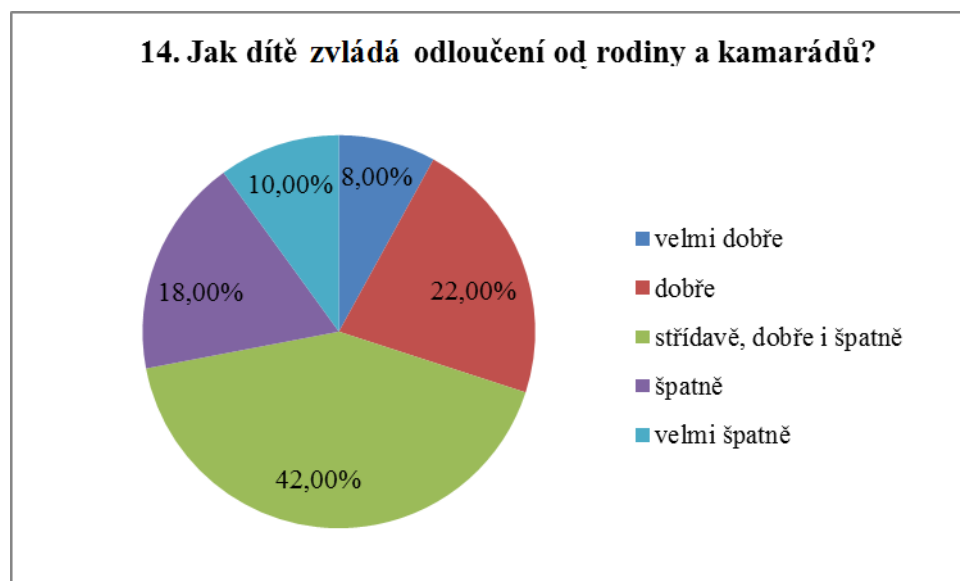
Graf 13: Zvládání hospitalizace a léčebného režimu ze strany dětí

Otázka č. 14: Jak dítě zvládá odloučení od rodiny a kamarádů?

42 dětí (42 %) zvládá odloučení od rodiny a kamarádů střídavě (někdy dobře a někdy špatně). 22 dětí (22 %) zvládá tuto situaci dobře. 18 dětí (18 %) zvládá odloučení od rodiny a kamarádů naopak špatně. 10 dětí (10 %) dokonce velice špatně. 8 dětí (8 %) zvládá odloučení od rodiny a kamarádů velmi dobře.

Tabulka 14: Zvládání odloučení od rodiny a kamarádů ze strany dětí

14. Jak dítě zvládá odloučení od rodiny a kamarádů?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
velmi dobře	8	8,00
dobře	22	22,00
střídavě, dobře i špatně	42	42,00
špatně	18	18,00
velmi špatně	10	10,00



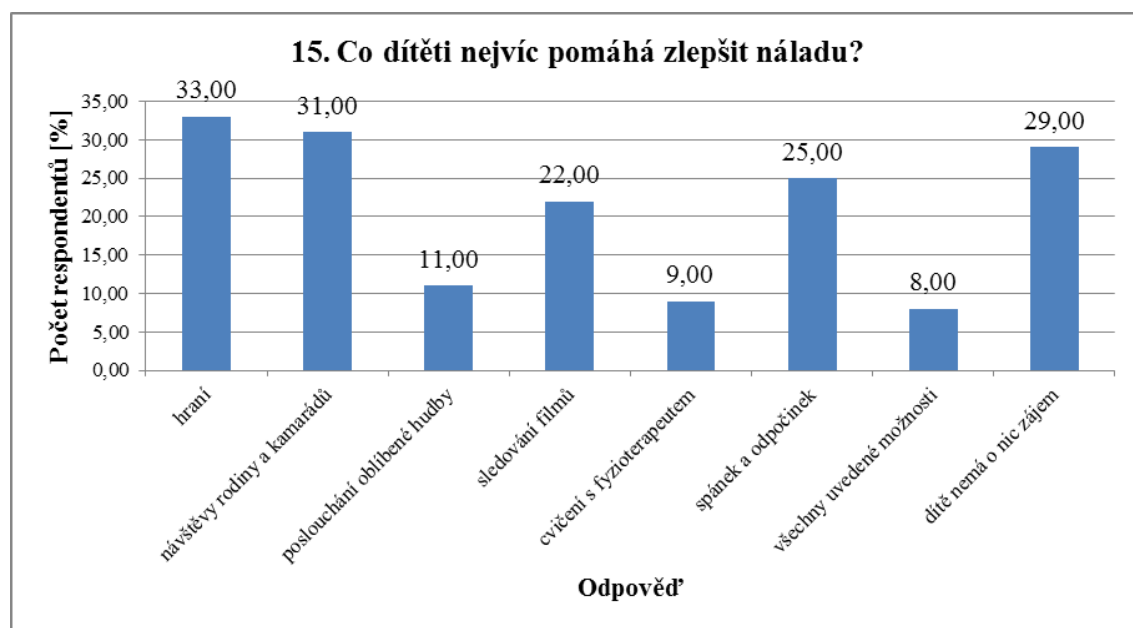
Graf 14: Zvládání odloučení od rodiny a kamarádů ze strany dětí

Otázka č. 15: Co dítěti nejvíce pomáhá zlepšit náladu?

Dětem nejvíce zlepšuje náladu hraní (33 dětí – 33 %) a návštěvy rodiny a kamarádů (31 dětí – 31 %). 29 dětí (29 %) nemá o nic zájem. Dále dětem pomáhá zlepšit náladu spánek a odpočinek (25 dětí – 25 %), sledování filmů (22 dětí – 22 %), poslouchání oblíbené hudby (11 dětí – 11 %), cvičení s fyzioterapeutem (9 dětí – 9 %). 8 dětem (8 %) zlepšují náladu všechny z uvedených činností.

Tabulka 15: Podněty zlepšující náladu dětí

15. Co dítěti nejvíce pomáhá zlepšit náladu?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
hraní	33	33,00
návštěvy rodiny a kamarádů	31	31,00
poslouchání oblíbené hudby	11	11,00
sledování filmů	22	22,00
cvičení s fyzioterapeutem	9	9,00
spánek a odpočinek	25	25,00
všechny uvedené možnosti	8	8,00
dítě nemá o nic zájem	29	29,00



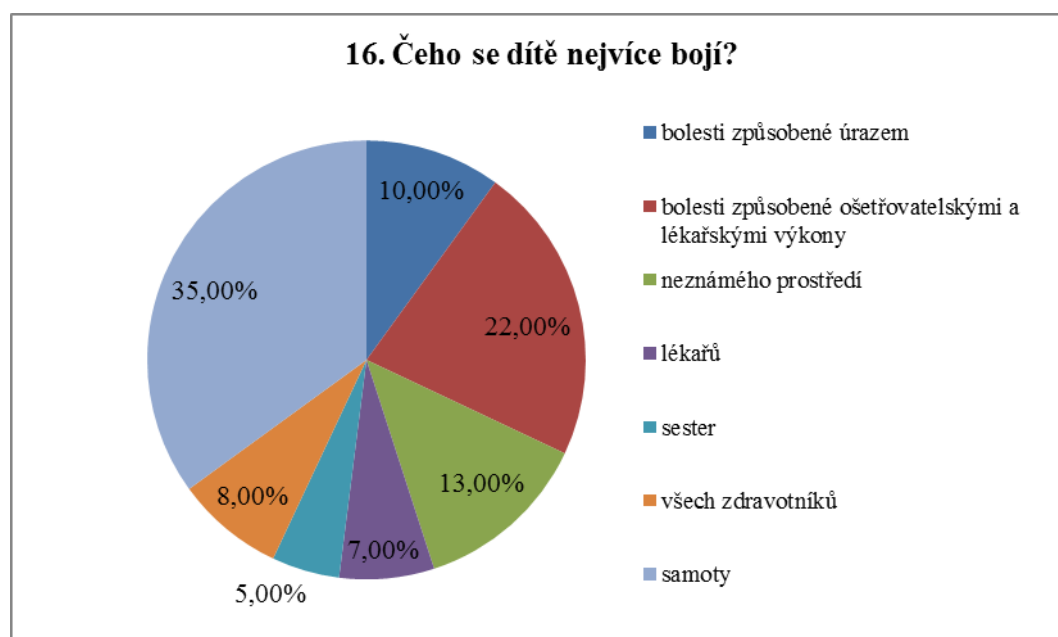
Graf 15: Podněty zlepšující náladu dětí

Otázka č. 16: Čeho se dítě nejvíce bojí?

35 dětí (35 %) se nejvíce bojí samoty. 22 dětí (22 %) má největší obavy z bolesti způsobené ošetrovatelskými a lékařskými výkony. 13 dětí (13 %) se nejvíce bojí neznámého prostředí. 10 dětí (10 %) má obavy z bolesti způsobené úrazem. 8 dětí (8 %) se nejvíce bojí všech zdravotnických pracovníků. 7 dětí (7 %) má obavy z lékařů. 5 dětí (5 %) má obavy ze sester.

Tabulka 16: Obavy dětí

16. Čeho se dítě nejvíce bojí?	Počet respondentů	Počet respondentů [%]
bolesti způsobené úrazem	10	10,00
bolesti způsobené ošetrovatelskými a lékařskými výkony	22	22,00
neznámého prostředí	13	13,00
lékařů	7	7,00
sester	5	5,00
všech zdravotníků	8	8,00
samoty	35	35,00



Graf 16: Obavy dětí

4.4 Diskuze

Výzkumné šetření této práce bylo realizováno kvantitativní výzkumnou metodou, realizovanou pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 16 otázek, s možností výběru jedné či více odpovědí, kde respondenty byli rodiče dětí a plnoleté děti. Na podkladě zjištěných údajů je možné říci, že užitá technika sběru dat byla zvolena vhodně, efektivně a především přínosně, vzhledem k zjištění poměrně velkého množství zajímavých a podnětných informací, které se týkají nejčastějších úrazů dětí a jejich vlivu na kvalitu života dítěte hospitalizovaného v nemocnici.

V rámci výzkumné části této práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem výzkumu bylo zjištění fyzických omezení u hospitalizovaných dětí s úrazem. Druhým cílem výzkumu bylo zjištění vnímání hospitalizace u dětí hospitalizovaných s úrazem. Ke každému cíli byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Tyto položky byly vyhodnoceny na základě dotazníkového šetření, které probíhalo v Dětské nemocnici FN Brno na Klinice dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie; na vybraných odděleních: traumatologická jednotka intenzivní péče, chirurgie a traumatologie.

V archivu zveřejněných prací VSPJ a dalších vysokých škol jsem zjistila, že problematikou nejčastějších úrazů dětí a jejich vlivem na kvalitu života dítěte se dosud žádný student nezabýval. Pro porovnání výsledků výzkumného šetření jsem nakonec zvolila čtyři bakalářské práce na podobná témata a odborný článek Světové zdravotnické organizace, WHO, o dětech a úrazech.

E. Prušová v rámci své práce, Úrazy u dětí ve školním věku, zjistila, že domácími úrazy bylo postiženo 98 dětí (31,5 %). Sportovními úrazy pak 50 dětí (16,1 %), (Prušová, 2011, s. 49). Domácí úrazy jsou nejčastěji se vyskytujícími úrazy i u dětí v batolecím věku, k čemuž dospěla ve svém výzkumu k bakalářské práci i V. Bártová, kde se 91 respondentů (78 %) domnívá, že nejčastějším úrazem u dětí je zlomenina (Bártová, 2009, s. 35 – 36). Což se potvrdilo i v této práci, zlomeninou utrpělo 46 dětí, tj. 46 %. Dále se jednalo se o bakalářskou práci E. Staníčkové na téma „Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte“, která v rámci svého výzkumu zjišťovala mimo jiné, co hospitalizovaným dětem v nemocnici nejvíce chybělo, a co by hospitalizovaným dětem mohlo zpříjemnit pobyt v nemocnici (Staníčková, 2011). S. Slavičková ve své práci zjišťovala dětské úrazy vedoucí k hospitalizaci u 299 respondentů od 0 do 19 let. Některé cíle její práce byly podobné cílům této práce.

Slavíčková uvádí, že nejvíce bylo zraněno chlapců ve věku 11 – 15 roků. Což vyšlo shodně i v mém průzkumu. Dále autorka uvádí nejčastější místo, kde se úraz stal domácí prostředí (v 80 %), zde se mé šetření liší, nejčastějším místem, kde se úraz stal je domácí prostředí, v 24 %, a na stejné příčce se umístily ve 24 % úrazy při sportu.

Dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) jsou pády v pořadí 13. nejčastější příčinou úrazu u dětí do 15 let věku, což vyšlo v rozporu s mým výzkumem, kde vyšla jako příčina úrazu pád na prvním místě, (85 dětí – 85 %). (Children and falls, WHO: World Health Organization [online], 2004).

K prvnímu cíli výzkumu, kterým byla zjišťována fyzická omezení u hospitalizovaných dětí s úrazem, se vztahovaly čtyři výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda jsou hospitalizované děti s úrazem soběstačné. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, zda jsou děti hospitalizované s úrazem pohyblivé. Třetí výzkumnou otázkou bylo zjišťováno prožívání bolesti u dětí hospitalizovaných s úrazem. Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, zda je u dětí hospitalizovaných s úrazem narušen jejich spánek. K prvnímu cíli výzkumu a těmto výzkumným otázkám se vztahovaly dotazníkové otázky č. 8, 9, 10 a 12.

Otázka č. 8 v dotazníku zjišťovala, zda děti hospitalizované s úrazem zvládají běžné denní činnosti (např. hygienu, oblékání, stravování a vyprazdňování). Z výsledků výzkumu vyplynulo, že skoro polovina dětí hospitalizovaných s úrazem (48 dětí – 48 %) běžné každodenní činnosti nezvládá samostatně – při těchto činnostech potřebují pomoc druhé osoby. 31 dětí (31 %) tyto běžné denní činnosti zvládá bez problémů. Naproti tomu 21 dětí (21 %) tyto každodenní činnosti nezvládají vůbec.

Otázkou č. 9 byla zjišťována míra pohyblivosti dětí hospitalizovaných s úrazem. Výzkumem bylo zjištěno, že 30 dětí (30 %) může v důsledku úrazu chodit po pokoji. 21 dětí (21 %) je úrazem zcela nepohyblivých. 19 dětí (19 %) je schopno chodit po oddělení. 18 dětí (18 %) je pohybově omezeno v rámci svého lůžka. 12 dětí (12 %) není pohybově omezeno (mohou chodit s doprovodem i po zdravotnickém zařízení).

Otázka č. 10 v dotazníku zjišťovala, zda děti hospitalizované s úrazem mají i přes léky bolesti. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 43 dětem (43 %) způsobuje úraz občasné bolesti, a to i přes užívané léky na bolest. 23 dětí (23 %) nemá v důsledku užívání léků

žádné bolesti. 22 dětí (22 %) netrpí žádnými bolestmi, i přesto, že žádné léky na bolest neužívají. 8 dětí (8 %) má bolesti poměrně často. 4 děti (4 %) trpí neustálými bolestmi.

Otázkou č. 12 bylo zjišťováno, zda děti hospitalizované s úrazem mají problémy se spánkem. Výzkumem bylo zjištěno, že 45 dětí (45 %) má v průběhu hospitalizace občasné problémy se spánkem. 28 dětí (28 %) trpí častými problémy se spánkem. 20 dětí (20 %) nemá problémy se spánkem. 7 dětí (7 %) má trvalé problémy se spánkem během hospitalizace.

K druhému cíli výzkumu, kterým bylo zjišťováno vnímání hospitalizace dětí s úrazem, se vztahovaly rovněž čtyři výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou byla zjišťována nálada hospitalizovaných dětí s úrazem, kterou prožívají nejčastěji. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jak děti s úrazem zvládají hospitalizaci a léčebný režim. Třetí výzkumnou otázkou byl zjišťován nejčastější zdroj strachu u dětí hospitalizovaných s úrazem. Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, čím lze u dětí hospitalizovaných s úrazem pozitivně ovlivnit jejich náladu. K druhému cíli výzkumu se vztahovaly dotazníkové otázky č. 11, 13, 16 a 15.

Otázka č. 11 v dotazníku zjišťovala, jakou mají děti hospitalizované s úrazem nejčastěji náladu. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 29 dětí (29 %) má během hospitalizace převážně smutnou náladu. 19 dětí (19 %) je i přes postižení úrazem a hospitalizaci klidných a vyrovnaných. 15 dětí (15 %) je plačtivých. Nejčastější nálada 10 dětí (10 %) je úzkostnost. 9 dětí (9 %) je ve zdravotnickém zařízení spíše apatických. 8 dětí (8 %) je během hospitalizace veselých. Nálada 6 dětí (6 %) je převážně negativistická. 4 děti (4 %) jsou rozzlobené.

Otázkou č. 13 bylo zjišťováno, jak děti s úrazem zvládají hospitalizaci a léčebný režim. Výzkumem bylo zjištěno, že 34 dětí (34 %) zvládá hospitalizaci a léčebný program střídavě (tj. někdy dobře a někdy špatně). 26 dětí (26 %) zvládá svůj pobyt ve zdravotnickém zařízení a samotnou terapii špatně. 19 dětí (19 %) zvládá hospitalizaci a terapeutický program dokonce velice špatně. 18 dětí (18 %) zvládá hospitalizaci a léčbu dobře. 3 děti (3 %) zvládají hospitalizaci a léčebný program velice dobře. Tyto výsledky jsem porovnála se slovenskou bakalářskou prací J. Cinové, Problematika detskej úrazovosti, kde mimo jiné zjišťovala, u 200 dětí hospitalizovaných na traumatologickém oddělení, jak vnímají a zvládají léčebný režim a hospitalizaci

a zjistila, že 59 dětí zvládá hospitalizaci velmi špatně, 68 dětí ji zvládá špatně, 23 dětí ji zvládá velmi dobře. (Cinová, 2014, s. 42)

Otázka č. 16 zjišťovala, čeho se děti hospitalizované s úrazem nejvíce bojí. Z výsledků výzkumu vyplývá, že 35 dětí (35 %) se nejvíce bojí samoty. 22 dětí (22 %) má největší obavy z bolesti způsobených ošetrovatelskými a lékařskými výkony. 13 dětí (13 %) se nejvíce bojí neznámého prostředí. 10 dětí (10 %) má obavy z bolesti způsobené úrazem. 8 dětí (8 %) se nejvíce bojí všech zdravotnických pracovníků. 7 dětí (7 %) má obavy z lékařů. 5 dětí (5 %) má obavy ze sester. E. Staníčková ve svém výzkumu zjišťovala, co dětem hospitalizovaným v nemocnici nejvíce chybělo. Zjistila, že dětem hospitalizovaným v nemocnici chybí nejvíce kamarádi (34 dětí – 28 %) a rodina (28 dětí – 22 %), (Staníčková, 2011, s. 59), což v podstatě reflektuje můj výzkum, který ukázal, že děti hospitalizované s úrazem se nejvíce obávají samoty.

Otázkou č. 15 bylo zjišťováno, co dětem hospitalizovaným s úrazem nejvíce pomáhá zlepšit náladu. Výzkumem bylo zjištěno, že dětem hospitalizovaným s úrazem nejvíce zlepšuje náladu hraní (33 dětí – 33 %) a návštěvy rodiny a kamarádů (31 dětí – 31 %). 29 dětí (29 %) nemá o nic zájem. Dále dětem pomáhá zlepšit náladu spánek a odpočinek (25 dětí – 25 %), sledování filmů (22 dětí – 22 %), poslouchání oblíbené hudby (11 dětí – 11 %), cvičení s fyzioterapeutem (9 dětí – 9 %). 8 dětem (8 %) zlepšují náladu všechny z uvedených činností. E. Staníčková ve svém výzkumu dospěla k závěru, že by hospitalizovaným dětem v nemocnici mohl zlepšit náladu počítač (16 dětí – 16 %), televize či lepší jídlo (12 dětí – 12 %). V menší míře pak děti uváděly barevné pokoje (7 dětí – 7 %), hračky (6 dětí – 6 %), neomezené návštěvy a návštěvy klaunů (5 dětí – 5 %), příjemný personál (5 dětí – 5 %) či internet (3 děti – 3 %), (Staníčková, 2011, s. 61).

Naším výzkumem jsme dospěli k závěru, že nejčastější příčinou úrazů dětí je úraz způsobený pádem (85 dětí – 85 %), k čemuž se přiklání i E. Prušová, v rámci jejíhož průzkumu je statisticky nejvýznamnějším mechanismem úrazu rovněž pád (51 dětí – 81 %), (Prušová, 2011, s. 41). Právě pády jsou v pořadí třetí nejčastější příčinou smrtelných úrazů u dětí (Frišová, Coufalová, Soukupová, Kostner, Blažek, 2006, s. 15 – 23). Pády byly nejčastější příčinou úrazů dětí rovněž ve výzkumu Z. Markové, a to v 82 % případů (Marková, 2014, s. 32).

Po vyhodnocení dat z dotazníkového šetření vyplývá, že kvalitu života po dobu hospitalizace u dítěte s úrazem lze zlepšit citlivým a empatickým přístupem k dětskému pacientovi. A to jak ze strany zdravotního personálu, tak ze strany rodiny a kamarádů navštěvujících dítě. Personál by se měl snažit náročnou životní situaci, spojenou s poúrazovými stavy, co nejvíce dítěti ulehčit a zpříjemnit. Měl by k dítěti přistupovat empaticky, vlídně a s trpělivostí mu vše vysvětlit, chválit jej a odměňovat za dobrou spolupráci při odborných výkonech a vyšetřeních.

V Dětské nemocnici v Brně se náročnou životní situaci hospitalizovaným dětem s úrazem rovněž snaží zpříjemnit vychovatelé, kteří se dětem věnují a zajišťují zájmové činnosti, dále řada neziskových organizací, jako jsou Klauni a řada dobrovolníků, kteří si s dětmi hrají, nebo pomáhají s domácími úkoly. Nadační fondy, jako Modrý hroch a Krtek přispívají svými sponzorskými dary ke zlepšení a zútulnění nemocničního prostředí v podobě obrázků, hraček, nebo barevnou výmalbou pokojů, což se rovněž může podílet na snížení stresu z hospitalizace a na zlepšení kvality života dítěte s úrazem během hospitalizace.

4.5 Shrnutí

V rámci výzkumu byly definovány dva výzkumné cíle, k nimž bylo stanoveno osm výzkumných otázek.

Prvním cílem výzkumu bylo zjištění fyzického omezení u hospitalizovaných dětí s úrazem. Tyto děti samostatně nezvládají běžné denní činnosti jako např. hygienu, oblékání, stravování a vyprazdňování. Potřebují k tomu pomoc ostatních. Jejich soběstačnost je tak v důsledku úrazu omezená. Jsou obvykle schopny pohybovat se po pokoji. Děti hospitalizované ve zdravotnickém zařízení pro úraz mívají většinou občasné bolesti, a to i přesto, že jsou jim podávány léky na bolest a občas je trápí problémy se spánkem.

Druhým cílem výzkumu bylo zjištění vnímání hospitalizace u dítěte s úrazem. Děti hospitalizované s úrazem provází nejčastěji smutná nálada. Samotný pobyt v nemocnici a léčbu zvládají obvykle střídavě (někdy dobře, jindy špatně). Odloučení od rodiny a kamarádů zvládají rovněž střídavě (dobře i špatně). Nejvíce se obávají samoty a zlepšit náladu jim pomáhá především hraním a návštěvy rodiny, hlavně rodičů a dále kamarádů.

4.6 Návrh řešení a doporučení pro ošetrovatelskou teorii a praxi

Prožívání úrazů ze strany dětí a jejich hospitalizace, včetně samotné léčby, je spojeno s celou řadou významných aspektů, kterým je nutno věnovat dostatečnou pozornost.

Protože děti s úrazem nejsou v mnoha případech schopny vykonávat běžné denní činnosti, je potřeba jim v uspokojování základních biologických potřeb pomáhat. Děti hospitalizované s úrazem jsou často omezeny v pohybu. Z tohoto důvodu je třeba zajistit následné rehabilitační cvičení a zapojování dětí do nejrůznějších aktivit.

Protože se u dětí hospitalizovaných s úrazem vyskytují bolesti, je potřeba jejich tlumení vhodnými léky, nejlépe v kombinaci s odpoutáváním pozornosti prostřednictvím různorodých činností, aby se na vnímání bolesti příliš nesoustředily. Příkladem jsou klauni nebo dobrovolníci, docházející k dětem. Nemocniční klauni přinášejí dětem zábavu zpěvem, hraním na hudební nástroje, vtipy a veselými dialogy a dobrovolníci zprostředkovávají dětem nejrůznější zájmové aktivity, mohou přispět ke zlepšování nálady a psychické pohody hospitalizovaných dětí s úrazem. Psychická pohoda napomáhá k rychlejší rekonvalescenci poúrazových stavů.

Velký vliv na vnímání hospitalizace dítěte s úrazem je časté docházení jednoho, nebo obou rodičů, či kamarádů. U menších dětí je vhodná hospitalizace s rodičem. Je dobré dítě často chválit a odměňovat za dobrou spolupráci při léčebných výkonech a vyšetřeních.

Rovněž je potřeba věnovat pozornost spánkové hygieně, neboť dětské pacienti s úrazem občas trpí poruchami spánku.

Hospitalizovaným dětem s úrazem je potřeba pomoci, aby pobyt v nemocnici a léčbu snášely co možná nejlépe, a to vlídným a trpělivým přístupem zdravotníků. Je potřeba odstraňovat obavy, s nimiž se potýkají. Je důležité, aby dítě za dobu hospitalizace poznalo pocit bezpečí a jistoty. To je základem úspěšné léčby.

Závěr

Bakalářská práce na téma „Nejčastější úrazy dětí a jejich vliv na kvalitu života dítěte“ se zabývala problematikou kvality života dítěte s úrazem a podává nástin toho, jak dítě s úrazem vnímá hospitalizaci a léčebný režim.

Práce byla rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická východiska práce byla orientována na problematiku úrazů u dětí neboli dětských úrazů. V rámci první kapitoly byl definován pojem „dětský úraz“. Dále byly specifikovány jednotlivé druhy úrazů - úrazy dle úmyslu (úmyslné a neúmyslné úrazy); úrazy dle mechanismu úrazového děje (úrazy dopravní, sportovní a školní, dále pády, otravy, úrazy vzniklé vnější mechanickou silou (kupříkladu kousnutí psem), tonutí, termické úrazy apod.); úrazy dle místa vzniku (domácí a školní úrazy a úrazy vznikající ve volném čase); úrazy dle druhu poranění / lékařské diagnózy (zlomeniny, pohmožděniny, vymknutí, rány řezného, tržného, bodného a sečného charakteru, vícečetná poranění); úrazy dle poraněné části těla (úrazy hlavy, poranění pohybového aparátu, poranění dutiny břišní, poranění hrudní stěny a nitrohrudních orgánů, traumata urogenitálního traktu atd.); úrazy dle okolností vzniku (např. pády); úrazy dle následků (krvácějící rány, poranění kostí či kloubů a otřesy mozku); úrazy dle nezbytnosti lékařského ošetření či hospitalizace. Pozornost byla věnována rovněž etiologii a epidemiologii dětských úrazů. Zvláštní pozornost byla soustředěna na dopravní, domácí, školní, sportovní a volnočasové úrazy. Součástí teoretických východisek byla také statistika dětských úrazů. Druhá kapitola teoretické části této práce se týkala vnímání hospitalizace dítěte s úrazem v jednotlivých vývojových obdobích (tj. v batolecím věku, v předškolním věku, v mladším a starším školním věku, v adolescenci). Třetí kapitola teoretické části se zabývala kvalitou života dětí s úrazem.

Empirická část této práce byla založena na kvantitativním výzkumu v podobě dotazníkového šetření. Cílem výzkumu bylo zjištění fyzického omezení u hospitalizovaných dětí s úrazem a vnímání hospitalizace u dětí s úrazem. Cíle výzkumu se na základě provedení dotazníkového šetření podařilo naplnit.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 100 rodičů hospitalizovaných dětí s úrazem. Výzkum probíhal na Pracovišti dětské medicíny, Kliniky chirurgické, ortopedické a traumatologické FN Brno. V souladu s dvěma cíli výzkumu bylo stanoveno celkem

osm výzkumných otázek. Čtyři výzkumné otázky se vztahovaly k prvnímu cíli výzkumu, zbývající čtyři ke druhému cíli. Z výsledků výzkumu vyplynula následující zjištění: Děti hospitalizované s úrazem zcela samostatně nezvládají běžné denní činnosti jako např. hygienu, oblékání, stravování a vyprazdňování (potřebují k tomu pomoc ostatních). Jsou obvykle schopny pohybovat se po pokoji, mívají většinou občasné bolesti, a to i přesto, že jsou jim podávány léky na bolest. Také je trápí problémy se spánkem a velmi často je provází smutná nálada. Pobyť v nemocnici a léčbu zvládají střídavě (někdy dobře, jindy špatně). Odloučení od rodiny a kamarádů zvládají rovněž střídavě (dobře i špatně). Děti hospitalizované v nemocnici se nejvíce obávají samoty a náladu jim pomáhá zlepšit především hraní. V rámci empirické části této práce byla navržena řešení a doporučení pro ošetrovatelskou teorii a praxi. Rovněž byly doporučeny návrhy pro budoucí výzkum.

V uvedené práci s názvem Nejčastější úrazy u dětí a jejich vliv na kvalitu života dítěte bylo zajímavé zjistit nejen, jaké jsou nejčastější úrazy u dětí, vedoucích k hospitalizaci, ale i jak děti vnímají stresovou událost, spojenou s hospitalizací a léčebnými výkony. V tomto směru je práce jedinečnou ukázkou této problematiky. Podle dostupných zdrojů se domnívám, že se tímto tématem doposud mnoho studentů nezabývalo. Proto doufám, že zde uvedené výsledky budou přínosem pro všechny osoby, přicházející do kontaktu s dětskými pacienty, hospitalizované v nemocnicích, a že napomůže lepšímu pochopení a vcítění se do pocitů dítěte.

Seznam použitých zdrojů

AMBROŽOVÁ, Kateřina, COUFALOVÁ, Lenka, CVEČKOVÁ, Magdalena, FRIŠOVÁ, Petra, HANUŠOVÁ, Jaroslava, KALÍŠKOVÁ, Martina, KOSTNER, Robert. Rizikové chování dětí a mladistvých: Příčiny, následky, prevence. *Úrazy dětí* [online] 2016 [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: http://www.urazydeti.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf.

BÁRTOVÁ, Věra. *Průzkum informovanosti rodičů o prevenci dětských úrazů v batolecím období*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství, 2009. Bakalářská práce. 90 s.

BLAHUTOVÁ, Pavlína, RŮŽIČKA, Lukáš. Cílená prevence termických úrazů. In *Sestra*, 2012, č. 1, s. 38 – 40. ISSN 1210-0404.

BLAŽEK, Karel. Ekonomické souvislosti dětských úrazů. In *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2010, č. 1, s. 58 – 62. ISSN 1801-0261.

CINOVÁ, Jitka., *Problematika dětské úrazovosti*, Prešov, Fakulta zdravotnictva PU v Prešově, 2014, bakalářská práce, s. 42.

ČAPKOVÁ, Magdaléna TORÁČOVÁ, Lucie, VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Prevence úrazů u vybraných věkových skupin obyvatelstva*. Praha: Triton, 2008. 98 s. ISBN 978-80-7387-200-7.

ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše, DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

FEDRYCHOVÁ, Jaroslava, KLÍMOVIČ, Michal. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: Mikadapress s. r. o., 2005. 414 s. ISBN 80-7013-427-5.

FRIŠOVÁ, Lenka, COUFALOVÁ, Lenka, SOUKUPOVÁ, Klára, KOSTNER, Robert, BLAŽEK, Jan. *Úrazy dětí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o. p. s., 2006. 38 s. ISBN 80-86991-72-5.

Dětské úrazy.cz [online] 2016 [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: <http://www.detskeurazy.cz/>.

Dětských úrazů v létě přibývá. Chlapců se zraní dvakrát více než dívek. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 2013 [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/detskyh-urazu-v-lete-pribyvachlapcu-se-zrani-dvakrat-vice-nez-divek_8002_2778_1.html.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, ŠKODA, Ctirad. Kvalita života: Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. In *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 1997, roč. 93, č. 2, s. 102 – 108. ISSN 0069-2336.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, ŠKODA, Ctirad. Měření kvality života v sociální psychiatrii. In *Československá psychiatrie*, 1997, 93, č. 8, s. 423 – 432. ISSN 0069-2336.

FRIŠOVÁ, Lenka, COUFALOVÁ, Lenka, SOUKUPOVÁ, Klára, KOSTNER, Robert, BLAŽEK, Jan. *Úrazy dětí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o. p. s., 2006. 38 s. ISBN 80-86991-72-5.

GRIVNA, Michal a kolektiv. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. 142 s. ISBN 80-239-2063-4.

HAMERNÍKOVÁ, Veronika. *Základy dopravní psychologie nejen pro profesionální řidiče*. Praha: NCO NZO, 2010. 116 s. ISBN 978-80-7013-517-4.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. 264 s. ISBN 80-200-1307-5.

KLÍMA Jiří a kolektiv. *Pediatric*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 320 s. ISBN 8086432386.

KROUTILOVÁ, Lucie, HLAVÁČKOVÁ, Eva, PITTROVÁ, Martina. Screening rizika pádů v pediatrii. In *Florence*, 2011, č. 3, s. 25 – 27. ISSN 1801-464X.

KUKLA, Lubomír, BOUCHALOVÁ, Marie. Závislost dětských úrazů na úrazovosti rodičů, In *Česko-slovenská pediatrie: Časopis České a Slovenské pediatrické společnosti*, 2008, roč. 63, č. 3, s. 126 – 136. ISSN 0069-2328.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

LEBL, Jan, PROVAZNÍK, Kamil, HEJCMANOVÁ, Ludmila et al. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7262-438-6.

MULLEROVÁ, L., ŠKODA, J., PROCHÁZKOVÁ, Z., DOULÍK, P. *Měření kvality života žáků na 2. stupni základní školy*, 2006. ISBN neuvedeno.

Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 2007 [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=6215&typ=application/msword&nazev=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>.

NOVOTNÁ, Jana, EIBEL, Zdeněk, BEŇO, Pavol. Dětská úrazovost. In *Florence*, 2011, č. 10, s. 36 – 38. ISSN 1801-464X.

PLÁNKA, Ladislav, STARÝ, David, ŠKVAŘIL, Jan, GÁL, Petr. Národní registr dětských úrazů. In *Úrazová chirurgie*, 2008, č. 3, s. 66. ISSN 1211-7080.

Programme on Mental Health: WHOQOL – Measuring Quality of Life. *World Health Organization* [online] 1997 [cit. 2016-10-01]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

PRUŠOVÁ, Eva. *Úrazy u dětí ve školním věku*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství, 2011. Bakalářská práce. 99 s.

PRŮCHOVÁ, Dominika, ŠVANCAROVÁ, Alena, TRUELLOVÁ, Iva. Srovnání standardizované úmrtnosti dětí na úrazy v ČR se zahraničím. In *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2010, č. 1, s. 78. ISSN 1801-0261.

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kolektiv. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SCHALOCK, Robert. Koncept „Kvalita života“: Minulost, současnost a budoucnost. In *Konference Pro změnu - 2009*. Praha. 2009, s. 26. ISBN neuvedeno.

SLAVÍČKOVÁ, Sabina. Dětské úrazy vedoucí k hospitalizaci. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 25 – 26. ISSN 1210-0404.

SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita, JEBAVÝ, Ladislav, BLAŽEK, Martin, KAČEROVSKÝ, Jaroslav. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, roč. LXXIII, č. 1, s. 6 – 9. ISSN 0372-7025.

STANÍČKOVÁ, Eva. *Specifika chování a prožívání hospitalizovaného dítěte*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2011. 89 s.

STOŽICKÝ, František, PIZINGEROVÁ, Kateřina. *Základy dětského lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. 360 s. ISBN 80-246-1067-1.

ŠNAJDAUF, Jiří, CVACHOVEC, Karel, TRČ, Tomáš et al. *Dětská traumatologie*. Praha: Galén, 2002. 180 s. ISBN 80-7262-152-1.

TRUELLOVÁ, Iva. Aktuální údaje úrazovosti dětí v ČR. In *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2008, č. 1, s. 57 – 61. ISSN 1801-0261.

TRUELLOVÁ, Iva. Prevence dětských úrazů v praxi praktických lékařů pro děti a dorost. In *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2009, č. 2, s. 103 – 106. ISSN 1801-0261.

VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

VONDRA, Vladimír, MALÝ, Marek. Kvalita života nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí. In *Interní medicína pro praxi*, 2003, č. 10, s. 496 – 500. ISSN 1212-7299.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

WIEDERMANN, Jaroslav. Úrazy u dětí – poznámky k patofyziologii a epidemiologii dětských úrazů vycházející ze statistických údajů a klinické studie. In *Lékařské listy*, 2010, č. 2, s. 3 – 6. ISSN 0044-1996.

WHO: World Health Organization, *Children and falls* [online], 2004. [cit 2017-3-3], dostupné z:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_english.pdf

ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk a kolektiv. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing a. s., 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Seznam grafů

Graf 1:	Pohlaví dětí	30
Graf 2:	Věk dětí	31
Graf 3:	Bydliště dětí	32
Graf 4:	Druhy úrazů dětí	34
Graf 5:	Části těla dětí zasažené úrazem	36
Graf 6:	Příčiny úrazů dětí	37
Graf 7:	Místo, kde se dětem stal úraz	38
Graf 8:	Zvládání běžných denních činností ze strany dětí	39
Graf 9:	Míra mobility dětí	40
Graf 10:	Přítomnost bolesti u dětí	41
Graf 11:	Nálada dětí v průběhu hospitalizace	42
Graf 12:	Problémy dětí se spánkem během hospitalizace	43
Graf 13:	Zvládání hospitalizace a léčebného režimu ze strany dětí	44
Graf 14:	Zvládání odloučení od rodiny a kamarádů ze strany dětí	45
Graf 15:	Podněty zlepšující náladu dětí	46
Graf 16:	Obavy dětí	47

Seznam tabulek

Graf 1:	Pohlaví dětí	30
Graf 2:	Věk dětí	31
Graf 3:	Bydliště dětí	32
Graf 4:	Druhy úrazů dětí	34
Graf 5:	Části těla dětí zasažené úrazem	36
Graf 6:	Příčiny úrazů dětí	37
Graf 7:	Místo, kde se dětem stal úraz	38
Graf 8:	Zvládání běžných denních činností ze strany dětí	39
Graf 9:	Míra mobility dětí	40
Graf 10:	Přítomnost bolesti u dětí	41
Graf 11:	Nálada dětí v průběhu hospitalizace	42
Graf 12:	Problémy dětí se spánkem během hospitalizace	43
Graf 13:	Zvládání hospitalizace a léčebného režimu ze strany dětí	44
Graf 14:	Zvládání odloučení od rodiny a kamarádů ze strany dětí	45
Graf 15:	Podněty zlepšující náladu dětí	46
Graf 16:	Obavy dětí	47

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Souhlas s dotazníkovým šetřením