

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

Peter Šremer

Role sestry při prevenci dětských úrazů

Bakalářská práce

Praha 2014

Autor práce: **Peter Šremer**

Vedoucí práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Oponent práce: **Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.**

Datum obhajoby: **10.6. 2014**

Bibliografický záznam

ŠREMER, Peter. *Role sestry při prevenci dětských úrazů*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2014. 72 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Anotace

V teoretické části práce je uvedena nejprve definice úrazu, dále dělení úrazů dle úmyslu, mechanismu úrazového děje, místa vzniku úrazu, druhu zranění a podle zraněné části těla. V části práce o úrazové prevenci je popsáno jak lze úrazům předcházet, a to na úrovni primární (zabránění vzniku úrazu), sekundární (snížení závažnosti úrazu) a terciární prevence (minimalizace následků úrazu). Je rovněž poukázáno na nedostatečně klesající počet dětských úrazů ve srovnání se Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irska, Nizozemím a některými severskými zeměmi zejména Švédskem a Finskem, kde dosahují nejlepších výsledků. V práci je rovněž uvedeno, kdy je možné úrazovou prevenci provádět (preventivní prohlídky, dispenzární prohlídky, ošetření úrazu). Problematika je popsána od první preventivní prohlídky novorozence, přes další preventivní prohlídky v období kojeneckém, batolecím, předškolním, mladším školním, starším školním až po období dospívání. Dále jsou uvedeny příklady nejčastějších druhů úrazů dětí a jednotlivá preventivní opatření u pádů, tonutí, při termických úrazech, otravách, vdechnutí nebo spolknutí cizího tělesa, udušení, uškrcení, při hře a při dopravních úrazech. Role zdravotníka spočívá v rozeznání úrazu, ošetření úrazu a provádění prevence úrazů.

Průzkumné šetření bylo provedeno na kongresu pediatriů a dětských sester XXIX. Dny praktické a nemocniční pediatrie v Olomouci v roce 2011. V empirické části práce jsou prezentovány výsledky průřezového šetření o možnostech provádění úrazové prevence v ordinaci dětského lékaře. Jak vyplynulo z vlastního šetření, úrazové prevenci je v ordinacích dětských lékařů věnována velmi malá pozornost. Z vlastního průzkumu vyplývá skutečnost, že sestry a praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD) nemají dostatek času a kvalitních informací k provádění prevence úrazů. Téměř třetina sester a PLDD neví o čem má informovat rodiče a bezmála dvě třetiny dotázaných pocítují nedostatek podpůrných materiálů k provádění prevence dětských úrazů. Za ideální podpůrný materiál k prevenci dětských úrazů považují

respondenti videonahrávku a tištěný leták/plakát. Jedna čtvrtina respondentů vyhodnocuje úrazovost dle kategorie úrazu. Přesně polovina respondentů zaznamenává prevenci úrazů do zdravotnické dokumentace. Téměř 57 % respondentů věnuje provádění prevence dětských úrazů čas do 10 min. Téměř 80 % respondentů má zájem o další materiály o prevenci dětských úrazů a více než 70 % respondentů je ochotno zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů.

Autor textu dospěl k závěru, že o prevenci dětských úrazů může rodiče a děti edukovat poučená sestra, která je připravená po stránce materiálové (měla by mít pomůcky – tištěné materiály pro rodiče a děti, dle různých věkových kategorií dětí).

Annotation

The theoretical part of this study is devoted firstly to the definition and conception of injury, which is further classified in accordance with intention, mechanism, place of origin type of accident and the location of the injury on the body. The section on injury prevention describes how to prevent injuries at the primary level (prevent the origin of injury), at the secondary level (reducing consequences) and at a tertiary level (to minimize the aftereffects of injury). It also shows that the fall in the number of childhood injuries is insufficient in comparison with the United Kingdom, the Netherlands and some Scandinavian countries where Sweden and Finland achieves the best results in injury prevention. The study also describes what is done for prevention of injuries (preventive inspection, dispensary inspection and treatment of injuries). Problems are described from the first preventive examination of a new-born child, followed by preventive examinations throughout the suckling age, the toddler age, the preschool age, the younger school age, the senior/sophomore school age until adolescence /teenagers. The study shows the most frequent types of injuries and preventive action for falls, drowning, burns, poisoning, swallowing foreign objects, suffocation, strangulation, toy and playground injuries and traffic injuries. The role of the nurse and GP's is defined in terms of recognition, treatment and prevention of childhood injuries.

The survey was presented in the Paediatric Congress in 2011 in Olomouc. The practical part of study presents the results of sociological research: options for realisation of childhood injury prevention in GP's consulting-room. The result of research is that in GP's consulting-room is to the prevention of childhood injuries spent low attention. One of the findings is that respondents do not have enough time and good information to realise prevention of childhood injuries. Almost one third of respondents did not know what they should inform the parents about childhood injury prevention and almost two thirds of respondents have felt the information material was inadequate for the prevention of injuries. For ideal information material to the prevention of childhood injuries respondents consider the videotape and the poster. One quarter of respondents evaluate the injury rate in terms of category of injury. Exactly one half of respondents note the providing of prevention of childhood injuries into the medical documentation. Almost 57 % of respondents spend on providing of prevention injuries in range to 10 min. time. Almost 80 % of

respondents are interested in obtaining further info-materials on the prevention of childhood injuries and more than 70 % of respondents would participate in courses on prevention of childhood injuries.

A question was posed: what could nurses and GP's do to educate the parents and children on the prevention of childhood within GP's consulting rooms? The author of the study concluded that information on prevention of childhood injuries could be provided by educated nurses who should be provided with video and printed leaflets and posters suitable for parents and various age groups of children.

Klíčová slova

Prevence úrazů, dětské úrazy, role sestry, dětské nehody, dětská bezpečnost, bezpečnost na cestách, domácí úrazy.

Keywords

injuries prevention, childhood injuries, role of nurse, childhood accidents, childhood safety, road safety, household injuries.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 15. dubna 2014

Peter Šremer

Poděkování

Autor bakalářské práce děkuje všem, kteří přispěli k jejímu vzniku. Velmi děkuji respondentům, bez jejichž dobré vůle odpovídat na otázky průzkumu – sondy mínění dětských sester a praktických lékařů pro děti a dorost by se výzkumný záměr nedal uskutečnit. Výslovné ocenění si zaslouží Doc. MUDr. Veronika Benešová CSc. a další, kteří mi poskytli radu slovem či písmem.

Zvláště bych chtěl poděkovat za ochotnou a důslednou pomoc vedoucímu bakalářské práce PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému Ph.D., MBA. Dále děkuji svým rodičům za vytváření zázemí, bez jejichž podpory bych tuto práci nenapsal.

Obsah

	str.
ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	10
1.1 Teoretická a praktická východiska řešené problematiky	10
1.1.1 Klasifikace úrazů	13
1.1.2 Úrazová prevence	13
1.1.3 Škola jako preventivní aktér	19
1.1.4 Charakteristika možností prevence dle jednotlivých prostředí a prostředků, předmětů a rizikových faktorů majících vliv na úrazovost	20
1.1.5 Program Zdraví 21	24
1.2 Přehled dříve realizovaných studií	25
1.3 Role sestry při prevenci dětských úrazů	31
1.3.1 Specifika dětí	38
2 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	39
2.1 Cíle a pracovní hypotézy	39
2.2 Metodika	41
2.3 Organizace šetření a způsob zpracování dat	42
2.4 Charakteristika a popis zkoumaného souboru	42
2.5 Výsledky vlastní práce	45
2.6 Diskuse	52
ZÁVĚR	65
REFERENČNÍ SEZNAM	67
SEZNAM OBRÁZKŮ	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Téma bakalářské práce – role sestry při prevenci dětských úrazů jsem si vybral na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku, kdy jsem si všímal některých bezpečnostních prvků a aspektů z hlediska bezpečnosti dětí v dopravě, prostudoval některé domácí i zahraniční materiály k problematice prevence dětských úrazů a v neposlední řadě se i účastnil kongresu pediatriů a dětských sester XXIX. Dny praktické a nemocniční pediatrie, které se konaly 27. – 28. května 2011 v Olomouci, kde jsem provedl průzkumné šetření mezi praktickými lékaři pro děti a dorost (dále jen PLDD) a dětskými sestrami. Předvýzkum jsem neprovedl.

Problematikou prevence dětských úrazů jsem se začal zabývat, protože jsem během praxí na dětských odděleních viděl některé velmi vážné následky úrazů. Bylo zřejmé, že tak vznikají často problémy na celý život, které nemají „jen“ osobní, ale i rodinný a celospolečenský dopad a přesah. Uvědomil jsem si, že nejneškodnější úraz je ten, který se vůbec nestane. Proto jsem se soustředil na problematiku prevence dětských úrazů a navrhl se blíže zaměřit na roli sestry při provádění prevence dětských úrazů v bakalářské práci.

Spatřuji nezastupitelný význam v provádění prevence úrazů sestrami a PLDD, tak jako i v provádění jiných prevencí v řadě oblastí. Důkazem toho jsou i výsledky některých mezinárodních studií, ze kterých plyne, že nejnižší četnosti dětských úrazů dosahují země s nejvyšším stupněm rozpracovanosti prevence dětských úrazů.

Jak vyplývá ze zprávy o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, dětská populace nadále zůstává nejrizikovější skupinou z hlediska úmrtnosti na úrazy. Jak uvádí statistika z let 2006 - 2008, nejvážnějším druhem úrazu jsou dopravní nehody. (Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017)

V průmyslových zemích dnes zemře více dětí po novorozeneckém období na následky úrazů, než na následky všech infekčních nemocí a zhoubných útvarů dohromady. (Schlack, 2000, str. 215)

Záměrem práce je přinést souhrn relevantních poznatků k problematice prevence dětských úrazů prováděné sestrami.

K naplnění tohoto záměru, byly stanoveny tyto cíle práce:

- 1) Přinést přehled relevantních poznatků o prevenci dětských úrazů;
- 2) Prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit informace o praktické realizaci prevence úrazů dětí v ordinacích PLDD a limitující faktory pro tuto činnost;
- 3) Získané informace z dotazníkového šetření utřídit a statisticky zpracovat;
- 4) Porovnat výsledky vlastního šetření s dříve realizovanými studiemi na stejné nebo obdobné téma.

Na základě výše uvedených cílů a po prostudování dostupné související literatury, byly stanoveny tyto pracovní hypotézy, jejichž platnost bude v empirické části ověřována.

Hypotéza č. 1: Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a vykonávaným povoláním v tom smyslu, že sestry provádí prevenci dětských úrazů během preventivních prohlídek statisticky významně častěji než lékaři (PLDD).

Hypotéza č. 2: Existuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že sestry se seznamují s metodikou MZ ČR statisticky významně častěji než lékaři.

Hypotéza č. 3: Existuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že sestry by se statisticky významně častěji zúčastnily kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů než lékaři.

Hypotéza č. 4: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek v tom smyslu, že respondenti do 39 let provádí prevenci dětských úrazů statisticky významně častěji než respondenti nad 40 let.

Hypotéza č. 5: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že respondenti do 39 let se statisticky významně častěji seznamují s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů než respondenti nad 40 let.

Hypotéza č. 6: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů

v tom smyslu, že respondenti do 39 let by se zúčastnili kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů statisticky významně častěji než respondenti nad 40 let.

Hypotéza č. 7: Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co se seznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů budou statisticky významně častěji také provádět prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek, než ti respondenti co se neseznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

Hypotéza č. 8: Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a ochotou účastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co provádí prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek budou statisticky významně častěji deklarovat zájem o účast v kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů.

Co rozhodně není a nebylo cílem práce? Pouhé „teoretizování od stolu“ nebo dokonce přenášení odpovědnosti za tuto problematiku – prevence dětských úrazů z někoho jiného na již tak přetížené sestry v praxích PLDD a na jednotlivých dětských odděleních nemocnic. Autor práce se domnívá, že jednotlivé návrhy pro sestry, které jsou uvedeny zejména v kapitole 1.3 Role sestry při prevenci dětských úrazů, by mohly být částečnou inspirací také pro sestry, které budou navštěvovat, pomáhat a radit rodičům malých dětí přímo u nich doma tak, jak je to obvyklé v anglosaských zemích (tzv. health visitor).

Záměrem práce rovněž není vyčerpávajícím způsobem popsat a vysvětlit všechny aspekty tak rozsáhlé problematiky jakou je prevence dětských úrazů, ale pouze ukázat na současný stav prevence dětské úrazovosti prováděné v ordinacích PLDD a na limitující faktory, které současný stav ovlivňují.

1 Teoretická část práce

1.1 Teoretická a praktická východiska řešené problematiky

K teoretickým východiskům prevence úrazů patří definice úrazu. Benešová a Truellová uvádí, že: „Úraz je většinou náhlé vzniklé poškození zdraví působením vnější síly, která přesahuje svojí intenzitou adaptační možnosti lidského organismu, nebo jako následek nedostatku energií nezbytných pro život.“ (Benešová, Truellová, 2009, s. F 8)

National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), které je částí U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) používá od roku 1989 následující definici úrazu dle Haddona: „Úraz je jakékoliv neúmyslné či úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energie a z nedostatku životně nezbytných agens, jako jsou teplo nebo kyslík.“ (http://www.jblearning.com/samples/076373392X/chapter_02.pdf)

Aktuálnost zaměření tématu bakalářské práce dokládá i fakt, že úmrtnost dětí na vnější příčiny v ČR sice klesá, ale je pořád vyšší ve srovnání s některými evropskými zeměmi, kde dosahují nejlepších výsledků zejména Spojené království Velká Británie a Severního Irsku, Nizozemí, Lucembursko a severské státy zejména Švédsko.

Podle vývoje standardizované úmrtnosti (na 100 000 osob) dětí 0 – 14 let na vnější příčiny ve vybraných evropských zemích od roku 1990 (ÚZIS) Česká republika zaostávala v posledních údajích za rok 2008 s hodnotou 4,34 za například Nizozemím s hodnotou 3,16 a Finskem s hodnotou 3,6 zemřelých dětí na 100 000 osob. (Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, 2010, s. 7, Tab.1)

Průměrná standardizovaná úmrtnost na vnější příčiny u dětí 0 – 14 let měla v roce 2008 v EU hodnotu 5,17 úmrtí na 100 tis. dětí. ČR se tak zařadila mezi státy EU s nižší hodnotou ukazatele úmrtnosti na vnější příčiny u dětí.

(Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, 2010, s. 5 – 6)

Česká republika je na tom s hodnotou 1,7 úmrtí na 100 000 obyvatel ve věkovém rozpětí 6 – 14 let téměř o 1/3 hůře než Německo s hodnotou 1,2 úmrtí na 100 000 obyvatel ve věkovém rozpětí 5 – 14 let a téměř jedenkrát horší než

Rakousko s hodnotou 0,9 úmrtí na 100 000 obyvatel ve věkovém rozpětí 5 – 14 let. (European status report on road safety, towards safer roads and healthier transport, 2009, s. 58)

Na odděleních chirurgie bylo v ČR v roce 2012 hospitalizováno 1036 dětí ve věkové skupině 10 – 14 let, z toho 221 neodkladných operací. (<http://www.uzis.cz>)

V roce 2012 došlo v ČR ve věkové skupině 10 – 14 let ke 2 úmrtím chlapců a 2 úmrtím dívek na následek dopravní nehody a zemřela 1 dívka a 1 chlapec na následek pádu. (<http://www.uzis.cz>)

Úraz nebo otrava jsou nejčastější příčinou smrti dětí. Úraz může zcela změnit život dítěte. Trvalé následky úrazu by mohly z života dítěte navždy změnit nebo vymazat mnoho věcí, které mají pro dítě velkou hodnotu. Přitom lze úrazu předejít odpovědným chováním. Nezodpovědné chování v sobě skrývá celou řadu rizik, která mohou vyústit v krizovou situaci s vážnými následky. (<http://apps.szu.cz/czsp/urazy/>)

Dětství je z hlediska úrazovosti velmi rizikovým obdobím života. Děti si mohou způsobit nejen závažné úrazy, které mají za následek jejich hospitalizaci, případně invaliditu či dokonce smrt, ale i poranění obličeje a zubů. (Čeledová, Merglová, 2010, s. 200 – 204)

Úrazy nejsou žádné náhody. Úrazů se můžeme až v 60 % případů vyvarovat díky výchově a preventivnímu uvědomování si nebezpečí a technicky bezpečně utvořenému životnímu prostředí. (Schlack, 2000, s. 215)

Ze statistiky Ministerstva dopravy (viz příloha B) vyplývá, že nejtěžší úrazy dětí s následkem smrti vznikají při dopravních nehodách, které souvisí s nepřiměřenou rychlostí. Z toho plyne nutnost, aby sestry nezapomínaly připomínat, zejména impulzivním maminkám a tatínkům, aby jezdili pomaleji a opatrněji.

Dětská dopravní úrazovost je u nás dvojnásobně vyšší, než ve většině zemí západní Evropy. Řešením není minimální expozice dítěte dopravě, ale bezpečné a minimálně rizikové dopravní prostředí - s důrazem na zvýšení bezpečnosti v okolí škol a rovněž i včasné seznámení dítěte s modely bezpečného dopravního chování. Dítě je nutno učit nejenom hrozící rizika znát a uvědomovat si je, ale zejména rozvíjet jeho dopravní citění tak, aby dokázalo rizikové situace včas předvídat, vyhodnocovat a řešit. Nezbytným předpokladem snížení dopravní nehodovosti je kultivace sociálních vztahů a výchova k ohleduplnosti a odpovědnosti za život svůj i životy ostatních.

V posledních letech se daří snižovat dětskou úrazovou mortalitu, zatímco počet běžných dětských úrazů mírně narůstá. Současné navýšení celkového počtu úrazů může být způsobeno např. novými sportovními aktivitami současné dětské populace (např. pěstováním tzv. adrenalinových sportů, jízdou na skateboardu, snowboardu, či jízdou na in line bruslích). Na vyšším počtu úrazů, zejména sportovních, se pravděpodobně podílí i nižší tělesná zdatnost dětí a narůstající hmotnost dětské populace. (Zvadová, Janoušek, 2011)

Významné rozdíly lze zaznamenat rovněž i v sezónním výskytu úrazovosti. Zatímco v minulosti nejvyšší počet úrazů v průběhu kalendářního roku spadl do období letních prázdnin, v současnosti existují dva vrcholy úrazové incidence (jeden vrchol je v dubnu a květnu a druhý v září).

Pokud jde o závažné úrazy vyžadující ošetření na Centrech úrazové traumatologie, k nejrizikovějším patří zejména jarní období. Na měsíc duben a květen připadá více než třetina úrazů registrovaných v dětských traumacentrech. Těžká zranění v tomto období bývají způsobena zejména pády a dopravními zraněními. Rizikové je také období krátce po prázdninách, na září připadá téměř 16 % všech úrazů. (Janoušek et al in http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/urazy/poster_navrh_1.pdf)

Zvláštní kapitolu tvoří úrazy úmyslné. Úmyslné sebepoškození (sebevražda) bylo druhou nejčastější vnější příčinou smrti dětí mezi 15-19 rokem, hned po dopravních nehodách. V roce 2008 zemřelo na sebevraždu 42 dětí ve věku mezi 15-19 lety. (Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, 2010, s. 19)

Zde však narážíme na problém, zda je možné sebevraždu klasifikovat jako úraz. V řadě, zejména zahraničních studií, tomu tak není.

V České republice je realizováno mnoho aktivit zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů. Vzhledem ke skutečnosti, že tyto aktivity dosud nebyly náležitě koordinované a nebyly řešeny systémově, nebyla jejich účinnost dostatečná. Přitom však existuje Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 až 2017, přijatý usnesením vlády č. 926/2007.

Dle Národního akčního plánu prevence dětských úrazů má centrum prevence dětských úrazů FN Brno Kliniky dětské chirurgie, traumatologie a ortopedie poskytovat primární i sekundární prevenci dětských úrazů v rámci své zdravotnické působnosti. (Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 až 2017, s. 18)

V přehledu dosavadních aktivit má Ministerstvo zdravotnictví podporovat

vzdělávání laické i odborné veřejnosti dle Národního akčního plánu prevence dětských úrazů. (Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, s. 15)

Jak uvádí Čapková a Truellová: „*Výsledky zahraničních zkušeností však jednoznačně potvrzují, že koordinovaná a důsledná prevence dětských úrazů má vliv na snížení dětské úrazovosti.*” (Čapková, Truellová, 2007, s. 150)

1.1.1 Klasifikace úrazů

Existuje celá řada faktorů, které podmiňují klasifikaci úrazů. Benešová a Truellová uvádí, že: „*Úrazy můžeme dělit dle úmyslu, podle mechanismu úrazového děje, podle místa vzniku úrazu, dle druhu zranění, podle zraněné části těla.*” (Benešová, Truellová, 2009, s. F 8)

Systematické rozdělení úrazového problému do časových a stejně tak i epidemiologických komponent je často reprezentováno tím, co se stalo známým jako Haddonova matice, pracující s fázemi (předúrazovou, úrazovou a poúrazovou) a faktory (lidské faktory, agens nebo nositel, fyzické prostředí a sociokulturní prostředí, viz více v příloze B)

1.1.2 Úrazová prevence

Úrazům lze předcházet a to na úrovni *primární* (zabránění vzniku úrazu), *sekundární* (snížení závažnosti úrazu), *terciární prevence* (minimalizace následků úrazu).

Úrazovou prevencí je možné provádět během preventivní prohlídky, dispenzární prohlídky nebo během ošetření úrazu resp. v průběhu léčby po jeho vzniku.

Úrazová prevence v rámci **preventivních prohlídek** je prováděna při :
První preventivní prohlídce novorozence – v tomto období je vhodné edukovat rodiče o tom, že jsou časté pády, aspirace, dušení, zalehnutí. Do 1 týdne po propuštění se mají posoudit podmínky života dítěte a eliminovat rizikové faktory, které by mohly mít na zdravý vývoj dítěte vliv. Další preventivní prohlídky – Období kojenecké (1 měsíc – 1 rok) – v tomto období je vhodné edukovat rodiče o tom, že

jsou četné pády, topení a termické úrazy, četné jsou rovněž aspirace, spolknutí cizího tělesa a poranění při manipulaci s nevhodnými hračkami; Období batolecí (1-3 let) – v tomto období je vhodné edukovat rodiče o tom, že je nejčastější tonutí v bazénech, termické úrazy, vznik otrav, úrazy na hřištích, Období předškolní (3-6 let) – v tomto období je vhodné edukovat rodiče o tom, že časté jsou poranění při hře a sportu, na hřištích, hojně jsou pády, tonutí, otravy a dopravní úrazy; Období mladší školní (6-11 let) – v tomto období je vhodné edukovat rodiče o tom, že jsou časté úrazy sportovní, školní a dopravní, dominují pády, tonutí, zlomeniny; Období starší školní (11-15 let) - v tomto období je vhodné edukovat rodiče o tom, že je časté experimentování s návykovými látkami, časté jsou úrazy školní, dopravní, tonutí, otravy alkoholem; Období dospívání (15-18 let) – v tomto období je vhodné edukovat rodiče o tom, že je převaha úrazů dopravních a sportovních, úrazy pod vlivem návykových látek.

Prevence úrazů se nemůže sama opírat jen o pedagogické iniciativy, ale měla by dodatečně využívat potenciál technických, ekonomických a právních opatření. Jak uvádí Schlag et al v problematice dopravních úrazů můžeme jako bezpečnostní strategie a jako cesty ovlivňující chování rozlišovat „4E“ spojené strategie k prevenci úrazů :

- *Enforcement* : prosazování, vymáhání zákonných opatření, především příkazů a zákazů, které jsou jako předpisy usměrňující chování v dopravě diferencovaně vypracovány (jako v málokteré jiné životní oblasti) k zaručení jistého průběhu;
- *Engineering*: změněné utváření nabídky, týkající se jak dopravních cest pro různé dopravní aktéry, tak i pro různé dopravní prostředky;
- *Education*: opatření pro vzdělání, objasnění a informace všech účastníků dopravy;
- *Encouragement nebo economy*: pobídky popřípadě variace na výpočty nákladů a potřeb jednotlivých účastníků dopravy.

(Schlag et al, 2006, s. 96)

Příklady nejčastějších druhů úrazů dětí

Pád a náraz je nejběžnější příčinou domácího úrazu. Pády jsou proto nejčastější ve věku 1-4 a 5-9 let, kdy jsou děti nejvíce aktivní.

Hlavní preventivní opatření u pádů by se měla zaměřit:

- při přebalování dítě vždy jednou rukou přidržovat
- pod přebalování stůl a dětskou postýlku položit měkký koberec
- dětské postýlky - postranice do výše čela, nedávat velké předměty do postele, nedávat postýlku do blízkosti oken a záclon, nepoužívat palandy (nejméně do 6 let) nepoužívat chodítka
- udržovat pořádek
- zabezpečit okna proti otevření na více než 10 cm
- koberce s protiskluzovou úpravou
- přezůvky nebo ponožky s protiskluzovou úpravou
- zajistit dobré osvětlení
- gumové podložky do vany a sprch
- horní i dolní zábrana schodiště, madla pro děti na schodišti, okraje schodů zajistit samolepícím pásem
- zamezit přístup dětem na balkony (na balkonech nemá být zábradlí ve formě vodorovných příček, mezery ne větší než 10 cm a nemají se zde nechávat předměty na které lze vylézt)

Při tonutí jsou nejrizikovější skupinou děti mladší 5 let, děti z rodin s nízkým socio-ekonomickým statusem, z etnických a minoritních rodin, s onemocněním - epilepsie apod.

Hlavní preventivní opatření:

- nenechávat děti bez dozoru dospělé osoby ve vodě a v blízkosti vody
- domácí bazény oplotit a vodní nádrže zakrýt
- naučit děti plavat co nejdříve
- používat plovací vesty
- při vodních sportech na divoké vodě používat i přilbu
- neskákat do neznámé vody (před případným skokem ověřit hloubku vody min. 150 cm, skákat po nohách)

- nekonzumovat alkohol

Nejvyšší úmrtnost na termické úrazy je u dětí mladších 5 let. Zvýšený počet termických úrazů se objevuje u dětí, které začínají chodit a strhávají na sebe horké předměty, s maximem výskytu ve věku 12 - 18 měsíců.

Hlavní preventivní opatření:

- nedržet a nepřenášet děti zároveň s horkou tekutinou
- elektrické kabely a přístroje mimo dosah
- ověřit teplotu vody při koupání, jídla při krmení
- instalace kouřových detektorů
- regulace teploty vody – nastavení teploty max. na 54 °C
- zapalovače s dětskou pojistkou

Neúmyslné otravy jsou nejčastější u dětí ve věku 1 – 3 roky (s maximem výskytu mezi 21. – 23. měsícem věku), úmyslné otravy (sebevraždy) u dětí ve věku 15 – 19 let.

U dětí nad 15 let jsou časté otravy alkoholem.

Hlavní preventivní opatření:

- uchovávat léky mimo dosah dětí
- uchovávat chemické přípravky v originálních obalech mimo dosah dětí, oddělené od potravin
- neuchovávat v lednici alkohol, léky, kosmetické a čisticí prostředky, pesticidy, vše v bezpečných uzávěrech, ne v obalech od nápojů, skladovat odděleně od potravin a nápojů
- opakovaná kontrola léků před jejich podáním
- zamezit dětem přístup do garáží, dílen, sklepů
- odstranit rostliny, které jsou jedovaté či způsobují kožní reakce
- sbírat jen bezpečně známé druhy hub

Další častou kategorií je vdechnutí nebo spolknutí cizího tělesa, udušení, uškrcení. U každého předmětu, jehož průměr je do 3,2 cm je potenciální nebezpečí vdechnutí pro děti do 3 let. Časté je dušení dětí při přetažení

igelitových sáčků/tašek přes hlavu a škrčení při hře s tkanicemi, šňůrami, kabely apod.

Hlavní preventivní opatření:

- drobné předměty udržovat mimo dosah dětí
- děti kontrolovat u jídla i pití
- nepodávat dětem rizikové pochutiny – burské oříšky, burisony, bonbony, žvýkačky a to zvláště při hře
- nepoužívat provázky u oblečení, tkanice, šňůrky, pásky nesmí být delší než 15 cm
- igelitové sáčky a tašky uchovávat mimo dosah dětí
- chránit děti před uvíznutím, dbát na dostatečně malé mezery mezi příčkami postelí a zábradlí

Nevhodné hračky mohou být příčinou poškození zdraví dětí a závažného úrazu.

U každého předmětu, jehož průměr je do 3,2 cm, je potenciální nebezpečí vdechnutí pro děti do 3 let. Hračky které vyluzují zvuky, mohou poškodit sluch dětí. Pohozené hračky mohou být zdrojem zakopnutí a pádu. Poškozené hračky je třeba opravit nebo vyhodit.

Hlavní preventivní opatření:

- hračky pro děti musí být bezpečné, odpovídat věku a dovednosti dítěte
- vybírat hračky balené v obalech s uvedením výrobce a dovozce
- sledovat údaje uvedené na obalu
- nenechávat hračky pohozené
- poškozené hračky mohou být zdrojem poranění

Dětská hřiště jsou častým místem úrazu dětí, a to zvláště pádu a nárazu.

Hlavní preventivní opatření:

- hřiště má být ve zdravém prostředí, odděleno od okolních komunikací
- má být oploceno
- zařízení hřiště musí odpovídat příslušným normám (ČSN EN 1176 zařízení dětských hřišť)

- u zařízení nad 45 cm výšky musí povrch pod zařízením tlumit případný pád - písek, kůra, pryž
- vybavení hřiště nemá mít ostré části, o které by se mohlo dítě zranit
- za stav, provoz a bezpečnost hřiště odpovídá jeho majitel
- dítě nemá být na hřišti ponecháno bez dozoru

Dopravní úrazy patří mezi úrazy nejzávažnější, s nejvyšší úmrtností, a to zvláště ve věkové kategorii 15 - 19 let. Děti jsou pro svou nezkušenost nejzranitelnějšími účastníky dopravy, zvláště jako chodci a cyklisté.

Hlavní preventivní opatření:

- nepřevážet dítě na klíně, vždy používat zádržný systém
- nedovolit dětem při jízdě stát mezi sedadly nebo ležet na zadních sedadlech
- dětská autosedačka musí odpovídat výšce a hmotnosti dítěte, musí být vhodná pro určitý typ vozidla a být správně připevněná
- pro malé děti (do 3 let) je bezpečnější cestování v dětské autosedačce zády ke směru jízdy
- při umístění sedačky na předním sedadle nesmí být aktivován airbag
- nepoužívat bezpečnostní pás přes dospělou osobu a dítě zároveň
- bezpečnostní pásy musí být ve správné poloze - přes rameno (klíční kost) a pánev (ne přes krk a břicho)
- neposazovat dítě mladší 12 let a menší 150 cm na předním sedadle
- používat bezpečnostní pojistku proti otevření dveří
- nikdy nenechávat dítě samotné v autě
- při nastupování a vystupování používat dveře na straně chodníku
- vodit dítě při vnitřní straně chodníku
- používat reflexní prvky na dětský kočár, odrážedla, koloběžky, tříkolky, kola, školní brašny, oblečení
- jezdit na koloběžce, odrážedle či tříkolce při vnitřní straně chodníku
- odrážedlo, kolo, koloběžku, tříkolku přes přechod vést
- dítě má mít při jízdě na kole vždy cyklistickou helmu
- dbát na dobrý technický stav kol

- znát základy pravidel silničního provozu

(Benešová, Truellová, 2009, s. F 29)

Tématem na samostatnou práci je zajisté sledování dostupnosti a dosažitelnosti ochranných pomůcek, které jsou doporučovány pro snížení rizika úrazů dětí a dospívajících. Výsledky naznačují, že je zapotřebí jak podporovat větší dostupnost doporučovaných ochranných pomůcek, tak umožnit rodinám s nižším ekonomickým standardem jejich nákup. Jak je uvedeno v profilu bezpečnosti dítěte: „Zvýšením nabídky a dostupnosti se zvýší i pravděpodobnost, že každé narozené dítě bude žít, učit se a hrát si v bezpečném prostředí a vyroste jako platný člen společnosti.“ *(Profil bezpečnosti dítěte 2012, Tabulka B, s. 5)*

1.1.3 Škola jako preventivní aktér

Program Škola podporující zdraví se v ČR realizuje koordinovaně s WHO/EURO, Radou Evropy a EU již od roku 1991/92 pro dva typy škol: mateřské a základní (Projekt Zdravá škola a Projekt Zdravá mateřská škola). Charakteristikou programu je jeho ucelenost a důraz kladený na strategii pro rozvoj, prevenci a kvalitu zdraví v prostředí školy. Je založen na respektu k přirozeným potřebám jednotlivce, podporování komunikace a spolupráce, s cílem rozvíjet odpovědnost k vlastnímu zdraví a životní kompetence u všech členů školní komunity. Program mimo jiné nabízí svým členům strukturovanou metodiku a odbornou pomoc při tvorbě Školního vzdělávacího programu vycházejícího z vlastního modelu podpory zdraví. („Vidět a být viděn“, 2007)

Prevence úrazů ve škole spočívá v bezpečném školním prostředí, v bezpečném chování ve škole, v bezpečném okolí školy, v připravenosti pedagogů a školního personálu-školníků, uklízeček na realizaci programu prevence.

Nejbezpečnější školy z pohledu četnosti školních úrazů byly v hl. m. Praze. *(Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, s. 12)*

Zpestřením výuky by mohly být krátké blokové kurzy pro děti i jejich učitele a další školní zaměstnance (ale i školky), které by se věnovaly prevenci dětských úrazů. Provádět by je mohly nejen specializované „školní sestry“, ale i část sester, které budou docházet nejen do rodin malých dětí, ale i do škol a školek.

(jak byly uvedeny již v úvodu práce tzv. health visitor) Tyto sestry „školitelky“ – zdravotní poradkyně by svým působením mohly doplnit i chybějící problematiku „civilní obrany“ (pro případ živelných, chemických, jaderných a jiných ekologických katastrof, ale i teroristických útoků).

Důležité by bylo zapojení ještě více škol do programů bezpečnosti silničního provozu a dalších preventivních akcí. Pozitivním příkladem z této oblasti je dlouhodobý projekt „Bezpečná cesta do školy“ v rámci „Zdravých měst, obcí a regionů“, kdy děti ve spolupráci s odborníky a dobrovolníky z řad rodičů hledají nebezpečná místa při cestě do školy a zpět, učí se předvídat dění na silnici nebo si osvojují zásady poskytování první pomoci. Tento program je mezi městy a obcemi velmi populární, svoji dlouholetou tradici a úspěšné fungování má například ve Zdravém městě Chrudim, ukázkově to jde i v jiných Zdravých městech, například v Třebíči, ale nově i v některých místních částech Prahy. („Udržitelná a bezpečná doprava – kam pro inspiraci?“, 2007, s. 8)

1.1.4 Charakteristika možností prevence dle jednotlivých prostředí a prostředků, předmětů a rizikových faktorů majících vliv na úrazovost

Dle Benešové a Nencky jsou doporučena následující preventivní opatření ke snížení incidence dětských úrazů.

Bezpečné domácí prostředí charakterizuje zejména:

- zabezpečení oken proti otevření na více než 10 cm – okenní zábrany
- dveře - zajištění dveří proti zavření – klínové zarážky, omotání klik, popř. zamknutí a dání klíče mimo dosah dětí
- skleněné plochy z netříštivého skla nebo opatřené bezpečnostní folií
- dětské monitory, bezdrátový přenos zvuků mezi místnostmi
- koberce s protiskluzovou úpravou
- přezůvky nebo ponožky s protiskluzovou úpravou
- plastové stolní lampy s krytým zdrojem světla, bezpečnostní žárovky
- požární hlásiče
- elektrické spotřebiče nenechávané zapojené v síti, kabely mimo dosah dětí
- zápalky a zapalovače mimo dosah dětí

- při přebalování jednou rukou vždy dítě přidržovat

Kuchyně

- při vaření mít dítě pod dohledem, popř. v ohrádce
- při vaření dát držáky pánví a nádob směrem ke stěně
- varnou desku opatřit ochranou
- neotvírat horkou troubu v blízkosti dítěte
- nepoužívat ubrusy
- ostré předměty, nářadí mimo dosah dětí
- odpadkový koš, igelitové tašky a sáčky – mimo dosah dětí
- neposazovat dítě na pracovní desku
- zásuvková skříňka – jako schůdky - vždy mimo dosah sporáku, horkých věcí a nebezpečných předmětů
- lednice - nedávat léky, alkohol, toxické látky
- nikdy dítě nedržet při vaření, manipulaci s horkými tekutinami, při pití horkých tekutin, při jídle horkých jídel
- vždy zkontrolovat teplotu nabízeného jídla
- nenabízet jídlo nevhodné věku (bonbony, burské oříšky, žvýkačky) a jídlo při hře a sportu – možnost vdechnutí

Koupelna

- gumové podložky do vany a sprch
- předložky s protiskluzovou úpravou
- mísící baterie, termostat na teplou vodu – max. teplota 54 °C
- vždy zkontrolovat teplotu vodní lázně pro dítě

Nábytek

- přebalovací stůl – zvýšený a měkký okraj, měkký koberec/podložku pod přebalovací stůl
- dětská postýlka – horní okraj postranic max. do výše čela dítěte, vzdálenost příček max. 10 cm, nedávat velké předměty do postele, nedávat postýlku do blízkosti oken, záclon, měkký koberec/podložku pod postýlku
- nepoužívat palandy (min. do 6 let věku dítěte)
- stabilní dětská vysoká židle
- stabilní nábytek se zaoblenými rohy / plastové chrániče

- opatřit skříně a police proti převrhnutí
- zásuvky a skříně zajistit pomocí západky

Schodiště

- horní i dolní zábrana vstupu na schodiště
- mezery mezi příčkami zábradlí max. 10 cm
- madla pro děti na schodišti
- samolepící pás na okraji schodů

Balkony

- zábradlí - ne vodorovné příčky, mezery mezi příčkami max. 10 cm
- zamezit přístup dětí na balkony
- na balkonech nenechávat předměty, na které lze vylézt

Hračky a kočárky

- hračky – bezpečné dle věku
- prevence vdechnutí – drobné předměty provázky, tkanice – ne delší než 15 cm
- nepoužívat chodítka
- stabilní dětské kočárky, zádržný systém

Jedy, jedovaté rostliny, čisticí prostředky, léky

- kosmetické a čisticí prostředky, pesticidy, léky - mimo dosah dětí, bezpečnostní uzávěry, ne v obalech od nápojů, skladovat odděleně od potravin a nápojů
- odstranit pokojové rostliny, které jsou jedovaté či způsobují kožní reakce (Dieffenbachie, Filodendron, různé druhy Euphorbií a jiné)

Zbraně

- zbraně uchovávat uzamčené, vždy mimo dosah dětí
- uchovávat odděleně zbraně a náboje
- zbraně ponechávat vždy nenabitě a zajištěné
- nemanipulovat se zbraněmi v přítomnosti dětí

Zahrada

- bezpečné zakrytí nádrží a jímek na vodu, studny, septiků
- oplocení bazénů
- zahradní grily a ohniště mimo dosah dětí
- odstranit jedovaté okrasné květiny (Benešová, Nencka, 2003, s. 11)

Dětská hřiště

- vhodné podkladové materiály – guma, písek, 30 cm,
- dohled dospělé osoby
- používat ochranné pomůcky při sportu
- výuka sportů pod odborným vedením
- dětská hřiště mají být v dostatečné vzdálenosti od silnic
- dětské přelízky by neměly být vyšší než 2 metry a měly by mít dostatečnou „nárazníkovou/doskokovou“ zónu vysypanou měkkým materiálem do vzdálenosti 1,5 m v okolí zařízení
- houpačky by měly mít „vůli“ 40 cm nad zemí a měly by být od sebe vzdálené nejméně 60 cm, doskokovou zónu vysypanou měkkým materiálem do vzdálenosti 1,5 m v okolí zařízení
- kolotoče nemají mít vyšší rychlost točení než 5 m/s (Schlack, 2000, s. 238)

Kolo

- cyklistické přilby
- pravidla bezpečnosti silničního provozu
- reflexní prvky

Auto

- autosedačka dle věku dítěte
- bezpečnostní pás
- neponechávat dítě v autě bez dozoru

Chodec

- chůze při opačné straně silnice
- reflexní prvky
- pravidla bezpečného přecházení (Benešová, Nencka, 2003, s. 12)

Prevence úrazů ve zdravotnické praxi prokazatelně snižuje počty úrazů dětí i úrazovou úmrtnost. Slovní inštruktáž je dobré podpořit tištěnou informací.

Za nejnebezpečnější rizikový faktor po nešťastné náhodě můžeme považovat lidský faktor, jehož selhání má za následek vznik dětského úrazu. Ostatně jedné rovinně lidského faktoru, roli sestry při prevenci dětských úrazů je věnována celá studie. Rovněž by bylo možné se věnovat roli rodičů, učitelů, vychovatelů, účastníků dopravy a mnoha jiných při prevenci dětských úrazů. Za rizikový faktor můžeme považovat také prostředí, psychiku dítěte nebo jeho rodičů.

1.1.5 Program Zdraví 21

Program je založen na široké definici zdraví jako bio-psycho-sociální kategorii, respektuje nespornou hodnotovou prioritu zdraví, bere v úvahu široké spektrum determinant zdraví a různý stupeň jejich ovlivnitelnosti, zdůrazňuje širokou sociální podmíněnost zdraví i péče o ně, soustavně využívá poznatků nejen medicínského výzkumu, ale i dalších oborů, a to zejména sociomedicínských a socioekologických. Jde o výsledek více než dvacetileté teoretické, metodické i organizační práce mezioborových týmů i výzkumných ústavů.

Ve třetí kapitole Zdravý start do života, která se věnuje zdraví kojenců a dětí předškolního věku je pozornost věnována mezi jiným také bezpečnému, stabilnímu a přátelskému domovu, který má pro kojence a malé děti nezastupitelný význam. Zdravotní rizika spojená s místem domova mohou vyvolat zejména tyto poruchy zdraví: infekční nemoci, infekce z vody, potravin a zvířat, nemoci způsobené špatnými hygienickými podmínkami, chemickou kontaminací vody, vzduchu a půdy, domácí úrazy a dopravní nehody.

Návštěvy dětských všeobecných sester v domácnostech mohou výrazně pomáhat rodičům při vytváření zdravého, psychosociálně stimulujícího a aktivního prostředí pro novorozence, stejně jako mohou pomoci předcházet domácím úrazům.

(Zdraví 21 – zdraví do 21. století, 2001, s. 29)

Programu Zdraví 21 předcházela program Zdraví pro všechny do roku 2000. V ČR byl vypracován rovněž „Národní akční plán zdraví a životního prostředí“ (NEHAP). Je aplikací Evropského akčního plánu (EHAPE), který byl přijat v červnu 1994 v Helsinkách. Jedná se o soubor doporučení, směřujících ke zlepšení ŽP a zdravotního stavu populace v ČR. Na „Národní akční plán zdraví a životního

prostředí“ (NEHAP) navazují „Místní Akční plány zdraví a ŽP (LEHAP). Mezi prioritními tématy, kterým se NEHAP věnuje v oblasti zdravotních problémů, je hned na třetím místě po srdečně cévních chorobách a nádorových onemocněních problematika úrazů.

Důležitou součástí práce WHO je také podpora preventivních komunitních programů, například formou projektu Bezpečné komunity (Safe Community), případně výzkumných projektů ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, do kterých se aktivně zapojuje i ČR. Je potěšitelné, že se tyto programy v ČR rozšiřují, řada úspěšných aktivit je realizována např. v prostředí Zdravých měst, obcí a regionů s využitím osvědčených postupů a opatření, která přináší nejvyšší efekt ve smyslu snížení počtu dopravních nehod a jejich následků. („Vidět a být viděn“, 2007)

1.2 Přehled dříve realizovaných studií

K tématu „Role sestry při prevenci dětských úrazů“ se mi podařilo dohledat následující relevantní studie:

- 1) GREPLOVÁ I., MACHOVÁ A., Prevence úrazovosti dětí – edukační činnost sestry, ON Tábor, laboratoř EEG; Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství, ISSN 1804-7858
- 2) CRAWLEY-COHA, T.: „Childhood Injury: A Status Report, Part 2” in Journal of Pediatric Nursing, Vol 17, No 2 (April), 2002, s. 133-136
- 3) KENDRICK, D., MARSH, P., and WILLIAMS, E. I.: „How do practice nurses see their role in childhood injury prevention?“ in Effectiveness of injury prevention counseling
- 4) LEE GARZON, D., „Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury” in Journal of Pediatric Nursing, Vol 20, No 6 (December), 2005, s. 441-447
- 5) VALDEZ, A., M., „Pediatric injury prevention: Are we there yet?” in Journal of Emergency Nursing, Vol 39, Issue 1, January 2013, s. 76 -77
- 6) VALDEZ, A., M., „Saving lives the easy way: pediatric injury prevention strategies for emergency nurses” in Journal of Emergency Nursing, 2009 January; 35:60-1
- 7) WIDNER-KOLBERG MR., „The nurse's role in pediatric injury prevention“ in [Crit Care Nurs Clin North Am.](#) 1991 Sep; 3(3):391-7

Greplová a Machová ve své výše uvedené studii „Prevence úrazovosti dětí – edukační činnost sestry” odhalily nedostatky v edukaci dětí v prevenci úrazů ze strany sester. V roce 2007 zjistily, že sestry nemají dostatečné znalosti a vědomosti o vedení edukace. Přesto, že sestry by měly zájem o edukaci dětí, nemohou se jí vzhledem ke svému pracovnímu a časovému vytížení plně věnovat. Ve svém výzkumu se dotazovaly dětí staršího školního věku (žáků ZŠ) a zjistily, že žádné z dotázaných dětí se během své dosavadní školní docházky nesetkalo ve škole se sestrou edukující děti o vhodném chování, které by napomohlo snížení rizika vzniku úrazů. Žáci získávají informace o prevenci úrazů především od rodičů, ve škole a z médií, ale ne od sester. Dosud získané informace o prevenci úrazů v mnoha případech děti nerespektují, nedodržují bezpečnostní předpisy, neřídí se radami dospělých a podceňují nebezpečí úrazu. Výsledky výzkumu poukázaly na skutečnost, že nejsou programy prevence úrazů sestrami prováděny a informovanost dětí o možnostech předcházení úrazů není dostatečná. Jejich první hypotéza, že v současné době nejsou realizovány edukační programy prevence úrazovosti dětí sestrami, byla potvrzena. Druhá hypotéza, že žáci ZŠ získávají informace o prevenci úrazovosti ve větší míře z jiných zdrojů než od sester, byla potvrzena. Třetí hypotéza, že žáci ZŠ nemají dostatečné informace o prevenci úrazů, byla také potvrzena. Autorky vyjádřily přání, aby výsledky výzkumu byly motivací pro sestry, které se dosud edukační činností v oblasti prevence úrazů nevěnovaly. Dále by pak mohly být podkladem pro vytvoření preventivního programu určeného pro děti základních škol, který by byl zaměřen na prevenci úrazů, nebo podkladem pro plán dalšího vzdělávání ambulantních sester v oblasti edukace dětí. (Greplová, Machová, 2007, s. 51 - 55)

Dále například Valdez, ve výše uvedeném článku „Saving lives the easy way: pediatric injury prevention strategies for emergency nurses”, zdůrazňuje, že věk dítěte není jediným demografickým kritériem, které mají traumatologické sestry brát v potaz při rozpoznávání dětí s rizikem zranění. Pohlaví, socioekonomické a geografické faktory by měly být rovněž zvažovány. Chlapci jsou ohroženi vyšším rizikem specifických typů zranění včetně motocyklových srážek, pádů a zranění způsobených střelnou zbraní. Děti z nízkopříjmových rodin a děti z rodin patřících mezi různé národnostní a etnické menšiny byly označeny za děti se zvýšeným rizikem úrazu. A navíc, když sestry vyhodnocují riziko úrazu a zvažují, které preventivní aktivity upřednostní, tak traumatologické sestry musí rovněž zvažovat geografické trendy a nejčastěji se vyskytující úrazy v dané komunitě, kde právě

slouží. Traumatologické sestry mohou hrát aktivní roli v primární pediatrické prevenci úrazů vykonáváním následujícího: 1) podporovat tu část veřejné politiky zabývající se úrazy 2) účastnit se aktivit zabývajících se prevencí úrazů v komunitách 3) zajišťovat edukaci a vzdělávání o prevenci úrazů na akcích v obci nebo místní škole. Provádění prevence úrazů sestrou může být dle autorky tak jednoduché, jako když bude pacientům vysvětlovat, který druh úrazu jim nejvíce hrozí a povzbuzovat je v nošení přileb na hlavě a používání bezpečnostních pásů. (Valdez, 2009, s. 60-61)

Autor článku „The nurse's role in pediatric injury prevention” Widner-Kolberg spatřuje klíčovou roli sester v prevenci úrazů. Sestry mají svou přirozenou úlohu edukátorek a vytváří modelové role v jejich rodinách, u svých pacientů a v jejich komunitách. Znájí rozsah a dopad zranění, jak u dětí, tak jejich rodin a proto by měly být více informovány o potřebě prevence úrazů. Sestry rovněž, dle autora, musí pomoci iniciovat a rozvinout preventivní strategie, které sníží počet a závažnost těchto zranění. Existuje spojení mezi klinickou prací a prosazováním. Sestry vidí bolest a problémy způsobené úrazy. Mohou se stát efektivními prosazovatelkami prevence úrazů, protože ten nejpřísnější prosazovatel je ten, jenž je nejbližší k problému a nejvíce si je vědom, co je zapotřebí. Je zapotřebí zapojit sestry do rozpoznávání nebezpečných výrobků a prostředí a umožnit jim je testovat dříve než je změni regulační a legislativní orgány. Sestry potřebují rozvíjet jejich profesionální vliv užíváním multidisciplinárního přístupu v prevenci úrazů. Tento přístup by měl zahrnovat zdravotnické odborníky a reprezentanty z obce, zástupce práva, vynutitelů práva, regulační agentury a jak inženýry tak výrobce. (Widner-Kolberg, 1991, s. 391)

Dále například Crawley-Coha ve svém článku „Childhood Injury: A Status Report, Part 2” považuje za jasný klíč k prevenci dětských úrazů vzdělávání a tvorbu práva.

Existují předpisy na dětské autosedačky, cyklohelmy, oplocení bazénů, detektory kouře a hlásiče požárů, dětské uzávěry a jiné obaly odolné dětem a zákonné předpisy na držení a skladování zbraní. Nejrůznější studie dokazují, že jsou efektivní v redukování dětských úrazů a smrtelných zranění. I když ne všechny děti jsou chráněné zákony, protože ty se liší stát od státu. To je také důvod, proč zůstává edukace a vzdělávání tak důležité. Za první úlohu sester v prevenci dětských úrazů spatřuje ve vykonávání péče o pacienta. Druhým, někdy přehlíženým

úkolem je role edukátorky. Za velký a záslužný výkon sester autorka považuje to, že sestry vykonávají edukaci rodičů při jejich péči o dítě, ať už s pomůckami při krmení, výměně stomických příslušenství, umístění a upevnění dětské autosedačky, nebo jen při správném výběru a nasazení cyklohelmy. V USA se zvyšuje počet pediatricky vzdělaných sester (APN), které pracují v zařízeních primární péče (v našich podmínkách sestry v ordinacích PLDD). Crawley-Coha považuje právě vzdělávání a edukaci o prevenci úrazů za jasnou roli sester ze zařízení primární péče (APN sester). Za zajímavou oblast výzkumu považuje právě možnost zjistit, zda pediatrické sestry v ordinacích PLDD vykonávají edukaci rodičů dětí o prevenci dětských úrazů a zkoumat dopad provádění prevence úrazů na četnost a závažnost dětských úrazů (Crawley-Coha, 2002, s. 135-136).

Autorka článku „Pediatric Injury Prevention: Are we there yet?“ Valdez považuje sestry na pohotovosti jako ty dobře umístěné k tomu, aby identifikovaly děti s největším rizikem úrazu a vykonávaly osvětu o prevenci dětských úrazů a byly pro rodiče zdrojem informací a materiálů o prevenci dětských úrazů. Sestry na pohotovostech mohou podporovat na lokální, státní a federální úrovni zavedení bezpečnostních předpisů v dopravě tak, aby se snížil počet úrazů a smrtelných zranění. Sestry na pohotovostech mohou navíc vyhodnocovat znalosti a zkušenosti rodičů o tom, jak cestovat bezpečně a používat dětské autosedačky. Sestry na pohotovostech mohou vyhodnocovat zneužívání a nakládání s návykovými látkami u adolescentů, vykonávat osvětu a když je to nutné dávat podněty k léčení. Autorka článku shrnuje, že děti jsou dnes ve větším bezpečí než dříve, ale nejsou v bezpečí dostatečně. Sestry na pohotovostech mají pokračovat v tvrdé a usilovné práci, kterou zajistí, že děti nebudou zraněny úrazem, kterému bylo možno zabránit důslednou prevencí. Rozpoznáváním dětí s největším rizikem úrazu a zajišťováním osvěty a edukace rodičů o prevenci dětských úrazů mohou do značné míry zabránit ztrátám na životech amerických dětí. (Valdez, 2013, s. 76 – 77)

Lee Garzon ve svém článku „Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury“ upozorňuje na to, že předškolní děti jsou nadměrně postiženy morbiditou a mortalitou při úrazech. Dětské sestry, dle autora, zmírňují riziko vzniku úrazů strategiemi prevence dětských úrazů a přímou edukací dětí a jejich rodičů. Efektivní programy prevence dětských úrazů nemohou být tvořeny, zaváděny nebo vyhodnocovány bez základního porozumění faktorům, které přispívají k fenoménu neúmyslných úrazů předškolních dětí. V uvedeném článku autor diskutuje faktory, které

přispívají k výskytu úrazů předškoláků a diskuzi zakládá na kombinaci epidemiologické teorie a modelu HBM (Health Belief Model), který je založen na přesvědčení, že jednotlivci se touží vyvarovat nemoci či smrti. Dětské sestry mají vliv na jednotlivé činitele vzniku úrazů také tím, že informují rodiny o možnosti podávat podněty o jednotlivých produktech Komisi pro bezpečnost výrobků a spolupodílením se na tvorbě bezpečnostní legislativy na lokální, regionální a národní úrovni. Sestry mohou například edukovat rodiče o důležitosti používání takového pyžama a povlečení pro děti, které zpomaluje vliv plamenů a nepoužívání oblečků pro děti s kapucí s provázky a tím snížit riziko udušení. Sestry mohou odkazovat rodiny na komunitní zdroje jako programy hlásičů požárů, které zprostředkovávají hasiči a programy, pomocí nichž je možné získat cyklohelmy. Dětské sestry mohou ovlivnit rodiny, zákonodárce a komunity prováděním osvěty o environmentálních faktorech, které zvyšují riziko neúmyslných úrazů předškoláků. Důležité aktivity zahrnují zasazování se o programy na snižování zátěže olovem a vzdělávání rodin o metodách, které snižují expozici olovem. K jiným sesterským strategiím můžeme počítat také takové, které se zacilují na taková rizika úrazů, jakými jsou otravy a vdechnutí předmětů, techniky první pomoci při rutinních zraněních a náležitý rodičovský dohled v situacích s vysokým rizikem úrazu. Dětské sestry mohou povzbuzovat rodiče k tomu, aby si předškoláky drželi na dohled a doslech za všech okolností, a odrazovat je od užívání návykových látek, když rodiče působí jako hlídači dětí.

Autor článku dochází k závěru, že neúmyslné úrazy nejsou způsobeny nehodou, ale jako výsledek komplexní interakce předvídatelných faktorů. Nejlepší cestou, jak mohou dětské sestry snížit dopad úrazu na dítě a rodinu je ta možnost, že prováděním prevence zabrání vzniku úrazu. (Lee Garzon, 2005, s. 441-446)

Uvádím zde též několik studií, článků, které se zabývají širším tématem: prevencí dětských úrazů.

- 1) BENEŠOVÁ, V. et al Úrazy a možnosti jejich prevence, Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol Praha 2011, ISBN 978-80-254-8881-2
- 2) BENEŠOVÁ, V., NENCKA, P. Bezpečný domov pro děti. Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, Praha 2003, ISBN 80-239-2062-6
- 3) GINTEROVÁ, H., „Předcházet úrazům se vždy vyplatí: Bezpečná komunita Kroměříž oslaví své první narozeniny“ in Týdeník Kroměřížska, Roč. 3, č. 19, 2004, s. 14
- 4) GRIVNA, M. a kol., Dětské úrazy a možnosti jejich prevence, Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol Praha 2003, ISBN 80 – 239 – 2063 - 4
- 5) Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení, Česká asociace sester, Galén, Praha 2008
- 6) TOŠOVSKÝ V. a spol., Chraňme děti před úrazy, Prevence úrazů dětí a mládeže, Nakladatelství Alfa-Omega, Praha 2006

1.3 Role sestry při prevenci dětských úrazů

Role zdravotníka spočívá v rozeznání úrazu, ošetření úrazu a provádění prevence úrazů.

Z čeho by sestry mohly vycházet při provádění prevence úrazů:

- Úraz dítěte znamená vždy zanedbání péče ze strany rodiče, popř. pověřené dospělé osoby
- Je nezbytný stálý dozor dítěte dospělou osobou. Rodiče by neměly ponechávat dítě pod dozorem staršího sourozence či kamaráda
- Rodiče by neměly nechávat malé děti samotné doma.
- Silné kuřáctví je samo o sobě rizikem úrazu
- Užívání návykových látek je rovněž rizikem úrazu
- Upozorňovat na znalost první pomoci

Autor textu uvádí následující výčet bodů spíše jako nástin a inspiraci o čem by sestry mohly (výběrově) v rámci preventivních prohlídek edukovat rodiče. Rovněž se domnívá, že není možné házet všechnu odpovědnost za provádění prevence dětských úrazů na již tak dost přetíženou sestru a požadovat po nich, aby se frontálně věnovaly dopodrobna celému výčtu uvedených bodů.

Sestry by se mohly například zaměřit na prevenci pádů nebo jednotlivé rizikové psychologické aspekty dětské povahy a odpovědnost za konání osvěty v ostatních oblastech jako tonutí, otravy atd. by přebírali aktéři z uvedených oblastí tj. prodejci, stavitelé bazénu, výrobci a prodejci léků a chemikálií, stavitelé budov atd. Ti by měli určité procento ze zisku vyčlenit na jakési dílčí fondy, z kterých by bylo možné financovat celostátní/celoevropské osvětové kampaně zaměřené na ta která dílčí opatření prevence dětských úrazů.

Sestry by měly:

- upozorňovat a připomínat rodičům nošení ochranných a bezpečnostních pomůcek a prvků (také reflexních na oděvu a ochranných pomůckách) při sportovních, školních, zájmových aktivitách (v období dospívání)
- připomínat rodičům důležitost pasivních prvků bezpečnosti v domácnosti, zahradě i autě (postranice na přebalovacích stolicích, výška postelí rodičů kam

berou i dítě, odpružovací gumové panely na stěnách, zejména rozích a podlaze, zamezení možného kontaktu s ostrými předměty, eliminaci jedovatých rostlin v domácnosti, v ordinacích, ve veřejných prostorech nemocnic a léčeben...) ale i podněcovat zájem o zařízení a instalaci těchto prvků na školách, volnočasových zařízeních a celém veřejném ale i soukromém prostoru kde se děti pohybují

- podněcovat v dětech samotných uvědomování si možných následků svého chování a aktivit (zaměřit se na konkrétní opatření dle konkrétní činnosti sportovní aktivity, kterou dítě vykonává) zejména u hyperaktivních, neklidných, extrémně zvědavých dětí
- vštěpovat rodičům nutnost zavírání oken (jen větrací režim vyklápění) a dveří a vrat, odpojování spotřebičů od proudu, uzavírání čistících chemikálií, kosmetiky, léků, drog a nebezpečných potravin a tekutin na bezpečném místě, zajištění van a bazénů, větracích šachet, garáží, sklepů, dílen, solárií a posiloven
- připomínat nutnost očkování a zajišťování domácích zvířat
- proškolit děti – jak se zachovat (kam volat a jak poskytnout první pomoc) při úraze svého kamaráda ve škole či jiném prostoru
- poučit o nutné nejmenší velikosti hraček a předmětů u nejmenších dětí (riziko aspirace) a připomenout důležitost dbát na chemické složení zejména umělohmotných, barvených, mořených a elektronických hraček ale i o nutnosti výběru hraček odpovídajících věku
- doporučovat rodičům zejména ze sociálně slabších, znevýhodněných a neúplných rodin a rizikových čtvrtí a oblastí veřejná zařízení kde mohou nechat děti si hrát
- upozorňovat děti na rizika, která na ně číhají na hřištích a veřejných prostorech (injekční stříkačky, kondomy, drogy, střepy a nedopité nápoje a volně ležící potraviny..., návyk nic si nebrat od cizích lidí (ale ani nebrat nic co naleznou venku) a nedůvěřovat nikomu cizímu
- připomínat nutnost kontrolovat větší domácí spotřebiče před jejich spuštěním (aby nebylo dítě uvnitř) – zejména u praček, elektrických a plynových sporáků na pečení a mikrovlnek...
- nabádat rodiče k poučení dítěte jak zvládnout cestu ze školy či volnočasového zařízení tou nejbezpečnější trasou a naučit dítě se orientovat a vstřípit mu minimálně ještě jednu adresu kam má jít v případě nepředvídané situace

- poučit děti i rodiče o nejvhodnější taktice při kontaktu s agresivním jedincem či zvířetem
- dbát na bezpečné pracovní návyky a ošetrovatelské postupy samotné sestry (poranění ostrým předmětem, nepoužívání rtuťových měřicích přístrojů...)
- zvážit vhodnost zařízení (vybavení) samotného oddělení klinik do detailů jako je opravdová nutnost/nepostradatelnost tak nebezpečných „hraček“ jakými jsou stlačovače PET lahví, do kterých děti rády vkládají vlastní prsty
- bylo by dobré do budoucna, kdyby bylo více počítáno s názorem sester, bratrů, lékařů, sanitářů i dalších zaměstnanců na účelnost zařízení celého oddělení (při rekonstrukcích a modernizacích klinik jako např.: protiskluzové podlahy, ostré hrany na nábytku, možnost vymontovat jednotlivé díly z nábytku, přepážky proti rozlévání a cákání vody ze sprch v koupelnách, velikost úložných prostor ale i šíře jednotlivých průjezdů s postelemi, zámky na okna
- zvláštní případ tvoří sestry v dětských léčebnách, kde mají děti rozšířené pole působnosti a sestry, lékaři i sanitáři a další zaměstnanci by měli mít možnost mluvit do bezpečnosti jednotlivých zařízení ať už v prostorech rehabilitace, vodoléčby, saun atd. a v neposlední řadě samotných zařízení dětských hřišť (uvedeno telegraficky dále v textu), což by vydalo na samostatnou práci
- informovat o telefonním čísle na toxikologickou laboratoř a linku bezpečí
- v neposlední řadě důsledně vybírat obsah pohádek, filmů a her tak, aby neobsahovaly přehnanou agresi, nelidskou krutost střílení, zabíjení, nekonečnost obnovování životů jednotlivých hrdinů – velké riziko napodobování jednotlivých scén v reálném životě, neschopnost odlišit možné od nemožného, bezpečné od nebezpečného.

Samostatnou kapitolou je denní doba sledování TV dětmi, která například ve Španělsku činí 2,5 h za den, což představuje po Britech druhou největší závislost na TV v Evropě. (Huertas, 2007, s. 11)

Na jedné straně sledování TV může úrazovost snižovat, ale na druhé straně podle čísel udávajících průměrné počty zabitých, znásilněných, unesených...vydatně přispívá k hazardování se životem, ochuzení sociálních vazeb, ztrátě schopnosti rozeznat, co je v dané situaci vhodné a bezpečné.

Sestry by měly upozorňovat a připomínat rodičům, že:

- problémovým a hyperaktivním dětem je nutné vysvětlovat, že se mají dělit o věci s ostatními dětmi a zapůjčovat jim je
- role sestry v prevenci dětských úrazů spočívá i v takových detailech jako je přidělování pokud možno stejného druhu jídla jednotlivým dietetickým skupinám, ale i rovný přístup k jednotlivým hračkám, nebo i ovladači od společné televize/ videa aby nedocházelo k zbytečným šarvátkám a sporům
- v zabezpečení jednotlivých elektrických zařízení ale i takových předmětů denní potřeby jakou je obří termoska na čaj, kde si ji děti při docházejícím obsahu často naklánějí na sebe a hrozí převrácení.

Sestry by měly vzít rovněž v potaz nestejně rozdělení množství úrazů z hlediska pohlaví, kdy je zraněno až 58 % chlapců a jen 42 % děvčat. (Schlack, 2000, s. 216)

Sestry v roli edukátorky by třeba v otázkách dopravní bezpečnosti dětí mohly připomínat rodičům i takové věci jako, že dětské sedačky a jiné „reboardsystémy“ nepatří na sedadlo spolujezdce, které je vybaveno pro dítě nebezpečným airbagem.

Její role v předcházení úrazů na jízdních kolech by mohla spočívat v připomínání takových samozřejmostí, jakými je nutnost sesednout z kola při přecházení přes silnici.

Nebo připomínání hesel jako: „Nikdy bez přilby“, kdy nošení přilby zamezí až 85 % smrtelných úrazů a zraněním hlavy na kole. (Schlack, 2000, s.220)

Nebo upozorňovat na kampaň „Vidět a být viděn“, která se věnuje nutnosti nosit reflexní prvky, světla nejen při jízdě na kole, ale i jako chodec ve večerním a nočním dopravním provozu.

Oprávněnost toho, že nejenom sestry by se měly věnovat hodně rodičům dětí dokládá statistika, která nám říká, že jen každému 6. dítěti se stane úraz o samotě, zbytek se stane napůl ve společnosti dospělých resp. jiných dětí. (Schlack, 2000, s. 221)

Sestry by měly rodičům také rozmlouvat koupi chodítek pro děti, které zapříčiňují řadu úrazů. (Schlack, 2000, s. 224)

U pohovoru o prevenci rizika úrazu udušením by sestry rovněž měly pamatovat na to, že volně přístupné gumové rukavice představují riziko aspirace. (Schlack, 2000, s. 224)

Bylo by dobré, kdyby při pohovorech s rodiči pamatovaly i na takové podrobnosti jakými je nevhodnost provázků u krku dítěte na jejich bundičkách, kdy jsou vhodnější soupravy na zapínání. (Schlack, 2000, s. 225)

U druhého nejčastějšího rizika úrazu *utonutím* by sestry měly pamatovat a připomínat rodičům fyziologickou zvláštnost malých dětí, které nejsou stavu zhruba do tří let svého věku udržet soustavněji svou hlavičku nad vodou. Náhlé potopení malých dětí může vést k počáteční apnoe následované reflexním uzavřením glotis. Malé děti tudíž mohou utonout ve vodě hluboké méně než 10 cm. (Schlack, 2000, s. 225)

Sestry by měly zdůrazňovat rodičům, že „nafukovací plovací křídélka“ neposkytují dostatečnou ochranu před utonutím.

U třetího nejčastějšího způsobu úrazů - *otrav* se jedná u léčiv hlavně o Antipyretika, Sekretolytika, Fluorid, zastavovače ovulace a Benzodiazepiny. V kuchyni jsou obzvláště nebezpečné alkalické čističe na trouby. Rodiče by vůbec měli mít chemikálie pod zámek a jen v nádobách s dětským bezpečnostním uzávěrem, vše dle hesla „pořádek je bezpečím pro naše dítě“. Vedle telefonu by měl být napsaný telefon na toxikologickou laboratoř.

U dalšího častého způsobu úrazu – *popálení, opaření* by rodiče měli pamatovat na to, že v domácnosti s malými dětmi se nemá prostírat na ubrusy, nemá se nic horkého pokládat na stůl když si dítě hraje, nebo sedí na bobku. Sporáková plotna by měla být oddělená mříží nebo zavřená poklopem a hrnce a pánve by měly být pokládány dozadu.

U posledního druhu úrazů *způsobených zvířetem* by zejména zdravotníci a vychovatelé/vedoucí v léčebnách a nejrůznějších táborech měli pamatovat na to, že ke koňům se mají všichni i děti přibližovat zepředu za mírného mluvení na zvíře. Opratě by se neměly omotávat kolem rukou a vyjíždět by děti měly vždy s někým po udání předběžné trasy třetí osobě.

U úrazů pokousání psem padá smutná statistika nejčastějšího pokousání na děti do 5 let. Děti by měly být chráněny nejčastěji před strážnými psy, bojovými plemeny a velkými loveckými psy. Malé děti by rozhodně neměly zůstat samotné se psy. Dospělý by měl dětem vštěpovat zásady chování při náhlém setkání s cizím psem, kdy se má člověk zastavit a mluvit na psa klidným tónem, nikdy mu neukazovat záda a nedotýkat se ho. Nechat na psa, až projeví první přátelské signály jako očichání a vrtění ocasem. (Schlack, 2000, s. 230)

Připomínat rodičům, že dětská fantazie je nevyčerpatelný zdroj rizik. Že si je zapotřebí neustále připomínat, že všechno nelze omezit, zakázat a zabezpečit. Je dobré cvičit pohybovou obratnost, šikovnost, fyzickou zdatnost i psychickou odolnost. Nejlepší je takový dozor, který dítě neobtěžuje a dítě o něm ani neví.

Jak již bylo výše v textu uvedeno, tvoří nejčastější skupinu úrazů v souvislosti s pobytem dítěte ve zdravotnickém zařízení – pády (dle počtu případů a hospitalizací vůbec nejčetnější skupinu). Autor zde proto uvádí podrobnější specifikaci úrazu pádem a role sestry při něm.

Pacienti neplánovaně klesnou k podlaze

- Nezamýšlená událost, kdy se člověk ocitne na zemi nebo na nižším povrchu (se svědkem), nebo takovouto událost oznámí (beze svědků).
- Pád není způsoben žádným záměrným pohybem nebo jinou příčinou, jako je cévní mozková příhoda, mdloba, epileptický záchvat.
- Událost, která vyústí v nezamýšlené spočinutí pacienta nebo části jeho těla na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient.
- Mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spočinutí pacienta na zemi nebo jiném níže položeném povrchu.

Pády dělíme na:

Pády skácením, pády zakopnutím, pády zamrznutím a pády nediferencované. (“Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení“, 2008, s. 15)

Tyto druhy pádů dále v uvedené práci nespecifikují a tudíž je dělení pádů obtížné, protože není vydefinován rozdíl mezi jednotlivými druhy pádů. Mohou však vznikat také úrazy nárazem.

Ošetřovatelský postup při přijetí pacienta z hlediska prevence pádů:

- Seznámit pacienta/klienta s prostorovým uspořádáním oddělení (WC, koupelna, jídelna, lůžkový pokoj)
- Seznámit pacienta/klienta se signalizací, která umožňuje zavolání pomoci
- Seznámit pacienta/klienta s rizikovými místy (překážky v cestě, schodiště aj.)
- Zbavit pacienta/klienta obavy z přivolání personálu v případě nutnosti jeho asistence

- Zhodnotit riziko vzniku pádu u pacienta/klienta pověřeným NLZP nejpozději do 8 hodin od přijetí
- Stanovit preventivní opatření a zajistit jejich realizaci
- Informovat pacienta/klienta, průvodce pacienta/klienta o důvodu a způsobu prevence a opatřeních snižujících riziko pádu
- Získat pacienta/klienta a průvodce pacienta/klienta ke spolupráci při prevenci pádu (“Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení“, 2008, s. 5)

Se změnou zákonných norem, které regulují nejen vzdělávání, ale i činnosti všeobecných sester, se změnila i role sester v péči o pacienta. Všeobecná sestra, která má odbornou způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu je kompetentní bez indikace lékaře realizovat ošetrovatelské intervence potřebné k získání informací a hodnocení rizika vzniku pádu pacienta, včetně plánování a realizace preventivních opatření. (Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení, 2008, s. 32)

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je v § 4 stanoveno, které konkrétní činnosti sestry to jsou:

- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevy jejich onemocnění,
- hodnotí rizikové faktory, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi (např. testů soběstačnosti, rizika dekubitů, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrovatelství, včetně prevence poruch z mobility,
- provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti atp.

(Sbírka zákonů, Vyhláška č.55/2011 Sb., částka 20, s. 484)

Omezení výskytu pádů vyžaduje zejména proaktivní přístup, pravidelné hodnocení prostředí. Každý z členů ošetřujícího týmu má v systému preventivních opatření svoji roli. Všeobecné sestry, ošetrovatelky, sanitárky a zejména sanitáři muži – jejich úkolem by mohla být právě péče o prostředí, odstranění předmětů v cestě, vhodné uspořádání nábytku na pokojích apod. Pracovníci úklidových firem jsou povinni provádět úklid tak, aby byla vždy suchá polovina komunikace, část mokrou jsou povinni značit apod.

Management pádů se týká zejména povinností jednotlivých členů ošetřujícího týmu, jejich dělby práce a vzájemné koordinace. (“Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení“, 2008, s. 35)

1.3.1 Specifika dětí

Všichni dospělí by měli mít na paměti, že koordinace vidění a motoriky se u dětí vyvíjí jen pomalu – malé dítě se při běhu kouká současně jen dopředu. Děti rovněž věří, že je řidič třeba za velkou nádobou na květy vidí, když ony vidí jeho. Rovněž jejich práh slyšitelnosti je zmenšený o 10 dB. Čas reakce je u dívek delší než u chlapců a děti ho obecně mají ještě v 5 letech dvakrát tak dlouhý než dospělí. Děti umí převádět zrcadlový obraz do prostoru teprve až v 10 letech. Jede protijedoucí auto na mé nebo na protější straně? Všechny snahy v prevenci úrazů a výchově by neměly vést jen k „bezpečnému dítěti“ ale k vytvoření „prostředí bezpečného pro děti“. (Schlack, 2000, s. 231)

Měli bychom mít rovněž na paměti, že v každém bezpečnostním systému je „lidský faktor“ nespolehlivý element. Dospělí by se měli lépe vžít do dětského světa, protože dítě se nikdy nevžije do pravidel a myšlení dospělých.

2 Empirická část práce

2.1 Cíle a pracovní hypotézy

Cílem průzkumu bylo zjistit, zda je sestrami realizována prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek. Dále pak, na základě analýzy získaných odpovědí od sester a PLDD zjistit, zda jsou sestry dostatečně informovány a připraveny na provádění prevence dětských úrazů. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny tyto cíle práce:

- 1) Přinést přehled relevantních poznatků o prevenci dětských úrazů;
- 2) Prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit informace o praktické realizaci prevence úrazů dětí v ordinacích PLDD a limitující faktory pro tuto činnost;
- 3) Získané informace z dotazníkového šetření utřídit a statisticky zpracovat;
- 4) Porovnat výsledky vlastního šetření s dříve realizovanými studiemi na stejné nebo obdobné téma.

Na základě výše uvedených cílů a po prostudování dostupné související literatury, byly stanoveny tyto pracovní hypotézy, jejichž platnost bude v empirické části ověřována.

Hypotéza č. 1: Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a vykonávaným povoláním v tom smyslu, že sestry provádí prevenci dětských úrazů během preventivních prohlídek statisticky významně častěji než lékaři (PLDD).

Hypotéza č. 2: Existuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že sestry se seznamují s metodikou MZ ČR statisticky významně častěji než lékaři.

Hypotéza č. 3: Existuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že sestry by se statisticky významně častěji zúčastnily kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů než lékaři.

Hypotéza č. 4: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních

prohlídek v tom smyslu, že respondenti do 39 let provádí prevenci dětských úrazů statisticky významně častěji než respondenti nad 40 let.

Hypotéza č. 5: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že respondenti do 39 let se statisticky významně častěji seznamují s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů než respondenti nad 40 let.

Hypotéza č. 6: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že respondenti do 39 let by se zúčastnili kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů statisticky významně častěji než respondenti nad 40 let.

Hypotéza č. 7: Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co se seznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů budou statisticky významně častěji také provádět prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek, než ti respondenti co se neseznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

Hypotéza č. 8: Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a ochotou účastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co provádí prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek budou statisticky významně častěji deklarovat zájem o účast v kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů.

2.2 Metodika práce

Podkladem pro vypracování empirické části byl dotazník. Vypĺňování dotazníků proběhlo anonymním způsobem. Šetření bylo provedeno od 27. do 28.5. 2011 v Olomouci (na kongresu pediatriů a dětských sester XXIX. Dny praktické a nemocniční pediatrie, které se konaly 27. – 28. května 2011 v Olomouci a pořádala ho Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc, Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Sdružení Šance).

V úvodním oslovení vybraných sester a PLDD tazatel uvedl:

- zájem zjistit, zda by prevenci dětských úrazů mohla dělat také sestra a jaké má k tomu podmínky
- že je tam od toho, aby zjistil jejich mínění
- pokud nedělají prevenci úrazů, jestli si myslí, že by na to měly čas, jsou dostatečně fundované - zda vědí, jaké jsou nejčastější úrazy dětí, jestli by chtěly být zařazené do vzdělávání o prevenci úrazů anebo by k tomu chtěly podklady?
- Další otázky, uvedené u výšečových diagramů.

V průřezovém šetření možnosti provádění úrazové prevence v ordinaci dětského lékaře byli respondenti vybíráni prostým náhodným výběrem účastníků zmíněného kongresu. Bylo osloveno 105 dětských sester a PLDD v časovém rozpětí dvou dnů trvání kongresu (tedy oproti předpokládanému záměru 50 sester a PLDD daleko více).

Nakonec nebyl realizován původní záměr výzkumu počítající s možností malé návratnosti dotazníků, kdy měl být zaměřen výzkum na dětské pohotovosti – zda provádí prevenci úrazů v rámci ošetření úrazu.

V první kapitole teoretické části práce jsou srovnána některá dostupná mezinárodní statistická data o dětských úrazech.

2.3 Organizace šetření a způsob zpracování dat

Vybraných dotazníků bylo 68 (návratnost dotazníků byla 64,76 %).

Autor práce si je vědom, že slabou stránkou průzkumného šetření je fakt, že nebyli osloveni všichni účastníci kongresu pediatriů a dětských sester XXIX. Dny praktické a nemocniční pediatrie v Olomouci. (tazatel však využil celou dobu konání kongresu ke sběru dotazníků). Jistým zkrácením výsledků šetření je skutečnost, že dotazníky byly vybrány od sester a PLDD ochotných k vyplňování dotazníků. Tazatel zvolil techniku přímého oslovování (při vyplňování dotazníků) z důvodu lepších zkušeností s návratností dotazníků a také pro osobnější přístup k respondentům a možnost vzájemného upřesnění nejasností.

Filtrováním dat v programu Statistika a jejich dosazením do kontingenčních tabulek autor práce verifikoval hypotézy. Ve výsledcích vlastního šetření byly formulovány relativní (%) a absolutní (n) četnosti pomocí tabulárních přehledů a grafických výstupů. Tabulky a grafy byly zpracovány pomocí programu Microsoft Excel. Sbíraná data byla prezentována formou excelové tabulky a následnou vizualizací (obrázky výsečových diagramů) zpracovaných výsledků u jednotlivých otázek.

2.4 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku (souboru respondentů)

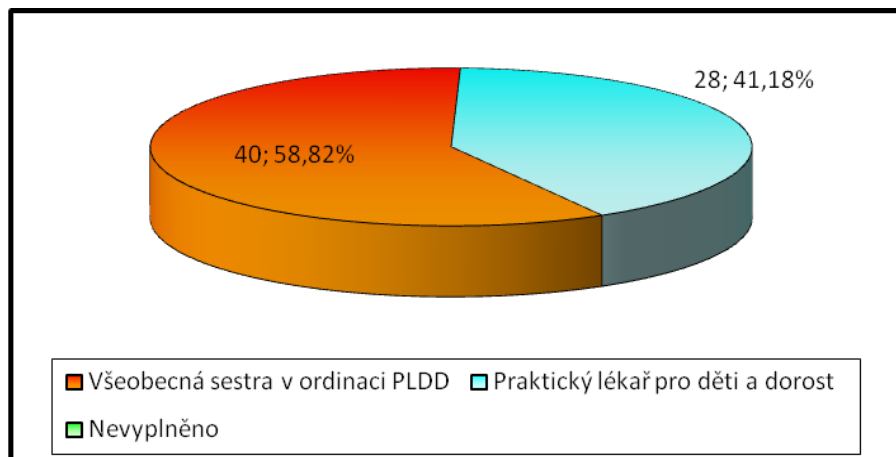
Výzkumný soubor mělo tvořit 105 všeobecných sester a PLDD z dětských ambulancí a klinik převážně z Moravy. Největší část respondentů tvořily sestry u PLDD a praktičtí lékaři pro děti a dorost ve věku 40 – 49 let. Průměrný věk respondentů je 44 let. Dvoutřetinová většina respondentů není členem zájmové zdravotnické organizace.

Polynomický, strukturovaný dotazník obsahoval 17 otázek. Většina byla uzavřených a týkaly se informovanosti sester a provádění edukační činnosti sester v oblasti prevence úrazů u dětí (viz kap. 2.5). Kvótní výběr respondentů jsem nebyl schopen udělat, protože jsem neznal charakteristiku zkoumaného vzorku a nakonec se mi podařilo oslovit i lékaře.

Dotazník byl vytvořen konzultací s Doc. MUDr. Veronikou Benešovou CSc. a vedoucím bakalářské práce PhDr. RNDr. Danielem Jirkovským Ph.D., MBA.

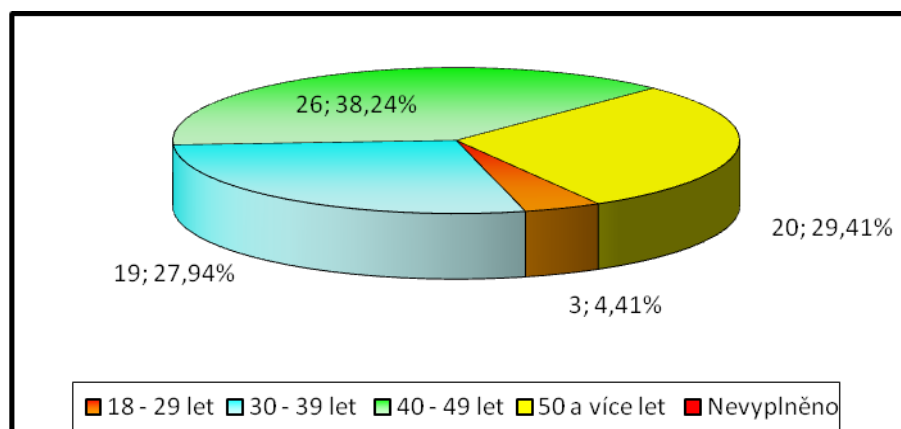
Žádné položky dotazníku nebyly převzaty odjinud. Za slabé stránky šetření je možno považovat, že nebyla provedena pilotáž před samotným šetřením. Rovněž autor studie nevypočítal Krombachovo alfa pro zjištění síly dotazníku.

Obrázek číslo 1: Vykonávané povolání



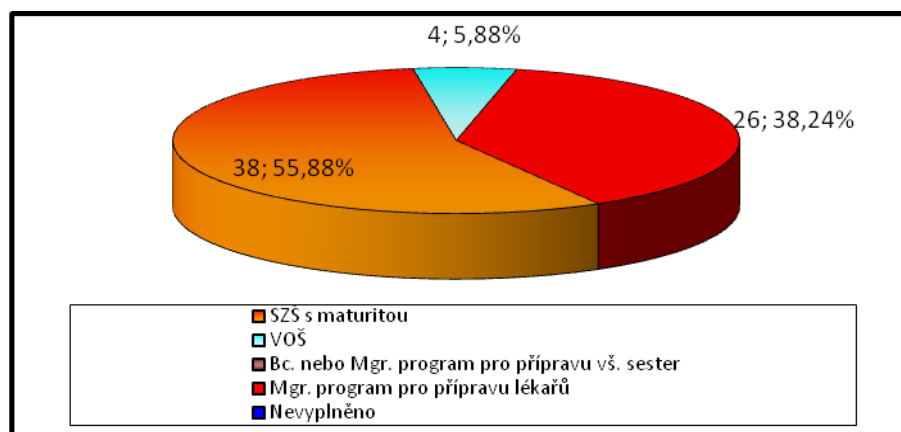
Jak plyne z výše uvedených výsledků, byl v souboru dotázaných téměř 60 % podíl sester zařazených v ordinaci PLDD (n=40). Lékaři byli zastoupení ve více jak 41 % (n=28).

Obrázek číslo 2: Věk respondentů



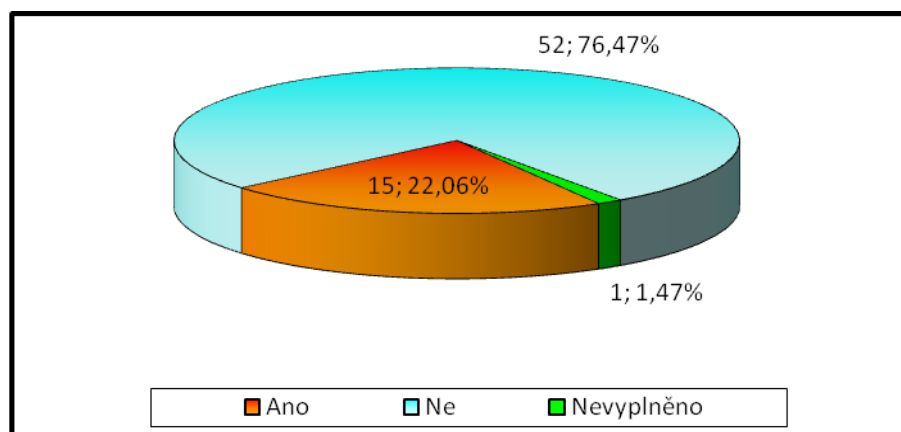
Největší část respondentů tvořily sestry u PLDD a praktičtí lékaři pro děti a dorost ve věku 40 – 49 let (n=26). Druhou nejpočetnější část respondentů tvořily sestry u PLDD a praktičtí lékaři pro děti a dorost ve věku nad 50 let (n=20).

Obr. 3: Stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání



Nadpoloviční většina sester SZŠ s maturitou (n=38) zřejmě odpovídá zastoupení sester v ordinacích PLDD. Nedostatek zastoupení názoru vysokoškolsky vzdělaných sester je částečně kompenzován zastoupením sester VOŠ (n=4) a lékaři.

Obrázek číslo 4: Členství ve zdravotnické organizaci / občanském sdružení

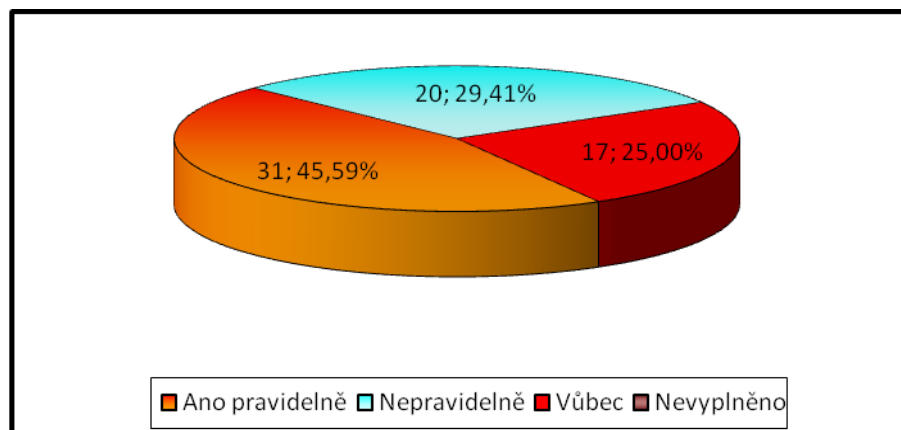


Z respondentů co jsou členy nějaké zdravotnické organizace/občanského sdružení (n=15) je 6 členkami České asociace sester, 3 členy Sdružení PLDD, 2 členy Červeného kříže, 2 členy České lékařské komory a po 1 členu sdružení Šance a Výživa dětí.

2.5 Výsledky vlastní práce

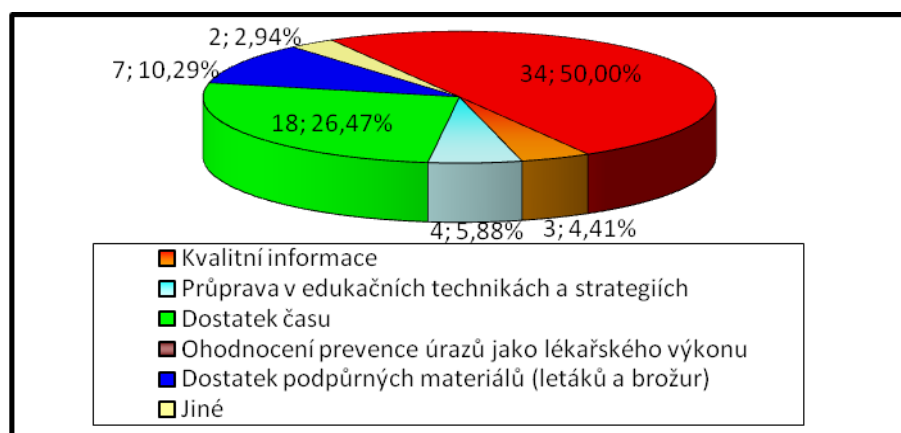
V této kapitole bakalářské práce jsou uvedeny výsledky práce. Každá otázka bude zhodnocena pomocí grafu, ke kterému bude připojen krátký komentář.

Obrázek číslo 5: Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek



Výše uvedený výsečový diagram dokládá, že vlastně rovné $\frac{3}{4}$ respondentů (n=51) provádí prevenci úrazů, ale z toho celých 29% respondentů (n=20) nepravidelně. Zbývá čtvrtina respondentů (n=17) neprovádějících žádnou prevenci úrazů, jakoby volala po napsání práce, jakou je tato a dokládá potřebnost věnovat celé problematice více energie a pozornosti.

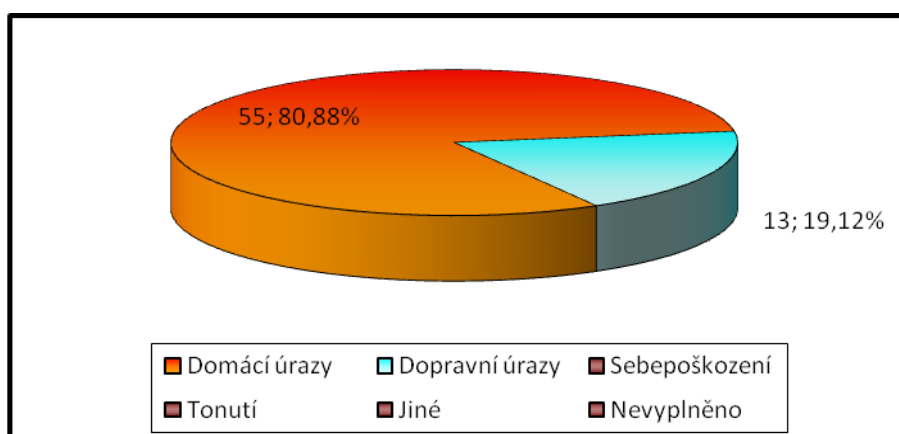
Obrázek číslo 6: Budoucí motivace k prevenci dětských úrazů



Pro zvýšení míry provádění prevence dětských úrazů považují respondenti za důležitou zejména potřebu kvalitních informací. Tuto možnost uvedlo celých 50 %

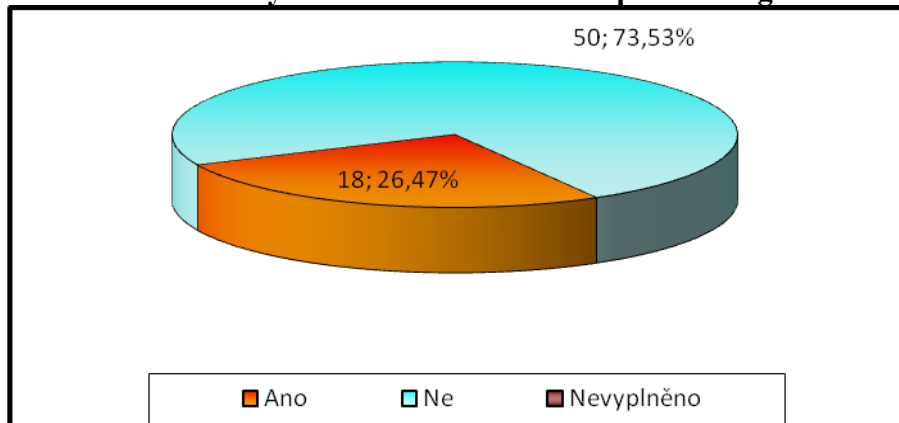
respondentů (n=34). Dalších 10 % respondentů (n=7) uvedlo potřebu dostateku podpůrných materiálů (letáků a brožur). Více než 26 % respondentů (n=18) uvádí za potřebný faktor k zvýšení provádění prevence dětských úrazů dostatek času. Téměř 6% respondentů (n=4) by kladně ohodnotilo lepší průpravu v edukačních technikách a strategiích. U možnosti – jiné uvedl jeden respondent zkušenosti z praxe, jako to, co by ho mohlo motivovat v budoucnu k provádění prevence dětských úrazů.

Obrázek číslo 7: Nejčastější dětské úrazy - podle typu



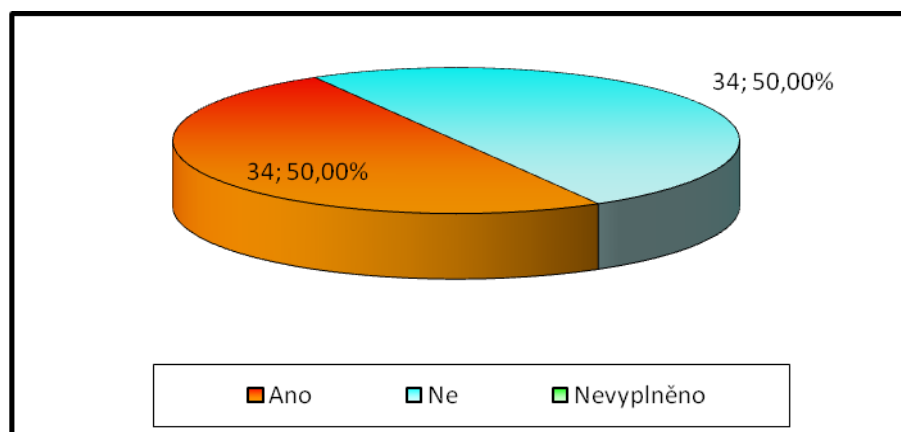
Více než 80 % respondentů (n=55) považuje za nejčastější dětský úraz – domácí úraz. Toto zjištění je do jisté míry potvrzením pracovní hypotézy, že sestry jsou dobře informovány a připraveny na prevenci dětských úrazů. Nejčastěji se opravdu děti zraní doma a v okolí domova, a to zejména ve věku 0 – 5 let. Nejzávažnějšími druhy úrazu dětí 0 – 19 let jsou však dlouhodobě dopravní nehody, u kterých je počet zemřelých nejvyšší ze všech kategorií. (Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017, s. 15 - 16).

Obrázek číslo 8: Vyhodnocování úrazovosti podle kategorie úrazů



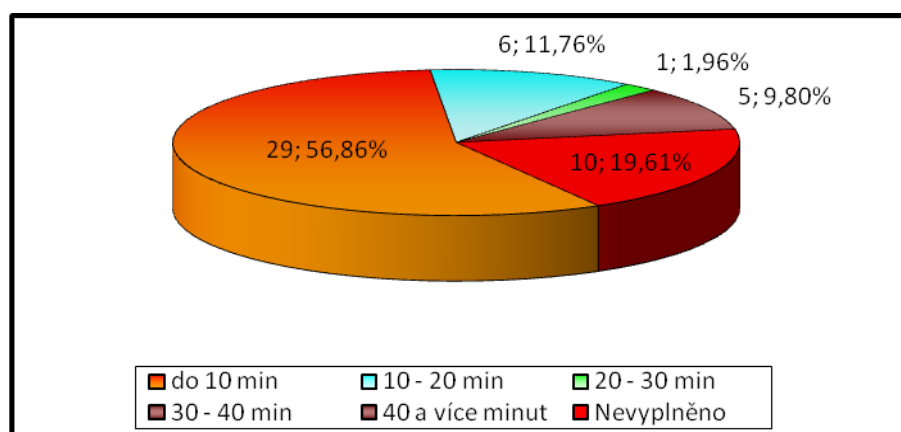
Bezmála $\frac{3}{4}$ respondentů (n=50) nevyhodnocuje úrazovost dle kategorie úrazů. Více než 26 % respondentů (n=18) vyhodnocuje úrazovost dle kategorie úrazů.

Obrázek číslo 9: Záznam o prevenci úrazů do zdravotnické dokumentace



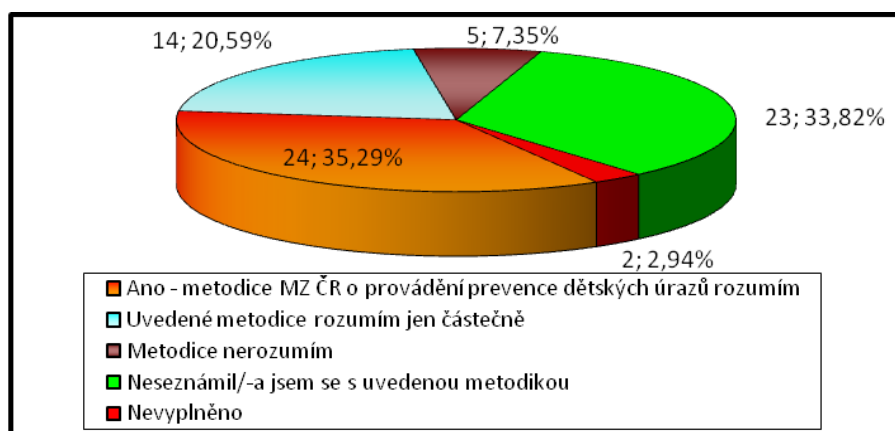
Celá polovina respondentů (n=34) nezaznamenává provádění prevence dětských úrazů do zdravotnické dokumentace. U vyhodnocení výsledků tohoto obrázku dochází k zajímavému přesahu s obrázkem uvádějícím provádění prevence úrazů vůbec (obrázek č. 5). Výsledkem je údaj/část respondentů, která sice prevenci úrazů vykonává, ale nezaznamenává ji do zdravotnické dokumentace.

Obrázek číslo 10: Časová náročnost prevence dětských úrazů



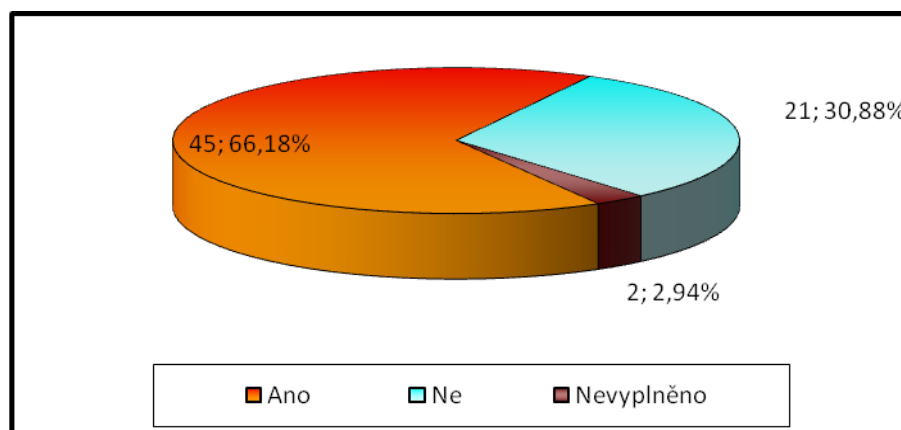
Více než 56 % respondentů (n=29) provádí prevenci dětských úrazů v časovém rozmezí do 10 min. Téměř 10 % respondentů (n=5) věnuje na prevenci dětských úrazů 40 a více minut.

Obrázek číslo 11: Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů



Více než 35 % respondentů (n=24) metodice MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů rozumí a 20 % respondentů (n=14) uvedené metodice rozumí jen částečně. Celá třetina respondentů (n=23) nečetla metodiku MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů. To do jisté míry koresponduje se zjištěním u další otázky, kdy také celá třetina respondentů neví, o čem má informovat rodiče.

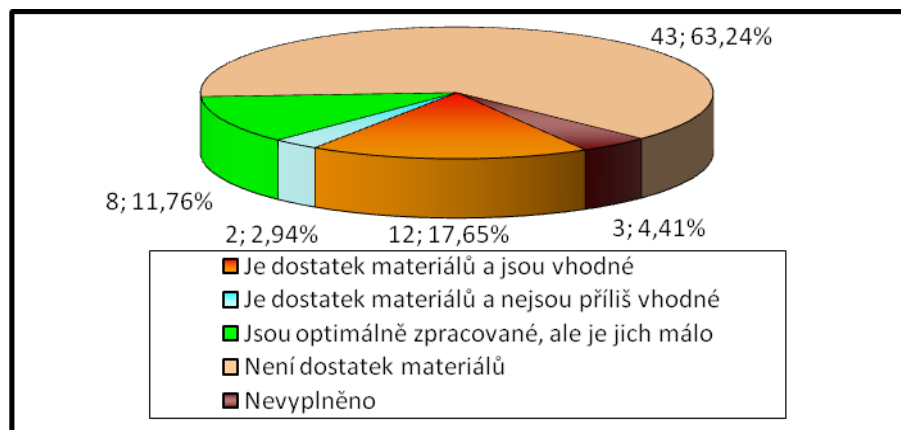
Obrázek číslo 12: Obsah informace pro rodiče



Více než 66 % respondentů (n=45) ví o čem má přesně informovat rodiče. Zjištění, že téměř třetina respondentů (n=21) neví o čem má přesně informovat rodiče, je v rozporu s pracovní hypotézou, která předpokládá, že respondenti jsou připraveni a informováni na provádění prevence dětských úrazů. Autor textu dospěl k závěru, že bude potřeba vyškolit další školitele, kteří budou působit efektivněji v dalším vzdělávání sester o prevenci dětských úrazů. Taktéž bude potřeba zvýšit

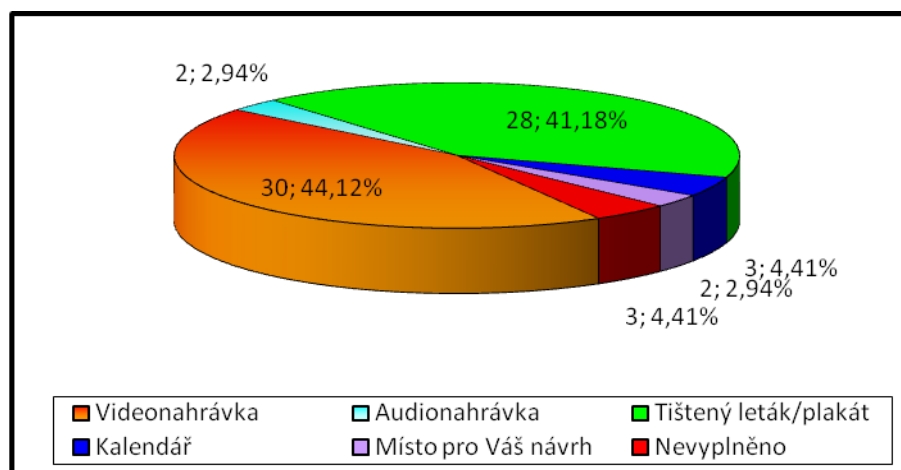
osvětu zdravotnických pracovníků pomocí odborného a oborového tisku, jejich zapojením do aktivit, organizovaných v tomto směru místní správou či nevládními organizacemi apod.

Obrázek číslo 13: Dostatek materiálů k provádění prevence dětských úrazů



Téměř dvě třetiny respondentů (n=43) pociťuje nedostatek materiálů k provádění prevence úrazů. Když k tomu připočteme ještě bezmála 12% respondentů (n=8), kteří sice materiály považují za optimálně zpracované, ale uvádí, že jich je málo, dostáváme se na celé $\frac{3}{4}$ respondentů. Pouze necelých 18 % respondentů (n=12) zastává názor, že je dostatek materiálů k prevenci dětských úrazů a jsou vhodné.

Obrázek číslo 14: Ideální forma podpůrného materiálu pro prevenci dětských úrazů

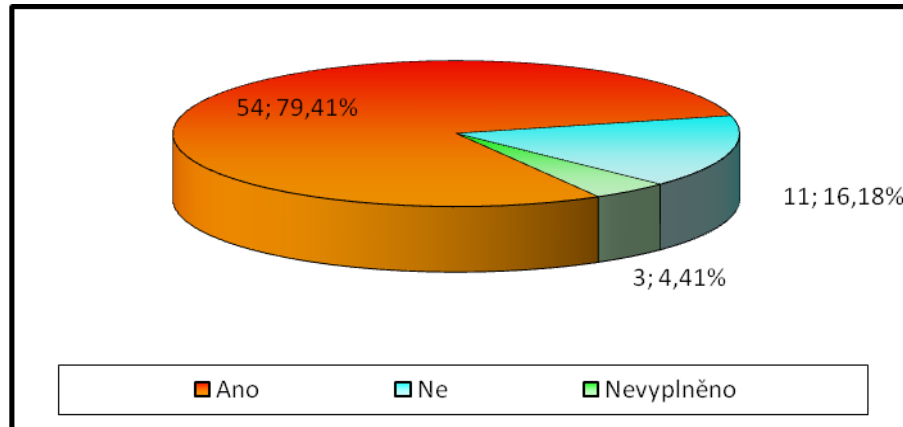


Ve prospěch moderního přístupu pomocí videonahrávky (jako podpůrného materiálu pro prevenci dětských úrazů) se vyslovilo více než 44 % respondentů (n=30). Více než 41 % respondentů (n=28) uvedlo jako ideální podpůrný materiál k prevenci

dětských úrazů tištěný plakát/leták. Volbu – místo pro Váš návrh, využili 2 respondenti, kteří považují pohádku za nejvhodnější formu podpůrného materiálu pro prevenci dětských úrazů.

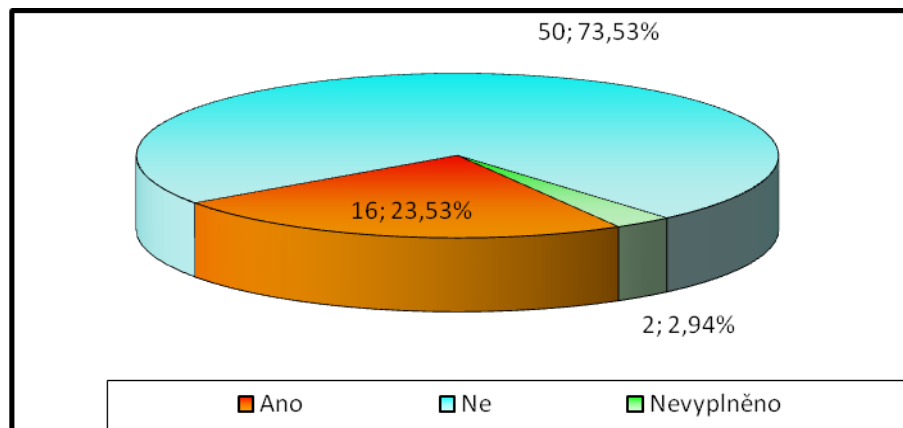
Řešením a možností uplatnění také jiných a třeba účinnějších podpůrných materiálů, by mohlo být zapojení průmyslu a jednotlivých aktérů v dopravě, tak jak je tomu v zahraničí.

Obrázek číslo 15: Zájem o podklady k prevenci dětských úrazů



Téměř 80 % respondentů (n=54) by chtělo obdržet podklady k prevenci dětských úrazů. Zjištění u této otázky do jisté míry koresponduje se závěry a výsledky získanými u poslední otázky (viz obrázek č. 17) – zda-li by se respondenti měli zájem účastnit kurzů pořádaných k prevenci dětských úrazů. Jeden respondent uvedl, že by raději než podklady k prevenci dětských úrazů absolvoval osobní pohovor s odborníkem na problematiku.

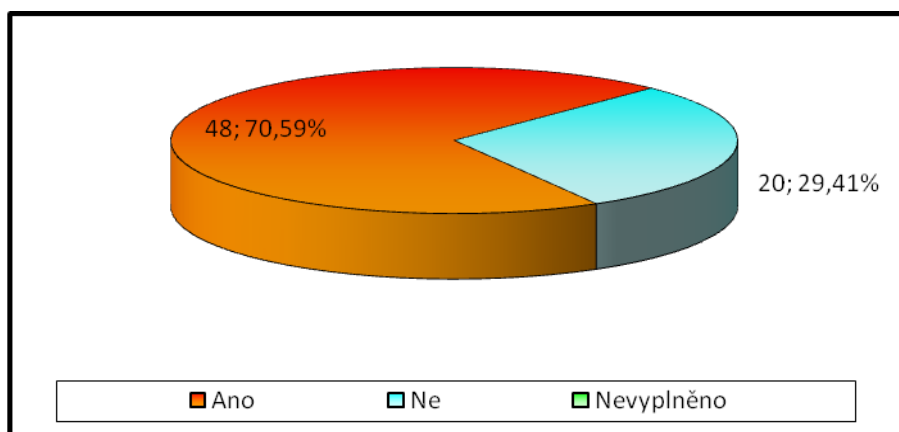
Obrázek číslo 16: Výměna zkušeností na akcích pořádaných jinými pracovišti



Pouze necelá čtvrtina respondentů (n=16) uvedla možnost, že jejich pracoviště umožňuje akce pořádané jinými organizacemi. Z 16 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku, uvedli dva respondenti příklady organizací pořádajících akce – Policie ČR a Oddíly Skautů.

Domnívám se, že k lepšímu a integrovanějšímu provádění prevence dětských úrazů bude nutné zlepšit i tento ukazatel, protože bez důsledné výměny zkušeností z praxe a spolupráce s dalšími organizacemi, včetně municipalit (viz např. Národní síť zdravých měst, organizující programy prevence) nemůžeme mluvit o zlepšování prevence dětských úrazů.

Obrázek číslo 17: Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů



Více než dvě třetiny respondentů (n=48) si přeje zúčastnit se kurzu zaměřeného na provádění prevence dětských úrazů. Značný zájem sester a PLDD o tyto kurzy vyjadřuje na jedné straně pozitivní indicie - ochotu a připravenost vzdělávat se a do vzdělávat v dané problematice, na druhé straně může svědčit o skrytém rozměru a dotazníkovým šetřením neúplně prokázané skutečnosti, že sestry a PLDD si nejsou zcela jisti problematikou a nemají přesnou představu, jak by prevence dětských úrazů měla vypadat v praxi.

Každopádně tato vysoká míra zájmu je výzvou pro odpovědné autority a instituce, aby začaly připravovat zmíněné kurzy na provádění prevence dětských úrazů. Zároveň z toho plyne potřeba vyškolení školitelů a dalších kapacit, kteří budou potřební k pořádání zmíněných kurzů. Samozřejmostí je také potřeba vypracovat školící a tréninkové materiály.

2.6 DISKUSE

Při zpracování bakalářské práce jsem vycházel z celé řady předpokladů, které se nepodařilo zcela ověřit, nebo se během šetření nenaplnily, nebo se ne zcela potvrdily. Jako příklad uvádím zájem sester o další profesní vzdělávání. Celkem 75 % dotazovaných sester sice deklaruje zájem o další profesní vzdělávání v oblasti úrazové prevence, ale to však samo o sobě neznámá, že by se stejný podíl sester zařazených v ordinacích PLDD takového vzdělávání zúčastnil.

Předpoklad o připravenosti respondentů na provádění prevence úrazů se potvrdil jen částečně. Třetina respondentů ani neví o čem má informovat rodiče a dvě třetiny dotázaných pocítují nedostatek podpůrných materiálů k provádění prevence dětských úrazů.

Na druhé straně se ani nepotvrdil zcela předpoklad, že respondenti nemají čas a neumí provádět prevenci dětských úrazů. Dvě třetiny respondentů odpovědělo, že ví o čem má informovat rodiče. Pro další průzkum by bylo důležité zjistit vědomostním testem, zda vskutku mají takové znalosti.

Dále v textu uvádím jednotlivé kontingenční tabulky (které vznikly filtrováním původních dat v programu Statistika z datového listu s výsledky odpovědí z dotazníků pro sestry a PLDD v MS Excel) a tabulky s výpočtem Pearsonova chí-kvadrátu.

Komparovány byly četnosti odpovědí na otázky zjišťující:

- 1) Provádění prevence dětských úrazů při preventivních prohlídkách
- 2) Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů
- 3) Ochotu účastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů

s vykonávaným povoláním respondentů, s jejich věkem a s realizací úrazové prevence v rámci preventivních prohlídek.

Kontingenční tabulka č.1: Provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek podle vykonávaných povolání

Vykonávané povolání	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek ano	Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek ne	Řádk. součty
Sestry	26	14	40
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	50,98%	82,35%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	65,00%	35,00%	
Lékaři	25	3	28
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	49,02%	17,65%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	89,29%	10,71%	
Celkem	51	17	68

H_0 Neexistuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a vykonávaným povoláním v tom smyslu, že sestry provádí prevenci dětských úrazů během preventivních prohlídek statisticky významně častěji než lékaři (PLDD).

Statist.	Vykonávané povolání x Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek		
	Chí-kvadr.	sv	p
	Pearsonův chí-kv.	5,180953	df=1

$p = 0,02284 < 0,05$

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi druhem vykonávaného povolání a prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek v tom smyslu, že je četnost respondentů – lékařů provádějících prevenci dětských úrazů v rámci

preventivních prohlídek statisticky významně nižší, než četnost respondentek – sester provádějících prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek.

Kontingenční tabulka č.2: Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů podle vykonávaného povolání

Vykonávané povolání	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů ano	Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů ne	Řádk. součty
Sestry	24	16	40
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	55,81%	69,57%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	60,00%	40,00%	
Lékaři	19	7	26
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	44,19%	30,43%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	73,08%	26,92%	
Celkem	43	23	66

Uvedená data jsou zpracována pouze za ty respondenty, kteří zaznačili jednu variantu z nabízených odpovědí.

H_0 Neexistuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že sestry se seznamují s metodikou MZ ČR statisticky významně častěji než lékaři.

Statist.	Vykonávané povolání x Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	1,186840	df=1	p=,27597

$p = 0,27597 > \text{než } 0,05$

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi vykonávaným povoláním a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že sestry se seznamují s metodikou MZ ČR statisticky významně častěji než lékaři.

Ze shora uvedené tab. č. 2 vyplývá, že se celkem 43 respondentů seznámilo s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů což je 65 % respondentů. Z toho je sestra 24 a 19 lékařů. Přestože se větší podíl dotazovaných lékařů seznámil s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů (73,08% z této kategorie), než sestra (pouze 60% z této kategorie) nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů a vykonávaným povoláním.

Kontingenční tabulka č.3: Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů podle vykonávaného povolání

Vykonávané povolání	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů ano	Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů ne	Řádk. součty
Sestry	30	10	40
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	62,50%	50,00%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	75,00%	25,00%	
Lékaři	18	10	28
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	37,50%	50,00%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	64,29%	35,71%	
Celkem	48	20	68

H_0 Neexistuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi vykonávaným povoláním a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že sestry by se statisticky významně častěji zúčastnily kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů než lékaři.

Statist.	Vykonávané povolání x Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	,9107143	df=1	p=,33992

$p = 0,33992 > \text{než } 0,05$

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi vykonávaným povoláním a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že sestry by se statisticky významně častěji zúčastnily kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů než lékaři.

Ze shora uvedené tab. č. 3 vyplývá, že se celkem 48 respondentů chce zúčastnit kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů což je 70 % respondentů. Z toho je 30 respondentů – sester a 18 respondentů - lékařů. Přestože je zájem dotazovaných o kurz zaměřený na prevenci dětských úrazů vyšší u sester (75% z této kategorie), než u lékařů (pouze 64,29 % z této kategorie) nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů a vykonávaným povoláním.

Kontingenční tabulka č.4: Provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek podle rozdělení věku respondentů

Věk respondenta	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek ano	Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek ne	Řádk. součty
< 39 let	13	9	22
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	25,49%	52,94%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	59,09%	40,91%	
> 40 let	38	8	46
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	74,51%	47,06%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	82,61%	17,39%	
Celkem	51	17	68

H_0 Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek v tom smyslu, že respondenti do 39 let provádí prevenci dětských úrazů statisticky významně častěji než respondenti nad 40 let.

Statist.	Věk respondenta x Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	4,389987	df=1	p=,03615

p = 0,03615 < než 0,05

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi věkem respondentů a prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek v tom smyslu, že četnost respondentů nad 40 let provádějících prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek je statisticky významně nižší, než četnost respondentů do 39 let provádějících prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek.

Kontingenční tabulka č.5: Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů podle věku respondentů

Věk respondenta	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů ano	Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů ne	Řádk. součty
< 39 let	15	6	21
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	34,88%	26,09%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	71,43%	28,57%	
> 40 let	28	17	45
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	65,12%	73,91%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	62,22%	37,78%	
Celkem	43	23	66

Uvedená data jsou zpracována pouze za ty respondenty, kteří zaznačili jednu variantu z nabízených odpovědí.

H_0 Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že respondenti do 39 let se statisticky významně častěji seznamují s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů než respondenti nad 40 let.

Statist.	Věk respondenta x Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	,5345082	df=1	p=,46472

p = 0,46472 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi věkem respondentů a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že respondenti do 39 let se statisticky významně častěji seznamují s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů než respondenti nad 40 let.

Ze shora uvedené tab. č. 5 vyplývá, že se celkem 43 respondentů seznámilo s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů což je 65 % respondentů. Z toho bylo 28 respondentů starších 40 let a 15 respondentů do 39 let. Přestože se více dotazovaných do 39 let seznámilo s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů (71,43% z této kategorie), než respondentů nad 40 let (pouze 62,22% z této kategorie) nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů a věkem respondenta.

Kontingenční tabulka č.6: Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů podle věku respondentů

Věk respondenta	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů ano	Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů Ne	Řádk. součty
< 39 let	16	6	22
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	33,33%	30,00%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	72,73%	27,27%	
> 40 let	32	14	46
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	66,67%	70,00%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	69,57%	30,43%	
Celkem	48	20	68

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že respondenti do 39 let by se zúčastnili kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů statisticky významně častěji než respondenti nad 40 let.

Statist.	Věk respondenta x Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	,0716733	df=1	p=,78892

p = 0,78892 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi věkem respondentů a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že respondenti do 39 let by se zúčastnili kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů statisticky významně častěji než respondenti nad 40 let.

Kontingenční tabulka č.7: Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů a provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek

Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů ano	Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů ne	Řádk. součty
ano provádí	33	17	50
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	76,74%	73,91%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	66,00%	34,00%	
ne neprovádí	10	6	16
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	23,26%	26,09%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	62,50%	37,50%	
Celkem	43	23	66

Uvedená data jsou zpracována pouze za ty respondenty, kteří zaznačili jednu variantu z nabízených odpovědí.

H_0 Neexistuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co se seznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů budou statisticky významně častěji také provádět prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek, než ti respondenti co se neseznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

Statist.	Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek x Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	,0653994	df=1	p=,79816

p = 0,79816 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co se seznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů budou statisticky významně častěji také provádět prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek, než ti respondenti co se neseznámili s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

Ze shora uvedené tab. č. 7 vyplývá, že se celkem 43 respondentů seznámilo s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů což je 65 % respondentů. Z toho prevenci dětských úrazů provádí 33 respondentů a neprovádí 10 respondentů. Přestože se více dotazovaných seznámilo s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů, kteří zároveň provádí prevenci dětských úrazů (66% z této kategorie), než těch, kteří prevenci neprovádějí (pouze 62,5% z této kategorie) nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi prováděním úrazové prevence a seznámením se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.

Kontingenční tabulka č.8: Provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a ochota účastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů

Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek	2-rozměrná tabulka: pozorované četnosti		
	Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů ano	Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů ne	Řádk. součty
ano provádí	34	17	51
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	70,83%	85,00%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	66,67%	33,33%	
ne neprovádí	14	3	17
<i>Sloupcová relat. čet.</i>	29,17%	15,00%	
<i>Řádková relat. čet.</i>	82,35%	17,65%	
Celkem	48	20	68

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence

dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a ochotou účastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co provádí prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek budou statisticky významně častěji deklarovat zájem o účast v kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů.

Statist.	Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek x Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů		
	Chí-kvadr.	sv	P
Pearsonův chí-kv.	1,511111	df=1	p=,21897

p = 0,21897 > než 0,05

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi prováděním prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a ochotou účastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů v tom smyslu, že ti respondenti co provádí prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek budou statisticky významně častěji deklarovat zájem o účast v kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů.

Ze shora uvedené tab. č. 8 vyplývá, že se celkem 48 respondentů chce zúčastnit kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů což je 70 % respondentů. Z toho prevenci dětských úrazů provádí 34 respondentů a neprovádí 14 respondentů. Přestože je zájem dotazovaných o kurz zaměřený na prevenci dětských úrazů vyšší u těch, kteří prevenci neprovádějí (82,35% z této kategorie), než u těch, kteří prevenci provádějí (pouze 66,67% z této kategorie) nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi prováděním úrazové prevence a ochotou zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů. Z tab. č. 8 vyplývá, že naprostá většina těch, kteří neprovádí prevenci dětských úrazů (82,35%) si uvědomuje důležitost úrazové prevence a proto deklaruje ochotu zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů.

Překvapivým zjištěním studie bylo určitě to, že téměř polovina respondentů provádí pravidelně prevenci úrazů v rámci preventivních prohlídek, což je při velmi hrubém srovnání více jak 20 násobný nárůst oproti 2 % ambulantních sester, které se věnovaly edukační činnosti v roce 2006 (avšak podle studie, zjišťující zpětnou vazbu u dětí). Autor textu srovnal výsledky své studie s výsledky podobně zaměřené práce Ivony Greplové a Aleny Machové, které v březnu 2006 oslovily 93 ambulantních sester z dětských, chirurgických a ortopedických ambulancí Jihočeského kraje. Většina otázek byla uzavřených a týkaly se edukační činnosti sester v oblasti prevence úrazů u dětí. (Greplová, Machová, 2007, s. 54) Alarmujícím zjištěním kolegyně z Jihočeské univerzity byl však jeden z výsledků druhého výzkumného souboru jejich studie, kdy se dotazovaly starších žáků víceletého gymnázia v Táboře. Ani jeden žák neodpověděl, že získává informace o prevenci úrazů od sestry. (Greplová, Machová, 2007, s. 53).

V textu autorovy práce by bylo možno rozpracovat prevenci úrazů prováděnou sestrami při nejčastějších dětských úrazech a konkretizovat ji podle jednotlivých úrazů. Autor práce tak učinil jen schematicky u těch nejzákladnějších typů dětských úrazů, neboť se domnívá jednak, že bližší specifikace jednotlivých úrazů je snazší pro zkušenějšího člověka z praxe a jednak mu to ani rozsah práce neumožňuje.

Za nejdůležitější dimenzi prevence dětských úrazů autor textu považuje nutnost stanovení vnitřních a vnějších limitů v chování jak ze strany rodičů, tak i směrem k dětem. Autor má na mysli například stanovení priorit v každodenních situacích – jedná se například o upřednostnění hlídání hrajících se dětí u obrubníku autobusové zastávky před potřebou vzít mobilní telefon a věnovat se volajícímu.

Ve výchově směrem k dětem je dobré zdůraznit nutnost stanovení a vštípení vnitřních hranic a limitů v dnes často až příliš liberální a benevolentní výchově malých dětí.

Zvláštní pozornost by sestry měly věnovat rodičům chlapců, kteří jsou o polovinu více ohroženější skupinou než dívky v období 5 – 14 let, jak plyne z celosvětového srovnání počtu úmrtí v dopravních nehodách v roce 2002 podle

jednotlivých věkových skupin obyvatelstva. (World report on road traffic injury prevention, 2004, s. 13, Graf č. 6)

Podle Klocklunga, k omezení výskytu úrazů v neposlední řadě přispívá i zřízení takových orgánů jakou je například švédská Státní rada pro dětské prostředí, životní prostředí, přizpůsobené potřebám dětí (Barnmiljoeradet, BMR), která byla zřízená ministerstvem sociálních věcí. Mezi její hlavní úkoly patří předcházení úrazům, rozšiřování informací o problematice, působení na zodpovědné úředníky a celkové vytváření dětem příznivého prostředí. (Klockljung, 1989, s. 4)

Zůstává však otázkou, jestli je možné současný stav u nás, kdy čtvrtina respondentů neprovádí prevenci dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a necelých 30 % respondentů neprovádí prevenci dětských úrazů pravidelně, zlepšit zřízením další instituce. Provádění úrazové prevence je stanoveno vyhláškami, jak v případě preventivních prohlídek tak i v případě dispenzárních prohlídek. Dostáváme se proto spíše do problematiky vymahatelnosti práva. Neprovedenou prevenci dětských úrazů, by bylo zřejmě lépe trestat neohodnocením za neprovedený výkon.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo prozkoumat reálné možnosti sester a praktických lékařů pro děti a dorost v prevenci dětských úrazů, respektive zjistit jejich informovanost a připravenost zapojit se do dalšího vzdělávání o problematice prevence dětských úrazů. V práci jsou uvedeny možnosti provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivní prohlídky.

Autor textu si položil otázku jak jsou respondenti připraveni realizovat prevenci dětských úrazů. Z výsledků vlastního šetření vyplývá, že respondenti jsou většinou připraveni na provádění prevence dětských úrazů. Jak plyne z výsledků u obrázku číslo 7, kdy sestry a PLDD mají povědomí o pořadí nejčastějších druhů úrazů a výsledků u obrázku číslo 12, kde dvě třetiny respondentů ví o čem má informovat rodiče vzhledem k prevenci dětských úrazů. Respondenti se však chtějí dále vzdělávat v problematice (viz obrázek číslo 17). Za nejvhodnější informační materiál o prevenci úrazů považují videonahrávky, dále pak tištěný leták/plakát. Sestry a PLDD by potřebovaly k provádění prevence více času – nyní jí většina z nich věnuje čas do 10 minut. Přesně polovina sester a PLDD nezaznamenává prevenci do zdravotnické dokumentace a druhá polovina zaznamenává prevenci do zdravotnické dokumentace. Téměř dvě třetiny dotázaných pocítuje nedostatek podpůrných materiálů k provádění prevence dětských úrazů. Téměř třetina respondentů nerozumí nebo rozumí jen částečně metodice MZ ČR na provádění prevence dětských úrazů. Celá třetina respondentů uvedenou metodiku ani nečetla. Překvapivým zjištěním šetření bylo zjištění, že větší polovina respondentů přiznává, že neprovádí prevenci dětských úrazů vůbec anebo jen nepravdělně. Téměř celá třetina respondentů neví, o čem má rodiče informovat. (viz obrázek číslo 12)

Autor textu rovněž navrhl zvýšit počet školitelů a informačních materiálů pro sestry a PLDD tak, aby byla zvýšená celková informovanost sester a PLDD v problematice.

Na základě uvedených návrhů a zjištění vzniká další oblast možného zaměření potenciálních a navazujících výzkumů v uvedené problematice. Jsou jimi například: Jak vytvořit sestrám a PLDD lepší podmínky pro další vzdělávání v prevenci dětských úrazů, nebo možnost zkoumat dopad provádění prevence úrazů na četnost a závažnost dětských úrazů.

Shora uvedené výsledky práce nelze generalizovat ani zobecňovat a již vůbec z nich vyvozovat skutečný stav úrazové prevence v ordinacích PLDD. Autor práce si je vědom skutečnosti, že dotazování proběhlo na relativně malém vzorku respondentů a navíc respondentů, kteří patří k PLDD a dětským sestřím, kteří na svém odborném růstu pracují, což prokázali účastníci na kongresu, v jehož průběhu se šetření uskutečnilo. Lze tedy očekávat, že reálná situace v provádění dětské úrazové prevence je horší, než výsledky uvedené v této práci. Tento spekulativní předpoklad však bude nutné verifikovat v rámci jiné studie. Jeho případné ověření v rámci této práce nebylo možné a ani reálné. Smyslem práce rovněž nebylo vyčerpávajícím způsobem popsat a vysvětlit všechny aspekty tak rozsáhlé problematiky jakou je prevence dětských úrazů, ale pouze ukázat na současný stav prevence dětské úrazovosti prováděné v ordinacích PLDD a na limitující faktory, které současný stav ovlivňují.

Všem PLDD a jejich sestřím, kteří provádějí dětskou úrazovou prevenci v rámci preventivních prohlídek patří náš dík.

REFERENČNÍ SEZNAM

- 1) BENEŠOVÁ, V., NENCKA, P., Bezpečný domov pro děti, Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, Praha 2003, ISBN 80-239-2062-6
- 2) BENEŠOVÁ V., TRUELLOVÁ I. : Pediatrie pro praxi 2009 – Prevence domácích úrazů v praxi praktických lékařů pro děti a dorost, Bezpečné domácí prostředí pro děti, Roč. 10, s. F 8, ISSN 1213-0494
- 3) CRAWLEY-COHA, Teri, „Childhood Injury: A Status Report, Part 2“ in Journal of Pediatric Nursing, Vol 17, No 2 (April) 2002
- 4) ČAPKOVÁ, M., TRUELLOVÁ, Iva. Národní akční plán prevence dětských úrazů, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra klinických oborů, in „Prevence úrazů otrav a násilí“, Roč. 3, č. 2, 2007
- 5) ČELEDOVÁ, L., MERGLOVÁ, V. Prevence úrazů, otrav a násilí. MPSV odbor posudkové služby, Roč. 6, č. 2, 2010
- 6) European status report on road safety, towards safer roads and healthier transport, WHO, Kodaň, 2009, ISBN 978 92 890 4176 8
- 7) GREPLOVÁ, Ivona, MACHOVÁ Alena. Prevence úrazovosti dětí – edukační činnost sestry, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství in „Prevence úrazů, otrav a násilí“ 1/2007
- 8) HUERTAS, José A. Díaz. Aspectos relativos a la Salud de la infancia y de la Adolescencia en España, Longares S.A., 2007
- 9) KLOCKLJUNG, Mats. Kinderunfaelle koennen verhuetet werden – die Arbeit fuer eine kindersichere Umwelt in Schweden in „Aktuelle Informationen aus Schweden“, Svenska Institutet, Nr 370, November 1989
- 10) LEE-GARZON, Dawn, „Contributing Factors to Preschool Unintentional Injury“ in Journal of Pediatric Nursing, Vol 20, No 6 (December) 2005
- 11) Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení“, Česká asociace sester, Galén, Praha 2008
- 12) Profil bezpečnosti dítěte 2012, Česká republika, pro Eurosafe European Child Safety Alliance (ECSA), Národní koordinační centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti, Fakultní nemocnice v Motole

- 13) SCHLACK, H. G. Sozialpaediatric, Urban and Fischer, Muenchen, Jena, 2000, 2. vydání, ISBN 3-437-21400-4/
- 14) SCHLAG, B., ROESNER, D., ZWIPP, H. Kinderunfaelle – Ursachen und Praevention, VS Verlag fuer Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006
- 15) „Udržitelná a bezpečná doprava – kam pro inspiraci?“, praktické informace a ukázkové příklady ze zdravých měst, NSZM ČR, Praha 2007
- 16) VALDEZ, Anna Maria, „Saving Lives the easy Way: Pediatric Injury Prevention Strategies for Emergency Nurses“ in Journal of Emergency Nursing, January 2009
- 17) VALDEZ, Anna Maria, „Pediatric Injury Prevention: Are we there yet?“ in Journal of Emergency Nursing, Vol 39, Issue 1, January 2013
- 18) „Vidět a být viděn“ – cesta ke snížení úrazů nejen ve městech a obcích, materiál, který vznikl v květnu 2007 z prostředků smlouvy o spolupráci mezi WHO a MZ ČR
- 19) Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sbírka zákonů č.55/2011 Částka 20
- 20) WIDNER-KOLBERG, MR, „The Nurse’s role in Pediatric Injury Prevention“ in Crit Care Nurs Clin North Am., September 1991
- 21) World report on road traffic injury prevention, Summary, WHO, Ženeva, 2004, ISBN 92 4 159131 5
- 22) Zdraví 21 – zdraví do 21. Století, Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, Praha 2001
- 23) Zpráva o plnění úkolů vyplývajících z Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 – 2017 (za období let 2007 – 2009) a návrh úkolů na nejbližší další období“, Ministerstvo zdravotnictví ČR 2010

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

1. Státní zdravotní ústav. [online]. [cit.2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.szu.cz>, <http://apps.szu.cz/czpz/urazy/>
2. ZVADOVÁ, Z., JANOUŠEK, S. „Prevence úrazů u dětí a dospívajících ČR“, 13. říjen 2011 Základní informace o úrazovosti in: Státní zdravotní ústav. [online]. [cit.2011-10-13]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-urazu-u-deti-a-dospivajicich-cr>
3. JANOUŠEK, S., SEDLÁK, P., ZVADOVÁ, Z., FAIERAJZLOVÁ, V., VÍGNEROVÁ, J., ROTH, Z. „Současné trendy dětské úrazovosti v ČR“ in: Státní zdravotní ústav. [online]. [cit.2014-04-06]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/urazy/poster_navrh_1.pdf
4. Jones and Bartlett learning. [online]. [cit.2005-06-21]. Dostupné z: http://www.jblearning.com/samples/076373392X/chapter_02.pdf
5. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. [cit.2014-04-02]. Tabulka 4.3 Zemřelí na vnější příčiny podle pohlaví a věkových skupin in „Zemřelí 2012“ a Tabulka 5.2 Hospitalizovaní a operovaní pro úrazy na vybraných odděleních podle věkových skupin in „Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2012“ Dostupné z: <http://www.uzis.cz>

SEZNAM OBRÁZKŮ

	str.
Obr. 1 : Vykonávané povolání	43
Obr. 2 : Věk respondentů	43
Obr. 3 : Stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání	44
Obr. 4 : Členství ve zdravotnické organizaci / občanském sdružení	44
Obr. 5 : Prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek	45
Obr. 6 : Budoucí motivace k prevenci dětských úrazů	45
Obr. 7 : Nejčastější dětské úrazy - podle typu	46
Obr. 8 : Vyhodnocování úrazovosti podle kategorie úrazů	46
Obr. 9 : Záznam o prevenci úrazů do zdravotnické dokumentace	47
Obr. 10 : Časová náročnost prevence dětských úrazů	47
Obr. 11 : Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů	48
Obr. 12 : Obsah informace pro rodiče	48
Obr. 13 : Dostatek materiálů k provádění prevence dětských úrazů	49
Obr. 14 : Ideální forma podpůrného materiálu pro prevenci dětských úrazů	49
Obr. 15 : Zájem o podklady k prevenci dětských úrazů	50
Obr. 16 : Výměna zkušeností na akcích pořádaných jinými pracovišti	50
Obr. 17 : Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeného na prevenci dětských úrazů	51

SEZNAM TABULEK

	str.
Tab. 1 : Provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek podle vykonávaných povolání	53
Tab. 2 : Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů podle vykonávaného povolání	54
Tab. 3 : Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů podle vykonávaného povolání	55
Tab. 4 : Provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek podle rozdělení věku respondentů	56
Tab. 5 : Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů podle věku respondentů	57
Tab. 6 : Ochota zúčastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů podle věku respondentů	59
Tab. 7 : Seznámení se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů a provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek	60
Tab. 8 : Provádění prevence dětských úrazů v rámci preventivních prohlídek a ochota účastnit se kurzu zaměřeném na prevenci dětských úrazů	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A : Seznam zkratk (2 sloupce)

Příloha B : Následky dopravních nehod dětí (tabulka)

Příloha C : Systematické rozdělení úrazového problému dle Haddona (text + tabulka)

Příloha D : Některé zahraniční organizace zabývající se prevencí úrazů (text)

Příloha E : Organizace a centra zabývající se prevencí dětských úrazů v ČR (text)

Příloha F : Dotazník pro sestry a PLDD (podklad použitý ve výzkumném šetření)

Příloha G : CD - ROM (elektronická verze bakalářské práce a datový list)

Příloha A: Seznam zkratk

AJ	<i>Anglický jazyk</i>
ARO	<i>Anesteziologicko-resuscitační oddělení</i>
CDC	<i>U.S. Centers for Disease Control and Prevention</i>
ČAS	<i>Česká asociace sester</i>
ČČK	<i>Český Červený kříž</i>
ČLK	<i>Česká lékařská komora</i>
ČSÚ	<i>Český statistický úřad</i>
EU	<i>Evropská unie</i>
FN	<i>Fakultní nemocnice</i>
GPš	<i>general practitioners (practitioners)-praktičtí lékaři</i>
MPSV	<i>Ministerstvo práce a sociálních věcí</i>
MZ ČR	<i>Ministerstvo zdravotnictví České republiky</i>
NCIPC	<i>National Center for Injury Prevention and Control</i>
NLZP	<i>nelékařský zdravotní personál</i>
PET	<i>polyetylén</i>
PLDD	<i>praktický lékař pro děti a dorost</i>
SZŠ	<i>střední zdravotnická škola</i>
UK 2.LF	<i>2.lékařská fakulta Univerzity Karlovy</i>
ÚZIS ČR	<i>Ústav zdravotnických informací a služeb</i>
VOŠ	<i>vyšší odborná škola</i>
WHO	<i>World Health Organisation - Světová zdravotnická organizace</i>

Příloha B: Následky dopravních nehod dětí

**Ministerstvo
dopravy**



Základní příčiny dopravních nehod při kterých došlo k újmě na životě nebo zdraví dítěte, Česká republika, 2009

2.6.1.1.1 Následky dopravních nehod dětí celkem, 2009

	Usmrceno	Těžce zraněno	Lehce zraněno	Nezraněno
Nesprávný způsob jízdy	5	37	541	945
Nesprávné předjíždění	0	6	44	92
Nedání přednosti	3	43	564	625
Nepřiměřená rychlost	6	44	311	463
Alkohol u řidiče	1	7	68	125

2.6.1.1.2 Následky dopravních nehod dětí chodců, nezaviněné nehody dítětem – zavinění řidičem, 2009

	Usmrceno	Těžce zraněno	Lehce zraněno	Nezraněno
Nesprávný způsob jízdy	3	13	102	7
Nesprávné předjíždění	0	0	2	0
Nedání přednosti	1	26	167	10
Nepřiměřená rychlost	1	5	28	2
Alkohol u řidiče	0	2	10	1

2.6.1.1.3 Následky dopravních nehod dětí spolujezdců, nezaviněné nehody dítětem – zavinění řidičem, 2009

	Usmrceno	Těžce zraněno	Lehce zraněno	Nezraněno
--	-----------------	----------------------	----------------------	------------------

Nesprávný způsob jízdy	2	14	320	889
Nesprávné předjíždění	0	6	37	92
Nedání přednosti	1	4	280	590
Nepřiměřená rychlost	5	36	265	453
Alkohol u řidiče	1	5	51	118

Příloha C: Systematické rozdělení úrazového problému dle Haddona

William Haddon rozšířil epidemiologické náhledy Johna Gordona bráním v úvahu, že nositel (hostitel) úrazu, agens a prostředí mohou být analyzovány v čase, v podmínkách předúrazové fáze, úrazové fáze a poúrazové fáze.

Předúrazová fáze je, když mohou být prováděny přístupy primární prevence (jako je užití programů řešení konfliktů, výstavby oddělených dálnic, nebo vynucování rychlostních limitů).

Úrazová fáze je když je možná sekundární prevence (jako je zavedení airbagů pro srážky, instalace značek označujících poškození silnic, nošení neprůstřelných vest). Poúrazová fáze je období soustředění se na terciární prevenci (jako jsou účinné zdravotní záchranné služby, minimální doby odezvy na trauma /reakční doby na úraz/, nebo rehabilitační programy).

Toto systematické rozdělení úrazového problému do časových a stejně tak i epidemiologických komponent je často reprezentováno tím, co se stalo známým jako Haddonova matice. In: Haddon W., Jr. A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. *The Journal of Trauma*. 12:193–197, 1972.

Příklad 2-1: Haddonova matice

Fáze \ Faktory	Lidské faktory	Agens nebo nositel	Fyzické prostředí	Sociokulturní prostředí
Před událostí				
Událost				
Po události				

Příloha D: Některé zahraniční organizace zabývající se prevencí úrazů

Rakouský Institut „Sicher Leben“

Švýcarská „Beratungsstelle fuer Unfallverhuetung (bfu)

Německý „Bundesverband der Unfallversicherungstraeger der oeffentlichen Hand (BAGUV)

Verkehrssicherheitsrat (centrum prevence) a jeho program „Dítě a doprava“ (od 1980)

Gruene Kreuz a jeho Fórum prevence úrazů

European Child Safety Alliance (ECSA)
EUROSAFE-European Association for Injury Prevention and Safety

National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC) v USA, jako část US Centers for Disease Control and Prevention (CDC),
Children's National Medical Center taktéž v USA
Maternal and Child Health Bureau, USA,
The State and Territorial Injury Prevention Directors Association, USA

Některé další instituce a instituty sloužící k prevenci úrazů:

V Rakousku zřídili Národní den úrazů, ve Švýcarsku běží akce „Nikdo není tak malý aby nemohl být v bezpečí“, v Anglii funguje institut zdravotních poradců kteří mají problematiku prevence na starosti, v USA běží národní kampaň „Safe kids America“, Taktéž probíhají světové aktivity sítě Safe Kids Worldwide, a ve Švédsku funguje státní „National Child environment council“(BMR). Ve Velké Británii je velmi aktivní Royal Society for the Prevention of Accidents. Ve Španělsku považují za jeden z prioritních úkolů sociální pediatrie : Úrazy a otravy.

Club international de Pediatrie Sociale (CIPS) založen 1969 v Paříži,
European Society of Social Paediatrics (ESSOP) založena 1977 v Lundu
European Union for School and University Health and Medicin (EU – SUHM)
založena v roce 1989

Světová zdravotnická organizace (WHO)

WHO EURO – Decade of Action for Road Safety 2011 – 2020

Příloha E: Organizace a centra , zabývající se prevencí dětských úrazů v ČR

Národní koordinační centrum prevence úrazů a bezpečnosti pro děti, FN Motol,
Centrum úrazové prevence, UK, 2. LF a FN Motol,
Jihočeská univerzita
Oddělení epidemiologie centra preventivního lékařství 3. LF UK
Centrum dětské traumatologie Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a
FTNsP

Centrum dětské traumatologie Kliniky úrazové chirurgie, ortopedie a traumatologie
FN Brno CDT: FN Brno-včetně celostátního registru úrazů,
Bezpečná komunita (Kroměříž),
Národní síť Zdravých měst ČR - Národní dny bez úrazu, Programy: Na kolo jen
s přílbou, Bezpečná cesta do školy, Pásovec

Ministerstvo zdravotnictví ČR
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
Ministerstvo dopravy ČR
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
Ministerstvo vnitra ČR
Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR

Státní zdravotní ústav
Zdravotní ústavy
Krajské hygienické stanice
Toxikologické informační středisko

Příloha F: Dotazník pro sestry a PLDD (podklad použitý ve výzkumném šetření)

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se zdvořilou žádostí o vyplnění níže uvedeného dotazníku, kterým se snažím získat základní data ke zpracování bakalářské práce s názvem „*Role sestry při prevenci dětských úrazů*“, která mi byla zadána na 2. LF UK, kde studuji v prezenční formě bakalářského studia oboru Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství. V dotazníku prosím označte křížkem variantu odpovědi nebo tvrzení se kterým se ztotožňujete. Za pozornost, kterou budete věnovat vyplnění tohoto dotazníku předem děkuji.

- 1) **Vykonávám následující povolání:**
 - A) Všeobecná sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost
 - B) Praktický lékař pro děti a dorost
- 2) **Uveďte Váš věk prosím.**
 - A) 18 -29 let
 - B) 30-39 let
 - C) 40-49 let
 - D) 50 a více
- 3) **Úroveň Vašeho nejvyššího dosaženého vzdělání:**
 - A) SZŠ s maturitou
 - B) VOŠ
 - C) Bc. nebo Mgr. program pro přípravu všeobecných sester
 - D) Mgr. program pro přípravu lékařů
 - E) Nevyplněno
- 4) **Jste členem/-kou nějaké zdravotnické organizace (např. Červeného kříže)/občanského sdružení?**
 - A) Ano - uveďte prosím název:
 - B) Ne
- 5) **Provádíte prevenci dětských úrazů během preventivních prohlídek?**
 - A) ano pravidelně
 - B) nepravidelně
 - C) Vůbec
- 6) **Pakliže to tak není, tak uveďte prosím co by Vás motivovalo k tomu, abyste tak činil/-a?**
 - A) kvalitní informace
 - B) průprava v edukačních technikách a strategiích
 - C) dostatek času
 - D) ohodnocení prevence úrazů jako lékařského výkonu
 - E) dostatek podpůrných materiálů (letáků a brožur)
 - F) jiné – uveďte prosím co...
- 7) **Nejčastější úrazy dětí jsou dle mého názoru:**
 - A) domácí úrazy
 - B) dopravní úrazy
 - C) sebepoškození
 - D) tonutí
 - E) jiné – uveďte prosím které...
- 8) **Vyhodnocujete úrazovost dle kategorií úrazů?**
 - A) Ano
 - B) Ne

- 9) Zaznamenáváte prevenci úrazů do zdravotnické dokumentace?**
A) Ano B) Ne
- 10) Pokud prevenci provádíte, tak uveďte prosím kolik času věnujete prevenci úrazů u dětí?**
A) do 10 min
B) 10 – 20 min
C) 20 – 30 min
D) 30 – 40 min
E) 40 a více min
- 11) Seznámil/-a jsem se s metodikou MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů.**
A) Ano – metodice MZ ČR o provádění prevence dětských úrazů rozumím
B) uvedené metodice rozumím jen částečně
C) metodice nerozumím
D) metodiku jsem nečetl/-a
- 12) Víte o čem přesně informovat rodiče?**
A) Ano B) Ne
- 13) Má Vaše pracoviště dostatek materiálů k provádění prevence dětských úrazů?**
A) je dostatek materiálů a jsou vhodné
B) je dostatek materiálů a nejsou příliš vhodné
C) jsou optimálně zpracované, ale je jich málo
D) Není dostatek materiálů
- 14) Jak má vypadat/jaký typ ideálního podpůrného materiálu k provádění prevence byste zvolily?**
A) Videonahrávka
B) Audionahrávka
C) Tištěný leták/plakát
D) Kalendář
E) Místo pro Váš návrh - ...
- 15) Chtěli byste k prevenci dětských úrazů obdržet podklady?**
A) Ano
B) Ne
- 16) Umožňuje Vaše pracoviště akce pořádané jinými organizacemi, zaměřené na prevenci dětských úrazů?**
A) Ano - uveďte prosím jaké ...
B) Ne
- 17) Přáli byste si účastnit se kurzu zaměřeného na provádění prevence dětských úrazů?**
A) ano
B) ne

Děkuji mockrát za ochotu vyplnit dotazník a přeji krásný den

S pozdravy

Peter Šremer - student 2. ročníku - Ošetrovatelství 2. LF UK