

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Psychosociální dopady úrazů u dětí

bakalářská práce

Autor práce: Monika Dudová

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé
a seniory

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lubomír Kukla, CSc. - KKL

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Abstrakt

Úrazy jsou v současnosti celospolečenským problémem dotýkajícím se všech věkových skupin obyvatelstva. U dětí jsou úrazy dokonce na prvním místě příčin úmrtnosti.

V ČR jsou úrazy hlavní příčinou úmrtí, hospitalizace a invalidizace dětí starších 1 roku a představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém.

Nejčastější příčinou smrtelného poranění dětí ve věku 0–19 let v ČR jsou dopravní úrazy, úmyslné sebepoškození a tonutí. Dopravní úrazy patří dlouhodobě mezi nejzávažnější úrazy dětí ve věku 0–19 let, nejčastěji se děti zraní doma a v okolí domova, při sportu a ve škole. Chlapci umírají významně častěji na úrazy než dívky.

Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku osob se zdravotním postižením, vymezuje pojem rodina, těžká životní situace.

Cílem práce bylo zjistit vliv získaného tělesného postižení u dětí na jejich život jejich rodinu a současně zjistit míru a úroveň informovanosti dětí a jejich rodin o možnostech následné péče. Práce též poukazuje na nedostatky a návaznosti v léčebně - terapeutickém procesu a nepropojenosti jednotlivých složek ucelené rehabilitace v praxi.

Výzkumná část je zpracována kvalitativně. Zaměřuje se na pět dětí se získaným tělesným postižením a jejich rodiny. Stěžejní část tvoří analýza polostrukturovaných rozhovorů s dětmi a jejich rodinnými příslušníky.

Abstract

Accidents are widespread society problem concerning all age groups of population at present. In children, they are even the main cause of mortality.

Injury is the main cause of death, hospitalization and disability in children over 1 year of age in the Czech Republic and it represents a serious health, economic and social problem. Traffic accidents, intentional self-harm and drowning are the leading causes of fatal injuries among children aged 0–19 years in the Czech Republic. Traffic accidents cause the most serious long-term injuries of children aged 0–19 years. Most child injuries happen at home, nearhome, in school, and while playing sports. Injury mortality rates among boys are significantly higher than among girls.

Abstract part focuses on person characteristic with handicap, explains term Family, Difficult life-time situation.

It aims at evaluating the impact of acquired physical disabilities on children's lives and their families, and also on the awareness of patients and their families about subsequent care options. Furthermore, the thesis calls attention to gaps and sequencing in the healing and therapeutic process and insufficient interaction among individual components of complex rehabilitation in practice.

The empirical section, which uses qualitative research methods, focuses on the sample consisting of five children with acquired physical disabilities and their families. The core of this section includes analysis of semi-structured interviews with children and their family members.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

(Monika Dudová)

Ráda bych na tomto místě vyjádřila poděkování vedoucímu mé práce doc. MUDr. Lubomíru Kuklovi, CSc. – KKL za odborné vedené mé práce a za cenné rady a připomínky. Velký dík patří také mé rodině, dětem a mým přátelům za veškerou podporu a pomoc, kterou mi v době studia s velikou trpělivostí poskytovali. Mají velký podíl na tom, že mám nyní možnost obhajovat zde tuto práci. Nesmím, a ani nechci zapomenout na ostatní, proto říkám: „Děkuji Vám všem“.

OBSAH:

Úvod	9
1. Současný stav	11
1.1 Definice úrazu	12
1.2 Dělení úrazů	13
1.2.1 Úmyslné a neúmyslné	13
1.2.2 Místo vzniku úrazů	14
1.3 Klasifikace úrazů	14
1.3.1 Pády	14
1.3.2 Otravy	15
1.3.3 Dopravní nehody	16
1.3.4 Tepelná poranění	17
1.3.5 Poranění zvířaty	18
1.3.6 Tonutí	19
1.4 Rizikové faktory úrazů	20
1.4.1 Věk a pohlaví dítěte	20
1.4.2 Socioekonomický status rodiny a faktory ovlivňující vznik úrazů	22
2. Životní situace dětí po úrazech	24
2.1 Vlastnosti, které ovlivňují interakci dětí s okolím	24
2.1.1 Psychický stav	24

2.1.2	Ekonomická situace rodiny	25
2.1.3	Sociální izolovanost	29
2.2	Podpora, kterou subjekty dětem v sociálním prostředí poskytují.....	30
2.2.1	Sociální podpora	31
2.2.2	Reakce rodiny a okolí, vyrovnání se v běžném životě s různými omezeními ..	32
2.2.3	Dostupnost odborné sociální a psychologické pomoci	34
2.2.4	Informovanost rodičů o možnostech vhodného systému ucelené rehabilitace ..	38
3.	Metodika výzkumu	40
3.1	Cíle výzkumu a výzkumná otázka	40
3.2	Použité postupy	40
3.2.1	Polostrukturovaný řízený rozhovor	40
4.	Výsledky šetření	42
4.1	Zpracování výzkumného šetření – kazuistiky	42
5.	Diskuze	47
6.	Závěr	51
7.	Seznam použitých zdrojů	55
8.	Klíčová slova	59
9.	Přílohy	60

Seznam použitých zkratk

ČR - Česká republika

PTSD - posttraumatic stress disorder - posttraumatický syndrom

ZP – zdravotní postižení

FN – fakultní nemocnice

RESP – respondent

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

ÚVOD

*„Jen díky Bohu se můžeš usmát skrz slzy,
nést svůj úděl dál, když jsi to už málem vzdal,
modlit se, když jsi se slovy v koncích,
milovat, když máš mnohokrát zlomené srdce,
sedět tiše, když se ti chce lomit rukama v zoufalství,
mít porozumění, když nic nedává smysl,
poslouchat, ač bys raději neslyšel,
sdílet své pocity s ostatními, neboť sdílením ulehčíš své břímě.*

(Brian Cavanaugh)

Kolik z nás si uvědomí, že stačí jen minuta nepozornosti a neopatrnosti a náš život se může vlivem úrazů jednou provždy změnit? U lehčího úrazu nemusí být vždy následky poranění vážné, ale jsou i situace, kdy úraz vede ke změně osobnosti, sociální izolaci, psychickým změnám a trvalé invaliditě. Každý z rodinných příslušníků může odlišně zvládat a vyrovnávat se s psychickou, fyzickou, sociální a finanční zátěží, kterou poškození následkem úrazu u dítěte přináší. Je proto třeba věnovat pozornost potřebám rodinných příslušníků, protože ti mohou kvalitně pečovat o svého blízkého pouze za předpokladu, že je věnována dostatečná pozornost jejich potřebám a mají pro péči vytvořeny odpovídající podmínky.

Laičtí pečovatelé prožívají nejrůznější pocity. Vztah ke členovi rodiny a uspokojení, který vyplývá z neustálé snahy mu pomáhat, se může doplňovat s pocity nervozity ze ztráty soukromí, ztráty duševní rovnováhy. Je důležité, jak se k tomu postaví rodina a nejbližší příbuzní, vše záleží na momentální situaci a vztazích mezi lidmi. Pokud je člověk v rodině podporován, jeho zvládnutí neočekávané události je snadnější.

Těžký úraz s sebou přináší negativní následky pro dítě, jeho rodinu a v neposlední řadě pro celou společnost. Zraněné dítě trpí bolestí fyzickou i psychickou,

nese s sebou trvalé následky a komplikace do dalšího života. Trvalé následky jsou spojené s horším uplatněním ve společnosti. Rodiče dítěte strádají po psychické stránce a musí se vypořádat se zvýšenými náklady. A náklady pro společnost? Veškeré náklady spojené s léčbou úrazů dětí se v ČR odhadují na 10 – 15 miliard ročně.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Současný stav

Úrazy patří k nejdůležitějším problémům veřejného zdravotnictví. Podle dostupných statistických údajů ročně více než pět milionů lidí na zemi na následky úrazů umírá. V současné době se této problematice věnuje zvýšená pozornost. Úrazy jsou největším nepřítelem a zároveň i nejčastější příčinou úmrtí dětí a mladé populace. Jsou tedy jedním z nejdůležitějších problémů pediatrie vůbec. Každý úraz má své příčiny a nestává se náhodou. Předchází mu často riziková situace, kterou můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Podle mého názoru je velká část úrazů dětí způsobená podceňováním rizik, která na dítě v jeho okolí číhají. V České republice se stane nehoda nebo úraz dítěte každou jednu minutu, na následky úrazů pak u nás zemře dvaapůlkrát více dětí než například ve Švédsku. Radíme se tak mezi státy s vysokou úrazovostí a úmrtností v dětském věku¹.

Náklady vynaložené na léčbu dětských úrazů nejsou detailněji vyčísleny, ale odhady uvádějí 10 miliard korun ročně.²

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) podává aktuální informace o počtu ošetřených dětí a mladistvých s úrazem v roce 2009 na chirurgických ambulancích rozdělených do tří věkových kategorií (0-14 let, 15-19 let a 20 let a více). Počet ošetřených ve věkové kategorii 0-14 je 321 498 úrazů (216 na 1 000 dětí ve věku 0-14 let). Ve věkové kategorii 15-19 let bylo zaznamenáno 204 305 úrazů (326 úrazů na 1 000 dětí ve věku 15-19 let). Kategorie 20 let a více zaznamenává 1 115 172 úrazů (tj. 133 úrazů na 1 000 obyvatel dané věkové kategorie).³

ÚZIS sleduje a zpracovává vývoj úrazovosti dětí na základě výkazů o činnosti ambulantních zdravotnických zařízení. Poslední informace z evidence Národního registru hospitalizovaných a statistiky příčin smrti je do roku 2006.

¹ BRICHTOVÁ, E. *Kraniocerebrální poranění v dětském věku*, 2008, str. 16

² SEDLÁK, M., GRIVNA, M., ČÍHALOVÁ, J. *Na kolo jen s přílbou. Pediatrie pro praxi*, 2007. č. 2, str. 122

³ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Aktuální informace 2010, č. 29 [online], str. 2-3

V České republice mají na svědomí ročně cca 65 dětských životů a 3000 s trvalým postižením.

Rodiny s dětmi po úrazech nejsou dostatečně informovány o jednotlivých složkách systému ucelené rehabilitace, které mohou k integraci svého dítěte využít. Rodina je vystavena nové situaci, která pro ni může být velmi obtížná a mnohem těžší, než bezprostředně po úrazu dítěte předpokládali. Ve své bakalářské práci se zabývám úrazy v dětském věku a psychosociálními dopady úrazů u dětí. Objektem práce jsou děti, které jsou vystaveny riziku úrazu. Cílem mé práce bylo zjistit, jak se děti a jejich rodiny vyrovnávají v běžném životě s různými omezeními, která úrazy dítěti způsobují. Zjistit, jaká je informovanost rodičů o možnostech uceleného systému rehabilitace jejich dítěte po úraze.

V teoretické části popisují jednotlivé úrazy, se kterými se můžeme u dětské populace setkat. V praktické části pak vyhodnocuji data, která jsem získala polostrukturovaným řízeným rozhovorem v rodinách jednotlivých dětí.

1.1 Definice úrazu

Úraz je tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil. Jsou to nenadálé situace, v jejichž důsledku dojde k výraznému zhoršení zdravotního stavu jedince.⁴

Úrazy vznikají spolupůsobením čtyř faktorů:

- **Hostitel**, tedy dítě, které má řadu vlastností, které jej predisponují k určitým druhům úrazů. Stupeň psychomotorického vývoje zásadním způsobem ovlivňuje riziko úrazu. V různých věkových skupinách se setkáváme s typickými úrazy pro dané období. Také sociální statut má vliv na počet i druh úrazů. V sociálně slabších rodinách je např. více popálenin a opaření.

⁴ POKORNÝ, V. *Traumatologie*. Praha: Triton, 2002 str. 19

Příčinou je menší dohled rodičů, nechráněné nebo až nebezpečné prostředí i nedostatečná výchova k bezpečnému chování.

- **Činitel**, tedy energie úraz působící ovlivňuje epidemiologii úrazovosti. Pády jsou nejčastější příčinou úrazu dětí obvykle při výškách od 1 do 2 metrů.
- **Přenašeč**, osoba nebo věc, která svojí silou, přenáší energii anebo zabraňuje přenosu. Příkladem mohou být schody, které jsou rizikové nejen pro batolata, ale i menší děti, pokud spadne osoba, která je nese. Řezné a bodné rány, které vznikají pádem na sklo nebo ostré hrany.
- **Prostředí** zásadním způsobem ovlivňuje úrazovost, ale protože jeho změna je obvykle časově i finančně náročná, bývá často bezpečnost prostředí nahrazována jiným preventivním zásahem, obvykle výchovou k bezpečnému chování a zvládání rizikových situací. U dětí zůstává bezpečné prostředí nejúčinnější ochranou před úrazem.⁵

1.2 DĚLENÍ ÚRAZŮ

1.2.1 Úmyslné a neúmyslné úrazy

Úmyslné – vznikají, když někdo někomu (nebo sobě) úmyslně ublíží. Jedná se převážně o napadení, týrání, vraždy, sebevraždy, sebepoškozování.⁶

Neúmyslné – se podílejí na většině úmrtí v důsledku úrazů. Příkladem neúmyslných úrazů jsou dopravní nehody, utonutí, neúmyslné otravy, pády, apod.

Úrazy jsou preventabilní, **úraz není „náhoda“**. Nejsou náhodným, nekontrolovaným činem osudu. Děj, který k úrazu vedl, nemusí být vždy provázen úrazem. Výraz nehoda vychází z názoru, že úraz je věc náhodná, nevyhnutelná, která se vymyká nějaké kontrole. Zdá se být běžnou součástí života. Dítě se učí opatrnosti

⁵ GRIVNA, M. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: CÚP, 2004

⁶ ČAPKOVÁ, M., TORÁČOVÁ, L. *Go proti úrazům aneb jak chránit své zdraví*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006, str. 5

prostřednictvím bolesti. Ve všech státech panuje shoda v tom, že dětské úrazy by se měly stát prioritním problémem preventivní pediatrické péče. Přesto se jim nedostává pozornosti, jakou si zaslouží.⁷

1.2.2 MÍSTO VZNIKU ÚRAZŮ

Místem nejčastějšího výskytu úrazu je domov, následuje sportovní a školní prostředí. Následky úrazů od lehkých až po smrtelné se měří délkou hospitalizace, stupněm invalidity, léčebnými výdaji a výší odškodnění. Počet a druh úrazů podle místa vzniku jsou více či méně registrovány ve většině zemí. Kritéria a způsoby registrace úrazů v jednotlivých zemích se značně liší, takže možnost objektivního srovnání dat je obtížné.

Podle Úmluvy o právech dítěte patří mezi základní práva dětí právo na zdraví a bezpečné prostředí, prostředí bez úrazů a násilí, také právo dítěte na přístup k informacím, které jsou zaměřeny na blaho a zdraví dítěte.

1.3 KLASIFIKACE ÚRAZŮ

1.3.1 Pády

Pády jsou velmi rizikové pro skupinu dětí od 0 do 4 let. V této věkové kategorii dochází k úrazům především v domácím prostředí. Výskyt poranění lebky a mozku stoupá s narůstajícím věkem dítěte. Starší děti jsou častěji poraněny v souvislosti s dopravní nehodou. Největší úrazovost se vyskytuje ve věkové skupině 15–24 let. Souvislost je dána rizikovým chováním a nástupem dynamičtějšího způsobu života (sporty, doprava – kola, motocykly, automobily a počáteční nezkušenost s řízením).⁸

K úrazům dochází častěji v létě, prázdninovém období nebo o víkendů a více v odpoledních a večerních hodinách. Poranění hlavy je dvakrát častější u chlapců než u dívek a mortalita u chlapců je více než trojnásobná. Na úrazovost dětí má vliv prostředí,

⁷GRIVNA, M. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: CÚP, 2004

⁸SMRČKA, M., SMRČKA, V. et al., *Poranění mozku*, str. 22

čtyřikrát vyšší míra úmrtnosti je evidována v zemích s nízkými kulturně-socioekonomickými podmínkami.⁹

Pády jsou s popáleninami a opařeninami třetí nejčastější příčinou smrtelných úrazů dětí. Jsou také nejčastější příčinou poranění, se kterými se setkávají lékaři v dětských úrazových ambulancích. Hospitalizaci vyžadují obvykle pády z výšek. Nejčastějšími následky pádů jsou krvácející rány, zlomeniny kostí nebo poranění kloubů a otřesy mozku.¹⁰

- Dítě při vyklánění vypadne z okna nebo balkonu.
- Malé dítě spadne ze schodů, z židličky, z kočáru, ze stolu.
- Dítě uklouzne na hladkém povrchu, zakopne o předměty apod.

1.3.2 Otravy

Otrava (intoxikace) je chorobný stav vyvolaný přítomností jedu v organismu. Otrava může být způsobena léky, čisticími prostředky, houbami, jedovatými rostlinami, alkoholem, hadím uštknutím.¹¹

Otravy jsou velmi častou příčinou dětských smrtelných úrazů. Nejrizikovější skupinou jsou děti do 5 let. Převážná část těchto nehod se stává dětem od 1 do 3 let, kdy jsou nejzávažnějším problémem náhodné otravy léky a jinými chemikáliemi. Více než 90 % otrav se stane v domácím prostředí. Otravy mají pro děti často vážné následky z důvodu rychlejšího metabolismu u dětí a menší schopnosti neutralizovat toxické chemikálie.

Ostatní otravy připadají na starší, zejména ve věku nad 10 let, kdy začínají experimenty s drogami a alkoholem a nezhřídka dochází i k sebevražedným pokusům.¹²

⁹ MINISTERSTVO ZDRAVŇICTVÍ ČR, Dětské úrazy v ČR 2008, [online]

¹⁰ FRIŠOVÁ, L., COUFALOVÁ, L., SOUKUPOVÁ, KOSTNER, R., BLAŽEK, J. *Projekt – Dětsví bez úrazu - Úrazy dětí*, str. 17-18

¹¹ ČAPKOVÁ, M., TORÁČOVÁ, L. *Go proti úrazům aneb jak chránit své zdraví*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006, str. 5

¹² FRIŠOVÁ, L., COUFALOVÁ, L., SOUKUPOVÁ, KOSTNER, R., BLAŽEK J. *Projekt – Dětsví bez úrazu - Úrazy dětí*, str. 19

1.3.3 Dopravní nehody

Vážné zranění, které je způsobené dopravní nehodou, postihne každoročně více než 4 000 dětí, přičemž přibližně 40 z nich na následky této nehody umírá. Z lékařských výzkumů v České republice vyplývá, že dopravní úrazy se řadí k nejčastějším příčinám újm na zdraví dětí do 15 let věku.

Nehoda se stane během vteřiny a následky mohou trvat celý život!¹³

Očekává se, že dopravní úrazy zaujmou roku 2020 třetí místo v příčinách smrti nebo invalidity. Mimořádně rizikovou skupinou pro vznik dopravních úrazů jsou děti v prvních ročnících ZŠ. V tomto věku je řada úrazů, které vznikají při přecházení ulice, kdy chlapani bývají postižení trojnásobně častěji nežli děvčata. Předpokládá se, že větší riziko úrazu je u dětí z vícečetných rodin a u dětí osamělých matek. Časté jsou také úrazy dětí – chodců, kdy schopnost dítěte přejít samostatně a bezpečně ulici závisí na možnosti přehlédnout dopravní situaci. Správný odhad vzdálenosti, rychlosti auta, analýzu situace a rozhodnutí se, dítě získává od cca 12 let. Tyto možnosti souvisí také s výškou dítěte a hlavně na výšce očí, ze které sleduje jedoucí automobily. Velkou roli hraje také svalová koordinace. Ovládání svalů je dle zdroje plně vyvinuto až v 7 letech. Děti v předškolním věku jsou mnohdy ovládány emocemi, pozornost je nejistá. To trvá do 8 let věku dítěte.

U dopravních nehod dětí tohoto věku lze, ve srovnání s jinými příčinami úrazu, zjistit vyšší počet poranění hlavy, lebky, hrudníku a dutiny břišní. U dopravních nehod bývá také vyšší výskyt polytraumat a dlouhodobých nebo trvalých následků.

¹³ ČAPKOVÁ, M., TORÁČOVÁ, L. *Go proti úrazům aneb jak chránit své zdraví*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006, str. 6

➤ Úrazy na kole

Velmi nebezpečné úrazy, které vznikají v souvislosti s jízdou na kole. Také i zde jsou častou příčinou úmrtí úrazy hlavy a zároveň i častou příčinou dlouhodobých následků. K nejzávažnějším úrazům dochází při střetu dětského cyklisty s motorovým vozidlem. Úrazy hlavy bývají příčinou 70 – 80 % úmrtí spojených s jízdou na kole. Podle statistik přilby zabrání 85 % úrazů hlavy a 88 % případů poranění mozku.¹⁴

1.3.4 Tepelná poranění

Dětské oběti popáleninového úrazu se dělí do několika skupin:

- oběť vlastní činnosti (hra se zápalkami, svrnutí nádoby s horkou vodou na sebe)
- dítě jako nevinný divák (požár zaviněný jinou osobou, např. neúmyslné opaření druhou osobou)
- úmyslné týrání (úmyslné sprchování dítěte horkou vodou, popálení cigaretou, žehličkou, atd.)
- jako oběť předchozí choroby (např. epileptický záchvat)

Mezi velmi rizikovou skupinu vzniku těchto úrazů jsou řazeny děti od narození do 3 let. V této věkové kategorii, zejména mezi 1. a 2. rokem života převládají opaření různého stupně závažnosti s vysokou úmrtností. Dítě do 9. měsíce věku je obvykle opařeno druhou osobou. Pro jednoleté a starší dítě je typická zvědavost a pohyblivost, což má často za následek, že tyto děti na sebe strhávají z odkládacích ploch hrnky, talíře, hrnce a také se často stává, že děti padají do nádob s vřelou tekutinou, vaniček s horkou vodou ke koupeli, apod. U dětí nad 5 let ubývá opaření, ale přibývá popálenin z hořícího oděvu. Jedná se převážně o chlapce této věkové

¹⁴ TOŠOVSKÝ, V. *Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže*. Praha: Alfa – omega, 2006, str. 109-111

kategorie, a to např. při hrách se zápalkami, vysoce hořlavými a výbušnými látkami. Je tedy zřejmé, že domácnost jako místo popáleninového úrazu je u dětí jednoznačně na prvním místě. Představuje 78,5 % všech hospitalizovaných pacientů. Nejrizikovějším místem z hlediska těchto úrazů je v domácnosti kuchyň.

Úrazy elektrickým proudem také doprovázejí celý dětský věk. U dětí do pěti let převládá úraz nízkým napětím v domácnostech z elektrických spotřebičů a zásuvek. Starší děti jsou často poraněny vysokým a velmi vysokým napětím z nezajištěných trafostanic, z lezení na stožáry vysokého napětí, střechy železničních vagónů apod.

Tepelná poranění dětí vedou často k hospitalizaci a přímé finanční náklady spojené s léčbou popáleného dětského pacienta jsou výrazně vyšší než u jiných typů úrazů. V České republice máme specializovaná Centra popáleninové medicíny např. v Praze, Brně a Ostravě.¹⁵

Velmi často tyto úrazy zanechávají nejen fyzické postižení, to znamená jizvy na těle, deformované postižené oblasti těla apod., ale i psychické trauma z proběhlého zážitku při popálení a také z jizev, které na těle zůstávají.

1.3.5 Poranění zvířaty

Největší podíl ze všech úrazů způsobených dítěti zvířetem, jsou pokousání či poranění způsobená psem, následují úrazy a poranění způsobená kočkou a jiným doma chovaným zvířetem (hlodavci, ještěři, králíci apod.). Obětí jsou děti mladší 10 let. Převážná většina případů na děti, které byly napadeny doma chovanými zvířaty. Jednotlivá zranění mohou vést až k vážným infekčním komplikacím (tetanus, vzteklna), k motorickým deformacím pohybového aparátu, k vážným kosmetickým poruchám, k poškození vnitřních orgánů až ke smrti. Úrazy často souvisejí s nedorozuměním a nepochopením řady signálů, které agresivnímu chování psa předcházejí. V případě dítěte se riziko vážnějších poranění zvyšuje. Je pravděpodobné, že dítě se nedokáže zachovat při setkání se zvířetem žádoucím a odpovídajícím

¹⁵ ČELKO, A. *Dětské úrazy a popáleniny: Nemocniční studie případů dětských pacientů hospitalizovaných s popáleninovým úrazem*. Praha: Galén, 2002, str. 14 - 20

způsobem, které sníží riziko ohrožení jeho zdraví. Rizikové chování zvířete je možné minimalizovat výchovou a vedením zvířete, ale také důslednou výchovou dětí.¹⁶

1.3.6 Tonutí

Tonutí lze charakterizovat jako nehodu v souvislosti s potopením se.

- 1) Nejrizikovější skupinou možného tonutí jsou batolata. Nejčastějším místem tonutí batolat jsou domácí bazény v důsledku nedostatečného či zcela chybějícího dozoru, kdy dítě do bazénů či různých zahradních nádrží, studny, vany, padá.¹⁷
- 2) Výsledky tonutí v bazénech jsou alarmující v souvislosti s trendem vzrůstajícího počtu bazénů pořizovaných v domácím prostředí. Údaj o tonutí v bazénech je sledován např. v USA, kde je tento mechanismus utonutí u dětí jedním z nejčastějších. V bazénu přímo u vlastního domu utone 50 % dětí ve věku od 0 do 4 let. Výsledky v České republice ukázaly také vysoké procento tonutí dětí v bazénech.¹⁸

¹⁶ TOŠOVSKÝ, V. *Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže*. Praha: Alfa – omega, 2006, str. 131 - 138

¹⁷ ČAPKOVÁ, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Utonutí a zranění související s vodou. Zdravotně sociální problematika*. Triton, Praha, 2005, str. 54

¹⁸ ČAPKOVÁ, M. *Prevence tonutí a utonutí dětí, dospělých a seniorů*. Prevence úrazů, otrav a násilí. 2/ 1, 2006.

1. 4 RIZIKOVÉ FAKTORY ÚRAZŮ

Incidence zranění se řídí *věkem dítěte*. V prvním roce života představují popáleniny a opařeniny více než pětinu všech zranění. Místem zranění těchto malých dětí je převážně domácí prostředí.

Z hlediska aktivit hrozí batolatům a kojencům nejvíce pády. U dvouletých děvčat představují pády více než třetinu všech úrazů a u dvouletých chlapců tvoří až 40 % všech úrazů. S věkem dítěte počet zranění způsobených v domácím prostředí ubývá.

Další úrazy vznikají také při hře bez dozoru anebo hře s jiným dítětem či jinou osobou. Nejvyšší procento násilných zranění lze zaznamenat u pětiletých dětí. Zde i s věkem dítěte počet násilných zranění narůstá. Jednou ze skupin úrazů souvisejících s věkem dítěte, jsou zlomeniny, které postihují děti předškolního věku. Poměrně často se jedná o chlapce. Zcela specifickou kategorií představují úrazy dopravní.¹⁹

1.4.1 Věk a pohlaví dítěte

Ve třech letech má dítě ostrost vidění již na úrovni dospělého člověka. Později se vyvíjí hloubkové vidění, a to až do desátého roku věku (v tom spočívá příčina vysokého počtu chybných odhadů vzdálenosti). Dítě považuje velké dopravní prostředky za bližší a malé za vzdálenější. Děti předškolního věku také neumějí bezpečně odlišit jedoucí auto od stojícího.

Reakční doba u dítěte je významně prodloužená. U pětiletého dítěte je rovna dvojnásobku reakční doby dospělého. U děvčat je tato doba ještě o něco delší. Vyvíjí se také koordinace vjemu a motorické reakce – rovně běžící dítě se dívá pouze dopředu a nevnímá nebezpečí ze stran. V průběhu dětství se zdokonalují funkce smyslů tím, že jsou jemnější a také tím, že se vzájemně doplňují, např. hmat se zrakem a zrak se sluchem. Schopnost odlišit vedlejší zvuky v předškolním věku je jen málo rozvinutá.

¹⁹ TOŠOVSKÝ, V. *Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže*. Praha: Alfa – omega, 2006, str. 152 - 155

Malé děti si již známé zvuky neuvědomují, nejdůležitější je hlas matky, který bezpečně rozeznávají. V období docházky do MŠ vnímá dítě běžně signál jen ve 30 % ze strany a zezadu jsou posuzovány chybně.

Těžiště těla je v dětství umístěno výrazně výše než u dospělého, a proto dítě snadněji ztrácí rovnováhu a padá.

Vědomí rizika pochází poměrně často z vlastních zkušeností, předvídání nebezpečí se začíná vyvíjet kolem osmého roku života. Nedostatečná opatrnost a předvídání rizik se vyskytují mnohem častěji u dětí mladistvých trpící hyperaktivitou – děti jsou více aktivní a nepozorné.²⁰

Péče o úrazy

Speciálně sledovanou částí činnosti chirurgických ambulancí je péče o úrazy. V roce 2010 bylo na chirurgiích ošetřeno celkem 1 661 721 úrazů (přesně počet prvních ošetření pro úraz). V porovnání s rokem předchozím došlo k nárůstu o 1,3 %, v přepočtu na obyvatele byl nárůst o necelé 1 % (tj. 156 ošetřených úrazů na 1 tisíc obyvatel v roce 2009 a 158 úrazů v roce 2010).

Ve věkové skupině 0–14 let bylo ošetřeno 301 800 úrazů, což představovalo meziroční pokles o 16 %, v přepočtu na 1 tisíc obyvatel potom pokles o 7 % oproti roku 2009 (tj. pokles z 216 úrazů na 1 tisíc dětí v roce 2009 na 200 úrazů v roce 2010). Z hlediska druhu úrazu, pomineme-li „úrazy ostatní“ (31 %), bylo nejvíce ošetřených úrazů sportovních (26 %), následovaly úrazy domácí a v dalších obytných institucích (20 %), úrazy školní (17 %) a dopravní (6 %). Pokles dětské ambulanci úrazovosti do 15 ti let je jistě pozitivní trend. V další věkové skupině, skupině adolescentů (15–19 let), bylo zaznamenáno 239 574 úrazů (tj. 400 úrazů na 1 tisíc obyvatel ve věku 15–19 let). To představovalo nárůst v absolutním počtu úrazů i v přepočtu na obyvatele o 17 %, respektive o 23 %. Tento vyšší nárůst je ale pravděpodobně ovlivněn změnou metodiky ve sběru dat za úrazy na chirurgickém výkaze za poslední 2 roky. Věková skupina

²⁰ GRIVNA, M. a kolektiv, *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003.

mladistvých byla na výkaz zavedena teprve v roce 2009 a je velmi pravděpodobné, že právě v prvním roce sběru, v roce 2009, byly úrazy adolescentů částečně vykazovány v kategorii dospělých osob. V této skupině byly v roce 2010 nejčetnější úrazy sportovní (29 %), následovaly „úrazy ostatní“ (28 %), úrazy domácí a v jiných obytných institucích (19 %), úrazy školní/pracovní (16 %) a dopravní (9 %). V porovnání s dětmi byly tedy ve struktuře úrazů adolescentů relativně více zastoupeny úrazy sportovní a dopravní a relativně méně úrazy domácí a školní.²¹

1.4.2 Socioekonomický status rodiny a faktory ovlivňující vznik úrazu

Rodičovská péče hraje zásadní roli ve výchově dětí společně se zabezpečením jejich materiálních, psychických i sociálních potřeb. O problematiku úrazů se rodiče často zajímají až poté, co jejich dítě úraz utrpí. Většina dětských úrazů se stává v domácím prostředí, které se přitom však dá upravit tak, aby bylo pro dítě co nejbezpečnější.

Mnoho studií popisuje existující asociace mezi nízkým příjmem rodiny a zvýšeným rizikem úrazu. Vzhledem k pokračujícímu rozšiřování sociální struktury společnosti je možné předvídat, že i v ČR se bude zvětšovat tato riziková skupina dětí. Mění se současná struktura rodiny, přibývá dětí, které jsou vychovávány pouze jedním rodičem, často i v horších sociálně-ekonomických podmínkách. Všechny tyto změny mají vliv na dětskou úrazovost i možnosti prevence. Horší sociálně-ekonomické podmínky mohou ovlivnit úrazovost prostřednictvím ztížených životních podmínek: bydlení v nekvalitních a neudržovaných prostorech, hustý dopravní provoz v blízkém okolí bydliště, méně bezpečný prostor na hraní, nedostatek finančních prostředků na nákup ochranných pomůcek a financování různých kurzů, např. plavání, používání starších elektrických spotřebičů v domácnosti.²²

Sociální statut rodiny má tedy vliv na počet i druh nejrůznějších úrazů. V sociálně slabších rodinách je více popálenin a opaření, utonutí a úrazů dětí chodců.

²¹ ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 35/2011 strana 2

²² GRIVNA, M., ČELKO, A. M., BENEŠOVÁ, V. *Perspektiva v prevenci dětských úrazů v České republice*, Československá pediatrie, 2006. roč. 61, č. 6, str. 374 - 378

Příčinou je menší dohled rodičů, nechráněné nebo nebezpečné prostředí, taktéž nedostatečná výchova k bezpečnému chování. K většině úrazů by vůbec nemuselo docházet, pokud by si rodiče uvědomovali, že k nim dojít může. Více úrazů je i v rodinách s vysokou mírou stresu. Zde má u menších dětí vliv hlavně temperament matky, u větších pak chování samotného dítěte. Dospívající děti s tzv. rizikovým syndromem jsou také významně více ohroženy úrazy. Syndrom rizikového chování zahrnuje delikvenci, konzumaci alkoholu a drog, gamblerství a časně zahájení sexuálního života. Patří zde i k rizikovým faktorům rychlá a riskantní jízda a nepoužívání bezpečnostních pásů, nadměrný počet hodin strávených u počítače, nezdravý způsob stravování, který někdy hraničí až s poruchami příjmu potravy.²³

Touha rodiče zůstat s dítětem v těžkém období po úrazu v nemocnici a časová náročnost následného domácího ošetřování může způsobit ztrátu zaměstnání rodiče a následně potom vede ke zhoršení ekonomického statusu rodiny.

²³ GRIVNA, M. a kolektiv, *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003.

2 ŽIVOTNÍ SITUACE DĚTÍ PO ÚRAZECH

2.1 Vlastnosti, které ovlivňují interakci dětí s okolím

2.1.1 Psychický stav

Úraz není jen traumatem fyzickým, ale i psychickým. V jeho souvislosti jsou tyto potíže dobře viděny v několika fázích.

Během několika prvních hodin, bezprostředně ihned po úrazu je největší pozornost věnována záchraně lidského života a zajištění takového stavu, aby byly somatické následky úrazu co nejmenší. Nejčastějším psychickým a psychiatrickým symptomem je úzkost (postraumatický stresový syndrom), depresivní stavy, poruchy spánku, behaviorální regrese.

Druhá fáze je akutní fáze a bývá obdobím, kdy byl boj o život vyhrán a kdy na pacienta čeká, aby si uvědomil, co se doopravdy stalo a také „sčítání ztrát“. Tyto možné ztráty mohou představovat trvalou ztrátu některých fyzických funkcí či dovedností a v důsledku toho pak např. ztrátu dosavadního vzhledu, fyzické aktivity, atraktivity, sociálních možností apod. Z důvodu změněného vzhledu může prožívat i ztrátu dosavadní identity.

Poslední fáze rehabilitační a rekonstrukční, přináší pacientovi nutnost přijít do styku s okolním světem. Během této fáze začíná pacient a rodina vyjadřovat svoje očekávání, která se týkají obtíží doprovázejících navrácení se do každodenního života.

Zmíním se zde alespoň o některých potížích:

- Dítě často zažívá při samotném úrazu psychický šok, v jehož důsledku může trpět posttraumatickým syndromem (posttraumatic stress disorder – PTSD), který je důsledkem traumatické zkušenosti. PTSD je úzkostná porucha, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události. Takovou traumatickou událostí může být autohavárie, popáleniny, tonutí, pády apod. Traumatická

událost je znovuprožívána, děti si vybavují události ve formě představ, myšlenek nebo vjemů (u malých dětí se může opakovaně vyskytnout způsob hry, který znázorňuje téma nebo některé aspekty traumatu).

- Rodiče, příbuzní a známí a se snaží o traumatické události před dítětem nemluvit. Tímto způsobem se snaží docílit u dítěte, aby zapomnělo na to, co se stalo a s touto neočekávanou situací se vyrovnalo. Sami se tak vyhýbají konfrontaci s vlastní bolestí a s pocity viny. Často se pak stává, že dítě o svých starostech a trápení nemluví a o to více pak mohou být intenzivnější jeho myšlenky na děsivý zážitek.

Mohou se přidružit i různé somatopsychické obtíže. Nejtěžší reakce vykazují děti, které byly od vlastní rodiny odloučeny nebo byly svědky smrti někoho blízkého.²⁴

2.1.2 EKONOMICKÁ SITUACE RODINY

Péče o dítě, které utrpělo úraz, obzvláště v případě, kdy se jedná o těžší úraz, může být velmi finančně nákladná a pro rodinu zatěžující. Rodiče, kteří využijí možnosti zůstat s dítětem v nemocnici, se pak mohou setkat s nepochopením ve svém zaměstnání. Tato vzniklá sociální situace pak může mít za následek rozvázání pracovního poměru a následně tím snížení příjmů, které v rodinném rozpočtu chybí. V případě, že rodiči vyjdou v zaměstnání vstříc a uvolní jej po dobu hospitalizace, po tuto dobu rodič pobírá nemocenské dávky.

Na tento pobyt se pohlíží z hlediska zákona 48/1997 Sb. (§25) jako na ústavní ošetřování. Zákon říká, že, je-li při hospitalizaci pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče nutná celodenní přítomnost průvodce vzhledem:

- a) ke zdravotnímu stavu pojištěnce nebo
- b) k nutnosti zaškolení průvodce pojištěnce v ošetřování a léčebné rehabilitaci doprovázeného pojištěnce, je pobyt průvodce pojištěnce do dovršení šestého roku věku

²⁴ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999.

doprovázeného pojištěnce včetně hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let je hrazenou službou jen se souhlasem revizního lékaře.

Pobyt průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn doprovázený pojištěnec.

Umožnění trávení pobytu v nemocnici rodiči s dítětem má veliký vliv na jeho léčení a předcházení posttraumatickému syndromu.

Musí-li tedy být dítě hospitalizováno, je to zatěžkávací zkouška pro celou rodinu. Tento pobyt je možné zpříjemnit a usnadnit nejen přítomností rodičů, ale dnes je možnost i nemocničních klaunů, herních terapeutů a při delších pobytech také klinických psychologů.

Děti v nemocnici mají kromě práva na péči poskytovanou kvalifikovaným a odborně zdatným personálem právo na:

- přítomnost svých rodičů
- zákroky prováděné bez bolesti
- informace, které budou pro ně srozumitelné
- podílení se na spolurozhodování o poskytované péči
- příležitosti ke hře a vzdělávání
- kontakt se svými vrstevníky, kamarády
- prostředí, ve kterém se budou cítit dobře, klidně

Dalším aspektem může být také skutečnost, že díky finanční nedostatečnosti se mohou rodiče rozhodnout dítěti neposkytnout veškerou dostupnou léčbu, což dítěti může výrazně zkomplikovat jeho reintegraci.

Dávky pro osoby se zdravotním postižením dle nového zákona č. 329/2011 Sb.

Přijetím nového zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek pro osoby se zdravotním postižením dochází ke zrušení stávajících právních předpisů, podle kterých se dávky pro osoby se zdravotním postižením poskytují, tj. především zákona č. 100/1988 Sb.,

o sociálním zabezpečení a jeho prováděcí vyhlášky č. 182/1991 Sb., včetně souvisejících předpisů.

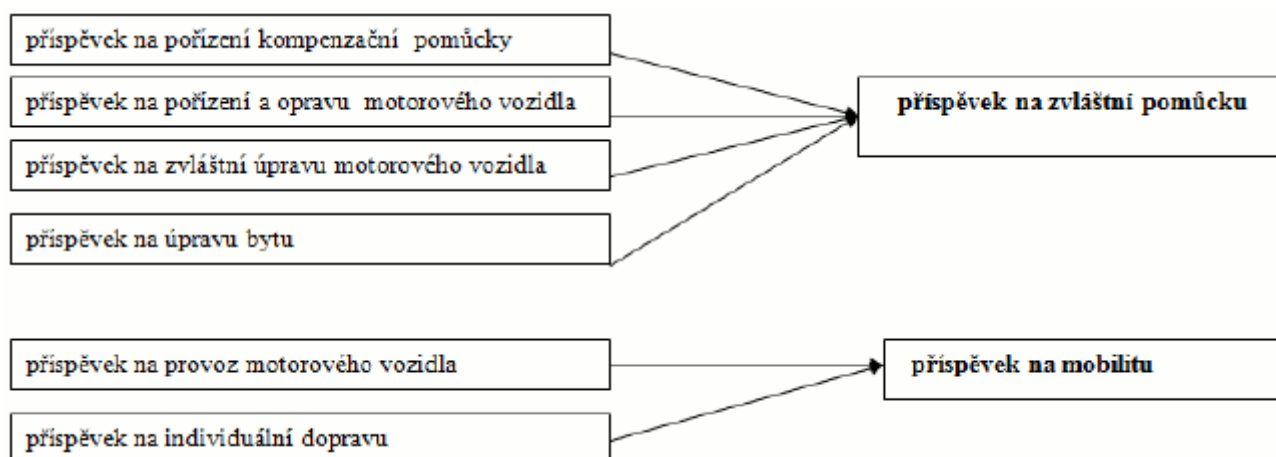
Nové dávky, o které lze žádat od 1. 1. 2012:

- příspěvek na mobilitu
- příspěvek na zvláštní pomůcky

Žádost o dávky se podává na kontaktním pracovišti Úřadu práce. Dávky vyplácí Úřad práce ČR.

Transformace dávek sociální péče poskytovaných dle zákona sociálního zabezpečení do nového systému dávek pro osoby zdravotně postižené od 1. 1. 2012 je zřejmá z níže uvedeného grafu.

- tj. příspěvek na pořízení kompenzační pomůcky, příspěvek na pořízení a opravu motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na úpravu bytu do příspěvku na zvláštní pomůcky
- příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na individuální dopravu do příspěvku na mobilitu



Nové dávky pro osoby se zdravotním postižením:

Žádost o příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcky se podává u příslušného kontaktního pracoviště krajské pobočky Úřadu práce ČR na předepsaném tiskopise MPSV. Žádost lze uplatnit i na pomůcku, která již byla zakoupena, a to max. do 12 měsíců od jejího pořízení.

a) Příspěvek na mobilitu

Nárok má osoba

- starší 1 roku,
- která nezvládá základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace,
- opakovaně se dopravuje nebo je dopravována,
- nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.

Uvedené podmínky musí být splněny po celý kalendářní měsíc s výjimkou opakovaného dopravování, které se prokazuje čestným prohlášením.

Výše příspěvku činí 400 Kč měsíčně.

Posuzování zdravotního stavu se provádí shodně jako pro příspěvek na péči u dvou oblastí základních potřeb, orientace a mobilita.

b) Příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky

Nárok má

- zdravotně postižená osoba, která má:
 - těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí
 - těžké sluchové postižení
 - těžké zrakové postižení

Zdravotní stav u pomůcek posuzuje jako u příspěvku na péči příslušná OSSZ a druh zdravotního postižení je uveden v příloze zákona.

- osoba starší
 - 3 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla nebo na úpravu bytu,
 - 15 let, je-li tento příspěvek poskytován na pořízení vodícího psa,
 - 1 roku v ostatních případech.
- osoba využívající příspěvek k zajištění
 - sebeobsluhy,
 - realizace pracovního uplatnění,
 - přípravy na budoucí povolání, získávání informací,
 - vzdělávání,
 - styk s okolím.

2.1.3 Sociální izolovanost

Úrazy a jejich následky snižují kvalitu života nejenom tím, že způsobují bolest, ale zapříčiňují také poruchy motorických i kognitivních funkcí. Zranění mozku může vést k problémům s pamětí, učením a poklesu výkonnosti ve škole. Úsilí, které rodiče věnují dítěti s postižením, může ovlivnit péči a pozornost o sourozence i o životního partnera a nezřídka dochází k rozpadu rodiny. Reakce dítěte na dopady úrazu a přijetí možného postižení je výrazně ovlivněno věkem dítěte. U malých dětí se často setkáváme s hostilitou vůči rodičům. Malé děti považují své rodiče za všemocné a svoji nemoc vnímají jako jejich selhání. Otevřeně také projevují svůj strach, což může být pro rodiče velmi stresující. V případě, že s nimi rodiče na téma jejich zdravotního stavu nechtějí otevřeně mluvit, snaží se tyto děti vyčíst pravdu z tváří doktorů i rodičů.²⁵

Kübler-Rossová (2003) upozorňuje na to, že zatajování a přetvařování se před nemocným dítětem není tím ideálním řešením. Místo toho radí rodičům, aby své obavy

²⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. 2000.

a smutek před svým dítětem přiznali. To, že dítě s rodiči sdílí jejich smutek, je podle ní vhodnější, než kdyby se trápilo pocity viny za to, že je příčinou všech starostí. Mohlo by tak docházet k izolovanosti dítěte a uzavírání se do sebe.²⁶

Postižení získané z příčiny úrazu ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince, ale subjektivně není v raném věku u menších dětí tak traumatizující jako u dětí věku staršího. Postižení, které vzniklo následkem úrazu, představuje větší psychické trauma, jelikož jedinec ví, co ztratil. Z objektivního hlediska je tento stav výhodnější, jelikož se člověk po určité době vyvíjel a prožíval každodenní činnosti normálně, osvojil si mnohé kompetence, pohyb a orientaci v prostředí. V porovnání s kontaktem s člověkem nepostiženým má veřejnost zvláště děti ve školce či ve škole tendenci si od dítěte s postižením stoupnout podstatně dál a pokud možno na stranu, ze které je postižení méně vidět, nebo na které postižení není.

Dalším aspektem může být také skutečnost, že díky finanční nedostatečnosti se mohou rodiče rozhodnout dítěti neposkytnout veškerou dostupnou léčbu, což dítěti může výrazně zkomplikovat jeho reintegraci.

2.2 Podpora, kterou subjekty dětem v sociálním prostředí poskytují

Rodina tvoří společenství s úzkými vzájemnými vztahy a umožňuje jednotlivým členům uspokojovat své potřeby, vytváří si vlastní pravidla vzájemného soužití. Ideálem zůstává domov, ve kterém jsou všichni milováni.²⁷

„Aby lidské mládě přežilo, potřebovalo tu mít „svoje“ lidi, kteří by mu poskytli ochranu a pomoc.“ Lidi, které pojí společné pouto, pocit sounáležitosti, vzájemné důvěry, lásky, jistoty a péče. Lidé, se kterými se cítíme někde doma, v teple a bezpečí, na které se můžeme spolehnout a kteří nás berou takové, jakými jsme. Slova, která se nám vybaví, vyslovíme-li slovo rodina.

²⁶KÜBLER – ROSSOVÁ. O dětech a smrti. Praha: ERMAT Praha s.r.o., 2003.

²⁷ŠIMÍČKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*, Univerzita Palackého, Olomouc, 2008.

2.2.1 Sociální podpora

Každý člověk v obtížné životní situaci potřebuje a přeje si podporu svého okolí a poskytnutí této podpory, nebo alespoň vědomí, že se má na koho obrátit, spolehnout. V této části se věnuji odpovědi na otázku: *Které charakteristiky poskytované/neposkytované podpory mohou ovlivňovat interakce dětí s jejich sociálním prostředím?*

Jedinci s tělesným postižením z důvodu poúrazového stavu mohou mít menší zkušenosti s různým sociálním prostředím. Vzniká zde možnost většího rizika, že dítě zůstane izolováno a osamoceno. Tato osamělost pak vzniká z nedostatečného počtu kvantity a kvality sociálních vztahů a nabízí se těmto jedincům sociální pomoc. Je vymezena jako pocit podpory ze strany druhých a člení se do čtyř oblastí:

- a) *Emocionální podpora* – pocit toho, že se druzí zajímají o to, co jedinec prožívá, cítí, pocit toho, že je oceňovaný a milovaný.
- b) *Odhad situace* – zpětná vazba a sociální srovnávání pro účely posouzení situace.
- c) *Informační podpora* – informace o nejrůznějších postupech a možnostech řešení sociální situace.
- d) *Praktická podpora* – konkrétní pomoc v konkrétní situaci.

Sociální pomoc se v řadě studií osvědčila jako účinný prostředník při redukci stresu, a to v celé řadě různých situací, při kterých působí nejrůznější stresory, například při finančních potížích, zdravotních problémech, porucha zdraví následkem úrazu, náročné situace v běžném životě.²⁸

Každý člověk v obtížné životní situaci potřebuje podporu svého okolí a poskytnutí této sociální podpory.

Psychosociální zotavení a odolnost jsou na lepší úrovni u pacientů, kteří nalézají podporu v rodinném prostředí a u pacientů, kteří pocítují podporu ze strany komunity (farnost, sousedství), školy a nejbližších přátel. Obzvláště děti se lépe

²⁸ MILES, H., WOLFANG, S. *Sociální psychologie*, Portál, s. r. o., Praha, 2006.

přizpůsobují a sžívají se svým postižením, pocházejí-li z milujícího a podporujícího rodinného prostředí.

2.2.2 Reakce rodiny a okolí, vyrovnávání se v životě s různými omezeními

Rodina s dítětem se získaným postižením následkem úrazu má jinou sociální identitu, je něčím výjimečná. Následky úrazu jsou příčinou toho, že se změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho novým možnostem a potřebám. Rodiče jsou touto neočekávanou událostí zaskočeni a šokováni. Rodina může být touto náročnou situací oslabena, může se uzavírat vůči okolí nebo naopak zmobilizuje všechny síly k péči o dítě, která může být v některých ohledech až extrémní. Zvyšuje se možnost hyperprotektivního přístupu (přílišné přepečování) v péči o dítě. V této chvíli je zapotřebí komplexní přístup k samotnému dítěti, ale také podpora celé rodiny. Při zjištění závažného zdravotního stavu u dítěte jsou reakce rodičů následující:

- fáze šoku a popření
- fáze postupné akceptace a vyrovnání se s problémem
- fáze realismu

Rodiče v podstatě procházejí stejnými fázemi reakcí jako v případě reakce pacientů na sdělení závažné diagnózy tak, jak ji popsala uceleným způsobem Kübler-Rossová. Kübler-Rossová popisuje stadia prožívání následovně: šok, popření, stažení se do izolace, období zloby a hněvu, smlouvání, deprese, akceptace pravdy. V důsledku toho se změny i jejich chování, nejen v rámci rodiny, ale také ve vztahu k širší společnosti.

Je zapotřebí, aby všichni odborníci, kteří přicházejí do kontaktu s rodinou s dítětem se ZP, respektovali uvedenou posloupnost zpracovávání závažné informace. Ve fázi šoku a popření s rodinou sdíleli jejich složitou situaci a poskytli jí potřebné informace týkající se péče o jejich dítě.

Fáze šoku

Tato fáze může přetrvávat několik minut, hodin nebo dní. V tomto stavu nemá proto smysl rodiče či dítě v šoku slovně utěšovat, cokoliv mu vysvětlovat, podávat mu jakékoliv informace a rozumná zdůvodnění. Je spíše třeba být mu nablízku a spíše na animální úrovni mu projevit svou účast.

Jako druhá přichází fáze **reaktivní**. V případě takového traumatu, jakým je třeba trvalé postižení dítěte, trvá většinou několik let. Je to reakce na danou skutečnost, která může mít zpočátku silné somatické projevy (hroucení se, neurózy, nespavost, záchvaty pláče, vzteku).

Mezi další únikové reakce patří izolace, rezignace, nesmíření se s diagnózou. Rodiče pociťují bolest při kontaktu se zdravými dětmi, cítí se pak osamělí. Aby se těmto situacím vyhnuli, tráví více času uzavřeni doma. Rodič si je vědom následků úrazů a způsobenému postižení dítěte, odmítá si však plně připustit omezení plynoucí z postižení. Někteří rodiče začnou potom podvědomě hledat chybějící uspokojení v jiných životních rolích – ponoří se do práce.

Regrese je vývojový krok zpátky k nedospělosti. Plyne opět z pocitu neúspěšného rodičovství, kdy rodič začne pochybovat o svých schopnostech, kvalitách, kompetencích. Snadno se potom začne chovat nesebejistě a začne nekriticky vzhlížet k autoritám. Takový rodič se může např. stát snadným úlovkem různých sekt. Častěji si však na místo autority dosadí odborníky, které slepě poslouchá. To může vést k obrovskému přetěžování rodiče (je-li odborníků více) nebo např. k tomu, že si od neurologa nechá mluvit do délky vlasů nebo způsobu oblékání svého dítěte, od fyzioterapeuta do výběru školy, od sociální pracovnice do nápravy úchopu apod.

V této reaktivní fázi se rodiče často chovají a reagují nepřiměřeně. Je třeba si uvědomit míru jejich bolesti a nalézt v sobě pochopení, které vede k tomuto jednání. Rodičům informace podávat pomalu, srozumitelně, postupně vysvětlovat všechny

dotazy.

Fáze adaptační

V této fázi se už rodiče přizpůsobují nově vzniklé situaci, více se dotazují a chtějí znát přesné a srozumitelné odpovědi na to, jak se bude zdravotní stav dítěte dále vyvíjet.

Poslední fází je **fáze reorientace**, kdy se již rodiče přizpůsobují postižení svého dítěte. Často vede i ke změnám v osobním životě (změnu bydliště, apod.). Všechny tyto změny jsou finančně i časově velmi náročné, je proto třeba nabídnout rodině ucelenou síť pomoci, vytvořit plán pomoci, na jehož konci bude nalezení vlastních zdrojů pomoci.²⁹

Velmi záleží na citových zdrojích uvnitř rodiny, na tom, zda je postižení vrozené či získané, zda jde o jediné dítě v rodině, na postojích okolí a mnoha dalších faktorech. Kromě toho proces vyrovnávání není plynulý, velmi často dojde nešťastně zvoleným slovem nebo novou životní situací k regresu do fáze předchozí.

2.2.3 Dostupnost odborné sociální a psychologické pomoci

Rodiny v rámci péče o své dítě s postižením nejčastěji využívají nějaký druh sociálních služeb, které jim péči v mnohých směrech usnadňují. Poskytování sociálních služeb se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Prostřednictvím těchto sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů jedinců.

²⁹ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2003

Cílem služeb je dále

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Druhy sociálních služeb vhodné pro děti

- Sociální poradenství
- Sociálně zdravotní služby
- Sociální rehabilitace
- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba
- Služby rané péče
- Podporované bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Stacionáře denní a týdenní
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domy na půl cesty

- Chráněné bydlení
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Sociální služby poskytují

- **Obce a kraje** pomocí komunitního plánování.
- **Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby**, které nabízejí široké spektrum služeb.
- **Ministerstvo práce a sociálních věcí**, které je zřizovatelem několika domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Úhrada sociálních služeb

- některé služby jsou poskytovány ze zákona zdarma (sociální poradenství, raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a osoby se zdravotním postižením, sociální rehabilitace, služby sociálně terapeutických dílen)
- služby placené – za tímto účelem by měl být využit finanční obnos z příspěvku na péči, pokud je klientovi přiznán. Maximální ceny za služby jsou stanoveny prováděcí vyhláškou k zákonu o sociálních službách.³⁰

Dítě předškolního věku je převážně odkázáno na péči svých rodičů a nejbližších příbuzných. Mohou se také obrátit na pomoc pracovníků organizací, které poskytují ranou péči. Raná péče je terénní služba, která je poskytována dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které má zdravotní postižení, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Pomáhá při uplatňování práva na vzdělání a výchovu dětí se zdravotním postižením, podporuje integraci těchto dětí i jejich rodin do společnosti, zlepšuje informovanost veřejnosti o problematice péče o děti se zdravotním postižením pořádáním seminářů, přednášek, školení, vydávání odborných a účelových publikací, článků apod.

³⁰ Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Teprve až v pozdějším věku dítěte je možno využít i jiných služeb, které zahrnují např. respitní péči (odlehčovací péče), osobní asistenci či dětem umožňují smysluplné trávení volného času (sport, kroužky, tábory atd.). Pomoc rodičům při péči o dítě se zdravotním postižením, je velmi pěkně charakterizována radami profesora Matějčka:³¹

1. Rodiče by o svém dítěti měli vědět co nejvíce. Lépe mu tak rozumí a dokážou pomoci.
2. V pravý čas a v náležité míře! Vývoj a výchova dítěte má své zákonitosti a není to nahodilý proces.
3. Ne neštěstí, ale úkol. Je potřeba být aktivní ve prospěch svého dítěte a sebe sama.
4. Přijmout pravdu - ale vždy s výhledem do budoucna. Je potřebný realistický pohledu na věc.
5. Nejsme sami! Je tu solidarita a sdílení zkušeností.
6. Nejsme ohroženi! (Reakce okolí, integrace a integrita.)
7. Obětavost ano, ale ne obětování. Je dobré udržet si dobrou tělesnou a duševní kondici.
8. Čas věnovaný péči o své fyzické i psychické zdraví se mnohonásobně vrátí v kvalitě vlastní péče o dítě se ZP i života celé rodiny.

³¹ MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Portal, 2011

2.2.4 Informovanost rodičů o možnostech vhodného systému ucelené rehabilitace

Rehabilitace je procesem, jehož cílem je umožnit dětem se zdravotním postižením následkem úrazu, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, intelektovou, smyslovou, psychickou a sociální úroveň funkcí. Ucelená rehabilitace v sobě zahrnuje jak léčebnou, sociální, pracovní, tak i rehabilitaci pedagogickou. Její poskytování musí být včasné, plynulé a koordinované úsilí, které směřuje k minimalizaci negativních důsledků zdravotního postižení. To znamená, že by měla optimálně začít okamžitě po úrazu na příslušném nemocničním oddělení. Úspěšnost vyléčení pacienta po poranění tak minimalizuje možné následky a zvyšuje jeho zpětnou reintegraci do společnosti. Nutností je však nepřetržité a koordinované zapojení všech členů multidisciplinárního týmu včetně pacienta a jeho rodiny.

Úkolem systému ucelené rehabilitace je cílevědomě působit na jedince tak, aby:

- se uměl přizpůsobit na svůj nepříznivý zdravotní stav
- znovu nabyl určité dovednosti, které mu umožní samostatný život
- nabyl pracovní dovednosti, které mu umožní návrat či zapojení se do pracovního procesu (vzdělávání se, sportování, zájmové hry)³²

Multidisciplinární péče je nejčastěji realizována formou týmové spolupráce zejména u dětí se ZP. Výhody práce v multidisciplinárním týmu spočívá zejména ve zvýšení efektivity podpory rodičů a rodinných příslušníků. Důležitá je také možnost vzájemné podpory členů týmu, případné rozšíření či zúžení týmu nebo přizpůsobení spolupráce s rodinou.

Výrazným benefitem multidisciplinární péče je možnost posouzení dítěte se ZP z několikerého úhlu pohledu různých specialistů. Právě spolupráce členů multidisciplinárního týmu je předpokladem celostní koncepce péče o děti se ZP. Výhodou pojetí rehabilitace na mezioborové úrovni, zajišťované multidisciplinárním

32 JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001

přístupem je plně holistické pojetí člověka. Právě toto pojetí nám umožňuje si uvědomit potřebu větší kooperace mezi zdravotní péčí a sociálními službami za účelem ovlivňování sociálních podmínek, ve kterých lidé žijí, jako ozdravný proces, udržení přijatelného zdravotního stavu a s tím spojené odpovídající kvality života. Z praxe je zřejmé, kdo a jak se podílí na sociální a zdravotní péči. V sociální oblasti jde převážně o významnou roli sociálních pracovníků, kteří provádějí sociální šetření, píší posudky k příspěvkům na péči, provádí poradenství a poskytují další potřebné informace k nárokům na nejrůznější sociální dávky. Dále významnou roli v těchto službách hrají instituce státní i nestátní, které nabízejí sociální služby pro různé cílové skupiny klientů. Ve zdravotnictví je zřejmé, že se na péči o pacienta podílí lékařský a nelékařský zdravotnický tým zahrnující lékaře různých specializací, zdravotnické rehabilitační pracovníky - ergoterapeuty, fyzioterapeuty, protetiky, dále ošetřující zdravotnický personál, jako jsou zdravotní sestry, ošetřovatelky a nižší zdravotnický personál.

Multidisciplinární tým je skupinou následujících odborníků:

- lékař
- fyzioterapeut
- ergoterapeut
- psycholog
- logoped
- protetik
- sociální pracovník
- speciální pedagog aj.

Kromě zmíněných odborníků se důležitými členy multidisciplinárního týmu pečujícího o dítě se zdravotním postižením stávají jeho rodiče. Rodič se stává manažerem, který řídí a koordinuje péči o své dítě se zdravotním postižením. Z rodiče „laika“ se tedy stává rodič „odborník“.

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 Cíle výzkumu a výzkumná otázka

Ve výzkumu bylo zjišťováno, jak následky úrazů u dětí ovlivňují životy rodinných příslušníků. Zjišťovala jsem, jaké změny se v životě osob po této neočekávané události a zejména jejich pečujících odehrávají, jaké mají rodinní příslušníci potřeby a nakolik jsou tyto potřeby uspokojovány. Cílem výzkumu bylo získat odpověď na otázky:

Cíl č. 1:

Zjistit, jak se děti a jejich rodiny vyrovnávají v běžném životě s různými omezeními,

Cíl č. 2:

Zjistit, jaká je informovanost rodičů o možnostech uceleného systému rehabilitace jejich dítěte po úraze.

3.2 Použité postupy

3.2.1 Polostrukturovaný rozhovor

Ve své práci jsem použila jednak metodu polostrukturovaného rozhovoru a také metodu kazuistiky (tzv. kvalitativní výzkum).

Rozhovor je výzkumná metoda, pomocí které se snažíme zachytit fakta a pomocí které můžeme zkoumat postoje a reakce respondentů. V rozhovoru je velmi důležité, abychom navázali prvotní raport.

“Raport znamená navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry“

Jednalo se tedy o kvalitativní výzkum, u kterého byla ke sběru dat použita metoda dotazování. Rozhodující pro správný rozhovor je i prostředí, ve kterém se rozhovor odehrává. Toto prostředí by mělo vyvolávat pocit klidu, individuality.

Odpovědi, které během rozhovoru získáváme, se mohou zachytit na diktafon nebo se mohou zapisovat.

Tuto metodu jsem zvolila z důvodu, že mi byla velmi blízká, že jsem mohla navázat bližší kontakt s respondenty. Dále jsem se rozhodla pro metodu kazuistiky. Ta je zaměřená na popis zajímavého případu. Kazuistika je bohatým zdrojem informací a pomocí ní získáváme individuální popis případu. Zdrojem informací je klient a jeho rodina, popřípadě i ošetřující personál a práce s lékařskou zprávou. Kazuistika je velmi často používanou metodou v ošetrovatelství, umožňuje propojit teoretické znalosti s praktickými a my tak máme lepší možnost vžít se do dané situace.³³ Dokumentace v ordinacích lékařů mi zapůjčena nebyla, ale v rodinách klientů mi byla nabídnuta k přečtení lékařská zpráva jednotlivých ošetření.

Před samotným oslovováním a následným výběrem respondentů, jsem oslovila dětské lékaře, chirurgické ambulance a známé ve svém okolí, které jsem poprosila o možnost kontaktů na rodiny, jejichž děti utrpěly jakýkoliv úraz. Stanovila jsem si, že se výzkumu zúčastní vždy alespoň dva rodinní příslušníci, v ideálním případě všichni členové nejbližší rodiny, kterých se situace dotkla a dotýká.

Do svého výzkumného vzorku jsem zahrnula pět rodin – rozhovorů se zúčastnili vždy minimálně dva členové rodiny.

Vybrané respondenty jsem kontaktovala nejdříve telefonicky s otázkou, zda se chtějí do mého výzkumu zapojit a poté se dohodla na termínu návštěvy. Respondenti si mohli sami vybrat místo rozhovoru. Rozhovory se nakonec uskutečnily ve vlastním domácím prostředí. Otázky k rozhovoru jsem si předem nepřipravovala, byly kladeny samovolně, na různá navazující témata týkající se způsobu úrazu, jeho léčby a následné péče. V každé z rodin vládla různá atmosféra, dobře jsem zvažovala mnou podávané otázky. V rodinách tak nebyly otázky vždy stejné.

³³ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s.

4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

4.1 Zpracování výzkumného šetření - kazuistiky

Případová studie – kazuistika č. 1

Pohlaví: dívka

Věk: 10 let

Diagnóza: zlomenina pravého předloktí

Dítě bylo v roce 2009 sraženo autem na přechodu. Řidič nedal přednost, vjel do skupinky lidí (jednu část objel a do dívenky narazil). Utrpěla náraz do pravé části těla, v bezvědomí nebyla, na úraz si pamatuje, v šoku nebyla, spíš byla v šoku její maminka, která šla s ní. Měla otevřenou zlomeninu pravé horní končetiny v zápěstí. Primárně byla ošetřena v místní nemocnici na chirurgické ambulanci, kde byla akutní bolest tlumena opiáty. Následoval převoz sanitou do FN Brno na Kliniku dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie. Bylo provedeno vstupní vyšetření – předoperační interní, laboratorní a doplnění rentgenových snímků. Ještě téhož dne byla operována a 3 týdny hospitalizována v nemocnici, kde se prováděly pravidelné převazy, hlídala sekrece z rány a končetina byla sádrou fixací znehybněna. Po osmi týdnech byla předána do péče ortopeda. Docházelo však k postupnému zkracování končetiny a omezení v pohybu. Dívka popisuje, že nemohla hýbat loktem ani prsty na ruce. Opět bylo doporučeno operační řešení, kdy na pravé předloktí byl nasazen zevní fixátor. Jedná se o drát nebo hřeb, který prochází celou šířkou kosti a je upevněn do rámu zevního fixátoru. V principu jde o fixaci sestavenou z půlkruhových oblouků, sestavených v kruhy, které jsou připevněny k podélným tyčím se závity. Takovéto množství železné konstrukce na dívku působilo děsivě a popisovala veliký strach a obavy z toho, že tato fixace se stane po nějakou dobu, součástí jejího těla. Matka popisovala, že rodina a hlavně dcera byla k operaci pozitivně motivována, že lékař zprostředkoval kontakt s jiným pacientem, který již léčbu se zevním fixátorem prodělal. I přesto dceru, pohled na tuto léčbu velmi stresoval. Vše ještě bylo navíc ztíženo pooperačními komplikacemi:

bolestí, otokem. Nasazení zevního fixátoru nenesla psychicky moc dobře. Po propuštění do domácího léčení, odmítala návštěvy svých kamarádů, bývala více náladová, plačtivá. Jelikož se jednalo o pravou ruku, byla omezována v aktivitách a hrách, které sama doposud zvládala. Bratr a maminka jí pomáhali, hráli si s ní a nahrazovali kamarády. Matka zůstala s dcerou jeden měsíc doma a déle nemohla z důvodu ztráty zaměstnání. Na ostatních dnech dohledu se podíleli nejbližší příbuzní (babička, teta). Dívka během této dlouhodobé léčby měla spoustu absence ve škole a musela opakovat ročník. Snášela to velmi špatně, došlo ke zhoršení školního prospěchu a po cestě do školy mívala strach přecházet ulici. Tyto stavy řešili návštěvami u dětského psychologa.

Dnes má úraz za následek: bolesti ruky, nemůže nosit těžké věci, úplně ruku nezvedne, obtížně zvládá jízdu na kole. V pravidelných plánovaných intervalech docházejí k rehabilitačnímu lékaři a asi tak 3x do roka chodí na rehabilitační procedury, které jí napíše lékař a hradí VZP. To jí vždy na chvíli pomůže. Rodina má negativní obavy při výběru budoucího povolání a následného uplatnění v práci.

Případová studie – kazuistika č. 2

Pohlaví: dívka

Věk: 3 roky

Diagnóza: tonutí – poškození mozku

Dědeček vozil vnučku v kočárku kolem řeky a udělalo se mu špatně. Kočárek upustil a ten vjel do řeky, kde se překlopil a dítě z něj vypadlo. Naštěstí šel kolem mladý muž, který dítě zachránil. Bylo v bezvědomí, odvezeno vrtulníkem do Ostravy na traumatologii. I přesto, že oživovací pokusy byly zahájeny ihned po vytažení dítěte z vody, nepovedlo se dítě ihned oživit. Tato nešťastná událost měla za následek trvalé poškození mozku. Již během hospitalizace byla u dítěte prováděna bazální stimulace. Matka popisuje, že se velmi tato metoda osvědčila a kontakty s dítětem byly silnější, dokázala rozeznat matku, otce i bratra. Dnes je holčička upoutaná na invalidní vozík a plně závislá na pomoci ostatních. Rodičům se změnily všechny životní hodnoty. Maminka již do žádné práce nenastoupila a celodenně pečuje o svou dceru. Udává

psychické i fyzické vyčerpání. V rodině nemá nikoho, na koho by se obrátila s pomocí při péči o svou dceru. Manžel pracuje denně v práci dlouho, aby pokryl nutné finanční výdaje. Ráda by si odpočinula a zvažovala i umístění dcery na krátkou dobu do zařízení. O možnostech stacionářů, odlehčovacích služeb nevěděla. Pobírá příspěvek na péči, ale ani tyto finanční prostředky nejsou dostačující při naplňování všech potřeb dítěte. O možnostech získání financí z jiných systémů neví.

Případová studie – kazuistika č. 3

Pohlaví: chlapec

Věk: 17 let

Diagnóza: poranění pánve

K úrazu došlo před dvěma lety, kdy bylo chlapci 15 let. V době letních prázdnin trávil volný čas se svým již pracujícím kamarádem na poli, kde se sklízelo kombajnem obilí. Chlapec z nepochopitelných důvodů postával na schůdcích tohoto stroje a přepadl na zem. Řidič si tohoto pádu nevšiml a chlapce zadním kole kombajnu přejel. Došlo k velmi vážnému a těžkému poranění mozku, trupu a zlomeniny pánve. Chlapec byl v těžkém šoku transportován vrtulníkem na traumatologické centrum do Ostravy, kde strávil tři měsíce léčby. Dodnes má trvalé následky způsobené tímto zraněním, pohybuje se s pomocí holí. Jeho matka pracuje jen na zkrácený úvazek. Po ukončení hospitalizace byl na léčebném pobytu v lázních v Luhačovicích, kde strávil šest týdnů. S tímto pobytem byl spokojený a v rehabilitaci pokračoval i po svém návratu domů. Matka jej na tyto procedury vozila tři dny v týdnu, do města vzdáleného 30 km. Chlapec dnes udává smutek z toho, že nemůže vykonávat aktivity, které měl rád. Hlavně vzpomíná na jízdu na kole a přiznává, že i dnes na kole zkouší krátké trasy ujet. Musel opustit své kamarády ve škole a ročník si zopakovat s jinou třídou. Matka jej také musela denně dovézet do školy, kde měli již předem domluvené zkrácené vyučování. V jeho tváři je viděn smutek, ale zároveň i naděje a víra, že bude lépe a bude běhat jako dřív.

Případová studie – kazuistika č. 4

Pohlaví: chlapec

Věk: 8 let

Diagnóza: popálenina

Před třemi lety došlo u chlapce k nehezkému úrazu, kterým skončila rodinná oslava. Při hašení ohniště si strýc nevšiml chlapce, který pobíhal kolem a zakopnul o odloženou lopatu. Upadnul do ohniště plného žhavých uhlíků a došlo k popálenině horní poloviny těla včetně obličejové části. Z chlapce příbuzní rychle odstranili oděv a namočili jej do vody v bazénu, po té jej zavinutého do prostěradla odváželi na pohotovost. Již po cestě byl chlapec v šoku. V nemocnici jej urgentně ošetřili na sterilním sále a zjišťovali míru popálenin. Na obličejí byly popáleniny 2. stupně a na pravé ruce 3. stupně. Léčba v nemocnici trvala šest týdnů. Matka popisuje, že tyto dny se snažila co nejvíce synovi svou přítomností v nemocnici zpříjemňovat. Syn byl velmi plačtivý a odloučení od rodiny nesl velmi špatně. Reagoval citlivě na bolest, na převazy. Matka si v práci vybírala dovolenou a potýkala se s nespokojeností ze stran ostatních kolegů. Po ukončení hospitalizace žádala o zkrácení úvazku, i přesto, že příjem manžela byl nízký. Chtěla co nejvíce času věnovat synovi. Často se museli vyrovnávat s nedostatkem financí. Bylo pro ně i finančně náročné dojíždět na kontroly do vzdáleného města. Popálenina se hojila pomalu a zanechala po sobě jizvy. V obličejí na levé straně je jizva viditelná a matka zvažuje o možné plastice. Dle lékařů se ještě počká. Říkali jí, že se syn vyvíjí a jizva se růstem mění. Na levé ruce, kde postižení bylo mnohem horší, je jizva od zápěstí po loketní jamku.

Dodnes syn udává pocity bolesti, které souvisejí se změnou počasí, svědění a občas i zarudnutí. Syn se dostává občas i do střetu pozornosti, kdy se jej kamarádi dotazují, co se mu přihodilo. Občas rodina u něj i pozoruje, že se těmto odpovědím vyhýbá. S hlídáním a péčí o syna měla podporu ze stran babiček. Nyní již pracuje opět na plný úvazek a syn navštěvuje druhý ročník základní školy.

Případová studie – kazuistika č. 5

Pohlaví: chlapec

Věk: 13 let

Diagnóza: poúrazová epilepsie

Tento stav postihl chlapce po úraze, kterým byl pád ze stromu. Jedná se o dítě, u kterého rodiče již od dětství udávají hyperaktivitu. Neustále na něj museli dohlížet, ale i tak se jim nepodařilo této nehodě zabránit. Chlapec poměrně často míval drobná zranění, lehká poranění. Až na osudný den, při kterém po úraze došlo k těžkému otřesu mozku, bezvědomí. Hospitalizace u chlapce trvala tři týdny. Jelikož byl chlapec v tuto dobu osmileté dítě, matka v nemocnici nezůstala a jen přicházela na návštěvy. Chlapec trpěl častými bolestmi hlavy a nevolnostmi. Po propuštění do domácího léčení se u chlapce po třech měsících projevila poúrazová epilepsie a rodičům nastaly starosti, se kterými doposud nepočítali. Poprvé byli rodiče upozorněni, že chlapec ve škole usnul, když se tento stav opakoval, navštívili opět lékaře. Začaly se také objevovat záchvaty lehčího typu. Matka chodívala se synem na časté kontroly a různá vyšetření. Stále se musela v práci žádat o volno a potýkat se s nespokojeností ze strany zaměstnavatele. Syna hlídala ještě více než doposud, bála se, aby jej záchvat nepostihl někde venku, kde bude sám, bez pomoci okolí.

Dnes i syn již rozpozná známky, které záchvatu předcházejí. Jelikož je však stále hyperaktivní, nevěnuje přílišnou pozornost těmto varovným signálům a z toho plynou matčiny obavy. Matka doposud nepobírá žádný finanční příspěvek a ani neví, zda by se mohla pokusit o nějaký zažádat. Přemýšlí i o možnostech psychologické poradny u syna, vzhledem k jeho stálé neklidnosti a podrážděnosti.

5 DISKUZE

Neočekávané změny vzniklé po tragické události – úrazy dětí - se netýkají výhradně osob s poraněním, ale velmi se dotýkají i pečujících a dalších rodinných příslušníků, což tento výzkum jednoznačně potvrdil. Všichni respondenti se shodovali v tom, že po úraze se vše změnilo. Jak v chování dítěte, tak i u nejbližších příbuzných. Projevovala se podrážděnost, beznaděj, strach z toho, jak vše zvládnout. Ženy – matky často popisovaly i větší rozrušenost u mužů – otců, kteří mnohdy od starostí utíkali do práce.

„Je agresivnější, když teda se o něčem bavíme a nemůžeme se shodnout, tak hned na mě vyjede.“ (RESP)

Dané události, které zasáhly do života rodiny, vyvolaly u řady pečujících zhoršení jejich zdravotního stavu. Tito respondenti poukazovali na potíže se spaním a usínáním, bolestí hlavy, celkové vyčerpání, podrážděnost. Zhoršení fyzického zdraví pečujících úzce souviselo a vzájemně ovlivňovalo psychickou (ne)pohodu blízkých. Často mluvili o stresu, smutku, úzkosti, napětí a nervozitě. Tyto pocity byly u většiny z nich nejsilnější v prvních měsících, kdy jejich blízký utrpěl úraz, pobýval v nemocnici a prognóza jeho zdravotního stavu nebyla dobrá. Navíc v té době ještě museli někteří rodinní příslušníci chodit do zaměstnání, věnovat se domácnosti a ostatním členům rodiny a cítili se bezmocní, protože nevěděli, jak se stav blízkého bude dále vyvíjet. Dva respondenti i několik let po úrazu člena rodiny užívají antidepresiva.

„Za tu dobu co se starám o své dítě po úrazu, jsem opravdu hodně unavená a je to opravdu náročné, jak psychicky, tak i fyzicky.“ (RESP)

Respondenti poukazovali i na jiné pocity jako osamělost, strach či sebeomezování. Trápil je pocit, že se nemají komu svěřit, že jejich pocitům nedokáže nikdo mimo členů rodiny porozumět. Pociťovali obavy z toho, že už se zdravotní stav jejich blízkého nebude zlepšovat.

„No tak určitě mě to omezuje v tom, že nemám žádnou volnost. Stále mám na vědomí, že nemohu své dítě ponechat bez dozoru, i když jej hlídá babička, neustále na něj myslím, jak to zvládá.“ (RESP)

Každý úraz s sebou přináší změny v životě a ty pak mají dopad i na jednotlivé členy rodiny. Dva respondenti mluvili o zhoršení vztahů a oddálení se. Často jsou ještě i dnes jejich společné chvíle doprovázeny hádkami. V jedné rodině se rodiče navzájem vzdálili, protože každý řešil svůj smutek, úzkost, zlost jinými mechanismy – muž se uzavřel do sebe, odcházel z domu.

Naopak čtyři respondenti popsali, že se jejich rodinné vztahy více posílily. Všichni rodiče se shodovali v tom, že jsou ke svému dítěti po úraze tolerantnější, že na něj/ni berou více ohledu a současně mají větší strach, což vede někdy i k rozmazlování ze stran babiček.

Nečekané události se odrazily i v příbuzenských vztazích s širší rodinou. Někteří se vyjadřovali o zhoršení vztahů, kdy důvodem bylo například to, že příbuzní omezili své návštěvy, bojí se, že by setkání nezvládali emočně, že by nevěděli, jak se chovat.

Vzhledem k náročnosti péče o blízkého a nutnosti alespoň v prvních měsících být každý den přítomen ve zdravotnickém zařízení, se řadě respondentů změnil život i v pracovní oblasti. Jeden z respondentů byl propuštěn ze zaměstnání z toho důvodu, že se jeho zaměstnavateli nelíbilo, že někdy potřeboval dříve odcházet z práce kvůli návštěvám svého dítěte v nemocnici. Další tři respondenti pracují na zkrácený úvazek a v dohledu nad dítětem se střídají s babičkou. Žádný z respondentů nevyužívá sociálních služeb, které nabízejí možnosti pečovatелů, denních center.

„Zaměstnavatel mi neustále dával najevo, že mé časté paragafy na dítě nejsou vhodné, že bych měla přemýšlet o změně zaměstnání. Bylo pro mne bolestivé toto zaměstnání opustit, ale našla jsem krátce po svém odchodu jiné a na zkrácený úvazek. Tato práce mi vyhovuje a já se mohu věnovat i svému dítěti a neztrácím ani kontakt s okolím.“ (RESP)

V souvislosti se ztrátou či nutnou změnou zaměstnání se pečující často potýkali a potýkají i s nedostatkem finančních prostředků. Vzhledem ke ztrátě jednoho z příjmů, museli vyřizovat sociální dávky, mnohdy ani netušili, co vše si mohou vyřídit, na co mají nárok žádat a kde.

„Kamarádka se mě ptala, zda mám již vyřízený příspěvek na mobilitu. Až po její návštěvě jsem se obrátila na naši dětskou paní doktorku, aby mi poradila, jak mám postupovat s touto žádostí.“

Při jiném rozhovoru mi bylo sděleno, že mají i zkušenosti s nezájmem a nedůstojným chováním při lékařské rehabilitaci, aplikace bazální stimulace nebyla častá. Jen jeden z respondentů prvky bazální stimulace u svého dítěte aplikoval. Také si rodiny stěžovaly na nekvalitní podávání informací od zdravotního personálu.

„Lékař s námi mluvil v hádankách, neustále jsme se nad každým slovem zastavovali a znovu dotazovali. Chtěli jsme podrobnější vysvětlení, jak správně komunikovat, zda nás syn vnímá, slyší, cítí naše dotyky, pohlazení.“ (RESP)

Rodinní příslušníci byli v mnoha případech nešťastní, že pro své blízké nemohou najít vhodnou rehabilitaci. Proto pečující ze tří rodin začali rehabilitovat se svými blízkými sami doma. Vzhledem k tomu, že dvě z nich nikdo neinformoval, jak rehabilitovat v domácím prostředí rodiny, po krátké době od této formy rehabilitace ustoupily a na pravidelné cvičení dojížděly. Jeden z respondentů situaci hodnotí takto:

„Koupili jsme rotoped, aby mohl jezdit, kolo měl rád, takže aspoň na tom jsme cvičili, ale myslím si, že to pořád není ta rehabilitace, kdy opravdu rehabilitační sestra ví, jestli to dělá správně a zda cvičení má nějaký efekt.“ (RESP)

Co se týká sociální pomoci, někteří pečující se setkali s ochotou, jiní se naopak potýkali s obtížemi při jejím získávání. Se zajišťováním sociálních dávek a pomůcek, vyjadřovali nespokojenost s vyřizováním dávek a přístupem příslušných pracovníků, nejčastěji si stěžovali na neochotu, přílišnou byrokratizaci, dlouhé čekací lhůty na

vyřízení dávek a mnohokrát ani netušili, co vše si mohou vyřídit, co vše mohou pro své dítě žádat.

Všechny rodiny se obecně shodovaly v tom, že po propuštění svých dětí z nemocnice, nastane jisté vakuum. Ambulantní služby jsou nedostupné, následná rehabilitace je jen v některých případech dostačující, léčba psychologů, jim mnohdy nebyla vůbec nabídnuta. Služby jako respitní péče, osobní asistence a pomoc v domácí péči fungují, ale opět všechny rodiny o těchto službách neví.

„Po tom propuštění tam chybí častější kontakt s někým, třeba s neurologem nebo psychiatrem, psychologem, který by nám řekl a poradil, jak zvládat změny chování u svého dítěte.“ (RESP)

6 ZÁVĚR

Ze stanovených cílů práce byly závěrem odvozeny dvě hypotézy pro další studie a analýzy.

Hypotéza č. 1:

Rodiče dítěte nejsou po úrazu dostatečně informováni o možnostech vhodného systému ucelené rehabilitace.

Hypotéza č. 2:

Rodiče dítěte nejsou po úrazu dostatečně informováni o dalších možných formách podpory.

Následně bych ráda uvedla celou řadu potřeb, které vyplynuly z komunikací s rodinami.

Jednalo se o psychologické poradenství, pomoc v domácí péči, respitní péči, potřebu sdílení s lidmi v podobné životní situaci, edukace či asistence pedagoga a v neposlední řadě pečující vyjadřovali potřebu intenzivní rehabilitace. Tyto potřeby nebyly u většiny rodinných příslušníků uspokojeny a z rozhovorů bylo zřejmé, že jejich uvedení do praxe by výrazně usnadnilo pečujícím jejich nelehkou úlohu.

Potřeba konzultace s psychologem

Větší polovina respondentů vyjádřila potřebu psychologického poradenství či psychoterapie s psychologem. Tito rodinní příslušníci chtěli nejen s někým nezúčastněným sdílet své trápení, problémy a obtíže, ale mnohdy měli zájem vše diskutovat s odborníkem.

Potřeba sdílení

Někteří respondenti vyjadřovali potřebu mít možnost se se svými starostmi, problémy a obtížemi po zranění svého dítěte někomu svěřit. Pociťovali potřebu svěřovat se spíše přátelům než odborníkovi. Vyjádřili tak i potřebu kontaktů, kde lidé sdílejí podobné problémy, různé svépomocné skupiny, které pracují právě na principu podobné zkušenosti.

Potřeba rehabilitace

Potřebě rehabilitace, zejména po propuštění z nemocničního zařízení, ale i v jiných etapách. Pečující rodiny mluvily o potřebě zdravotně sociálních služeb, které by byly dostupné v jejich místě bydliště či poskytované přímo v domácnosti – fyzioterapie, koordinace pohybu, trénink soustředěnosti aj.

Potřeba edukace

Pečující zdůrazňovali potřebu získávat informace, a to zejména o možných následcích. Dle jejich vyprávění by jim pomohlo, kdyby jim například zdravotnický personál vysvětlil podrobněji, jaké mohou být následky a jaký přístup je vhodné k dítěti v tomto poúrazovém stavu zaujmout, jak například s ním jednat. Někteří rodinní příslušníci by uvítali, kdyby byli informováni o nárocích, které mají, a o možnostech, které by mohli využít.

Pomoc v domácí péči

Také i potřebu pomoci v domácím prostředí respondenti zmiňovali. V oblasti, kde jsem výzkum prováděla, působí tři různí poskytovatelé domácí péče. Tato péče jim na počátku doby hned po úraze scházela a nebyla plně k dispozici. Nyní využívají osoby z agentury domácí péče, která je může částečně zastoupit v péči nebo alespoň pomůže s polohováním, zajištěním hygienické péče, s převozy a zejména s manipulací s nepohyblivým členem rodiny.

Potřeba respitní péče

Ve vyprávění se vyskytla i potřeba respitní péče. Pečující vyjadřovali potřebu nechat se v péči zastoupit například v době nutného odpočinku, kdy by mohli svého blízkého na víkend umístit do zařízení, u něhož by měli jistotu, že bude o nemocného dobře postaráno, jak popisuje jedna z respondentek:

„Kdyby nás někdo na chvíli k němu vystřídal, abychom si mohli třeba odběhnout a věděli jsme, že je o něj postaráno.“ (RESP)

Potřeba asistenta pedagoga

O potřebě asistenta pedagoga mluvila rodina dívky, která zůstala následkem úrazu na invalidním vozíčku a má poškození mozku. Nyní navštěvuje v menším městě, které spíše připomíná vesnici, běžnou základní školu. Na této škole asistenta ještě minulý rok vůbec neměli a nyní škola udává potíže při hledání vhodného asistenta. Také z rozhovoru s rodinou zaznívala potřeba více informovat učitele o potřebách dětí se vzniklým postižením.

Péče o blízkého člověka i přes svoji náročnost, může přinést i pocity uspokojení. Může však zatěžovat fyzicky, psychicky i finančně, omezovat pracovní uplatnění, společenské kontakty. Z mého výzkumu je zřejmé, že největší zátěž při péči je směřována převážně na matku. Každá z posuzovaných matek, věnovala svému dítěti nejvíce svého času a pozornosti. Význam pečující osoby byl po legislativní stránce uznán teprve nedávno v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Vnější pomoc pečujícím osobám se často omezuje na pouhé poskytování finančních dávek. Je přitom zřejmé, že pečující i jejich rodiny se musejí vyrovnávat s celou řadou zátěží. Tyto rodiny nejsou dostatečně informovány o možnostech uceleného systému rehabilitace. Občas bychom se všichni mohli zamyslet nad tím, jak silná je bolest a strádání, které zraněné dítě a rodina prožívá.

Při sestavování své práce jsem oslovila rodiče dětí, kteří si takovou situaci zažili a prožili se všemi následky a nečekanými situacemi. Žádala jsem tyto rodiny, aby se

nebály podělit o své pocity a zabránit podobným nehodám, jaké se staly jim samotným. V dnešní době se již civilizovaná společnost nesnaží osoby s postižením segregovat, jak tomu bylo mnohdy v historii. Proto je nutná včasná a odborná podpora a péče o tyto rodiny a jedince s nejrůznějšími postiženími. Toto je pak jedním z rozhodujících faktorů úspěšného zapojení do běžného života.

Jelikož jsem na základě svého výzkumu zjistila neinformovanost rodičů o možnostech možných forem podpory, vypracovala jsem příručku, která si klade za cíl sloužit rodičům při nedostatečné informovanosti a následným krokům, kam se obrátit.

Když lidská populace může být informována formou reklam na různá očkování, prevence onemocnění, proč by se nemohly odvíjet krátké rozhovory s rodiči dětí s postižením, způsobeném následkem úrazu. Povzbudilo by to ostatní rodiče, kteří se s dítětem izolují a neví, jak o svém trápení mluvit. Proč neukázat „tvrdou realitu“ dětského úrazu?

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BENEŠOVÁ, V. *Prevence dětských úrazů v primární péči*. Medicína v praxi, 2001.
2. BRICHTOVÁ, E. *Kraniocerebrální poranění v dětském věku*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-087-4.
3. ČAPKOVÁ, M. *Prevence tonutí a utonutí dětí, dospělých a seniorů*. Prevence úrazů, otrav a násilí, 2/1, 2006. ISSN 1801-0261.
4. ČAPKOVÁ, M., TORÁČOVÁ, L. *Go proti úrazům aneb jak chránit své zdraví*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006. ISBN 80-7040-9912-6.
5. ČAPKOVÁ, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Utonutí a zranění související s vodou. Zdravotně sociální problematika*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-715-1.
6. ČELKO, A. *Dětské úrazy a popáleniny: Nemocniční studie případů dětských pacientů hospitalizovaných s popáleninovým úrazem*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-189-0.
7. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova, 2009. ISBN 978-80-246-0139-7.
8. FRIŠOVÁ, L., COUFALOVÁ, L., SOUKUPOVÁ, K., KOSTNER, R., BLAŽEK, J. *Projekt – Dětství bez úrazu - Úrazy dětí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. ISBN 80-86991-72-5.
9. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
10. GRIVNA, M. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: CÚP, 2004. ISBN 80-239-2063-4.

11. GRIVNA, M., ČELKO, A., M., BENEŠOVÁ, V. *Perspektiva v prevenci dětských úrazů v České republice*. Československá pediatrie, 2006. roč. 61, č. 6.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskova-konference-stcervna-1094-906-1.html>
13. JANKOVSKÝ, J. *Multidisciplinární péče o pacienty s nervosvalovými onemocněními se zvláštním zřetelem na spinální muskulární atrofii*. Vyd. 1. ZSF JU, 2011. ISBN 978-80-7394-310-3.
14. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
15. JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
16. JOURKOVÁ, I. *První pomoc při úrazu dítěte*. Praha: Computer Press, 2001. ISBN 80-7226-376-5.
17. KÜBLER – ROSSOVÁ. *O dětech a smrti*. Praha: ERMAT Praha s.r.o., 2003.
18. KUKLA, L. *Úvod do sociální pediatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7040-990-9.
19. KUKLA, L., BROUCHALOVÁ, M. *Závislost dětských úrazů na úrazovosti rodičů*. Čs. Pediatrie, 2008.
20. MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Portal, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0
21. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2003. ISBN 80-86429-19-9.

22. Metodický materiál pro Středisko prevence úrazů v Jihočeském kraji IGA MZ ČR NR 8468-3/2005 Prevence úrazů, otrav a násilí, Vydavatel Jihočeský Inzert Expres, s.r.o., 2006 ISSN 1801-0261 č. 2/2006
23. PEDEN, M., et al. *World report on child injury prevention*. WHO, 2008. ISBN 978924-156357-4.
24. POKORNÝ, V. *Traumatologie*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-277-X.
25. REZKOVÁ, B., KUKLA, L. *Umíme chránit děti před úrazy?* Brno: Výzkumné pracoviště preventivní a sociální pediatrie, 2008. ISBN 978-80-7348-571-9.
26. SEDLÁK, M., GRIVNA, M., ČÍHALOVÁ, J. Na kolo jen s přilbou. *Pediatric pro praxi*. [online]. [cit. 2011-03-08]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/02/14.pdf>
27. SMRČKA, M., SMRČKA, V., et al. *Poranění mozku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-820-2.
28. ŠIMÍČKOVÁ, J., BINAROVÁ, I. *Přehled vývojové psychologie*. Vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.
29. ŠNAJDAUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T. *Dětská traumatologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-152-1.
30. TOŠOVSKÝ, V. *Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže*. Praha: Alfa – omega, 2006. ISBN 80-86318-79-6.
31. *Úrazy dětí* [online]. [cit. 12-01-10]. Dostupné z: http://www.urazydeti.cz/download/publikace_urazy_deti.pdf.
32. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Aktuální informace 2008, č. 5 [online]. [cit. 2011- 02- 25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vyvojurazovosti-deti-roku-2006>
33. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 35/2011 strana 2

34. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-802-3.
35. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
36. FRIEDLOVÁ, K. Ošetrovatelské a terapeutické nabídky konceptu Bazální stimulace. *Sociální služby*. 2010, roč. XII, č. 4, s. 18-19. ISSN 1803-7348.
37. VIZINOVÁ, D., Preiss, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999.
38. *Výskyt úrazů. Incidence úrazů u dětí školního věku v ČR* [online]. [cit. 12-01-10]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/vyskyt-urazu>.
39. Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Klíčová slova: úraz – děti - prevence - zdravotní postižení – rodina - těžká životní situace

Key words: Injury – children – prevention – Handicap - Family - Difficult life-time situation

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Pomocník pro rodiče dětí po úrazu s trvalými následky

Příloha 1: Pomocník pro rodiče dětí po úrazu s trvalými následky

I. Péče o duši

1. Poradenství pro rodiče – nejste v této situaci sami (kontakt na sdružení rodičů, kteří vychovávají dítě s podobným handicapem).
2. Poradenství pro rodiče – jak pečovat o dítě s handicapem. Odkaz na sociální službu rané péče (v případě dítěte mladšího 7 let). Služby jsou poskytovány zdarma.
3. Poradenství pro rodiče – jak se vyrovnat s tím, že mám dítě s handicapem. Odkaz na psychologickou pomoc.
4. Poradenství pro dítě s handicapem – jak se vyrovnat se svým handicapem, s tím, že jsem jiný(á) oproti vrstevníkům. Odkaz na psychologickou pomoc.

II. Péče o zdraví

1. Rehabilitace – možnost lázeňské péče po ukončení hospitalizace. Všechny informace podá ošetřující lékař.
2. Oslovení agentur domácí péče k pomoci při nácviku jednotlivých úkonů při péči o sebe, jednoduchá rehabilitační cvičení na posilování svalstva, komunikace, paměťové hry, nácvik jemné motoriky.

III. Zvyšování míry soběstačnosti dítěte

1. Odstranění bariér – úprava bytu tak, aby mohl být užíván dítětem jako přirozené prostředí. Odkaz na Úřad práce, dávky pro osoby se zdravotním postižením (např. úprava bytu).
2. Zvýšení mobility dítěte – invalidní vozík. Zdravotní pojišťovna.
3. Zvýšení mobility dítěte – schodolez, zvedací systém, schodišťová plošina. Úřad práce, dávky pro osoby se zdravotním postižením.

4. Zvýšení mobility dítěte – možnost získat tzv. „byt zvláštního určení“ (původní terminologie) od obce, v níž dítě s postižením žije. Nejčastěji se jedná o byty v domech s pečovatelskou službou nebo bezbariérové byty.
5. Zvýšení mobility rodičů postiženého dítěte – příspěvek na zakoupení motorového vozidla. Úřad práce, dávky pro osoby se zdravotním postižením.
6. Zvýšení mobility rodičů dítěte s postižením – tzv. „parkovací průkaz“ – speciální označení vozidla, které přepravuje osobu s tělesným postižením. Obecní úřad obce s rozšířenou působností.
7. Návčivky úkonů denní potřeby dítěte – sociální služba, např. denní stacionář, sociální rehabilitace

IV. Zajištění péče

1. Zvyšování kompetencí rodičů nebo jiných rodinných příslušníků dítěte s postižením v oblasti péče – speciální vzdělávací kurzy pro pečující osoby.
2. Zajištění péče o dítě s postižením prostřednictvím sociální služby. Pečovatelská služba, osobní asistence.

V. Podpora vzdělávání

1. Možnost využít asistenta pedagoga pro dítě se zdravotním postižením.
2. Posilování kompetencí rodičů v edukativních činnostech. Účast na vzdělávání.
3. Možnost zařadit dítě do speciálních škol nebo tříd s upraveným vyučovacím programem dle typu postižení.

VI. Finance

1. Příspěvek na mobilitu. Úřad práce, dávka pro osoby se zdravotním postižením.
2. Příspěvek na péči, který se vyřizuje na Úřadu práce (dnes možnost souběhu rodičovského příspěvku a příspěvku na péči).

3. Invalidní důchod. Česká správa sociálního zabezpečení – žádost o přiznání invalidního důchodu před 18. rokem dítěte (zákon 155/1995 Sb.).
4. Průkaz mimořádných výhod (S-karta), umožňující držiteli využívat slev.
5. Rodičovský příspěvek pro rodiče vychovávající dítě s těžkým zdravotním postižením (až do 10 let věku dítěte).

Příklady finanční pomoci:

1) Příspěvek na péči – poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Nárok má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb.

O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Posuzují se čtyři stupně závislosti, které se hodnotí podle toho jak je osoba schopna zvládat sama základní životní funkce (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a svlékání, tělesná hygiena, výkon fyzické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost).

Příspěvek se vyřizuje na předepsaných formulářích, které je možné získat na Úřadu práce a následně se zde i vyplněný formulář odevzdá. Důležité upozornění je, že pokud dojde k hospitalizaci dítěte, příspěvek se nevyplácí.

Žádost musí obsahovat také označení fyzické nebo právnické osoby, která osobně poskytuje nebo bude poskytovat pomoc, určení jakým způsobem má být příspěvek vyplácen (dnes elektronické karty), doklad o výši příjmu oprávněné osoby a společně posuzovaných osob v rozhodném období.

Žádost Úřad práce zašle Okresní správě sociálního zabezpečení a ta vydá posouzení. Úřad práce provádí sociální šetření přímo v domácnosti, kde posuzuje, jak je osoba schopna zvládat sama základní životní funkce.

2) Příspěvek na mobilitu – má nárok osoba starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním

měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby. Výše příspěvku činí 400 Kč a také se žádost podává na Úřadu práce.