

# VLIV SOCIOEKONOMICKÉHO STATUSU RODINY NA ÚRAZOVOST DĚTÍ

The impact of socio-economic status of the family on children's injuries

Lucie Kozlová<sup>1</sup>, Jana Mikešová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce

<sup>2</sup>GYNEO, spol. s r. o., České Budějovice

## Summary

Injuries are the main causes of morbidity and mortality in children in all industrially developed countries. Increased attention is focused on problems of children's injuries not only because of their increasing number but also because of the importance of risks of these injuries. The authors' aim was to find out what are the circumstances of children's injury hospitalized on the paediatric ward in chosen hospital and to find out if there is a relation between socio-economic status of the family and the injury of the child. They used the quantitative research strategy which was based on secondary data analysis from the medical report of the hospitalized children due to injury on the paediatric ward of the hospital in Český Krumlov, and on questionnaire survey focused on identification of socio-economic status of the family. In order to determine the relation between the injury and the socio-economic status of the family according to Max-Weber stratification classification, the Monte-Carlo permutation test was carried out and according to a method of successive selection the evidential variables were chosen. The research results showed that there is a relation between socio-economic status of the family and circumstances of injury to a child. In families with a higher socio-economic status injuries caused in sport activities are prevalent and in families with a lower socio-economic status injuries from unsupervised playing prevail. Constant supervision is not the only one way how to avoid injuries of children in families with a lower socio-economic status. Effective education of these children on possible dangers should also participate in prevention of children's injuries.

**Key words:** children's injuries – prevention of injuries – socio-economic status – family

## Souhrn

Úrazy patří k hlavním příčinám dětské úmrtnosti i nemocnosti, a to ve všech průmyslově vyspělých zemích. Problematice dětské úrazovosti je věnována zvýšená pozornost nejenom vzhledem k jejich narůstajícímu počtu, ale i k závažnosti rizika, které tato zranění představují. Záměrem autorek bylo zjistit, jaké jsou okolnosti úrazu dětí hospitalizovaných na dětském oddělení ve vybrané nemocnici a zda existuje souvislost mezi socioekonomickým statutem rodiny a úrazem dítěte. Byla použita kvantitativní výzkumná strategie, která se opírala o sekundární analýzu dat z chorobopisů hospitalizovaných dětí na dětském oddělení nemocnice v Českém Krumlově v důsledku úrazu a o dotazníkové šetření zaměřené na zjištění socioekonomického statusu rodiny. Pro zjištění závislosti mezi okolností vzniku úrazu a socioekonomickým statutem rodiny podle stratifikační klasifikace Maxe Webera byl proveden Monte-Carlo permutační test a metodou postupné selekce byly vybrány průkazné proměnné. Výsledky výzkumu prokázaly, že existuje souvislost mezi socioekonomickým statutem rodiny a okolností vzniku úrazu dítěte. V rodinách s vyšším socioekonomickým statutem převažují úrazy vzniklé sportovními aktivitami a v rodinách s nižším socioekonomickým

---

Submitted: 2013-04-16 • Accepted: 2013-05-24 • Published online: 2013-12-20

PREVENCE ÚRAZŮ, OTRAV A NÁSILÍ: 9/2: 113–119 • ISSN 1801-0261 (Print) • ISSN 1804-7858 (Online)

---

statusem převládají úrazy vzniklé při hře bez dohledu. Neustálý dohled není jediný způsob, jak se vyhnout úrazům dětí v rodinách s nižším socioekonomickým statusem. Na prevenci dětských úrazů by se měla rovněž podílet účinná edukace těchto dětí o hrozících nebezpečích.

**Klíčová slova:** úrazy dětí – prevence úrazů – socioekonomický status – rodina

## ÚVOD

Úrazy patří celosvětově mezi hlavní příčiny úmrtí, hospitalizace a invalidizace lidí, představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém. Ve světě ročně umírá na následky úrazu více než pět milionu lidí. Podíl úmrtí v důsledku úrazu vzrostl za posledních 25 let z 25 na 37 %. Tošovský (2006) předpokládá, že do roku 2020 dojde k nárůstu úmrtí lidí na následky úrazu o 2,6 milionu lidí.

Podle Světové zdravotnické organizace jsou za největší zdravotnický problém považovány úrazy dětského věku. Úrazy patří mezi hlavní příčiny úmrtí dětí starších jednoho roku na celém světě. Každý rok podle statistických údajů zemře z důvodu úrazu více než 875 000 dětí a mladistvých do věku 18 let. Více než deset milionů dětí je v důsledku úrazu ročně hospitalizováno, mnoho z těchto dětí má pak dlouhodobé či trvalé následky. Úmrtnost dětí v důsledku úrazu je dvakrát častější než úmrtí v důsledku zhoubných nádorů a osmkrát častější než úmrtí související s poškozením dýchacího ústrojí.

Úrazy patří k hlavním příčinám dětské úmrtnosti i nemocnosti ve všech průmyslově vyspělých zemích. Problematice dětské úrazovosti je věnována zvýšená pozornost nejenom vzhledem k jejich narůstajícímu počtu, ale i k závažnosti rizika, které tato zranění představují. V důsledku stoupající úrazovosti apelovala Světová zdravotnická organizace na politiky jednotlivých států, aby zapracování prevence úrazů do národních opatření věnovali zvýšenou pozornost. Organizace spojených národů stanovila, že dítě má právo na nejvyšší dosažitelné zdravé a bezpečné prostředí.

### Prevence úrazů u dětí v České republice

Ustanovení týkající se prevence úrazů zahrnují opatření, která autoři McMahon a Gopalakrishna (2007) nazvali „tři e“: „education“ – tzn. vzdělávacím ovlivnit chování a zvyšovat vědomí rizikových faktorů; „engineering“ – tzn. vhodnými produkty minimalizovat vznik rizika; „enforcement“ – tzn. legislativními opatřeními, standardy apod. posilovat opatření vedoucí k minimalizaci rizik. Národní akční plán prevence dětských úrazů České republiky (2011) obsahuje tvrzení, že v České republice

je mnoho aktivit a programů zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů, avšak chybí jejich koordinace a důsledná prevence, což řadí Českou republiku mezi státy s vysokou mírou úrazovosti.

Každému úrazu předchází riziková situace, kterou můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Správnou a včasnou prevencí se dá všem úrazům předejít. Problémem prevence dětských úrazů se zabývá sekretariát Rady vlády ČR pro bezpečnost silničního provozu – BESIP. Jeho zájem je však soustředěn pouze na dopravní úrazy a tím je omezen i okruh jeho působení (Ministerstvo dopravy, 2008). V roce 1997 bylo při 2. lékařské fakultě UK v Motole založeno Centrum epidemiologie prevence dětských úrazů, jehož hlavním úkolem je na základě mezirezortní spolupráce koordinovat řešení této problematiky v České republice. Za významný krok systémového řešení problematiky dětských úrazů v České republice lze považovat Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007–17. Tento plán je kladně hodnocen orgány Světové zdravotnické organizace a Evropské unie. Cílem Národního akčního plánu prevence dětských úrazů České republiky (2011) je maximální snížení dětské úmrtnosti v České republice na následky úrazu, zastavení nárůstu a snížení četnosti dětských úrazů, zejména závažných a s trvalými následky. Tento národní akční plán sleduje dosavadní aktivity v rámci prevence dětských úrazů a stanovuje také nejdůležitější úkoly jednotlivých rezortů na období od roku 2007 do roku 2017. Existuje také Národní registr dětských úrazů, který zaznamenává všechny dětské úrazy z hlediska příčin jejich vzniku a vývoje, charakteru postižení, postupu léčby, výsledků léčby i možných zdravotních komplikací. Smyslem zaznamenání těchto údajů z celé České republiky je stanovit optimální diagnostiku, terapii a prevenci úrazů.

Zkušenosti z řady vyspělých zemí již dlouhá léta ukazují, že investice vložené do odborné a profesionálně vedené primární prevence dětských úrazů se mnohonásobně vrací. Úspěšně provádění prevence dětských úrazů předpokládá, jak konstatují Spady et al. (2004), profesionálně vedené seznámení laické veřejnosti s riziky, která jsou se

vznikem dětských úrazů spojena, s poukázáním na to, jak jim předcházet. Neméně důležité je zajištění této prevence po finanční stránce, třeba pomocí specifických dotačních programů. Upozorňují, že náklady spojené s péčí o pacienty v nemocnici i v rámci následné péče jsou při velkém výskytu úrazů obrovské.

### **Socioekonomické faktory ovlivňující vznik úrazu**

Z hlediska sociální stratifikace jsou rodiny v České republice rozlišovány do tří skupin obyvatel. Horní třídu tvoří rodiny podnikatelů, samostatně činných odborníků a vyšších odborníků-zaměstnanců. Do dolní skupiny patří dělnické domácnosti, kdy oba partneři vykonávají dělnickou profesi v zaměstnaneckém poměru. Mezilehlou skupinu tvoří z hlediska životní úrovně domácnosti živnostníků, středních odborníků, nižších úředníků a kombinované domácnosti (Čermáková, Maříková, 2000).

Za sociologicky významné charakteristiky této sociální diference se podle autorů Machonina a Tučka (1996) nejčastěji považují: úroveň dosaženého vzdělání, zaměstnanecký status čili profesionální postavení, mocenské postavení s krajními póly moci a bezmoci, příjem ať už naturální či peněžní, majetek podle objemu nebo vlastnického vztahu k němu, spotřební (životní) úroveň s krajními póly bohatství a chudoby, včetně míry vybavení domácností předměty dlouhodobé spotřeby, a nakonec životní styl např. z hlediska kulturní úrovně trávení mimopracovní doby. Dílčími statusovými indikátory diference, které lze považovat spíše za horizontální, jsou např. obytné okolí, národnostní nebo rasová příslušnost, příslušnost k politické straně s mocenským monopolem, pohlaví, věk, náboženské vyznání a další.

Děti, které žijí v horších socioekonomických podmínkách, mají vyšší riziko úrazu. Sociální dopady jsou největší na nejzranitelnější skupinu – děti. Četnost a závažnost úrazu dětí je významně ovlivněna socioekonomickými faktory. Největší úrazovost je vykazována u dětí z nejchudších zemí a u dětí z nejchudších rodin (Sen, 1983). Nízký socioekonomický status rodiny může ovlivnit úrazovost mnoha způsoby, např. nižší úroveň životního stylu, nevyhovujícími bytovými podmínkami, nedostatkem finančních prostředků na nákup bezpečných výrobků, kvalitních zádržných systémů, cyklistických přileb, zajištění kurzu plavání, používáním vozidel, která jsou ve špatném technickém stavu. Sethi et al. (2008) uvádějí, že úmrtnost dětí následkem úrazu se vykazuje sociálním gradientem. Mezi nejrizikovější socioekonomické faktory patří chudoba

rodiny, např. v důsledku nezaměstnanosti rodičů, neúplnost rodiny, nedostatek dostupných služeb pro rodiny s dětmi, nízké vzdělání rodičů, nízký věk matky, vícečetnost rodiny (např. 3 a více dětí v rodině), nedostatečný dohled dospělé osoby, resp. dohled starších sourozenců nad mladšími sourozenci, zdravotní postižení v rodině, úmrtí v rodině, užívání alkoholu a drog, kriminalita v rodině, nedostatečné bytové podmínky.

Mezi faktory ovlivňující úrazy u dětí v kontextu socioekonomických faktorů patří také rizikové aktivity, které mohou děti vidět u svých rodičů a snaží se je napodobit. Kohoutek (2002) konstatuje, že klíčová úloha rodiny je spojena s její funkcí společenského dědění neboli předávání návyků nutných pro orientaci v poznávacích stereotypech, důležitých pro regulaci zachování hodnot a norem, přičemž veškeré aspirace, hodnoty, návyky, symboly, stereotypy a normy jsou spojeny se sociální pozicí. Disponují-li rodiče rizikovým chováním, předávají negativní stereotypy chování také svým dětem. Do rizikových aktivit jsou v souvislosti s úrazy u dětí řazeny extrémní a adrenalinové sporty: např. bungee-jumping, rafting, divoká voda, bojové sporty, horolezectví, alpinismus, dále adrenalinové a hazardní zábavy jako např. sprejerství, lezení na budovy, závodění na silnici, lezení na vagony či sloupy elektrického napětí, stopování, schůzky naslepo. Další oblastí rizikových aktivit je užívání drog a alkoholu, šikana a násilí. Aktéři rizikového chování si neuvědomují celé spektrum možných následků.

Jednou z cest preventivního působení a formování postojů mladých lidí tak může být ukázka reálných případů rizikového chování a jejich často tragických a nevratných následků, jako jsou způsobení smrti nebo trvalého postižení jiného člověka, psychické trauma, stigmatizace viníka i oběti, poškození společenské pověsti na dlouhou dobu nebo na zbytek života, dále hmotné škody, celospolečenské škody, náklady na léčení, zapojení složek záchranného systému. Pro vykreslení následků je možné použít např. fotografie a příběhy viníků i obětí, reálné případy z okolí, osobní zkušenosti a zážitky dětí, kazuistiky z tisku, odborných publikací, televize, návštěvy a exkurze do zařízení, která pečují o oběti i viníky rizikového chování.

Na základě teoretických a praktických znalostí byly formulovány dva výzkumné cíle. První cíl měl zmapovat okolnosti úrazů dětí hospitalizovaných na dětském oddělení ve vybrané nemocnici. Druhý cíl zjišťoval, zda existuje souvislost mezi socioekonomickým statutem rodiny a úrazem dítěte.

V souvislosti s vytyčenými cíli byly formulovány dvě hypotézy. První předpokládala, že „v rodinách s vyšším socioekonomickým statusem převládají úrazy vzniklé sportovními aktivitami“, a druhá se zaměřila na konstatování, že „v rodinách s nižším socioekonomickým statusem převládají úrazy vzniklé při hře bez dohledu“.

## METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

K získání informací pro dosažení cílů a potvrzení hypotéz byla použita kvantitativní strategie výzkumu. Výzkumná metoda se opírala o sekundární analýzu dat z chorobopisů hospitalizovaných dětí na dětském oddělení nemocnice v Českém Krumlově v důsledku úrazů a o dotazníkové šetření zaměřené na zjištění socioekonomického statusu rodiny. Dotazník byl vždy předán rodičům k vyplnění v době přijetí dítěte k hospitalizaci. Získané údaje z chorobopisů dětí a dotazníku určeného rodičům byly zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Nejprve byla vytvořena datová matice a následně kontingenční tabulky, které zaznamenávaly absolutní a relativní četnosti. Pro zjištění závislosti mezi okolností vzniku úrazu a sociální třídou (sociální stratifikace rodin podle Maxe Webera) byl proveden Monte-Carlo permutační test a metodou postupné selekce byly vybrány průkazné proměnné.

První soubor je tvořen 276 případy poranění dětí následkem úrazu v rozmezí věku 0–17 let hospitalizovaných na dětském oddělení nemocnice v Českém Krumlově v roce 2010. Způsob výběru dětí ze základního souboru do výzkumného souboru byl založen na totálním výběru, tzn. do vzorku byly zařazeny všechny děti, které byly hospitalizovány v nemocnici v roce 2010. Vzorek byl zastoupen 58 % dětí mužského pohlaví a 42 % dětí ženského pohlaví. Dětské úrazy byly rozděleny dle věkových kategorií v jednotlivých kalendářních měsících. Byly zmapovány tyto okolnosti úrazu: druh úrazu, závažnost úrazu a příčinné souvislosti s úrazem. Druhý soubor je tvořen rodiči dětí z prvního souboru, které utrpěly úraz. Z celkového počtu 276 rodin bylo možné hodnotit socioekonomický status u 241 rodin, jelikož 35 rodin odmítlo vyplnit dotazník týkající se jejich socioekonomické situace. U rodičů byl zjišťován socioekonomický status, který byl indikován třemi proměnnými. První proměnnou tvořilo dosažené vzdělání rodičů, druhou proměnnou byl zaměstnanecký status a třetí proměnnou zastupoval příjem rodiny. Vybrané ukazatele byly zhodnoceny podle teorie sociální stratifikace so-

ciologa Maxe Webera a byly vytvořeny stratifikační skupiny podle socioekonomického statusu. Marginální třídu neboli underclass představovala SC1, nižší (dělnickou) třídu obsahovala skupina SC2, ve skupině SC3 byla zastoupena střední třída a vyšší sociální třídu reprezentovala skupina SC4.

## VÝSLEDKY

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

Nejvíce úrazů z hlediska **věkového rozložení dětí** bylo zaznamenáno u mladších školáků ve věku od 6 do 11 let – 67 dětí (23 %), dále u předškoláků ve věku od 3 do 5 let – 54 dětí (20 %), u batolat ve věku od 1 do 3 let – 46 dětí (17 %), u dorostenců ve věku 15 až 17 let – 45 dětí (16 %), u kojenců od 28. dne do 12 měsíců – 32 dětí (12 %), u starších školáků ve věku 12 až 15 let – 30 dětí (11 %) a nejméně úrazů bylo zaznamenáno u novorozenců do 28. dne života – 2 děti (1 %).

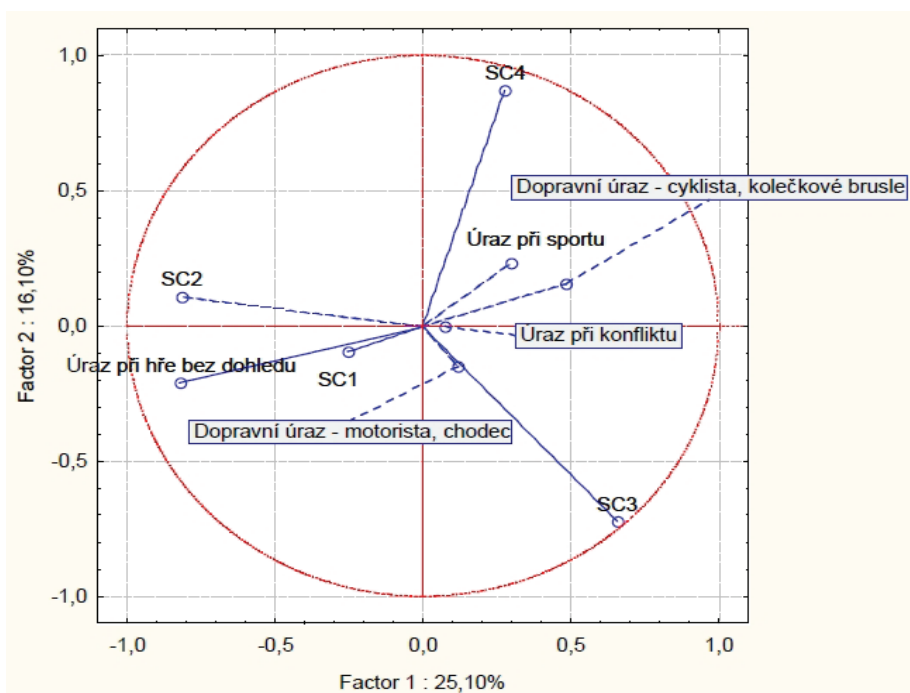
Zastoupení jednotlivých **druhů úrazů** bylo z celkového počtu 276 na prvním místě zaznamenáno nejvíce pádů, zlomenin, pohmoždění bez poranění hlavy, a to v 68 případech (24 %), na místě druhém se vyskytovalo poranění hlavy a mozku ve 46 případech (17 %), místo třetí tvořilo poranění povrchu těla (rány, odřenyiny, pohmožděnyiny) v 37 případech (13 %), čtvrté místo zastupovaly popáleniny a opařeniny ve 32 případech (12 %) a na pátém místě byly otravy ve 21 případech (8 %). Ostatní druhy úrazů nebyly významně zastoupeny.

Z výzkumného šetření při klasifikaci úrazů podle **ročního období** vyplynulo, že v zimním období (pro účely výzkumu se jednalo o období listopad až březen) převažují úrazy, jako jsou zlomeniny, pády, pohmoždění včetně poranění hlavy a mozku v souvislosti se zimními sporty. Maximum těchto úrazů bylo zaznamenáno v březnu 2010 v období jarních prázdnin, kdy rodiny s dětmi často tráví čas na horách. S nástupem teplého jarního počasí se začínají vyskytovat ve větší míře úrazy na hřištích, cyklistů a dopravní úrazy všeobecně. S nástupem léta v období velkých letních prázdnin se objevuje častěji tonutí. Celoročně bývá stabilní počet otrav, pokousání zvířetem a ostatních úrazů nesouvisejících se sportovními aktivitami dětí, dopravou a volným časem dětí bez dozoru rodičů.

Z hlediska **závažnosti úrazů** bylo ze všech 276 zaznamenaných hospitalizací dětí pro úraz 156 (57 %) lehkých úrazů, 78 (28 %) středně těžkých a 42 (15 %) těžkých úrazů. Úmrtí nebylo zaznamenáno žádné. Na dětském oddělení podle závažnosti byly hospitalizovány děti, které byly odeslány na dětské oddělení po prvotním ošetření na chirurgickém oddělení a nevyžadovaly speciální chirurgickou terapii. Ve většině úrazů hlavy šlo o observaci, u povrchných poranění a zlomenin byla léčba provedena primárně na chirurgickém oddělení. Popáleniny a opaření byly rovněž přednostně ošetřeny na chirurgickém oddělení a odeslány na dětské oddělení v případech, kdy závažnost úrazu nebylo nutno řešit na popáleninovém centru. Léčené otravy na dětském oddělení byly takové, které nebylo nutno řešit na JIP s ventilací, dialýzou nebo jinými očišťovacími metodami.

Při analýze **socioekonomické situace rodin**, v nichž se úraz vyskytl, převažuje podle stratifikace sociologa Maxe Webera střední SC3 a nižší třída SC2, což odpovídá rozvrstvení tříd ve společnosti. Obrázek 1 ilustruje závislost okolnosti vzniku úrazu na sociální třídě, do které byla rodina zařazena. Byl

proveden Monte-Carlo permutační test a metodou postupné selekce byly vybrány průkazné proměnné ( $p < 0,05$ ). Spojnice jednotlivých bodů se středem v kruhu (jejich směr a velikost) ukazují korelaci konkrétního prediktora, v našem případě se jednalo o okolnost vzniku úrazu, s ostatními prediktory – sociální skupinou (SC1–SC4). Korelace pozitivně roste s délkou spojnice. V sociální třídě underclass SC1 byla nejčastější okolností úrazu hra bez dohledu rodičů. Jiné okolnosti úrazů se zde nevyskytly. V sociální třídě SC2 (nižší) nejvíce převažovaly úrazy vzniklé při hře bez dohledu rodičů, ojediněle se vyskytly úrazy spojené se sportem, dopravní úrazy (motoristé, chodci), dopravní úrazy (cyklisté, bruslaři na kolečkových bruslích) a úrazy vzniklé v rámci konfliktu. Ve střední sociální třídě SC3 byly nejvíce zastoupeny úrazy vzniklé v souvislosti se sportovními aktivitami dětí. Dále v menším počtu byly zastoupeny úrazy spojené s hrou bez dohledu, dopravní úrazy a úrazy vzniklé v rámci konfliktu. Ve vyšší sociální třídě SC4 převažovaly opět úrazy spojené se sportovními aktivitami dětí. Ojediněle se objevovaly ostatní okolnosti úrazu.



Obrázek 1 Závislost okolnosti vzniku úrazu na sociální třídě

## DISKUSE

Všeobecně platí, jak uvádí Říčan (2005), že chlapci jsou náchylnější k častějším a závažnějším úrazům než dívky, což se týká všech typů úrazů a všech věkových kategorií. Počet úmrtí chlapců v důsledku úrazu stoupá s věkem. Nejmenší podíl úrazovosti podle pohlaví je u nejmladších dětí 0–4 roky, kdy četnost smrtelných úrazů je stejná jak u chlapců, tak i u dívek. Ve věku od 5 do 9 let je úmrtnost chlapců na úrazy třikrát vyšší než u dívek, ve věku od 10 do 14 let je úmrtnost chlapců na úrazy o 60 % vyšší než u dívek, u věkové kategorie 15 až 17 let je úmrtnost chlapců v důsledku úrazů o 86 % vyšší než u dívek (WHO, 2002). V epidemiologické studii Průchové et al. (2012) jsou uvedeny výsledky týkající se úrazů dětí analyzovaných na základě 874 dotazníků v Jihočeském kraji. Ze studie vyplynulo, že úrazy převažují u chlapců (59 %) nad dívkami (41 %) a nejvíce úrazů bylo ve věkové skupině 11 až 14 let (celkem 225 úrazů) a ve věkové skupině 15 až 18 let (celkem 188 úrazů). Výsledky našeho výzkumu potvrdily výše uvedená tvrzení vzhledem k faktu, že vzorek byl zastoupen 58 % dětí mužského pohlaví a 42 % dětí ženského pohlaví, i když podle genderového rozložení populace českých dětí je 52 % dívek a 48 % chlapců (Populační vývoj v ČR, 2012).

V Evropské unii je úmrtnost dětí na neúmyslné úrazy z hlediska mechanismu úrazového děje následující: dopravní úrazy 39 %, tonutí 14 %, otravy 7 %, popáleniny 4 %, pády 4 %, ostatní 32 % (Sethi et al., 2008). Naš výzkum lze komparovat s hodnotami Evropské unie pouze v některých vybraných kategoriích z důvodu odlišného systému evidence úrazů České republiky. Bylo možné porovnat kategorii otrav, popálenin a dopravních úrazů. Téměř shodné procentuální zastoupení měla kategorie otrav (8 %), ale značně se lišíme v zastoupení kategorie dopravních úrazů (20 %) a popálenin (12 %).

Podle statistik Ministerstva zdravotnictví ČR (2008) zhmoždění, vykloubení, zlomeniny a poranění hlavy a lebky tvoří dohromady 66 % z celkového množství dětských úrazů a souvisejí se stupněm tělesného a duševního vývoje v jednotlivých věkových obdobích. Z našeho výzkumu vyplynulo, že tyto kategorie tvořilo 41 %.

Z provedené analýzy získaných terénních dat je zřejmé, že existuje závislost mezi úrazy při hře bez dohledu a marginální a nižší třídou. Tyto úrazy jsou typické právě u rodin, kde je méně důsledný dozor a rodiče si často nepřipouštějí rizika úrazů. V těchto rodinách s nižším socioekonomickým sta-

tusem je znatelně méně úrazů vzniklých při sportu, a to hlavně organizovaném, což opět souvisí s ekonomickými možnostmi této sociální třídy. Lze předpokládat, že tento jev může souviset s ekonomickou situací v inkriminovaných skupinách. Sethi et al. (2008) konstatují, že úrazovost v těchto třídách bude nepochybně souviset s nižším životním nivó, možností přiměřeného vybavení dětí na sport ochrannými pomůckami. V těchto nejnižších sociálních třídách se mnohdy projevuje disfunkčnost rodiny, nedostatek finančních prostředků, úroveň vzdělání a vícečetnost rodin.

Ve střední a vyšší sociální třídě převažovaly úrazy v kontextu se sportovními aktivitami dětí. Tento fakt podporuje tvrzení uvedené ve výzkumném šetření Zajíce (2012), že čím lépe je rodina situována, tím spíše dítě tráví čas s rodiči, sourozenci a prarodiči. Rodiny s vyšším socioekonomickým statutem zajišťují svým dětem aktivní trávení volného času, což většinou představuje nějakou sportovní aktivitu.

## ZÁVĚR

Problematika úrazovosti dětí je jedním z nejzávažnějších zdravotnických problémů. Úraz se často stane ve vteřině a jeho následky trvají po celý život, přičemž se nemusejí projevit hned, ale až po čase. Úraz nezmění jenom život dítěte, ale zasáhne i do života celé rodiny. Výsledky výzkumu prokázaly, že existuje souvislost mezi socioekonomickým statutem rodiny a okolností vzniku úrazu dítěte. Potvrdila se první stanovená hypotéza, že v rodinách s vyšším socioekonomickým statutem převládají úrazy vzniklé sportovními aktivitami. Druhá hypotéza předpokládala, že v rodinách s nižším socioekonomickým statutem převládají úrazy vzniklé při hře bez dohledu. Výsledky z výzkumného šetření a jejich analýza tuto domněnku potvrdily. Jistě by nebylo správné domnívat se, že neustálý dohled je jediný způsob, jak se vyhnout úrazům dětí v rodinách s nižším socioekonomickým statutem. Na prevenci dětských úrazů by se měla rovněž podílet účinná edukace těchto dětí o hrozících nebezpečích. Každý úraz má své příčiny a nestává se náhodou, vždy mu předchází riziková situace, kterou můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Epidemiologický charakter úrazovosti z ní činí veřejně zdravotnický problém, jehož ovlivnění prostřednictvím prevence může výrazně změnit délku a kvalitu života, ekonomickou zátěž zdravotnického systému i stav veřejného zdraví.

## LITERATURA

1. Čermáková M, Maříková H (2000). Proměny současné české rodiny. Praha: SLON. ISBN 80-85850-93-1.
2. Kohoutek R (2002). Základy užité psychologie. Brno: CERM. ISBN 80-214-2203-3.
3. Machonin P, Tuček M (1996). Česká společnost v transformaci. Praha: SLON. ISBN 80-85850-17-6.
4. McMahon K, Gopalakrishna G (2007). World Report on Child and Adolescent Injury Prevention. Road Traffic Crashes. Geneva: WHO.
5. Ministerstvo dopravy ČR (2008). BESIP. [online] [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.ibesip.cz/Kdojsme>
6. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2008). Prevence dětských úrazů v České republice. [online] [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.mzd.cz/Pages/518-detske-urazy-vcr>
7. Národní akční plán prevence dětských úrazů ČR (2011). [online] [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Pages/523-narodni-akcni-planprevencedetskychurazu>
8. Populační vývoj v České republice (2012). [online] [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=841&PHPSESSID=f188cbd02bf9f7e8a186e5224c7b509c](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=841&PHPSESSID=f188cbd02bf9f7e8a186e5224c7b509c)
9. Průchová D, Velemínský M, Vitošová A, Lavičková M, Stránský P (2012). Úrazy dětí v Jihočeském kraji – epidemiologická studie. Prevence úrazů, otrav a násilí. VIII/1: 18–28. ISSN 1801-0261.
10. Říčan P (2005). Psychologie. Praha: Portál. ISBN 80-7178-923-2.
11. Sen A (1983). Poor, Relatively Speaking. Oxford Economic Papers. 35/2: 153–169. ISSN 0030-7653.
12. Sethi D, Toner E, Vincenten J (2008). European Report on Child Injury Prevention. Geneva: WHO.
13. Spady D, Saunders D, Schopflocher D, Svensson L (2004). Patterns of Injury in Children: A Population-Based Approach. Pediatrics. 11/3 pt 1: 522–529. ISSN 0031-4005.
14. Tošovský V (2006). Chraňme děti před úrazy: prevence úrazů dětí a mládeže. Praha: Alfa-omega. ISBN 80-86318-79-6.
15. World Health Organization: Global Burden of Disease project (2002). Geneva: WHO.
16. Zajíc J (2012). Začarovaný kruh. [online] [cit. 2013-04-09]. Dostupné z: <http://www.nidm.cz/projekty/realizace-projektu/klince-pro-zivot/vyzkumy/realizace/zacarovany-kruh>

---

### ✉ Kontakt:

Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce, Emy Destinové 46, 370 05 České Budějovice  
E-mail: [lkozlova@zsf.jcu.cz](mailto:lkozlova@zsf.jcu.cz)