

Vliv délky kojení na budoucí zdravotní stav dítěte

Jana Doušová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Doušová**
Osobní číslo: **H14157**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vliv délky kojení na budoucí zdravotní stav dítěte**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kojení, alergií a nejčastějších onemocnění u dětí.
Příprava metodiky empirické části.
Realizace průzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

DAVIES, Lorna a Ruth DEERY. Nutrition in pregnancy and child birth: food for thought. London: Routledge, 2014. ISBN 978-0-415-53606-6.

GREGORA, Martin a Magdalena PAULOVÁ. Výživa kojenců: maminčina kuchařka : výživa kojící matky, potíže při kojení, umělé mléka pro kojence i batolata, receptář nemléčných příkrmů. Praha: Grada, 2003. Pro rodiče. ISBN 80-247-0576-1.

MUNTAU, Ania. Pediatrie. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4588-6.

PETRŮ, Vít a kol. Dětská alergologie. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2584-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v pediatrii. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3286-2.

ZANOVITOVÁ, Mária a Anna OVŠONKOVÁ. Ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7464-082-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28. 2. 2017

.....
Dvořák

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávajíc zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o účincích mateřského mléka a o vlivu délky kojení na vznik jednotlivých onemocnění u dětí. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. V první kapitole je diskutováno mateřské mléko, jeho složení, pozitivní účinky a problematika umělé výživy. Druhá kapitola je věnována psychomotorickému vývoji dítěte a třetí kapitola zmiňuje vybraná dětská onemocnění a jejich ošetrovatelskou péči z pohledu všeobecné sestry.

V praktické části bylo pomocí dotazníků zjišťováno, jak délka kojení ovlivňuje výskyt různých nemocí u dětí.

Klíčová slova: kojení, mateřské mléko, alergie, astma bronchiale, akutní bronchitida, diabetes mellitus, průjem, zubní kaz

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the effects of breast milk and the influence of breastfeeding length on the development of individual diseases in children. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter discusses breast milk, its composition, positive effects and artificial nutrition issues. The second chapter is devoted to the child's psychomotor development and the third chapter mentions the selected childhood illnesses and their nursing care from the point of view of the general nurse.

In the practical part, using questionnaires, how length of breastfeeding affects the incidence of various diseases in children is determined.

Keywords: breastfeeding, breast milk, allergy, bronchial asthma, acute bronchitis, diabetes mellitus, diarrhoea, tooth decay

Děkuji Mgr. Andree Filové za připomínky, odborné rady a vedení při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu a trpělivost po celou dobu studia.

Motto: *„Kde je láska, tam je život“*. *Gándhí*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VÝZNAM KOJENÍ	12
1.1 MATEŘSKÉ MLÉKO	12
1.1.1 Druhy mateřského mléka.....	12
1.1.2 Složení mateřského mléka.....	13
1.1.3 Pozitivní účinky MM	15
1.2 UMĚLÁ VÝŽIVA	15
1.2.1 Počáteční mléka.....	16
1.2.2 Pokračovací mléka	17
1.3 IMUNITA NOVOROZENCE.....	17
2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE	19
2.1 NOVOROZENEC.....	19
2.2 KOJENEC	19
3 DĚTSKÁ ONEMOCNĚNÍ A JEJICH OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	22
3.1 ALERGIE.....	22
3.1.1 Atopický ekzém.....	22
3.1.2 Ošetřovatelská péče u Atopického ekzému.....	22
3.1.3 Laktózová intolerance	24
3.1.4 Alergie na bílkovinu kravského mléka.....	24
3.1.5 Intolerance lepku	25
3.1.6 Ošetřovatelská péče u Intolerance lepku	25
3.2 ONEMOCNĚNÍ RESPIRAČNÍHO SYSTÉMU	26
3.2.1 Astma bronchiale.....	26
3.2.2 Ošetřovatelská péče u Astma bronchiale.....	27
3.2.3 Záněty dýchacích cest.....	27
3.2.4 Ošetřovatelská péče u Akutní bronchitidy	28
3.3 DIABETES MELLITUS 1. TYPU	29
3.3.1 Ošetřovatelská péče u Diabetes mellitus 1. typu	29
3.4 PRŮJMOVÁ ONEMOCNĚNÍ	30
3.4.1 Ošetřovatelská péče u Průjmu	31
3.5 ZUBNÍ KAZ.....	32
3.5.1 Primární prevence	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	35

4.1	HLAVNÍ CÍL	35
4.2	DÍLČÍ CÍLE	35
4.3	METODA ZÍSKÁNÍ DAT	35
4.4	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	37
5	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
6	DISKUZE	56
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
	SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM GRAFŮ	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72

ÚVOD

Kojení je v prvních měsících po narození u savců přirozeným a jediným možným způsobem výživy mláďat. Příjem mateřského mléka dodává potomkovi dostatečné množství živin a tekutin. Mateřské mléko má takové složení, které odpovídá nutričním potřebám novorozeněte, obsah protilátek z těla matky napomáhá vývoji dětské imunity a fyzický kontakt matky s dítětem upevňuje jejich vztah. Člověk je však jediným druhem, který dokázal mateřské mléko nahradit jinými možnostmi výživy.

S vývojem diagnostických a léčebných metod, vývojem umělé výživy a častějším výskytem alergií a tzv. civilizačních chorob je téma imunity a faktorů ovlivňujících vývoj imunitního systému stále aktuálnější a diskutovanější. Na rozvoj imunitního systému dítěte už od narození působí okolní svět. Jedním z faktorů, které ovlivňují rozvoj imunity, je, díky obsahu protilátek, právě mateřské mléko. Mezi lékaři a odborníky však není shoda o tom, jak dlouhá doba kojení je optimální a zda používání náhrad mateřského mléka představuje nějaké riziko.

Dnešní multikulturní a také multimediální svět umožňuje velký výběr zboží, mnoho zdrojů potravin a různé způsoby života. Často slyšíme o rodičích, kteří odmítají očkování, spokojí se jen s BIO výrobky a umělá výživa je pro ně tabu. Zda jsou pozitivní účinky mateřského mléka opravdu tak znatelné, je předmětem této práce.

Cílem práce je zjistit, zda má na výskyt onemocnění vliv délka kojení, a to zejména na vznik alergií, zánět dýchacích cest, diabetes mellitus 1. typu, průjmového onemocnění a na výskyt zubního kazu. Dále bude zjišťováno, které pohlaví je více ohroženo, zda má na vznik onemocnění vliv i genetika a jaká je optimální délka kojení s největším protektivním účinkem.

Výsledky práce objasní fakt, zda je opravdu důležité doporučené kojení do šesti měsíců dle WHO a zda je chybou, pokud matka nemůže své dítě kojit, ať už ze zdravotních nebo jiných důvodů. Také objasní, zda vznik určitého onemocnění skutečně souvisí s délkou kojení. Umělá výživa je v dnešní době už na vysoké úrovni a závěry této práce by měly určit, zda se na ni matky mohou spolehnout.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝZNAM KOJENÍ

WHO/UNICEF doporučují výlučné kojení po dobu 6. měsíců a v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem do 2 roků věku dítěte i déle (Laktační liga, 2016).

Pojem výlučné kojení znamená, že dítě nepřijímá nic jiného (čaj, vodu s cukrem, šťávu) než mateřské mléko (Gregora a Paulová, 2003, s. 11).

Výlučné kojení prováděno do šesti měsíců bude ochraňovat zaživací systém kojeneho dítěte a sníží tak riziko, že se do trávicího ústrojí dostanou cizí bílkoviny, což je velmi důležitá ochrana, jestliže se nacházejí v rodinné anamnéze alergie, například astma, potravinové alergie a dermatitida. Důvodem, proč je výhodné výlučně kojit po dobu šesti měsíců je fakt, že trávicí ústrojí dítěte není zcela vyvinuté a nedokáže dobře strávit pevnou stravu. Nestrávená potrava může dítěti způsobit bolesti, průjem, neutišitelný pláč i poškození trávicího ústrojí dítěte. Děti, která dostávají umělou stravu místo přirozeného mateřského mléka jsou více náchylnější k infekcím. Ve všech populacích (bohatých i chudých) existují jasné důkazy, že se u těchto dětí vyskytuje víc vážných onemocnění, zahrnující bakteriální meningitidy, průjmy, infekce dýchacích cest, záněty středního ucha, záněty močových cest aj. Mléko obsahuje živé buňky, které mnohé z nich vytváří ochranný povlak na sliznici celého trávicího ústrojí dítěte a tak ho chrání před některými druhy bakterií a virů. Dítě, které opustí dělohu, kde se vyskytuje sterilní prostředí, se dostává do velice kontaminovaného vnějšího prostředí. Jeho tělíčko není na takový šok připravené a právě nejlépe využije ochrany z mateřského mléka (Gaskin, 2011, s. 20-21).

1.1 Mateřské mléko

Mateřské mléko poskytuje množství energie a živin pro optimální růst a vývoj novorozence a složením napomáhá také k adaptaci z prenatálního do neonatálního období. Nutriční požadavky matky jsou při laktaci vyšší než v těhotenství. Spotřeba energie během prvních čtyř měsíců laktace je ekvivalentem spotřeby energie za celé těhotenství (Davies a Deery, 2014, s. 35).

1.1.1 Druhy mateřského mléka

Kolostrum je mléko, které novorozenec pije první týden od svého narození zhruba do čtvrtého dne. Je bohaté na bílkoviny a obsahuje méně tuků a sacharidů. Obsahuje velké

množství bílých krvinek (makrofágů, lymfocytů, granulocytů) a sekrečního IgA. Má nižší energetický obsah: 56 kcal/100 ml. Matky mají často dojem, že kolostrum není mléko, kvůli jeho nažloutlé barvě a považují ho za zkažené (Lebl et al., 2014, s. 116; Sedlářová a kol., 2008, s. 87).

Další mléko je přechodné (tranzitorní). Dítě je kojeno tímto mlékem ve druhém až třetím týdnu, většinou 5-10 den. Obsahuje méně bílkovin a více tuků a sacharidů. Posledním mlékem je mléko zralé, kdy ho novorozenec pije ve třetím týdnu po porodu. Obsah bílkovin je nižší a obsah tuků je vyšší. Má vyšší energetický obsah: 66 kcal/100 ml (Muntau, 2014, s. 52; Lebl et al., 2014, s. 116).

1.1.2 Složení mateřského mléka

V mateřském mléce je poměrně málo bílkovin. Koncentrace syrovátkové bílkoviny (laktalbuminu) a kaseinu činí 70:30, v kravském mléce je to obráceně. MM je lépe stravitelné, díky nižšímu obsahu kaseinu. V žaludku se z kaseinu vytvářejí hrudky.

Živina	Zralé mateřské mléko		Kravské mléko	
	[g/100 g]	procento energie	[g/100 g]	procento energie
Bílkovina	1,0	6 %	3,4	21 %
z toho kasein	0,4 (40 % bílkovin)	2,4 %	2,8 (80 % bílkovin)	17 %
Tuk	3,8	52 %	3,7	51 %
Laktóza	7,0	42 %	4,6	28 %
Minerální látky	0,2	-	0,8	-
Energie	66 [kcal/100 ml]	100 %	65 [kcal/100 ml]	100 %

Tabulka č. 1 Obsah živin v mateřském a kravském mléku (Lebl et al., 2014, s.

116)

Co se týče aminokyselin, tak je v MM velký obsah taurinu (při jeho nedostatku dochází k poruše funkce oční sítnice) a cysteinu. Poměr tyrosinu a fenylalaninu je třikrát vyšší v kravském mléce než v mateřském (Lebl et al., 2014, s. 116).

Tuky patří mezi hlavní zdroje energie, proto kojenec využívá ke svému vývoji 50 % tuků, ze všech složek MM. Tuky obsahují esenciální mastné kyseliny a vitamíny, které jsou rozpustné v tucích. Mezi mastné kyseliny řadíme kyselinu arachidonovou a dekosahexaenovou (jsou důležité pro rozvoj oční sítnice a CNS) a kyselinu linolovou a alfa-linolenovou. Mastné kyseliny obsahují 42 % nasycených a 58 nenasycených. V MM je více cholesterolu jak v kravském, dvakrát až třikrát více. MM obsahuje lipázu, která lépe vstřebává tuky než kravské mléko. Z MM se vstřebá až 95 % lipidů (Lebl et al., 2014, s. 116; Stožický, Sýkora a kol., 2015, s. 62).

V rámci sacharidů je v MM velký obsah laktózy, která snižuje pH stolice, umožňuje růst bifidobakterií, laktobacilů a snižuje růst *E. coli*. Součástí laktózy je galaktóza, která je potřebná pro růst mozku a vstřebávání vápníku. Oligosacharidy mají prebiotický efekt, tzn. podporují růst bifidobakterií. Střevní mikroflóra u dětí, které jsou kojené výlučně, je složená z 90 % laktobacilů a bifidobakterií. Mezi normální funkce střevní mikroflóry patří i obranný mechanismus, který má velký podíl na vývoji imunitního systému (Muntau, 2014, s. 52-53; Lebl et al., 2014, s. 116).

V MM je dostatek vitamínů, které kojenec potřebuje, avšak kromě vitamínů K a D, které musí být substituovány. Vitamín K je důležitý k prevenci hemoragické nemoci a vitamín D se užívá k prevenci rachitidy. V poslední době se doporučuje podávat vitamín D ve formě kapek (Infadin, Vigantol) denně od osmého dne od narození v dávce 800-1000 IU. Nedostatek vitamínu B₁₂ vede k dlouhodobým neurologickým následkům, které negativně působí na vývoj dítěte a je příčinou megaloblastické anémie. Nedostatkem tohoto vitamínu trpí zejména veganky, protože se vitamín B₁₂ nenachází v rostlinné stravě (Lebl et al., 2014, s. 117; Stožický, Sýkora a kol., 2015, s. 63).

Poměr minerálů v MM je třikrát nižší jak v mléku kravském. Z MM je využito 50-70 % železa a z kravského jen 10-30 %. Během těhotenství a kojení, by měla každá žena dostávat alespoň 100-150 µg jódu za den, aby pokryla potřebu jódu dítěte (Muntau, 2014, s. 53; Lebl et al., 2014, s. 117).

1.1.3 Pozitivní účinky MM

MM obsahuje velké množství složek s antibakteriálním a protizánětlivým působením. U dětí, které byly kojeny, se vyskytuje menší množství infekcí trávicího ústrojí, jako jsou průjemy, dále respiračních onemocnění a středoušních zánětů. Některé studie poukazují na to, že kojené děti mají v pozdějších letech nízkou hodnotu cholesterolu v krvi a nízký krevní tlak. Pozitivní vliv kojení jako prevence alergie se vztahuje na děti rizikové, tzn. kdy jeden z rodičů nebo oba, ale může to být i sourozenec trpí atopickým onemocněním. Účinek je přechodný a je znát jen v prvních měsících života. Výlučně kojené dítě je dokonale chráněno před přísunem alergenů z potravy, hraje důležitou roli v prevenci alergií na bílkovinu kravského mléka. U kojených dětí se méně vyskytuje nadváha nebo obezita ve školním a dospívajícím věku. Dále může zabránit vzniku diabetu 1. typu. K jeho rozvoji může dojít při časném podání bílkoviny kravského mléka. Studie poukazují na nižší riziko vzniku celiakie, jestliže byl zaveden lepek do jídelníčku ještě v době kojení. Lepek by měl být zařazen do stravy mezi 4. - 7. měsícem. MM obsahuje omega 3 nenasycené mastné kyseliny a vlivem vyváženého poměru má význam v budování a zrání nervového systému dítěte (Hanáková, Chvílová-Weberová, Volná a kol., 2015, s. 182; Lebl et al., 2014, s. 117-118).

Železo z MM je lépe využíváno, což u výlučně kojených dětí do 6. měsíce zabraňuje vzniku anémií. Při kojení je umožněn tělesný kontakt s matkou, dítě má pocit bezpečí, cítí příjemné teplo a slyší matčin hlas spolu s pocitem nasycení. Vytváří se mezi matkou a dítětem pevné citové pouto, což je důležité pro psychický a sociální vývoj dítěte. Na závěr bychom zmínili, že matčino mléko je ekonomicky nejdostupnější potravinou (Klíma, 2016, s. 56; Zamarská a Auingerová, 2006, s. 13-14).

1.2 Umělá výživa

Jakmile dítě nemůže být kojeno přirozeným mateřským mlékem, musí být nahrazeno průmyslově vyrobenými přípravky kojenecké mléčné výživy. Tyto mléka jsou obohacena o prebiotika, probiotika, nukleotidy, esenciální mastné kyseliny a další látky. Jsou dostupná pro všechny věkové kategorie. Můžeme je rozdělit na počáteční a pokračovací mléka. Počáteční mléka jsou vhodná pro děti od 0-12 měsíců věku a pokračovací jsou doporučována pro starší kojence od čtvrtého měsíce a batolata do tří let (Gregora a Velemínský, 2013, s. 201; Lebl et al., 2014, s. 121; Muntau, 2014, s. 55).

1.2.1 Počáteční mléka

Počáteční mléka slouží hlavně jako náhradní výživa v počátečních měsících života kojence nebo i jako část výživy dítěte do konce jednoho roku. Označují se číslem 1. Zdrojem bílkoviny tohoto mléka jsou bílkoviny kravského mléka. Používá se také sójová bílkovina a ve speciálních indikacích i hydrolyzovaná bílkovina kravského mléka. Bílkovina kravského mléka se dělí na neadaptovatelnou (poměr bílkoviny syrovátky a kaseinu činí 20:80), je známá pro svou sytívací schopnost, záměrně se používá u kojenců, kteří mají velkou chuť k jídlu. Na druhé straně je bílkovina adaptovatelná, kde je poměr bílkoviny syrovátky a kaseinu vyšší nebo roven. Je lépe stravitelná a je vhodná zejména pro nedonošené děti. Počáteční mléka, která ze sacharidů obsahují zejména laktózu, jsou doporučena novorozencům nebo jako dokrmování při kojení. Součástí některých počátečních mlék jsou i jiné sacharidy, které jsou vhodné pro starší kojence. K některým mlékům se přidávají oligosacharidy, které slouží jako prebiotikum. Sacharidy, které by kojeneček neměl v prvním roce přijmout, je fruktóza a sacharóza. Tuky pokrývají zhruba jednu polovinu energetické potřeby dítěte. Počáteční mléko musí obsahovat kyselinu linolovou a alfa-linolenovou, jež pokrývají 3 % energie. Množství minerálů, stopových prvků a vitamínů jsou přesně dána závaznými doporučeními (Lebl et al., 2014, s. 121-122).

Počáteční mléka ze sóji jsou vyrobená z izolované sójové bílkoviny, neobsahující laktózu, která ale musí být obohacena o methioninem, karnitinem, taurinem, cystinem, vápníkem, železem, stopovými prvky a vitamíny. V tomto mléku je velký obsah flavonoidů s estrogenními účinky, a proto by mělo být podáváno jen v nejnútnejších případech. Užívání sójového mléka při intoleranci kravského je problematické, jelikož až 50 % dětí, které jsou alergické na bílkovinu kravského mléka reaguje podobným způsobem jako na bílkovinu sóji. Běžná sójová mléka, která jsou dostupná na trhu, rozhodně nejsou svým složením vhodná pro kojence (Gregora a Zákostelecká, 2009, s. 37; Lebl et al., 2014, s. 122).

Počáteční výživa s hydrolyzovanou bílkovinou (hypoalergenní) jsou používána k prevenci časného rozvoje alergického onemocnění u dětí, jestliže jeden nebo oba z rodičů, případně sourozenců trpí atopickým onemocněním a dítě nemůže být kojené. Používají se také při diagnostikované alergii na bílkovinu kravského mléka a u malabsorpčních syndromů, kdy u malé části dětí je potřeba použít výživu na bázi aminokyselin. Aby toto mléko splnilo

účel, nemělo by dítěti být podáváno běžné kojenecké mléko (Gregora a Paulová, 2008, s. 79; Lebl et al., 2014, s. 122).

Mléka s nízkým obsahem laktózy jsou podávána dětem, které trpí intolerancí na laktózu. Na trhu jsou k dispozici kojenecká mléka se sníženým nebo žádným obsahem laktózy, které jsou využity po proběhlé enteritidě s následným získáním deficitu laktózy. Vrozený deficit laktózy je ojedinělý (Gregora a Paulová, 2003, s. 60; Lebl et al., 2014, s. 123).

1.2.2 Pokračovací mléka

Pokračovací mléka mají na rozdíl od počátečních mlék více bílkovin, minerálů a železa a kryjí nutriční potřeby starších kojenců. Lze je podávat od 5. měsíce života do tří let věku. Konzistence těchto mlék je hutnější, tudíž zasytí na delší dobu. Označují se číslicí 2. Na trhu jsou dostupná i mléka pro starší kojence a batolata, kde se vyskytuje více přísad a je vhodné je podávat od osmého až desátého měsíce. Tato mléka jsou označena číslicí 3. Stejně jak počáteční mléka, se vyrábějí pokračovací mléka s částečně hydrolyzovanou bílkovinou (hypoalergenní). Tato mléka nejsou nutná podávat. Dítěti mohou být podávána pouze počáteční mléka v prvním roce života. Od desátého měsíce lze podávat neupravená mléka v malém množství a od třináctého měsíce neomezeně. Pro dítě v prvním roce života není vhodné přijímat neupravené kravské mléko, z důvodu vysokého obsahu bílkovin a minerálních látek (zatěžující ledviny) a kde chybí železo, jod a zinek (Lebl et al., 2014, s. 123; Muntau, 2014, s. 55).

1.3 Imunita novorozence

Po narození je dítě vystaveno velkému množství antigenů, které spouští proces dozrání imunity. Imunitní systém se ale začíná vytvářet již za intrauterinního života plodu, při diferenciaci buněk krvetvorby. Buňky se vytvářejí v játrech a slezině plodu, později v kostní dřeni, lymfocyty přecházejí do thymu, kde vzniknou T-lymfocyty. Ty se po dozrání v thymu rozšíří po celém organismu. Další lymfocyty se diferencují v B-lymfocyty. Ty tvoří protilátky v podobě imunoglobulinů. Nespecifické protilátky si plod vytváří v posledních třech měsících nitroděložního života. Specifické protilátky jako jsou IgM, IgE a IgG si před narozením plod tvoří v malé míře. Ve větším množství se začnou tvořit až po narození. Placentou prochází některé druhy protilátek, zejména imunoglobuliny G, protože plod téměř žádné IgM protilátky nemá. Další přenos

protilátek se uskutečňuje prostřednictvím mateřského mléka, do něhož přecházejí všechny protilátky, které matka v daném okamžiku vytváří. Po narození se zvyšuje tvorba protilátek jak nespecifických, tak specifických. IgG a IgM prudce stoupají, IgA a IgE pozvolna. Před porodem klesá hladina IgG získané od matky, malé množství protilátek dostává dítě v mateřském mléce. Nejnižší hodnoty IgG jsou okolo 3. měsíce, protože zásoby získané od matky klesly a není ještě dostatečná vlastní produkce (Klíma, 2016, s. 66; Šašinka, Šagát, Kovács a kol., 2007, s. 277-278).

Obsah protilátek, obranných buněk a dalších látek v mateřském mléce chrání dítě v prvních měsících po narození. Nejvíce těsně po narození, kdy je novorozenec nejzranitelnější. Dítě přichází do kontaktu s prvními bakteriemi (většinou nejsou nebezpečné) již v průběhu porodu. Plod byl před kontaktem s těmito bakteriemi vybaven protilátkami od matky. Jakmile se kůže a sliznice novorozence osídlí bakteriemi, je poté chráněn před nebezpečnějšími infekcemi, hlavně v rizikovém prostředí. Předčasně narozený novorozenec o tyto výhody přichází, protože nestihl dostat od matky dostatek protilátek a jeho imunitní systém je málo vyvinutý (Gregora a Paulová, 2003, s. 13-14).

2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE

2.1 Novorozenec

Tělo novorozence se nachází ve flexi. Prsty na ruce i nohou jsou ohnuté, jak všechny končetiny. Hlavička je obrácená na jednu stranu. Když novorozenec leží na břišku, tak střídavě pohybuje nožičkami. Nedokáže ještě sedět a v poloze na zádech převrací svou hlavičku na jednu nebo druhou stranu. Můžeme u něj pozorovat tzv. reflexní úchop. Jakmile se dítě dlaní čehokoliv dotkne, tak se palec a ostatní prstíky ruky zavřou. Novorozenec reaguje na světlo i zvuk. Dokáže se mračit, mrkat a odpovídá na úlekovou reakci s rozhozením rukou nebo se rozpláče. Dítě vnímá okolní svět pomocí své pokožky. Reaguje na teplé, chladné, měkké, tvrdé podněty a chování v náručí, kdy ho kontakt s matkou uklidňuje (Gregora a Dokoupilová, 2012, s. 20-21; Hellbrügge a kol., 2010, s. 29-36).

2.2 Kojenec

V prvním měsíci dítě zvedne na krátkou dobu hlavičku (asi 3 sekundy), která je otočená na bok. Když zvedáme dítě do sedu, jeho hlavička klesá dozadu, jelikož svaly na krku jsou slabé na to, aby mohly udržet těžkou hlavičku. Když kojeneček sedí, padá mu hlavička dopředu. V poloze na zádech můžeme vidět, jak častěji drží hlavičku ve střední poloze. Jakmile postavíme svisele kojence na chodidla, natáhne nožičky a přenesení se to i na trup a hlavičku, tak se vzpřímí i hlavička. Jedná se o automatickou reakci. Uchopovací reflex stále trvá. Když před obličejem dítěte podržíme červenou hračku, dítě na ni zaměří pohled. Tomuto říkáme, že dítě „fixuje“. V pláči jsou značné rozdíly po několika týdnech. Když je kojeneček unavený, jeho pláč je slabý, tahavý a žalostný. Zatímco při hladu a bolesti je pláč prudký a přidává se neutichající křik, tím nám dává najevo, že mu něco schází (Hellbrügge a kol., 2010, s. 37-46; Kutálková, 2010, s. 23).

Ve druhém měsíci zvedá hlavičku nahoru nejméně do úhlu 45°. Hlavičku zvedá už i ze střední polohy a udrží ji více jak 10 sekund. S hlavičkou kmitá výrazně na obě strany. Při sezení drží kojeneček hlavičku vzpřímeně, která balancuje alespoň 5 sekund. Vzpřimovací reflex a automatické kráčení zaniká. Ohnuté držení těla, jak bylo na začátku vývoje, se začíná ztrácet. To platí i o uzavřeném držení rukou, kdy ruce začínají být

v pozici lehce pootevřené. Dítě reaguje na hlasy a zvuky rozdílně. Například při rozezněném zvonku v jeho blízkosti nereaguje pouze leknutím nebo mrknutím, ale navíc zpozorní, znehybní a ustrne pohledem. V tomto období můžeme u kojence zpozorovat první úsměv. Aktivně spolupracuje, směje se a vytváří samohlásky, připomínající „a“ nebo „e“ a spojuje je s „h“ (Hellbrügge a kol., 2010, s. 47-53; Šagátová, 2014, s. 52).

Ve třetím měsíci dokáže udržet hlavičku nahoře nejméně jednu minutu. Zvětšuje se svalový tonus v záhlaví, v ramenou a horní části zad, díky tomu může kojeneček přenášet ramena dopředu a může se podepřít na předloktí. Poloha pánve je v úrovni podložky. Při tahu do sedu zvedá hlavičku nahoru. Svaly na krku jsou silnější. Při poloze na zádech zvedá končetiny. Kojeneček v tomto období dokáže udržet hlavičku půl minuty vzpřímeně. Když dítě postavíme na nožky, nožky zůstávají ohnuté. Jakmile dáme dítěti do ruky hračku, pevně ji uchopí. Pokouší si ji přechytit do druhé ruky nebo si ji vložit do úst. Když pohybuje hračkou před tvář dítěte z jedné strany na druhou až k podložce, dítě ji pozoruje očima z jednoho zorného úhlu ke druhému. Dítě se usmívá na matku a pokud je v tělesné pohodě, usmívá se i na další osoby. Vydávají hlásku „r“, kterou opakují několikrát za sebou, připomínají klokotání nebo hučení (Hellbrügge a kol., 2010, s. 55-63; Klíma, 2016, s. 33).

Ve čtvrtém měsíci dítě „plave“. Přestane se opírat o podložku předloktím a hlavu, hrudník a ramena zvedne do výšky a nohama prudce vymrští nahoru. Lopatky má přitážené k sobě, ramena ohnutá a dlaně otevřené. Tímto pohybem se dítě houpe na bříšku. Při přitahování do sedu udrží kojeneček svou hlavičku a je při tomto pohybu velmi soustředěný. Když držíme kojence v sedě a pohybuje s ním ze strany na stranu, jeho hlavička zůstává vzpřímeně. Ve vývoji chůze se zatím nic nemění, nožky zůstávají stále ohnuté v kolenou. Jeho smích nabírá větších rozměrů, vydává hlasitý radostný smích. Radostná nálada kojence se projevuje výskotem (Hellbrügge a kol., 2010, s. 65-73; Stožický, Sýkora a kol., 2015, s. 37).

V pátém měsíci je kojeneček natolik šikovný, že se převrátí z bříška na záda. Jakmile se dítě podepírá jednou ručkou, tak se jeho hlava a hrudník vytočí do strany. Jestliže zpozoruje něco za svojí hlavičkou, otáčí se do doby, než ztratí rovnováhu. Jeho hlavička tahá s sebou tělo a pasivně se přetočí na záda. Když dítě přitahujeme do sedu, tak ohýbá hlavu, ramena i nožky. Hlavičku předkloní a bradičkou se téměř dotýká hrudníku. K tomu má ohnutá kolena. Dítě na jednu až dvě vteřiny udrží svoji váhu. Ručičkama směřuje k hračce

a dotýká se jí, chytit ji zatím nedokáže. Začíná rozlišovat přísný a milý hlas maminky (Hellbrügge a kol., 2010, s. 75-80).

Koncem prvního půlroku se kojenec vydrží dlouho opírat o natažené ruce. Dlaně jsou otevřené nebo pootevřené. Držení ručičky v pěst je už zatracené. Když podáme dítěti, které leží na zádech zajímavou hračku, tak ji cíleně uchopí. Předměty uchopuje celou plochou dlaně a prsty je uzavře (chybí opozice palce). Dokáže si hračku přeložit z jedné ruky do druhé. Vše, na co dosáhne, většinou strká do pusy. Umí zpozornět a obrátit hlavu, když se něco šustne. Rozlišuje blízké a cizí tváře. Vydává slabiky například: „ge-ge-ge“ a „da-da-da“ (Hellbrügge a kol., 2010, s. 81-88; Klíma, 2016, s. 33; Stožický, Sýkora a kol., 2015, s. 37).

V období sedmého až dvanáctého měsíce dítě začíná samo sedět a lézt po čtyřech. Když se má čeho přidržet, tak se i postaví. Na začátku tohoto období se objevuje úchop s opozicí palce. Ze začátku je u něj znát klešťový úchop, kdy uchopí malý předmět mezi palec a ukazovák a později i mezi špičky těchto prstů, a tomu říkáme úchop pinzetový. Dítě rozumí, když mu někdo pohrozí a učí se vnímat, co je dovoleno a co zakázáno. V řeči začíná zdvojování slabik (reduplikace) a dítě vyslovuje například „ma-ma“. Na konci období dokáže vyslovit 2-4 smysluplná slova. Umí dělat „paci-paci“. Zvládá pít z hrníčku s dopomocí dospělého (Stožický, Sýkora a kol., 2015, s. 38; Špaňhelová, 2008, s. 29-30).

3 DĚTSKÁ ONEMOCNĚNÍ A JEJICH OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

V této kapitole se budeme jednotlivě věnovat charakteristikou nemocí a jejich ošetrovatelskou péčí z pohledu všeobecné sestry. Mezi alergie, kterými děti nejčastěji trpí, řadíme atopický ekzém, intolerance lepku a laktózy a alergii na bílkovinu kravského mléka. K respiračním onemocněním patří astma bronchiale a záněty dýchacích cest. Děti mohou mít diabetes mellitus 1. typu. Velmi často kojence a malé děti postihuje průjem a vyskytuje se zubní kaz, který souvisí zejména se špatnou ústní hygienou.

3.1 Alergie

3.1.1 Atopický ekzém

Jedná se o chronické a recidivující neinfekční zánětlivé onemocnění kůže, projevující se silným pruritem (svěděním), xerózou (nadměrnou suchostí pokožky) a dermatitidou (obecným zánětem kůže). Podle prvních příznaků a průběhu, můžeme rozdělit atopický ekzém na tři základní formy: atopický ekzém u kojenců, ekzém dětský a ekzém dospívajících a dospělých. Tyto formy mohou na sebe navazovat, ale může i jedna z forem chybět (Petrů a kol., 2012, s. 309-319).

U kojenecké formy se kůže nachází ve formě červené vyrážky, která může splývat a zároveň mokvat. Nejčastěji se vyskytují na tvářích, bradě, čele, poté se dále šíří na trup a končetiny. Začíná ve třetím nebo až ve čtvrtém měsíci života kojence. Nejvíce postižená místa u dětské formy jsou loketní a podkolenní jamky, krk, šíje, zápěstí a místa v okolí kotníků. Kůže je velmi hrubá a začíná se odloupávat. Doprovází to silné svědění. Období je od batolecího věku do čtrnácti let. U formy dospívajících a dospělých je především postižena tvář, krk, ramena, horní část hrudníku, ruce a ve flexurách končetin. Kůže svědí, je červenohnědá a najdeme na ní drobné šupinky. Začíná v pubertálním věku, kdy dochází ke vzplanutí vlivem hormonálních změn (Novotný, 2009, s. 29-32; Petrů a kol., 2012, s. 319-320; Zanovitová a Ovšonková, 2011, s. 89).

3.1.2 Ošetrovatelská péče u Atopického ekzému

Aplikujeme desinfekční obklady (na prevenci vzniku sekundární infekce), které zmírňují mokvání. Můžeme také použít převařenou vodu s hypermanganem. Dále se používají adstringentní (stahující) obklady a koupele, kde se využívá odvar z dubové kůry.

Provádíme olejové koupele, které zabraňují ztrátám vody a vytvářejí ochranný film na pokožce pacienta. V současnosti se používají například tyto přípravky: Balneum Hermal, Oilatum Emollient, Linola-Fett-Olbad. Na koupel používáme jen dětská mýdla, ty nejméně dráždí pokožku. Při koupeli používáme vlažnou vodu a sušíme jemným poklepáváním ručníkem. Po každé koupeli promažeme pokožku zvláčňujícími přípravky. Dle OL aplikujeme na kůži krémy – roztíráme jemně pomocí gázového čtverce nebo dřevěné lopatky v co nejtenčí vrstvě a pravidelně promazáváme kůži dětského pacienta.

Pravidelně kontrolujeme kůži a jakékoli změny zaznamenáváme do ošetřovatelské dokumentace. Předcházíme vzniku infekce a různých komplikací, všímáme si faktorů, které mohou ovlivnit vznik infekce a v případě místních či celkových projevů infekce, zaznamenáváme vše do dokumentace.

Udržíme příjemné a klidné prostředí pro dětského pacienta, správnou teplotu (okolo 20-24 °C) a vlhkost prostředí, pravidelně větráme v místnosti, odstraníme lapače prachu, jako jsou závěsy, koberce aj., vybereme vhodné hračky pro dětského pacienta, nejlépe plastové hračky.

Zjišťujeme příčiny, které vyvolávají svědění a zabráníme dítěti, aby se škrábalo, zaměstnáme ho pomocí různých aktivit, pravidelně mu stříháme nehty a podáváme sedativa dle OL. Sledujeme verbální i neverbální projevy dětského pacienta (reakce na svědění).

Omezíme používání neprodyšného oblečení a oděvů z umělých vláken, používáme vzdušné a nejlépe bavlněné oblečení a dle potřeby vyměňujeme vlhké či znečištěné nemocniční prádlo.

Dětský pacient musí dodržovat dietu bez potravin, které alergii vyvolávají.

Podáváme léky dle OL (antihistaminika, kortikoidy, ATB, sedativa, imunosupresiva aj.), léky proti svědění podáváme těsně před spaním.

Snažíme se být psychickou oporou pro dětského pacienta a jeho rodinu, vytvoříme si s dětským pacientem důvěryhodný vztah a pomáháme mu, aby se zapojil do všech činností a vhodných aktivit.

Edukujeme dětského pacienta i jeho rodinu o daném onemocnění, nabídneme vhodné edukační materiály a literaturu (Zaciosová, 2006, s. 76-87; Zanovitová a Ovšonková, 2011, s. 89-91).

3.1.3 Laktózová intolerance

Autozomálně recesivní dědičná malabsorpce disacharidu způsobená chybějícím nebo nedostatečným štěpením laktózy s následným osmotickým průjmem (Muntau, 2014, s. 378).

Jde o onemocnění závislé na genech, které se projevuje nejdříve mezi šestým a desátým rokem života a to i bez závislosti na předchozím příjmu laktózy. Alaktázie je totální absence laktázy, kdy novorozenec nesnáší ani mateřské mléko. Hypolaktázie (běžná intolerance), kdy jedinec snese pět gramů mléčného cukru za 24 hodin a více. Existuje i forma získaná. Příčinou je poškození střevní mikroflóry například účinkem antibiotik, při intoleranci lepku (celiakie) a střevní infekční onemocnění. Mezi příznaky patří zejména vodnatý průjem, nadýmání a křeče v břiše (Muntau, 2014, s. 379; Petruš a kol., 2012, s. 404).

V rámci ošetrovatelské péče podáváme bezlaktózovou dietu.

3.1.4 Alergie na bílkovinu kravského mléka

Stále platí, že kojení je nejlepší prevence vzniku intolerance či alergie na bílkovinu kravského mléka. Čím je dítě mladší, tím nevyzrálejší a prostupnější pro cizorodé antigeny je slizniční bariéra v trávicím ústrojí (Vacušková a kol., 2009, s. 170).

Jestliže je dítě kojeno, je typické, že prospívá a má normální stolici. Při přechodu z mateřského mléka na kravské, se nejčastěji objevují trávicí obtíže, jako jsou: nechutenství, zvracení, bolesti břicha, průjem s hlenem nebo průjem i s krví. Mezi další příznaky patří atopická dermatitida, ekzém a kopřivka, kašel, dušnost, bronchitida, rhinitida, pocení a neprospívání. Při časně reakci dochází ke zvracení, otoků rtů a sliznic, kopřivce, laryngeální a astmatické dušnosti (Fuchs et al., 2016, s. 239; Vacušková a kol., 2009, s. 170-171).

Podle zkoumaných studií v Evropě, je prevalence ABKM malých dětí do 5 % (výjimečně až 7,5 %). Výsledky studií ve Velké Británii uvádí, že ABKM trpí okolo 2,3 % dětí do 3 let věku. Tyto výsledky bychom mohli přirovnat v situaci v České republice. Až v 95 % vznikne tato alergie v prvním roce života dítěte a u 80-90 % dětí se vyvine tolerance do 3 let. Třetina pacientů, která trpí alergií na kravské mléko, má atopickou dermatitidu. Nejlepší prevencí ABKM je výlučné kojení po dobu alespoň 4 měsíců, některé národní nebo mezinárodní doporučení zmiňují jen 4 měsíce. WHO a Kanada si ponechala

výlučné kojení do 6 měsíců (Bureš, Horáček, Malý et al., 2014, s. 522; Fuchs et al. 2016, s. 238-267).

3.1.5 Intolerance lepku

Intolerance lepku, neboli celiakie je autoimunitní onemocnění, které je charakterizované imunologicky zprostředkovanou enteropatií tenkého střeva. Po opakované expozici lepku (glutenu) dochází ke chronickému zánětu tenkého střeva, které vede k atrofii a vyhlazení sliznice. Je nejčastější příčinou malabsorpce u dětí. Nemoc se projeví, jakmile se do stravy zařadí potraviny s obsahem glutenu, běžně mezi šestým měsícem a druhým rokem věku dítěte. Kromě genetiky, dochází k tomuto onemocnění vlivem výživy, infekce, stresu a kouření. Onemocnění začíná obvykle v druhém roce života, projevující se řídkými stolicemi a neprospíváním. Stolice jsou objemné, bledé, zpěněné a zapáchající. U starších dětí se nejprve objevuje neprospívání, retardace růstu, bolesti břicha, nechutenství a anémie (Boledovičová a kol., 2010, s. 101; Zanovitová a Ovšonková, 2011, s. 60).

Lepek se nachází ve všech obilovinách, jako je pšenice, žito, ječmen a oves. Pacienti s neléčenou celiakií mají zvýšené riziko vzniku střevního lymfomu, různých autoimunitních onemocnění, včetně diabetu 1. typu, nemoci štítné žlázy a Addisonovy choroby. Léčbou je vyhýbat se glutenovým produktům (Sicherer, 2014, s. 15).

3.1.6 Ošetrovatelská péče u Intolerance lepku

Podáváme bezlepkovou dietu, vitamíny rozpustné v tucích (A, E, D, K), zabezpečíme rehydrataci pomocí podávání tekutin parenterálně nebo enterálně. Podáváme léky dle OL (při infekci ATB, případně kortikoidy). Kontrolujeme a zaznamenáváme stolicu (frekvenci, barvu, zápach a množství). Provádíme odběry biologického materiálu dle OL a sledujeme výsledky laboratorních vyšetření. Sledujeme hmotnost, stav hydratace, možné známky dehydratace (kožní turgor a stav sliznic dětského pacienta). Pečujeme o hygienu těla, zejména v oblasti rekta. Dle potřeby připravíme dětského pacienta na endoskopické vyšetření. Aktivizujeme dětského pacienta dle jeho schopností a jeho nynějšímu zdravotnímu stavu (Boledovičová a kol., 2010, s. 101-102; Zanovitová a Ovšonková, 2011, s. 60).

V akutní fázi podáváme ovocnou dietu (nastrouhaná jablka a banány), která se podává tři dny, poté se trávicí ústrojí zatěžuje jednotlivými složkami potravy, nejprve bílkovinami

(mlékem, masem a tvarohem), později sacharidy a nakonec tuky. Po zlepšení akutního stavu stravu doplňujeme rizotem s dušeným masem, zeleninou, bramborovou kaší a mléčnými výrobky. Dbáme na zvýšený přísun bílkovin. Edukujeme rodiče i dítě o nutnosti dodržování léčebného režimu do konce života dítěte a o bezpečné dietě, používat místo klasické pšeničné mouky kukuřičnou, sójovou nebo rýžovou mouku. Doporučíme rodičům spolupráci se sdružením rodičů a přátel dětí s celiakií (Šašinka, Šagát, Kovács a kol., 2007, s. 387).

3.2 Onemocnění respiračního systému

3.2.1 Astma bronchiale

Astma bronchiale je chronické neinfekční zánětlivé onemocnění dýchacích cest, které vede k otoku, hypersekreci hlenu a konstrikcii hladkých svalů dýchacích cest (která je reverzibilní buď spontánně, nebo vlivem léčby). Chronický zánět, který je spojen s průduškovou hyperaktivitou, vede k opakujícím pískotům při dýchání, k dušnosti, tlaku na hrudi a kašle (převážně v noci a nad ránem). Na vzniku tohoto onemocnění se podílejí dědičné faktory a negativní vlivy prostředí. Astma vyskytující se u dětí je v 90 % alergického typu a ve věku nad 30 let méně než polovina (Navrátil, 2008, s. 101).

Rozlišujeme dva typy astmatu. Alergické astma, které má pozitivní osobní nebo rodinou anamnézu, kde se vyskytuje alergická rýma, atopický ekzém, zvýšená hladina IgE v krvi a nealergické (idiopatické) astma, které je často vyvoláno recidivujícími infekty dolních dýchacích cest, má negativní alergickou anamnézu a hladina IgE v krvi je v normě. Mezi faktory, které záchvat vyvolávají, řadíme: kontakt s alergenem, infekce dýchacích cest, fyzická námaha, studený vzduch a stres. Astma se může objevit v jakémkoli věku, avšak 80 % astmatiků má příznaky před pátým rokem života. U některých adolescentů může dojít ke zlepšení nebo úplnému vymizení obtíží, avšak v dospělosti se mohou znovu objevit (Souček, Špinar a Vorlíček, 2011, s. 212-218; Zanolitová a Ovšonková, 2011, s. 107).

3.2.2 Ošetrovatelská péče u Astma bronchiale

Zajistíme klidné, příjemné prostředí a uložíme dětského pacienta do Fowlerovy nebo Ortopnoické polohy. Monitorujeme kvalitu, hloubku a frekvenci dýchání, stav vědomí, krevní tlak, barvu kůže, cyanózu a saturaci krve kyslíkem. Provádíme odběr na krevní plyny (Astrup) a kontrolujeme výsledky. Podáváme kyslík pomocí kyslíkových brýlí nebo pomocí masky, u kojenců podáváme kyslík do kyslíkového stanu. Podáváme léky dle OL (bronchodilatancia, kortikosteroidy, mukolytika) a při těžké exacerbaci podáváme systémové kortikosteroidy, sledujeme účinky léků. Podáváme dostatečné množství tekutin (tekutiny ředí hleny) pokojové teploty, nepodáváme studené nápoje, vyvolávají bronchospasmus a mléčné výrobky, které zvyšují tvorbu hlenu. Podáváme stravu bez potravinových alergenů. Sledujeme příjem a výdej tekutin. Při zavedeném PŽK, asepticky pečujeme o kanylu. Zajistíme ve spolupráci s fyzioterapeutem rehabilitaci a učíme dítě dechová cvičení a dechovou gymnastiku. Postaráme se o to, aby měl dětský pacient polštář z dutého vlákna a bavlněnou pokrývku. Učíme dítě správné technice vykašlávání, smrkání a používání spaceru. V období bez záchvatů se snažíme dítě aktivizovat, vést ho k samostatnosti a eliminovat námahu dítěte. Edukujeme rodiče a dítě o eliminaci kontaktu s alergenem, omezit stres, o správné inhalaci léků, o postupu a technice, o nutnosti používat inhalační nástavce, doporučíme, aby si dítě vypláchlo po každé inhalaci ústa vodou a o životosprávě (nepobývat v zakouřeném a prašném prostředí, nepoužívat plyšové hračky, odstranit z bytu veškeré lapače prachu, udržovat přiměřenou teplotu a vlhkost v bytě). Dále edukujeme o prevenci záchvatu a aktivit během záchvatu, o nutnosti dodržování léčebného režimu a o možných klubech rodičů s Astma bronchiale a nabídneme vhodnou literaturu (Boledovičová a kol., 2010, s. 129-130; Soukupová, 2012, s. 32-33; Zanolitová a Ovšonková, 2011, s. 108-109).

3.2.3 Záněty dýchacích cest

Záněty dýchacích cest můžeme rozdělit na horní a dolní onemocnění dýchacích cest. Nejčastější příčinou zánětu dýchacích cest jsou viry (herpesviry, adenoviry, koronaviry, paramyxoviry) a bakterie (*Streptococcus pyogenes* skupiny A, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* aj.) Cesta přenosu je nejčastěji inhalační při kontaktu s nemocným. Mezi horní záněty dýchacích cest patří: akutní rinitida, faryngitida, sinusitida, epiglottitida a laryngitida. K zánětům dolních dýchacích cest řadíme tracheitidu, bronchitidu

a pneumonii. K celkovým příznakům patří subfebrilie až febrilie, únava, nechutenství, bolesti hlavy, kloubů a svalů. Typickým projevem onemocnění dýchacích cest je kašel a dušnost. Lokální změna v dýchacích cestách představuje hyperémii, otok sliznice, tvorba hlenu a následná sekrece. Laboratorní vyšetření nám ukáže elevaci zánětlivých parametrů – sedimentaci červených krvinek, C-reaktivní protein, KO – leukocyty a prokalcitonin (Lebl et al., 2014, s. 403-404).

V ošetrovatelské péči se zaměříme na nejvíce častý zánět dýchacích cest, a to Akutní bronchitidu. Vyskytuje se v každém období dětského věku, nejvíce v zimních měsících. V 90-95 % případech se jedná o virovou infekci. V úvodní fázi dominují příznaky postihující horní dýchací cesty. Kolem třetího a čtvrtého dne se objeví suchý kašel, který se stává o několik dní později vlhkým, produktivním. Paroxysmy kašle a polykání většího množství hlenu může vyvolat zvracení (Kovács a kol., 2010, s. 109).

3.2.4 Ošetrovatelská péče u Akutní bronchitidy

Uložíme dítě do Fowlerovy polohy. Podáváme léky (antitusika, expektorancia, mukolytika, ATB, bronchodilatancia, antipyretika při horečce) a inhalace dle OL. Podáváme dostatek tekutin, alespoň dva litry denně. Odebíráme biologický materiál dle OL. Sledujeme stav dýchání, frekvenci, hloubku a charakter, kašel (suchý, vlhký), barvu a charakter sputa. Upozorňujeme na klidový režim. Sledujeme bolest (při kašli) na hrudníku – ihned upozorníme lékaře. Často měníme ložní prádlo z důvodu pocení. Pečujeme o kůži a záhyby kůže, předcházíme proleženinám a opruzeninám. Pravidelně větráme místnost a dbáme, aby byl dostatečně vlhký vzduch (například pomocí elektrických zvlhčovačů nebo pověsit namočené prostěradlo nad topení v místnosti). Musíme upozornit na individualizaci osobních předmětů, na časté mytí rukou a hygienické smrkání. Podáváme lehce stravitelnou stravu s dostatkem vitamínů, zejména vitamínu C. Při rýmě pečujeme o kůži a sliznici nosu pomocí mastí. Pravidelně sledujeme FF (zejména tělesnou teplotu a dech), vyprazdňování a hydrataci. Poučíme dětského pacienta o správném smrkání, odkašlávání do sputovky a aby si zakrýval ústa při kašli a kýchání. Pečujeme o dostatečný spánek, odpočinek a o psychickou pohodu. Edukujeme rodiče o prevenci (racionální strava, otužování, hygiena, eliminovat kontakt s nemocnými) (Boledovičová a kol., 2010, s. 90-91; Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 47-51).

3.3 Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus 1. typu označujeme jako syndrom poruchy látkové přeměny bílkovin, sacharidů a tuků. Příčinou je absolutní nedostatek inzulínu. Jsou postiženy beta buňky Langerhansových ostrůvků slinivky břišní. Příčinou vzniku diabetu jsou jednak genetické faktory (udává se až 90% podíl genetické dispozice – zejména jedinečným sestavením HLA systému u každého jedince) a faktory vnějšího prostředí. Diabetes mellitus může být u dítěte i získaný, například při dlouhodobém užívání kortikoidů nebo u onemocnění pankreatu (Slaný, 2008, s. 47-48; Škrha et al., 2009, s. 10).

Existují dva typy DM1: Autoimunitně podmíněný, který je znám u 96 % pacientů, kde lze doložit v laboratorním vyšetření auto protilátky a Idiopatický DM1 (auto protilátky nejsou znát). Nástup tohoto diabetu je náhlý. Začíná se projevovat polyurií, nočním pomočováním u dětí, polydipsií, hubnutím, nechutenstvím, únavou a slabostí. Mohou se objevit přechodné poruchy zrakové ostrosti, kožní a urogenitální infekce, acetonový zápach dechu a poruchy vědomí (Kudlová, 2015, s. 31-36).

Potvrzení diagnózy, zda se jedná o DM, nám ukáže laboratorní vyšetření. Pokud je výsledek glykémie kdykoliv během dne roven nebo vyšší jak 11,1 mmol/l. Jestliže máme pochybnosti, provedeme orální glukózový toleranční test. Pacienti s diabetem mellitem 1. typu jsou odkázáni na léčbu inzulínem s monitorováním glykémie a na úpravě jejich životního stylu (Lebl et al., 2014, s. 209).

3.3.1 Ošetrovatelská péče u Diabetes mellitus 1. typu

Odebíráme krev na vyšetření glykémie, biochemie, KO + diff. a moč na biochemické vyšetření cukru a ketolátek. Sledujeme výsledky glykémie ve velkém a malém glykemickém profilu. Velký glykemický profil: odebíráme krev na glykémii třikrát denně třicet minut před každým hlavním jídlem (snídaně, oběd a večeře) a hodinu po jídle + dvakrát během noci ve 23:00 hodin a ve 3:00 hodin (tudíž dohromady osmkrát), provádíme dvakrát měsíčně. Malý glykemický profil: odebíráme krev na glykémii jen třicet minut před každým hlavním jídlem a v noci střídavě ve 23:00 hodin nebo ve 3:00 hodin ráno, provádí se dvakrát za týden. Provádíme oGTT (orální glukózový toleranční test) – a následně odebíráme kapilární krev 30, 60, 120, a 180 minut po vypití glukózy. Podáváme inzulín dle OL. Podáváme dietu č. 9 do třiceti minut od podání inzulínu.

Podáváme dostatečné množství tekutin. Kontrolujeme FF, hmotnost, vyprazdňování stolice a moče, zvracení, turgor kůže. Dbáme na prevenci kožních poranění a infekcí nohou. Sledujeme psychický stav a vědomí dětského pacienta. Zjišťujeme stav smyslových orgánů, zejména zraku. Učíme rodiče a dětské pacienty aplikovat inzulín injekční jehlou nebo inzulínovým perem. Učíme, aby děti uměly sebekontrolu glykémie a vyšetření moče na glykosurii. Učíme dětské pacienty a jejich rodiče sestavit jídelníček, vyloučit potraviny s obsahem rafinovaných cukrů a omezit příjem tuků a cholesterolu. Edukujeme rodiče a děti o nutnosti dodržování léčebného režimu a případných komplikací při nedodržování. Edukujeme dětského pacienta a rodiče v oblasti aplikaci inzulínu, selfmonitoringu, výživy, tělesné aktivity a péči o kůži a nohy. Umožníme kontakt s jinými rodiči diabetických dětí, aby si mohli vyměnit názory a jejich zkušenosti (Boledovičová a kol., 2010, s. 137; Zanovitová a Ovšonková, 2011, s. 96-98).

3.4 Průjmová onemocnění

Průjem je definován jako změna ve vyprazdňování stolice pro jednotlivé dítě a výsledkem je častější anebo řidší stolice. Je způsoben akutní infekční gastroenteritidou. Je jedním z nejběžnějších onemocnění u dětí, z toho 15 % vyžaduje hospitalizaci. Jsou na druhém místě hned za infekcemi dýchacích cest (Polnay, Hampshire a Lakhanpaul, 2006, s. 300; Hladík, 2008, s. 170).

Průjmová onemocnění provází časté vyprazdňování řidší stolice, zvracení a vysoké teploty. Dochází k velké ztrátě tekutin, minerálů a dehydrataci. K dalším příznakům patří plynatost, nafouklé břicho, meteorismus, neklid dítěte a odmítání potravy dítěte. Podle příčiny rozdělujeme průjmy na infekční a neinfekční. Nejčastější příčinou infekčních průjmů jsou viry, zejména rotaviry a bakterie, kam spadá *Salmonella enteritidis*, *Campylobacter jejuni* a *E. Coli*. Průjmy neinfekčního původu způsobuje buď celkový nedostatek potravy, které se projevuje tzv. hladovými stolicemi, které jsou řídké a nazelenalé, nebo onemocnění jako je celiakie a cystická fibróza (Hladík, 2008, s. 170-171; Slezáková a kol., 2010, s. 114-115).

Cesta přenosu je nejčastěji fekálně-orální cestou. Kontaminovanou vodou nebo potravinami, ale i přímým interpersonálním přenosem. Vakcinace jako forma prevence je u střevních infekcí omezená, pouze proti rotavirům, které vyvolávají dětské průjmy je dostupná a provádí se od roku 2006. Na trhu jsou dostupné dvě vakcíny – pentavalentní

Rota Teq a monovalentní Rotarix, které jsou doporučeny evropskými pediatrickými společnostmi i WHO. Obě vakcíny se podávají per os, jsou dobře snášeny a mají minimum vedlejších účinků (Ambrožová, 2015, s. 82-85).

3.4.1 Ošetrovatelská péče u Průjmu

Zajistíme klidné a příjemné prostředí a uložíme dětského pacienta do zvýšené polohy (prevence aspirace při zvracení). Podáváme černý čaj, nesycenou minerální vodu bez příchutě a rehydratační roztoky (Kulíšek). U dítěte od půl roku podáváme rýžový nebo mrkvový odvar a u starších kojenců můžeme podávat rohlíky, banány, nastrohaná jablka, bramborovou nebo rýžovou kaši a zeleninovou polévku. U starších dětí podáváme podobnou dietu s omezením tuků a mléčných výrobků. Provádíme odběry krve dle OL (FW, KO, biochemie, mineralogram a acidobazickou rovnováhu). Podáváme léky (ATB, probiotika, antiemetika, antimotilitika, antipyretika, analgetika, dezinficencia) a aplikujeme infuzní terapii dle OL. Při zavedení PŽK hodnotíme okolí vpichu dle stupnice Maddona a přistupujeme k PŽK aseptickým přístupem. Sledujeme příjem a výdej tekutin, kožní turgor a stav sliznic, intenzitu a četnost zvracení. Při zvracení zajistíme emitní misku a dostatečné množství buničité vaty. Sledujeme charakter, intenzitu, příměs, množství stolice. Pečujeme o okolí konečníku, aplikujeme masti (Bepanthen, Pytiol) a dbáme na zvýšenou hygienu. Pravidelně provádíme odběr stolice na mikrobiologické vyšetření a o výsledcích pravidelně informujeme lékaře. Snižujeme horečku pomocí chladících obkladů a antipyretik. Často měníme ložní prádlo z důvodu zvýšeného pocení. Sledujeme bolest, jeho charakter, intenzitu, lokalizaci, podáváme analgetika dle OL a sledujeme jejich účinky. Sledujeme hmotnost, fyziologické funkce a celkový stav dětského pacienta. Vše zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace. Edukujeme matku, která stále kojí, aby kojení nepřerušovala. Edukujeme rodiče o nebezpečí dehydratace u malých dětí a upozorňujeme na příznaky dehydratace (Slezáková a kol., 2010, s. 117-122; Zanovitová a Ovšonková, 2011, s. 59).

3.5 Zubní kaz

Zubní kaz (caries – latinsky zeteleost) je mikrobiální proces narušující a ničící tvrdé tkáně zubu. Začíná většinou ve sklovině jako křídově bílá skvrna a šíří se postupně do hloubky, zasahuje dentin a v pozdějších stádiích vede k zánětu zubní dřevě (Dostálová, Seydlová a kol., 2008, s. 45).

Na vzniku zubního kazu se podílejí následující faktory: mikroorganismy (nacházející se v zubním plaku), složení a množství slin, sacharidy – frekvence a množství volných cukrů z potravy, zuby (tvrdé zubní tkáně) a jejich uložení v dutině ústní, přítomnost nebo nepřítomnost fluoridů a časový faktor. Zubní kaz vzniká nejčastěji na místech, která jsou špatně přístupná při čištění zubů. Proces, než se na zubu vytvoří plak, trvá 24-48 hodin po jídle. Zubní kaz se projevuje bolestí u pacienta a klinickým nálezem u stomatologa (Dostálová, Seydlová a kol., 2008, s. 45-47; Mazánek a kol., 2014, s. 249-250; Pařízek, Honzík a kol., 2015, s. 227).

3.5.1 Primární prevence

Důležitou roli hraje pravidelné čištění zubů. Zuby je potřeba čistit alespoň dvakrát denně. Když má dítě prořezané pouze řezáky, používáme k odstranění zubního povlaku kousek gázy, cíp bavlněné plenky nebo tzv. prstový kartáček – „prstáček“. Po prořezání první stoličky začneme čistit zuby měkkým zubním kartáčkem. V prevenci přenosu bakterií z matky na dítě, by matka neměla olizovat dudlík dítěte, jeho prsty a lžičku při krmení (Bayer, 2011, s. 337-339).

K čištění zubů používáme zubní pastu. Pro děti do dvou let je dostupná pasta s nižším obsahem fluoridu 0,1 % F (500 ppm), například: Elmex pro děti, Vademecum junior, Zubík aj. Děti od dvou do šesti let by měly používat zubní pasty s obsahem fluoridu 0,2 % F (1000 ppm), například: Perlička, Colgate junior). Obsah fluoridu v zubní pastě pro děti od šesti let by měl být stejný, jak obsah fluoridu v zubní pastě pro dospělé, což je 0,3 % F (1450 ppm). Nižší obsah fluoridu v dětských pastách je proto, aby nedošlo k fluoróze (nadbytečnému množství fluoru v zubní sklovině), které se projevuje bělavými obláčky zkalenin. Pro rizikové skupiny dětí jsou určeny fluoridové tablety, které se podávají dlouhodobě. Ordinuje je stomatolog, ale i pediatr. Do rizikových skupin patří děti předčasně narozené, děti s nízkou porodní váhou, děti celkově nemocné a hendikepované,

děti matek, u nichž je vysoký výskyt zubního kazu, děti s hypoplaziemi a demineralizacemi skloviny a děti s častým příjmem sacharidů (Bayer, 2011, s. 337; Mazánek a kol., 2015, s. 145).

Klíčovou roli hraje i výživové doporučení. To znamená omezit podávání sladkých čajů, džusů, cukrem slazených nápojů jak během dne, tak obzvláště večer před spaním nebo v noci. Nepodávat sladkosti, jako jsou bonbóny, sušenky a čokoláda. U starších dětí zamezit konzumaci hranolků, chipsů, hamburgerů a dalších. Děti by měli mít plnohodnotnou stravu s dostatkem bílkovin, tuků a glycidů, minerálů, vitamínů A, C a D (Bayer, 2011, s. 339; Nováková, 2011, s. 196).

Dítě by se mělo účastnit pravidelně preventivních prohlídek. Dítě by mělo poprvé navštívit zubního lékaře již v prvním roce života, po prořezání prvních zoubků. Na preventivní prohlídky dítě doprovázejí rodiče a jsou poskytovány každý půl rok. Součástí prohlídky je také preventivní poradenství, které zahrnuje informace o používání fluoridů, hygieně dutiny ústní, správné technice čištění zubů a výživovém doporučení (Bayer, 2011, s. 340; Cabrnichová, 2009, s. 229).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zjistit, zda má kojení pozitivní vliv na budoucí zdravotní stav dítěte.

4.2 Dílčí cíle

Cíl č. 1. Zjistit, zda je výskyt onemocnění závislý na pohlaví dítěte.

Cíl č. 2. Zjistit délku kojení.

Cíl č. 3. Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje délka kojení.

Cíl č. 4. Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje genetika.

Cíl č. 5. Zjistit, zda má kojení pozitivní vliv na výskyt respiračních onemocnění u dětí.

Cíl č. 6. Ověřit, zda kojení ovlivňuje vznik DM 1. typu u dětí.

Cíl č. 7. Ověřit, zda DM 1. typu u dětí má genetickou souvislost.

Cíl č. 8. Ověřit, zda má délka kojení protektivní vliv před vznikem průjmového onemocnění u dětí.

Cíl č. 9. Ověřit, zda má kojení vliv na vznik zubního kazu u dětí.

4.3 Metoda získání dat

Průzkumné šetření jsme uskutečnili kvantitativní metodou, pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku. Dotazník (Příloha č. 1) byl určen pro maminky, které mají dítě staré šest měsíců a více. Dotazník obsahoval 20 otázek, z toho byla 1 otevřená, 3 polootevřená, 1 uzavřená s volbou více možných odpovědí a 15 s volbou jedné možné odpovědi. Otázky se zaměřovaly na pohlaví dítěte, celkovou délku kojení bez umělé výživy, jestli se v rodině vyskytují alergie a jestli tím trpí i dítě a zda se u dítěte vyskytly respirační onemocnění, DM 1. typu, průjmové onemocnění a zubní kazy.

4.4 Organizace průzkumného šetření

Do šetření byla zapojena tři zdravotnická zařízení ambulantního typu, které poskytují zdravotní péči pro děti a dorost.

První ambulancí byla Privátní ordinace pro děti a dorost – MUDr. Jiří Hořák ve Strážnici. Druhá ambulance byla Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost – MUDr. Věra Hudečková, rovněž ve Strážnici a poslední ambulancí byla Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost – MUDr. Petra Žáková ve Vacenovicích.

Vlastnímu sběru dat předcházela žádost o povolení provést šetření, která byla schválena lékaři uvedených ambulančí. Žádost o umožnění dotazníkového šetření – viz Příloha č. 2, Příloha č. 3 a Příloha č. 4.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, 100 do zdravotnických zařízení a 10 mezi známé. Z ambulančí bylo vráceno 92 kompletně vyplněných dotazníků, návratnost tedy byla 92 %. Mezi známé jsme rozdali 10 dotazníků, vráceno bylo 8 kompletně vyplněných dotazníků, tudíž 80 %.

V první ambulanci probíhal sběr dat od 31. ledna 2017 do 24. února 2017. Osobně jsme sem dodali 30 dotazníků. Bylo vráceno kompletně 30 vyplněných dotazníků, tudíž 100 %. V druhé ambulanci probíhal sběr dat od 31. ledna 2017 do 1. března 2017. Rozdali jsme 35 dotazníků a vrátilo se nám 30 zcela vyplněných, tedy 86 %. Ve třetí ambulanci probíhal sběr dat od 30. ledna do 3. března 2017. Dodali jsme zde 35 dotazníků a z toho se nám vrátilo 32 kompletně vyplněných, tedy 91 %.

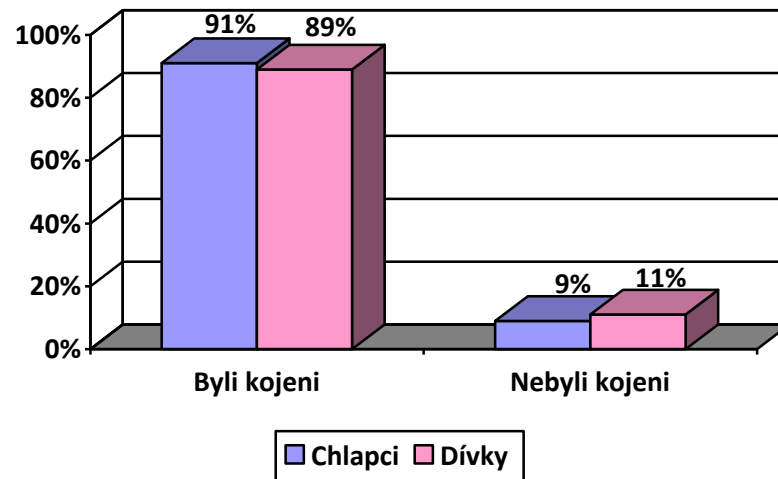
Cílová skupina respondentů jsou maminky, které mají dítě staré šest měsíců a více.

Požádali jsme všeobecné sestry o spolupráci při realizaci v jednotlivých ambulancích. Seznámili jsme je s cílovou skupinou respondentů a s jednotlivými otázkami v dotazníku. Při osobní návštěvě jsme požádali všeobecné sestry, aby poprosily maminky, které přijdou do ambulance se svým dítětem, aby vyplnily anonymní dotazník.

4.5 Zpracování získaných dat

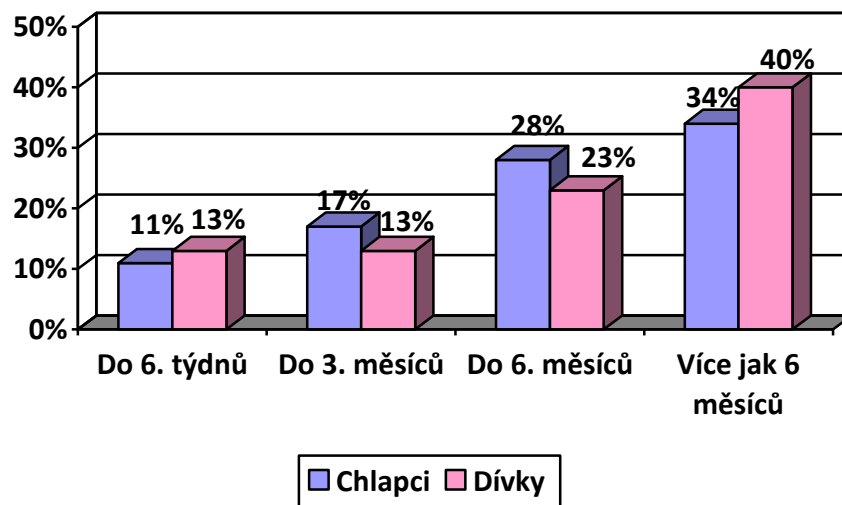
Při zpracování výsledků šetření jsme vycházeli z 92 kompletně vyplněných dotazníků ze zdravotnických zařízení a z 8 kompletně vyplněných dotazníků, které jsme rozdali mezi známé, tudíž dohromady ze 100 dotazníků, tedy 100 %. Získaná data jsme zpracovali pomocí programů Microsoft Excel a Microsoft Word. Výsledky dat jsou uvedeny v grafech.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ



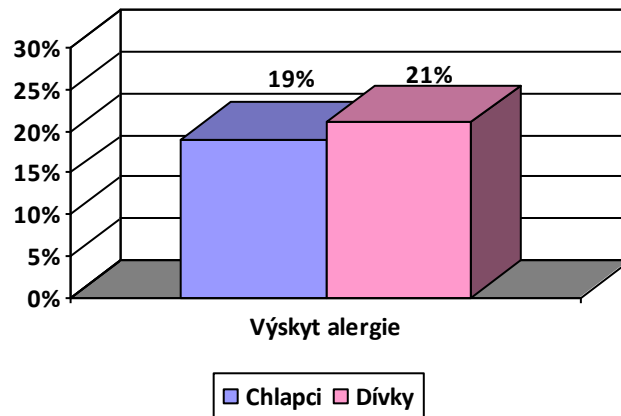
Graf č. 1 Počet kojených a nekojených dětí

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit délku kojení* se vztahovala otázka dotazníku č. 2, která zjišťovala, zda maminka kojila nebo nekojila své dítě. Jak uvádí graf č. 1, z výsledků vyplynulo, že 48 (91 %) chlapců a 42 (89 %) dívek bylo kojeno. 5 (9 %) chlapců a 5 (11 %) dívek nebylo kojeno.



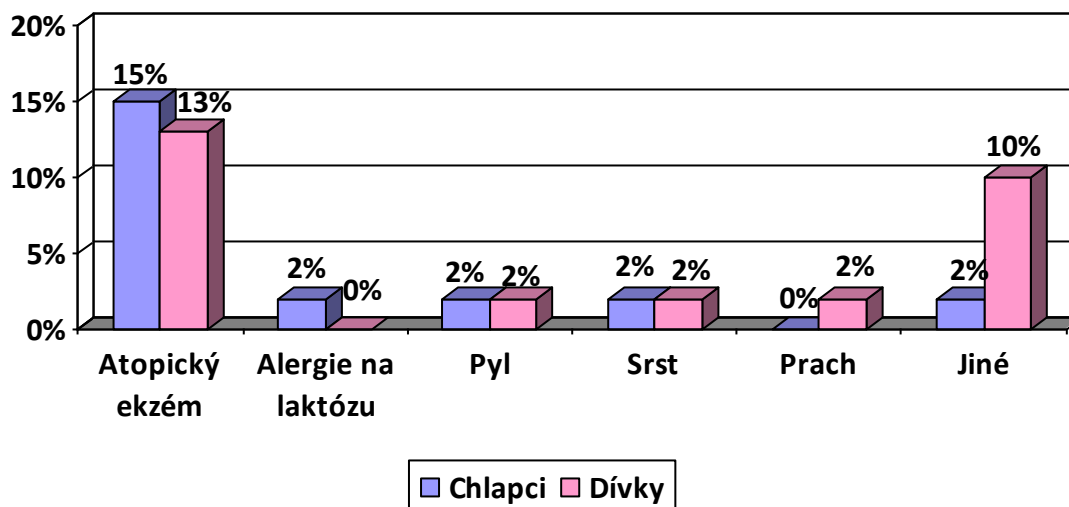
Graf č. 2 Zastoupení kojených chlapců a dívek ve čtyřech jednotlivých období

K dílčímu cíli č. 2 *Zjistit délku kojení* se vztahovala otázka dotazníku č. 3, která zjišťovala délku kojení ve čtyřech období, a to kojení do 6. týdnů, do 3. měsíců, do 6. měsíců a více jak 6 měsíců. Jak uvádí graf č. 2, z výsledků je znát, že 6 (11 %) chlapců a 6 (13 %) dívek bylo kojeno v období do 6. týdnů. V období do 3. měsíců bylo kojeno 9 (17 %) chlapců a 6 (13 %) dívek. V období do 6. měsíců bylo kojeno 15 (28 %) chlapců a 11 (23 %) dívek a v posledním období, bylo kojeno více jak 6 měsíců 18 (34 %) chlapců a 19 (40 %) dívek.



Graf č. 3 Počet chlapců a dívek, u kterých se vyskytla alergie

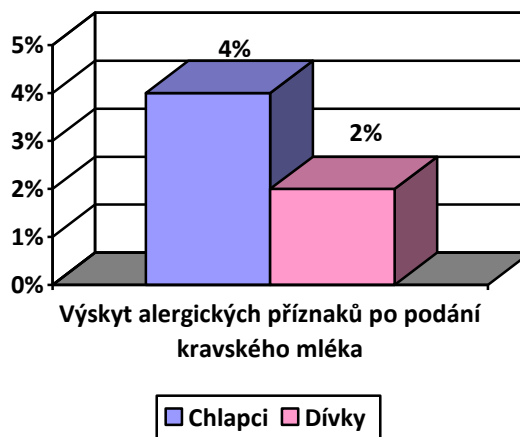
K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje délka kojení se vztahovala položka dotazníku č. 4, která zjišťovala, zda se u chlapců a dívek vyskytla alergie. Jak uvádí graf č. 3, z výsledků vyplynulo, že u 10 (19 %) chlapců a u 10 (21 %) dívek, se alergie vyskytla.*



Graf č. 4 Zastoupení chlapců a dívek u výskytu různých alergií

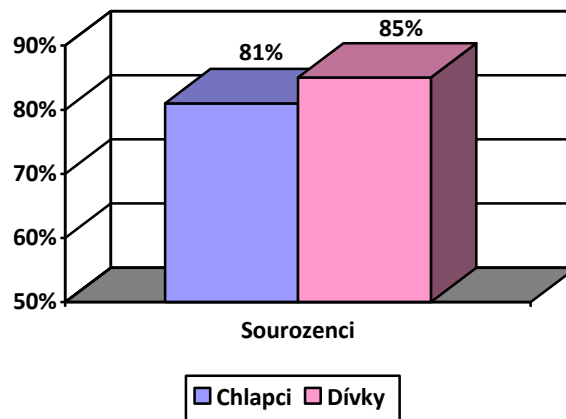
K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje délka kojení se vztahovala otázka dotazníku č. 5, která zjišťovala, kolik chlapců a dívek trpí atopickým ekzémem, alergií na laktózu, na pyl, na srst, na prach a jiné.* Jak uvádí graf č. 4, z výsledků vyplynulo, že 8 (15 %) chlapců a 6 (13 %) dívek trpí atopickým ekzémem. Alergií na laktózu trpí 1 (2 %) chlapec. Alergií na pyl trpí 1 (2 %) chlapec a 1 (2 %) dívka. Alergií na srst má 1 (2 %) chlapec a 1 (2 %) dívka. Alergií na prach trpí 1 (2 %) dívka. Mezi dalšími odpověďmi byly uvedeny tyto alergie: 1 (2 %) chlapec má alergii na roztoče, 1 (2 %) dívka alergii na kathon, 3 (6 %) dívky alergii na roztoče a 1 (2 %) dívka má alergii na ořechy a mrkev.

K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje délka kojení se vztahovala položka dotazníku č. 6, která zjišťovala, v jakém věku dítěte se alergie objevila. U chlapců byly uvedeny tyto období: ve dvanáctém a sedmém měsíci, ve dvou (4x), ve třech, ve čtyřech, v pěti a v devíti letech. U dívek byly uvedeny tyto odpovědi: v šestém týdnu, ve třech měsících, v prvním roce (3x), ve dvou, v šesti, v sedmi, ve dvanácti a ve dvaadvaceti letech. U více jak poloviny chlapců i dívek se objevila alergie do dvou let věku.*



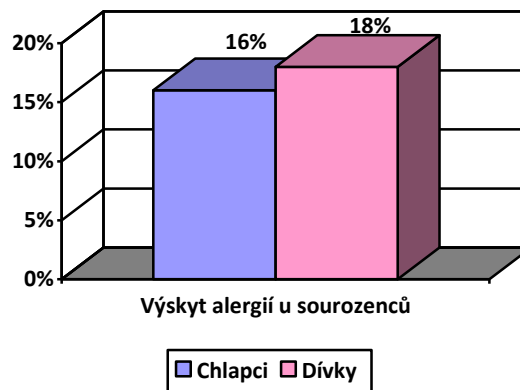
Graf č. 5 Zastoupení chlapců a dívek, u nichž se objevily alergické příznaky po podání kravského mléka

K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje délka kojení se vztahovala položka dotazníku č. 7, která zjišťovala, zda se u chlapců a dívek vyskytly alergické příznaky po podání kravského mléka. Jak uvádí graf č. 5, z výsledků vyplynulo, že u 2 (4 %) chlapců a u 1 (2 %) dívek, se alergické příznaky vyskytly.*



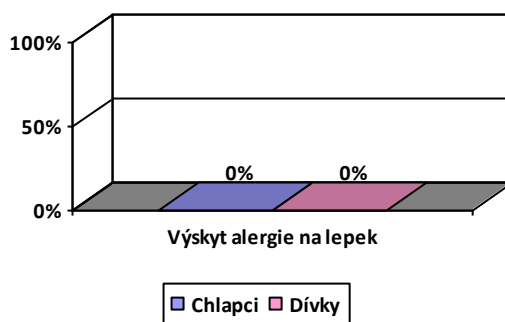
Graf č. 6 Počet chlapců a dívek, kteří mají sourozence

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje genetika* se vztahovala otázka dotazníku č. 8 zjišťovala, kolik chlapců a kolik dívek má sourozence. Jak uvádí graf č. 6, z výsledků vyplynulo, že 43 (81 %) chlapců a 40 (85 %) dívek sourozence má.



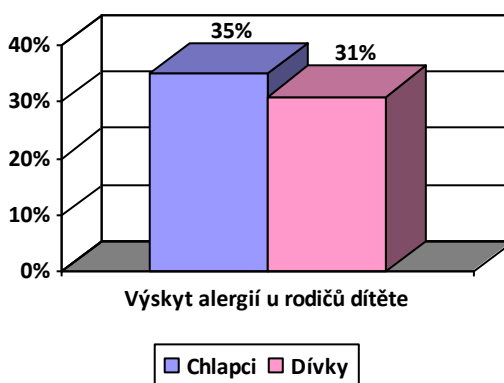
Graf č. 7 Výskyt alergie u sourozenců

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje genetika* se vztahovala otázka dotazníku č. 9, která zjišťovala, jestli se u sourozenců vyskytla alergie a jaká. Jak uvádí graf č. 7, z výsledků vyplynulo, že od chlapců mají 3 (7 %) sourozenci atopický ekzém, 1 (2 %) sourozenec má atopický ekzém a alergii na pyl, 1 (2 %) sourozenec má alergii na kathon a 2 (5 %) sourozenci mají alergii na roztoče. Od dívek má 6 (15 %) sourozenců atopický ekzém a 1 (3 %) sourozenec má alergii na roztoče.



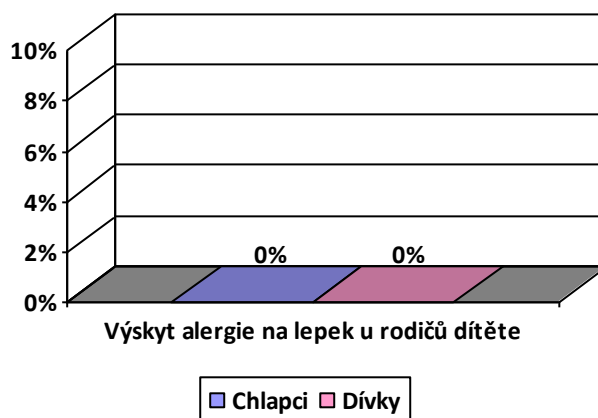
Graf č. 8 Počet chlapců a dívek, kteří trpí alergií na lepek

K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje délka kojení* se vztahovala otázka dotazníku č. 10, která zjišťovala, kolik chlapců a dívek trpí alergií na lepek. Jak uvádí graf č. 8, z výsledků vyplynulo, že žádný chlapec ani dívka, alergií na lepek netrpí.



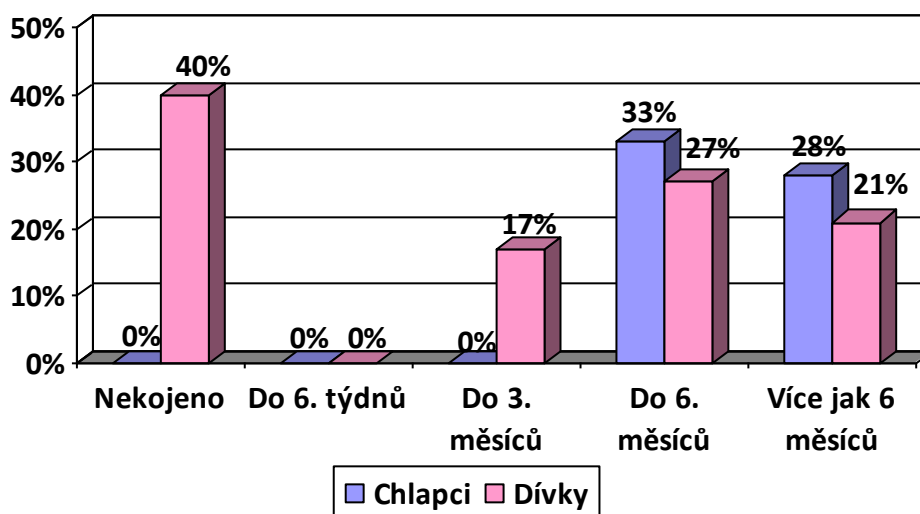
Graf č. 9 Počet rodičů od chlapců a dívek trpící nějakou alergií

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje genetika* se vztahovala otázka dotazníku č. 18 zjišťovala, zda rodiče dítěte trpí nějakou alergií a jakou. Jak uvádí graf č. 9, z výsledků vyplynulo, od chlapců, že 3 (6 %) rodiče mají sennou rýmu, 6 (11 %) alergií na pyl, 1 (2 %) trpí alergií na nikl, 2 (4 %) má alergií na roztoče, 1 (2 %) na srst, 3 (6 %) na prach a pyl, 1 (2 %) na pyl a roztoče a 1 (2 %) rodič trpí chronickou kopřivkou. Od dívek, 4 (9 %) rodiče mají sennou rýmu, 1 (2 %) rodič má alergií na prach a pyl, 3 (6 %) na pyl, 1 (2 %) rodič trpí astmatem, 2 (4 %) mají alergií na prach, 2 (4 %) jsou alergičtí na včelí bodnutí, 1 (2 %) trpí chronickou kopřivkou a 1 (2 %) má atopický ekzém spolu s alergií na prach a pyl.



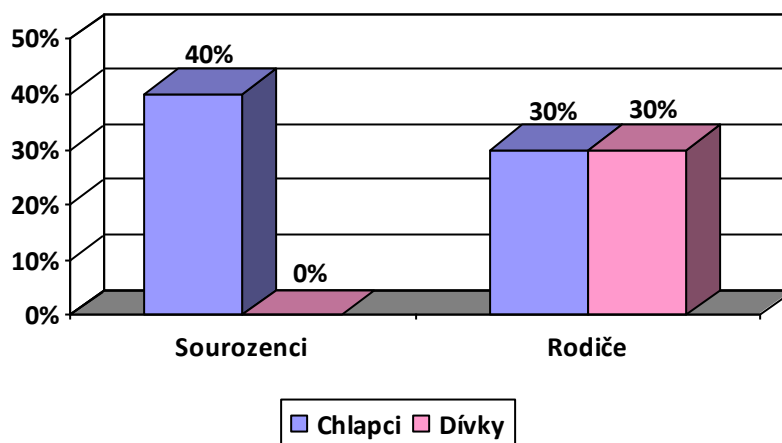
Graf č. 10 Počet rodičů trpící alergií na lepek

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje genetika* se vztahovala otázka dotazníku č. 19 zjišťovala, zda rodiče dítěte trpí alergií na lepek. Jak uvádí graf č. 10, z výsledků vyplynulo, že ani jeden z rodičů od chlapců i dívek netrpí alergií na lepek.



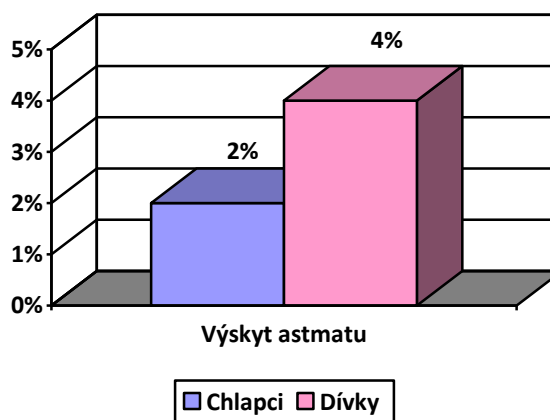
Graf č. 11 Výskyt alergie u chlapců a dívek dle délky kojení

K dílčímu cíli č. 3 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje délka kojení* se vztahovaly otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10. Jak uvádí graf č. 11, z výsledků vyplynulo, že alergií trpí 5 z 15 chlapců kojených do 6. měsíce života (33 %) a 5 z 18 chlapců kojených nad 6 měsíců života (28 %). Alergií trpí 2 z 5 nekojených dívek (40 %), 1 z 6 dívek kojených do 3. měsíce života (17 %), 3 z 11 dívek kojených do 6. měsíce života (27 %) a 4 dívky z 19 kojených nad 6 měsíců (21 %).



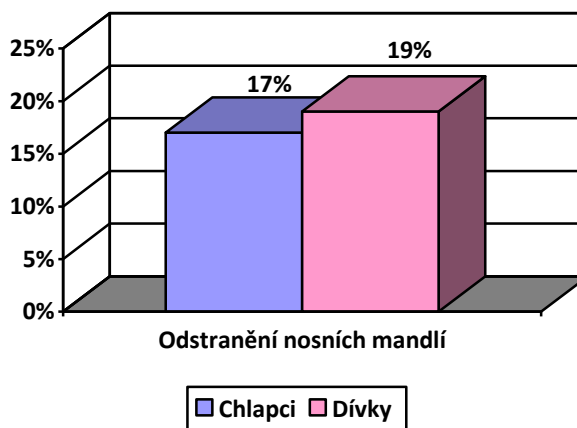
Graf č. 12 Současný výskyt alergie u dítěte sourozenců a u dítěte rodičů

K dílčímu cíli č. 4 *Zjistit, zda výskyt různých alergií u dětí ovlivňuje genetika* se vztahovaly otázky č. 2, 3, 8, 9, 18 a 19. Graf č. 12 uvádí výskyt alergie u dítěte a jeho sourozence a u dítěte a jeho rodiče. Alergií trpí 10 (16 %) z 53 chlapců, sourozenci 4 (40 %) chlapců a rodič 3 (30 %) chlapců mají alergii také. Alergií trpí 10 (18 %) z 47 dívek, žádný jejich sourozenec a rodiče 3 (30 %) dívek má také alergii.



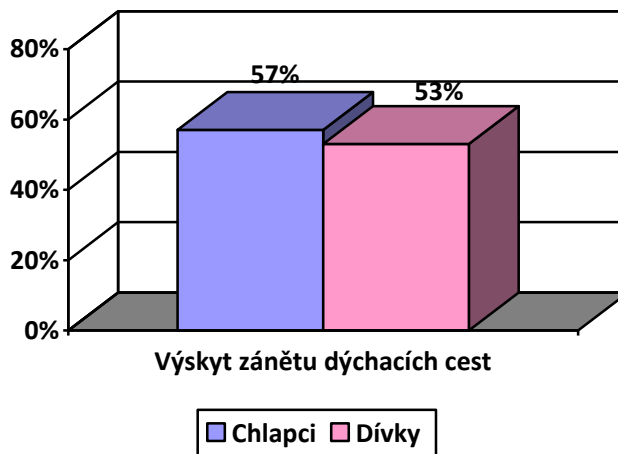
Graf č. 13 Počet chlapců a dívek trpící astmatem

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda má kojení pozitivní vliv na výskyt respiračních onemocnění u dětí* se vztahovala položka dotazníku č. 11, která zjišťovala, kolik chlapců a dívek trpí astmatem. Jak uvádí graf č. 13, z výsledků vyplynulo, že 1 (2 %) chlapec a 2 (4 %) dívky trpí astmatem.



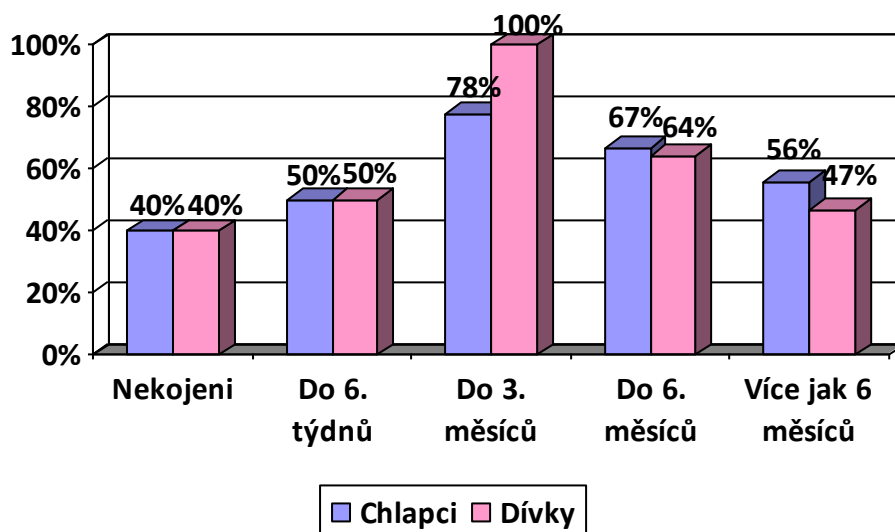
Graf č. 14 Počet chlapců a dívek, kterým byly odstraněny nosní mandle

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda má kojení pozitivní vliv na výskyt respiračních onemocnění u dětí* se vztahovala položka dotazníku č. 12, která zjišťovala, kolika chlapcům a dívkám, byly odstraněny nosní mandle. Jak uvádí graf č. 14, z výsledků vyplynulo, že u 9 (17 %) chlapců a u 9 (19 %) dívek byly odstraněny nosní mandle.



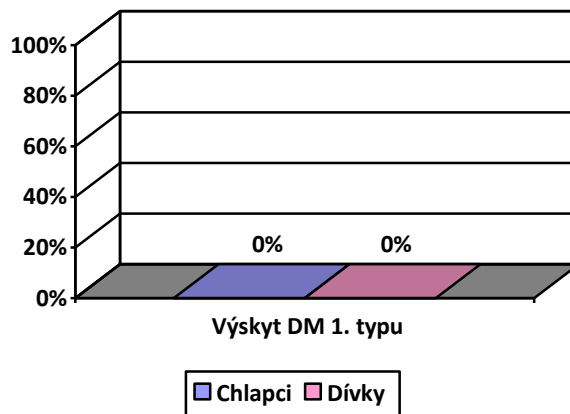
Graf č. 15 Zastoupení chlapců a dívek, u kterých proběhl zánět dýchacích cest

K dílčímu cíli č. 5 *Zjistit, zda má kojení pozitivní vliv na výskyt respiračních onemocnění u dětí* se vztahovala položka dotazníku č. 13, která zjišťovala, u kolika chlapců a dívek proběhl zánět dýchacích cest. Jak uvádí graf č. 15, z výsledků vyplynulo, že u 30 (57 %) chlapců a u 25 (53 %) dívek toto onemocnění proběhlo.



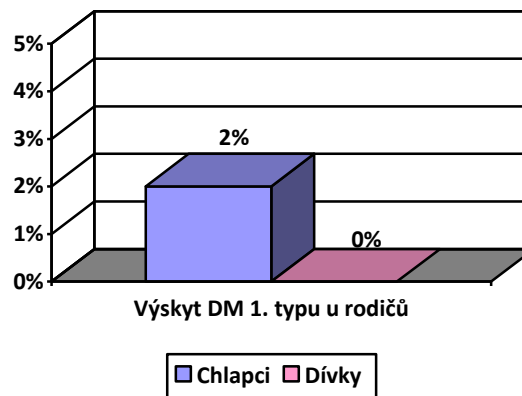
Graf č. 16 Zastoupení chlapců a dívek, v období délky kojení, u nichž proběhl zánět dýchacích cest

K cíli č. 5 Zjistit, zda má kojení pozitivní vliv na výskyt respiračních onemocnění u dětí se vztahovala otázka č. 2, 3, 11, 12 a 13. Jak uvádí graf č. 16, z výsledků vyplynulo, že u 2 (40 %) nekojených chlapců a 2 (40 %) nekojených dívek se vyskytlo nějaké dýchací onemocnění. 3 (50 %) chlapci a 3 (50 %) dívky kteří byli kojeni do 6. týdnů, měli respirační onemocnění. V období kojení do 3. měsíců se u 7 (78 %) chlapců a u 6 (100 %) dívek vyskytlo nějaké dýchací onemocnění. U 10 (67 %) chlapců a 7 (64 %) dívek, jež byli kojeni do půl roku, se vyskytla nemoc dýchacího systému. Respirační onemocnění se vyskytlo u 10 (56 %) chlapců a u 9 (47 %) dívek, kteří byli kojeni více jak půl roku.



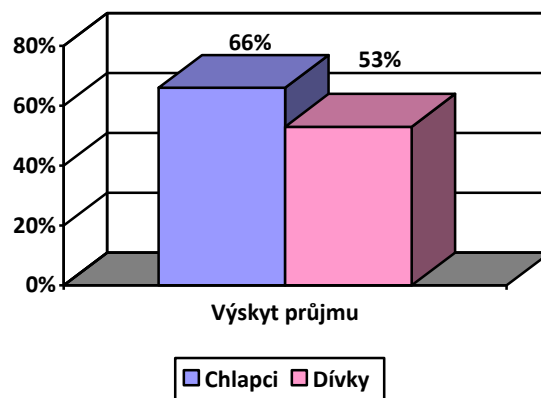
Graf č. 17 Výskyt DM 1. typu u chlapců a dívek

K dílčímu cíli č. 6 *Ověřit, zda kojení ovlivňuje vznik DM 1. typu u dětí* se vztahovala položka dotazníku č. 14, která zjišťovala kolik chlapců a dívek má DM 1. typu. Jak uvádí graf č. 17, z výsledků vyplynulo, že ani jeden chlapec a dívka netrpí touto nemocí.



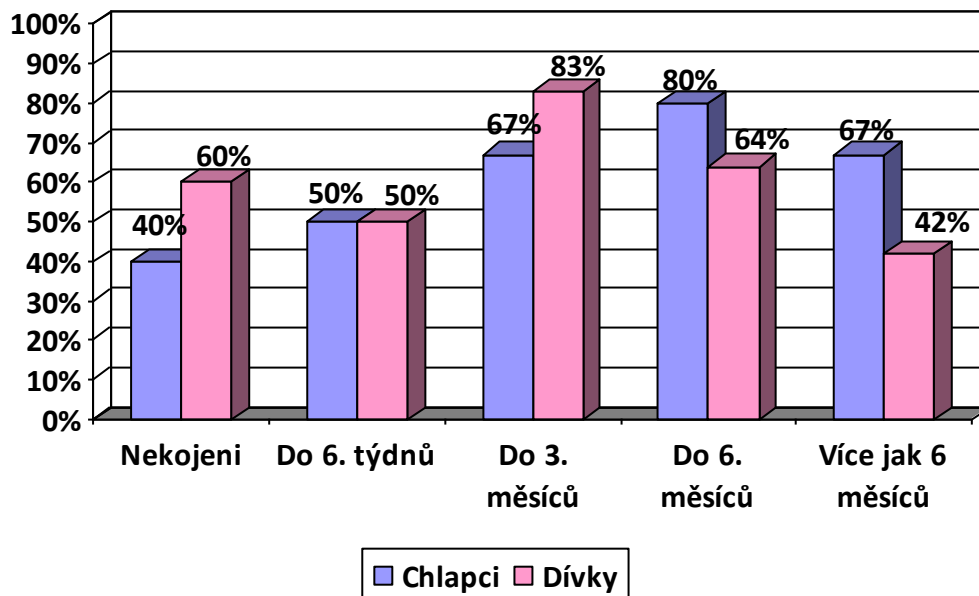
Graf č. 18 Počet rodičů mající DM 1. typu

K dílčímu cíli č. 7 *Ověřit, zda DM 1. typu u dětí má genetickou souvislost* se vztahovala položka dotazníku č. 20 zjišťovala, zda má některý z rodičů DM 1. typu. Jak uvádí graf č. 18, z výsledků vyplynulo, že 1 (2 %) rodič od chlapců DM 1. typu má a žádný rodič od dívek DM 1. typu nemá.



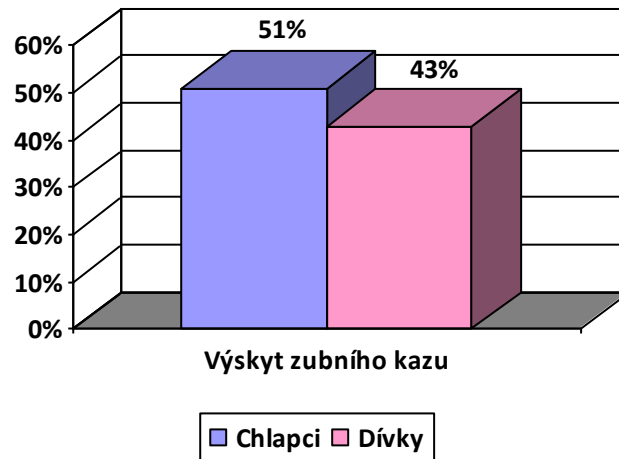
Graf č. 19 Počet chlapců a dívek, u kterých proběhl průjem

K dílčímu cíli č. 8 *Ověřit, zda má délka kojení protektivní vliv před vznikem průjmového onemocnění u dětí* se vztahovala otázka dotazníku č. 15, která zjišťovala, u kolika chlapců a dívek proběhlo průjmové onemocnění. Jak uvádí graf č. 19, z výsledků vyplynulo, že u 35 (66 %) chlapců a u 25 (53 %) dívek průjem proběhl.



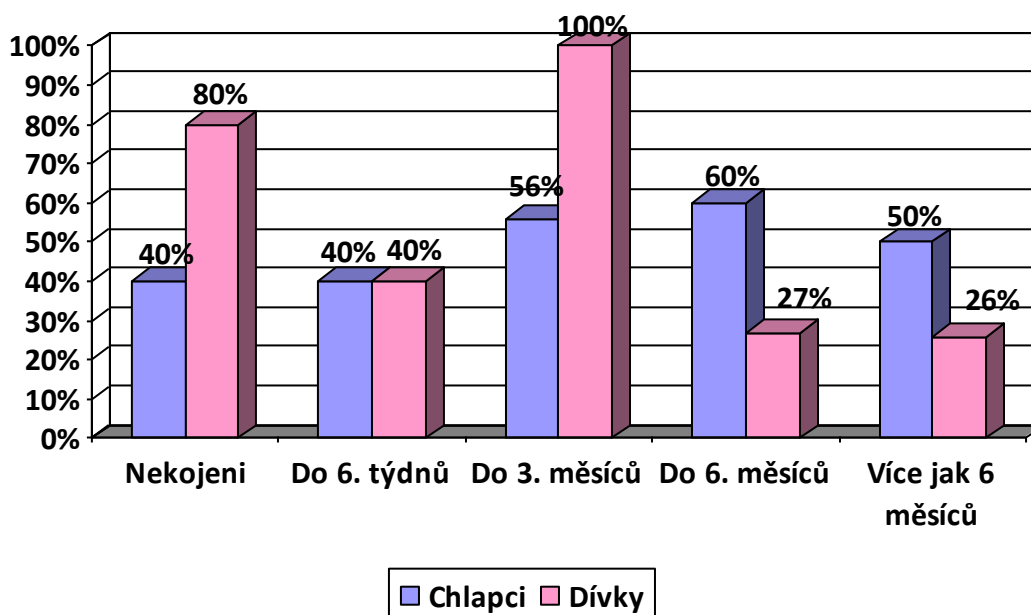
Graf č. 20 Počet chlapců a dívek, u nichž se vyskytlo průjemové onemocnění

K cíli č. 8 *Ověřit, zda má délka kojení protektivní vliv před vznikem průjemového onemocnění u dětí* se vztahovala otázka č. 2, 3 a 15. Jak uvádí graf č. 20, z výsledků vyplynulo, že u 2 (40 %) nekojených chlapců a u 3 (60 %) nekojených dívek se vyskytl průjem. 3 (50 %) chlapci a 3 (50 %) dívky kojení v období do 6. týdnů měli průjem. V období kojení do 3. měsíců mělo průjem 6 (67 %) chlapců a 5 (83 %) dívek. U 12 (80 %) chlapců a u 7 (64 %) dívek, kojených do půl roku, se vyskytlo průjemové onemocnění. 12 (67 %) chlapců a 8 (42 %) dívek, kteří byli kojeni více jak půl roku, se vyskytl průjem.



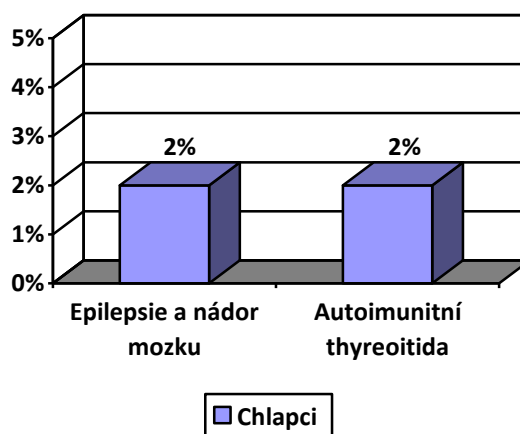
Graf č. 21 Počet chlapců a dívek, kteří mají zubní kaz

K dílčímu cíli č. 9 *Ověřit, zda má kojení vliv na vznik zubního kazu u dětí* se vztahovala otázka dotazníku č. 16, která zjišťovala, jestli chlapci a dívky mají jeden nebo více zubních kazů. Jak uvádí graf č. 21, z výsledků vyplynulo, že 27 (51 %) chlapců a 20 (43 %) dívek má jeden či více zubních kazů.



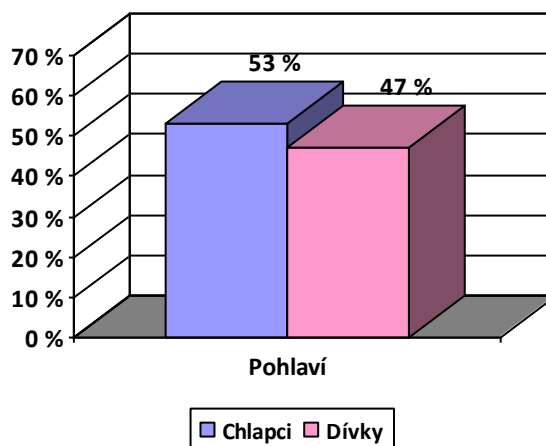
Graf č. 22 Zastoupení chlapců a dívek dle délky kojení, u nichž se vyskytuje zubní kaz

K cíli č. 9 *Ověřit, zda má kojení vliv na vznik zubního kazu u dětí* se vztahovala otázka č. 2, 3 a 16. Jak uvádí graf č. 22, výskyt zubního kazu u chlapců a dívek v jednotlivých období kojení jsou následující: U 2 (40 %) nekojených chlapců a u 4 (80 %) nekojených dívek se vyskytl zubní kaz. Zubní kaz mají 2 (40 %) chlapci a 2 (40 %) dívky kojené v období do 6. týdnů. V období kojení do 3. měsíců má zubní kaz 5 (56 %) chlapců a 6 (100 %) dívek. Zubní kaz se vyskytuje u 9 (60 %) chlapců a u 3 (27 %) dívek, kteří byli kojeni do 6. měsíců. 9 (50 %) chlapců a 5 (26 %) dívek má zubní kaz, jež byli kojeni více jak půl roku.



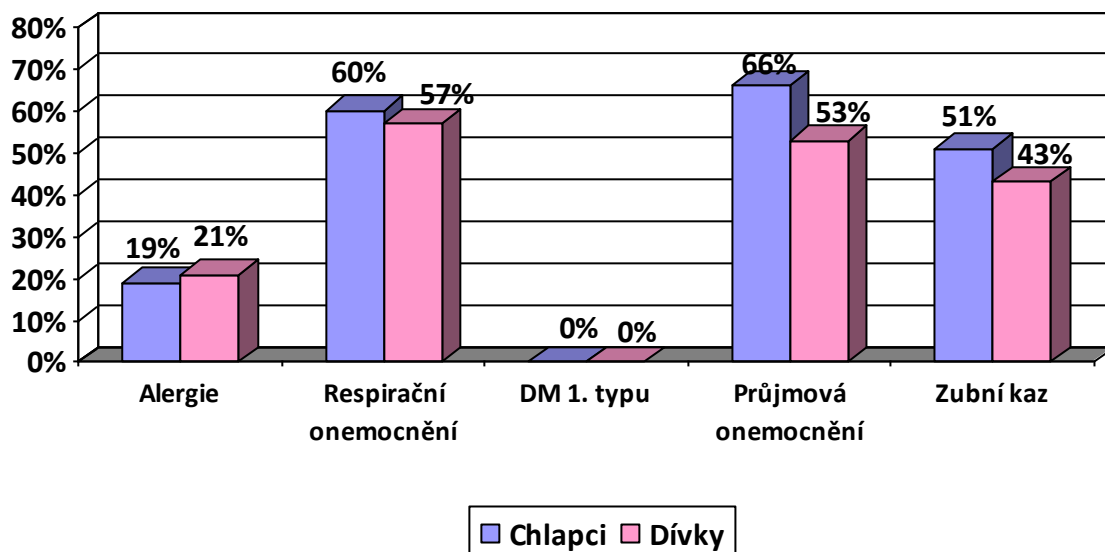
Graf č. 23 Počet chlapců trpící jinou nemocí

Otázka dotazníku č. 17 zjišťovala, zda chlapci a dívky trpí jinou nemocí než z výše uvedených. Jak uvádí graf č. 23, z výsledků vyplynulo, že 2 (4 %) chlapci trpí jinou nemocí. Jeden (2 %) chlapec s délkou kojení do tří měsíců trpí epilepsií a je po operaci nádoru mozku. Druhý (2 %) chlapec s délkou kojení do šestého měsíce má autoimunitní thyreoiditu. Žádná dívka netrpí jiným onemocněním.



Graf č. 24 Zastoupení chlapců a dívek v dotazované skupině

K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, zda je výskyt onemocnění závislý na pohlaví dítěte* se vázala položka dotazníku č. 1, která zjišťovala pohlaví dítěte. Jak uvádí graf č. 24, z výsledků vyplynulo, že 53 (53 %) dětí dotazovaných maminek jsou chlapci a 47 (47 %) dětí jsou dívky.



Graf č. 25 Výskyt onemocnění závislý na pohlaví dítěte

K dílčímu cíli č. 1 *Zjistit, zda je výskyt onemocnění závislý na pohlaví dítěte* se vázala položka dotazníku č. 1, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Jak uvádí graf č. 25, z výsledků vyplynulo, že 19 % chlapců a 21 % dívek trpí alergií. 60 % chlapců a 57 % dívek trpí nebo trpělo respiračním onemocněním. Žádný chlapec ani dívka nemá DM 1. typu. 66 % chlapců a 53 % dívek trpělo průměrným onemocněním a 51 % chlapců a 43 % dívek má zubní kaz. Výsledky neukazují žádný výrazný rozdíl ve výskytu onemocnění v závislosti na pohlaví dítěte.

6 DISKUZE

Hlavním cílem bylo zjistit, jak délka kojení ovlivňuje pozdější zdravotní stav dítěte. Stanovili jsme si dílčí cíle a na základě dotazníku jsme zjišťovali potřebné informace k tomuto výzkumu.

K dílčímu cíli č. 1 jsme zjišťovali demografický údaj, a to pohlaví dítěte, zda se jedná o chlapce či dívku. Ze sta vyplněných dotazníků představovalo 53 (53 %) chlapců a 47 (47 %) dívek. Z výsledků vyplynulo, že 19 % chlapců a 21 % dívek trpí alergií. 60 % chlapců a 57 % dívek trpí nebo trpělo respiračním onemocněním. Žádný chlapec ani dívka nemá DM 1. typu. 66 % chlapců a 53 % dívek trpělo průjmovým onemocněním a 51 % chlapců a 43 % dívek má zubní kaz. Výsledky neukazují žádný výrazný rozdíl ve výskytu onemocnění v závislosti na pohlaví dítěte.

K dílčímu cíli č. 2 jsme zjišťovali délku kojení jednotlivých dětí. Z našich dotazníků vyplynulo, že přibližně 10 % dětí nebylo kojeno vůbec, 50 % dětí bylo kojeno do půl roku a až 40 % dětí bylo kojeno nad šest měsíců věku. Údaje ÚZIS ČR z roku 2012 uvádí množství nekojených dětí do 5 %, množství dětí kojených do šesti měsíců 55 % a 40 % dětí kojených nad šest měsíců. Porovnáme-li tato čísla, zjistíme odchylku v počtu dětí nekojených, a to o 5 %, a rozdíl v počtu dětí kojených do šesti měsíců, a to také o 5 %. Příčinu nekojených dětí avšak neznáme. Zda matka nemohla kojit ze zdravotních důvodů nebo se rozhodla nekojit z jiných důvodů. Ale pozitivní je zjištění, že téměř polovina dětí je plně kojena nejméně šest měsíců a splňuje cíl WHO, která doporučuje plné kojení do šesti měsíců věku dítěte.

K dílčímu cíli č. 3 jsme se zaměřili na výskyt alergií u dětí v různých délkách kojení. Z výsledků vyplynulo, že nejvyšší výskyt alergií je u dívek, které nebyly kojeny vůbec. Alergií trpí až 40 % z nich. U chlapců se alergie vyskytly až při delším kojení. Alergií trpí 33 % chlapců kojených do půl roku a 28 % chlapců kojených nad šest měsíců. Výskyt alergií u dívek se shoduje se studií A. Benera z roku 2007, která uvádí nižší riziko vzniku alergie u dětí, které jsou kojeny nad šest měsíců a déle. Výskyt alergií u chlapců se shoduje se studií A. Pohlabelna a kol. z roku 2010, která uvádí vyšší výskyt alergií u dětí při dlouhodobém kojení. Riziko vzniku alergie ovlivňuje spousta faktorů. Jelikož studie, zabývající se vlivem délky kojení na vznik alergie, ukazují rozdílné výsledky, nemůžeme

jasně říct, zda má delší doba kojení ochranný vliv na vznik alergie a bylo by zapotřebí delší zkoumání na větším vzorku dětí.

K dílčímu cíli č. 4 jsme zjišťovali, zda výskyt alergie u dětí má genetickou predispozici. Z našich výsledků vyplývá, že u 70 % chlapců a 48 % dívek, kteří trpí alergií, se alergie vyskytuje i u jiných členů rodiny. Tato čísla korespondují s údaji J. Klímy (2016, s. 236), která uvádí rodinný výskyt alergie u 70 % dětí a rodinný výskyt alergií potvrzuje i studie A. Pohlbelna (2010), která uvádí současný výskyt alergie u dětí rodičů s alergií až v 55 % případů. Pokud jeden nebo oba rodiče trpí alergií, je větší pravděpodobnost, že dítě bude také alergické.

K dílčímu cíli č. 5 jsme sledovali výskyt respiračních onemocnění v závislosti na délce kojení. Z našich dotazníků vyplývá, že nejvyšší riziko vzniku respiračních onemocnění je u dětí, které byly kojeny od šesti týdnů do tří měsíců. Dívky jsou postiženy ve 100 % a chlapci v 78 % případů. Další nejčastěji postiženou skupinou jsou děti kojené od tří do šesti měsíců. Dívky jsou postiženy v 64 % a chlapci v 67 % případů. Tyto hodnoty souhlasí s průzkumem, která provedla Kalifornská univerzita v roce 2006. Z ní vyplývá, že nejvíce ohroženy jsou děti, které byly kojeny maximálně do šestého měsíce. Pozitivní vliv delšího kojení uvádí také studie Melissy Bartickové a Arnolda Reinholda (2010). Podle jejich výzkumu se při kojení delším, než tři měsíce, snižuje riziko respiračních potíží. S prodlužující se délkou kojení se tedy snižuje riziko respiračních onemocnění a můžeme tak potvrdit protektivní vliv mateřského mléka. Výskyt respiračních onemocnění se zvyšuje s přibývajícím věkem dítěte. Může za to fakt, že se dítě postupně dostává do kontaktu s dalšími prostředími, které jsou zdrojem nových negativních vlivů.

K dílčímu cíli č. 6 jsme zjišťovali vznik DM 1. typu u dětí. Mezi dotazovanými se nevyskytlo žádné dítě trpící DM 1. typu. Podle analýzy Chrise R. Cardwella z roku 2012 se riziko vzniku DM 1. typu výrazně snižuje při kojení v prvních dvou týdnech. Při delším kojení není tento efekt už tak výrazný a při kojení nad šest měsíců již nepozorujeme žádnou asociaci. Protektivní vliv mateřského mléka uvádí i Pavla Mendlová a kol. (2004). Vzhledem k nízkému počtu respondentů nemůžeme tyto závěry potvrdit a bylo by nutné další zkoumání na větším počtu dětí.

K dílčímu cíli č. 7 jsme ověřovali, zda DM 1. typu u dětí má genetickou souvislost. Mezi dotazovanými se našel jen jeden rodič s DM 1. typu. American Diabetes Association uvádí,

že pokud má otec DM 1. typu, je riziko u dítěte 1/17. Pokud je nemocná matka a dítě se narodilo před jejími 25. narozeninami, je riziko vzniku u dítěte 1/25. Pokud se narodilo po jejích 25. narozeninách je riziko 1/100. I u tohoto cíle nemůžeme vzhledem k nízkému počtu respondentů tento údaj potvrdit.

K dílčímu cíli č. 8 jsme zjišťovali výskyt průjmového onemocnění v závislosti na jednotlivých délkách kojení. Výsledky z našich vyplněných dotazníků ukazují, že četnost průjmových onemocnění se u chlapců a dívek liší. Zatímco u chlapců se průjmové onemocnění objevilo nejvíce ve skupině, která byla kojena v období od tří měsíců a déle, a to až v 80 % případů, u dívek je největší výskyt ve skupině, která byla kojena jen do tří měsíců, a to v 83 % případů. Výsledek vyššího výskytu u dívek s kratší dobou kojení se shoduje v porovnání se studií Melissy Bartickové a Arnolda Reinholda (2010), která uvádí menší výskyt průjmových onemocnění a gastroenteritid u dětí s delším kojením. Jejich výsledky se rozcházejí v porovnání se studií z roku 2011 podle Laury M. Lamberti. Ta uvádí nejvyšší riziko při žádném kojení a s prodlužující délkou kojení se výskyt průjmových onemocnění snižuje. Právě vyšší výskyt vidíme u našich chlapců s delší dobou kojení. Výskyt průjmových onemocnění závisí na mnoha různých faktorech, jako je například očkování proti rotavirům, které průjem způsobují. Dále stravování matky v období kojení a úroveň hygieny rukou. Vzhledem k většímu množství různých faktorů není pravděpodobně protektivní vliv mateřského mléka tak výrazný.

K dílčímu cíli č. 9 jsme se zaměřili na délku kojení a výskyt zubního kazu u dětí. Výsledky z dotazníků ukazují nerovnoměrné zastoupení ve skupinách rozdělených dle délky kojení. Zatímco u dívek můžeme sledovat vyšší kazivost při kojení do třetího měsíce, u chlapců je vyšší kazivost naopak při kojení nad tři měsíce. Podle studie P. D. Wonga z roku 2017 je výskyt kazu s prodlužující délkou kojení vyšší, což ukazuje spíše na kariogenitu cukrů v mateřském mléce. Délka kojení nemá výrazný protektivní vliv na vznik zubního kazu, jde spíše o úroveň hygieny a zastoupení cukrů v potravě. Prevenci zubnímu kazu jsme se věnovali v podpodkapitole č. 3.5.1.

ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak ovlivňuje délka kojení zdravotní stav dítěte.

To, že mateřské mléko pozitivně ovlivňuje vývoj dítěte a poskytuje mu nezbytné živiny, je všeobecně uznávaný názor. WHO doporučuje plné kojení po dobu šesti měsíců a zařazení mateřského mléka do stravy až do dvou let dítěte.

Pomocí kvantitativního výzkumu ve skupině sto dětí se sledovala délka kojení, pohlaví dítěte, výskyt alergií, respiračních, průjmových a dalších onemocnění, zubního kazu a zdravotní stav dalších členů rodiny. Vyhodnocením dotazníků se ověřily předem stanovené dílčí cíle.

U dívek je výrazné riziko pro vznik alergie, pokud nejsou kojeny vůbec. Také se potvrdil rodinný výskyt alergií a tedy dědičný předpoklad pro vznik alergií.

Ostatní výsledky však byly nejednoznačné a při porovnání s jinými studii se výsledky většinou neshodovaly. Nebyl prokázán výrazný vztah mezi vznikem dalších onemocnění a délkou kojení. Jednou z příčin mohla být malá sledovaná skupina a pro lepší výsledky by byl potřeba další výzkum.

Pozitivním zjištěním zůstává skutečnost, že jsou téměř dvě třetiny dětí plně kojeny více než tři měsíce a více než třetina dětí i po šestém měsíci života.

Vliv mateřského mléka na vznik některých onemocnění se nepotvrdil, skutečnost, že se jedná o plnohodnotnou výživu pro rozvíjející se mladý organismus, je nepopiratelná.

Jelikož se nepotvrdil výrazný vliv délky kojení a nemocné jsou děti napříč všech délek kojení, matky si nemusí dělat velké starosti, pokud jsou v kojení nějak omezeny. Jejich děti nebudou o tolik nemocnější. Náhradní kojeneckou výživu mohou podávat bez obav.

Matkám s novorozеныmi dětmi by mělo být nadále v dostatečné míře doporučováno plné kojení až do šesti měsíců věku dítěte. V tomto by měly být podporovány v předporodní péči, v porodnici a u pediatra.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBROŽOVÁ, Helena, 2015. Akutní průjmy u dětí. *Pediatric pro praxi*. **16**(2), 82-85. ISSN 1803-5264.

BARTICK, M. a A. REINHOLD, 2010. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. *PEDIATRICS* [online]. **125**(5), 1048-1056 [cit. 2017-05-13]. DOI: 10.1542/peds.2009-1616. ISSN 0031-4005. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1616>

BAYER, Milan, 2011. *Pediatric*. V Praze: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-388-2.

BENER, A., 2007. Role of breast feeding in primary prevention of asthma and allergic diseases in a traditional society. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. [online]. **39**(10), 337-43 [cit. 2017-05-09]. PMID: 18386435. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18386435>

BOLEDOVIČOVÁ, Mária a kol., 2010. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 3. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-331-8.

BUREŠ, Jan, Jiří HORÁČEK a Jaroslav MALÝ et al., c2014. *Vnitřní lékařství*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-145-2.

CABRNOCHOVÁ, Hana a kol., 2009. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Praha: HBT. ISBN 978-80-87109-14-4.

CARDWELL, C. R., L. C. STENE, J. LUDVIGSSON, et al., 2012. Breast-Feeding and Childhood-Onset Type 1 Diabetes: A pooled analysis of individual participant data from 43 observational studies. *Diabetes Care* [online]. **35**(11), 2215-2225 [cit. 2017-05-08]. DOI: 10.2337/dc12-0438. ISSN 0149-5992. Dostupné z: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/dc12-0438>

DAVIES, Lorna a Ruth DEERY, 2014. *Nutrition in pregnancy and child birth: food for thought*. London: Routledge. ISBN 978-0-415-53606-6.

DOSTÁLOVÁ, Taťjana, Michaela SEYDLOVÁ a kol., 2008. *Stomatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2700-4.

FUCHS, Martin et al., 2016. *Potravinová alergie a intolerance*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3757-0.

GASKIN, Ina May, 2011. *Průvodce kojením*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0483-7.

Genetics of Diabetes, © 2017. *American Diabetes Association* [online]. American Diabetes Association [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/genetics-of-diabetes.html?loc=db-slabnav>

GREGORA, Martin a Magdalena PAULOVÁ, 2003. *Výživa kojenců: maminčina kuchařka: výživa kojící matky, potíže při kojení, umělá mléka pro kojence i batolata, receptář nemléčných příkrmů*. Praha: Grada Publishing. Pro rodiče. ISBN 80-247-0576-1.

GREGORA, Martin a Magdalena PAULOVÁ, 2008. *Péče o novorozence a kojence: maminčin domácí lékař*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2564-2.

GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ, 2009. *Jidelníček kojenců a malých dětí: kojení a umělé mléko, nemléčné příkrmy, dětská obezita, vegetariánské stravování*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2716-5.

GREGORA, Martin a Milena DOKOUPILOVÁ, 2012. *Vývoj dítěte do jednoho roku: jak to vidí lékař a jak táta*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3699-0.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2013. *Čekáme děťátko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3781-2.

HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ, 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.

HELLBRÜGGE, Theodor, Ladislav ŠOLTĚS, Alexandra ARCHALOUSOVÁ a kol., 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3457-6.

HLADÍK, Michal, 2008. *Dětské lékařství pro studenty ošetřovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství. ISBN 978-80-7248-472-0.

CHANTRY, C. J., 2006. Full Breastfeeding Duration and Associated Decrease in Respiratory Tract Infection in US Children. *PEDIATRICS* [online]. 117(2), 425-432 [cit. 2017-05-08]. DOI: 10.1542/peds.2004-2283. ISSN 0031-4005. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2283>

JÍROVÁ, Jitka, 2013. Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2012. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-detskeho-dorostoveho-ambulantni-peci-roce-2012>

KLÍMA, Jiří a kol., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5014-9.

KOVÁCS, László a kol., 2010. *Pediatrics*. ARETE. ISBN 978-80-970624-0-8.

KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5367-6.

KUTÁLKOVÁ, Dana, 2010. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3080-6.

LAMBERTI, Laura M, Christa L FISCHER WALKER, Adi NOIMAN, Cesar VICTORA a Robert E BLACK, 2011. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health* [online]. **11**(3), S15- [cit. 2017-05-08]. DOI: 10.1186/1471-2458-11-S3-S15. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-S3-S15>

LEBL, Jan et al., 2014. *Klinická pediatrie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-131-5.

LEON POLNAY, Mandy HAMPSHIRE a Monica LAKHANPAUL, 2006. *Manual of paediatrics: an integrated approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier. ISBN 978-0-443-07494-3.

MAZÁNEK, Jiří a kol., 2014. *Zubní lékařství: propedeutika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3534-4.

MAZÁNEK, Jiří a kol., 2015. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4865-8.

MENDLOVÁ, Pavla, 2004. Vliv výživy na riziko vzniku diabetes mellitus 1. typu. *Interní medicína pro praxi*. 6(11), 531-534. ISSN 1803-5256.

Metodické doporučení pro ČR, © 2016. *Laktační liga* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit.2016-12-22]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/doporuzeni/>

MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4588-6.

NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2319-8.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3422-4.

NOVOTNÝ, František, 2009. *Atopický ekzém*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-202-1.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK a kol., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-216-9.

PETRŮ, Vít a kol., 2012. *Dětská alergologie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2584-3.

POHLABELN, H., 2010. Frequency of allergic diseases in 2-year-old children in relationship to parental history of allergy and breastfeeding. *J Investiq Allergol Clin Immunol*. [online]. 20(3), 195-200 [cit. 2017-05-13]. PMID: 20635784. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20635784>

SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1613-8.

SICHERER, Scott H., 2014. *Food allergy: practical diagnosis and management*. London: CRC Press. ISBN 978-1-4665-1268-9.

SLANÝ, Jaroslav, 2008. *Speciální pediatrie pro ošetrovatelství: vysokoškolská učebnice*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-472-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3286-2.

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2110-1.

SOUKUPOVÁ, Lenka, 2012. *Ošetrovatelská péče o dítě s diagnózou Astma bronchiale*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Dita Nováková.

STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA a kol., 2015. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠAGÁTOVÁ, Andrea, 2014. *Pediatrické ošetrovatelstvo: vybrané kapitoly*. Bratislava: HERBA. ISBN 978-80-89631-30-8.

ŠAŠINKA, Miroslav, Tibor ŠAGÁT a László KOVÁCS a kol., 2007. *Pediatrics*. 2. Bratislava: HERBA. ISBN 978-80-89171-49-1.

ŠKRHA, Jan et al., 2009. *Diabetologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-607-6.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2008. *Průvodce dětským světem*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1907-8.

WONG, Peter D., Catherine S. BIRKEN, Patricia C. PARKIN, et al., 2017. Total Breast-Feeding Duration and Dental Caries in Healthy Urban Children. *Academic Pediatrics* [online]. 17(3), 310-315 [cit. 2017-05-08]. DOI: 10.1016/j.acap.2016.10.021. ISSN 18762859. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876285916304909>

ZACIOSOVÁ, Maria, 2006. *Nejčastější ošetrovatelské problémy u dětských pacientů s atopickým ekzémem*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Svatopluk Býma a Jaroslava Pečenková.

ZAMARSKÁ, Jana a Ivana AUINGEROVÁ, 2006. *Kojení: praktické rady pro maminky*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0772-8.

ZANOVITOVÁ, Mária a Anna OVŠONKOVÁ, 2011. *Ošetrovatelská starostlivosť v pediatrii*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-082-7.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ABKM	Alergie na bílkovinu kravského mléka
aj.	A jiné
a kol.	A kolektiv
ATB	Antibiotika
BIO	Živý, přírodní
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
E. coli	Escherichia coli
et al.	A jiní (et aliae)
F	Fluor
FF	Fyziologické funkce
FW	Sedimentace erytrocytů (Fahraeus Westergren)
HLA	Histokompatibilní systém (Human Leucocyte Antigen)
IgA	Imunoglobulin A
IgE	Imunoglobulin E
IgG	Imunoglobulin G
IgM	Imunoglobulin M
IU	Mezinárodní jednotka (International Unit)
kcal	Kilokalorie
KO	Krevní obraz
KO + diff	Krevní obraz + diferenciální rozpočet
ml	Mililitr
MM	Mateřské mléko

MUDr.	Doktor všeobecného lékařství (Medicinae Universae Doctor)
oGGT	Orální glukózový toleranční test
OL	Ordinace lékaře
pH	Potenciál vodíku (potential of hydrogen)
ppm	Jedna miliontina (parts per million)
PŽK	Permanentní žilní katetr
tzv.	takzvaný
UNICEF	Dětský fond organizace spojených národů (United Nations International Children's Emergency Fund)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
µg	mikrogram

SEZNAM TABULEK

TABULKA Č. 1 OBSAH ŽIVIN V MATEŘSKÉM A KRAVSKÉM MLÉKU (LEBL ET AL., 2014, S. 116).....	13
--	----

SEZNAM GRAFŮ

GRAF Č. 1 POČET KOJENÝCH A NEKOJENÝCH DĚTÍ.....	38
GRAF Č. 2 ZASTOUPENÍ KOJENÝCH CHLAPCŮ A DÍVEK VE ČTYŘECH JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍ	39
GRAF Č. 3 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK, U KTERÝCH SE VYSKYTLA ALERGIE..	40
GRAF Č. 4 ZASTOUPENÍ CHLAPCŮ A DÍVEK U VÝSKYTU RŮZNÝCH ALERGIÍ.....	41
GRAF Č. 5 ZASTOUPENÍ CHLAPCŮ A DÍVEK, U NICHŽ SE OBJEVILY ALERGICKÉ PŘÍZNAKY	42
GRAF Č. 6 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK, KTEŘÍ MAJÍ SOUROZENCE	43
GRAF Č. 7 VÝSKYT ALERGIE U SOUROZENCŮ	43
GRAF Č. 8 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK, KTEŘÍ TRPÍ ALERGIÍ NA LEPEK.....	44
GRAF Č. 9 POČET RODIČŮ OD CHLAPCŮ A DÍVEK TRPÍCÍ NĚJAKOU ALERGIÍ	44
GRAF Č. 10 POČET RODIČŮ TRPÍCÍ ALERGIÍ NA LEPEK.....	45
GRAF Č. 11 VÝSKYT ALERGIE U CHLAPCŮ A DÍVEK DLE DÉLKY KOJENÍ	45
GRAF Č. 12 SOUČASNÝ VÝSKYT ALERGIE U DÍTĚTE SOUROZENCŮ A U DÍTĚTE RODIČŮ	46
GRAF Č. 13 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK TRPÍCÍ ASTMATEM.....	46
GRAF Č. 14 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK, KTERÝM BYLY ODSTRANĚNY NOSNÍ MANDLE	47
GRAF Č. 15 ZASTOUPENÍ CHLAPCŮ A DÍVEK, U KTERÝCH PROBĚHL ZÁNĚT DÝCHACÍCH CEST.....	47
GRAF Č. 16 ZASTOUPENÍ CHLAPCŮ A DÍVEK, V OBDOBÍ DÉLKY KOJENÍ,	48
GRAF Č. 17 VÝSKYT DM 1. TYPU U CHLAPCŮ A DÍVEK	49
GRAF Č. 18 POČET RODIČŮ MAJÍCÍ DM 1. TYPU	49
GRAF Č. 19 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK, U KTERÝCH PROBĚHL PRŮJEM	50
GRAF Č. 20 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK, U NICHŽ SE VYSKYTLO PRŮJMOVÉ ONEMOCNĚNÍ.....	51
GRAF Č. 21 POČET CHLAPCŮ A DÍVEK, KTEŘÍ MAJÍ ZUBNÍ KAZ	52
GRAF Č. 22 ZASTOUPENÍ CHLAPCŮ A DÍVEK DLE DÉLKY KOJENÍ, U NICHŽ SE VYSKYTUJE ZUBNÍ KAZ	53
GRAF Č. 23 POČET CHLAPCŮ TRPÍCÍ JINOU NEMOCÍ	54

GRAF Č. 24 ZASTOUPENÍ CHLAPCŮ A DÍVEK V DOTAZOVANÉ SKUPINĚ.....	54
GRAF Č. 25 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ ZÁVISLÝ NA POHLAVÍ DÍTĚTE	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Souhlas s dotazníkovým šetřením 1

Příloha P III: Souhlas s dotazníkovým šetřením 2

Příloha P IV: Souhlas s dotazníkovým šetřením 3

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Doušová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma "Vliv délky kojení na budoucí zdravotní stav dítěte". Dotazník je anonymní. Vyplňte jej za každé dítě starší šesti měsíců. Budu moc ráda za Vaši spolupráci.

Vybranou odpověď zakřížkujte

1) Pohlaví dítěte: dívka chlapec

2) Kojila jste své dítě? ano ne

3) Jak dlouho bylo Vaše dítě plně kojeno (bez umělé výživy)?

do 6. týdnů

do 3. měsíců

do 6. měsíce

více jak 6 měsíců

4) Objevila se u Vašeho dítěte nějaká alergie?

ano ne (přejděte na otázku č. 7)

5) Pokud ano, jaký druh alergie?

atopický ekzém

alergie na laktózu

pyl

srst

prach

jiné

6) V jakém věku se alergie objevila?

Napište:

7) Objevily se u Vašeho dítěte po podání kravského mléka nějaké alergické příznaky?

ano ne

8) Má Vaše dítě sourozence? ano ne

9) Objevila se nějaká alergie u sourozence?

ano ne

Pokud ano, jaká?

10) Trpí Vaše dítě alergií na lepek? ano ne

11) Trpí Vaše dítě astmatem? ano ne

12) Byly Vašemu dítěti odstraněny nosní mandle?

ano ne

13) Mělo Vaše dítě zánět dýchacích cest? ano ne

14) Má Vaše dítě cukrovku 1. typu? ano ne

15) Proběhlo u Vašeho dítěte nějaké průjemové onemocnění?

ano ne

16) Má Vaše dítě jeden či více zubních kazů?

ano ne

17) Trpí Vaše dítě jinou závažnou nemocí než z výše uvedených?

Uvedte

18) Trpí matka či otec dítěte nějakou alergií?

ano ne

Pokud ano, jakou? Napište:

19) Má některý z rodičů dítěte alergii na lepek? ano ne



20) Má některý z rodičů cukrovku 1. typu? ano ne

PŘÍLOHA P II: SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM 1

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	JANA DOUSOVÁ	
Téma bakalářské práce	VLIV DÉLKY KOJENÍ NA BUDOUCÍ ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. ANDREA FILOVÁ	
	 podpis	
Skupina respondentů	MATKY DĚTÍ	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
MUDr. JIŘÍ HOŘÁK PRIVÁTNÍ PÉČE PRO DĚTI A DOROST	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	
	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

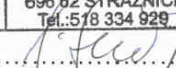
Ve Zlíně dne 19-01-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

75 MUDr. JIŘÍ HOŘÁK
080 praktický lékař pro děti a dorost
620 B. Hrejsové 442
696 02 STRÁŽNICE
Tel.: 518 334 929




.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM 2

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	JANA DOUSOVÁ		
Téma bakalářské práce	VLIV DÉLKY KOJENÍ NA BUDOUCÍ ZDRAVOTNÍ STAV ŽITĚ		
Vedoucí bakalářské práce	MgA. ANDREA FILOVÁ		
	 podpis		
Skupina respondentů	MATKY DĚTÍ		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
MUDr. VĚRA HUDEČKOVÁ ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
	<input type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne .1.9.:01.: 2017...


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd


.....
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

75 MUDr. Věra Hudečková
083 praktický lékař pro děti a dorost
623 Smelanova 1540, 696 62 Strážnice
IČ 47377411
tel./fax: 518 332 001




.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P IV: SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM 3

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

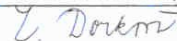
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	JANA DOUSOVÁ		
Téma bakalářské práce	VLIV DÉLKY KOJENÍ NA BUDOUCÍ ZDRAVOTNÍ STAV DÍTĚTE		
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. ANDREA FILOVÁ		
	 podpis		
Skupina respondentů	MATKY DĚTÍ		
Pracoviště	Vyjadření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
MUDr. PETRA ŽÁKOVÁ ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKÁŘE PRO DĚTI A DOROST	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
	<input type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19-01-2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd



.....
razítko a podpis zástupce zařízení