

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Miroslava Viktorinová

Učitelství pro 1. stupeň základních škol

**ŽIVOTNÍ STYL DĚTÍ S ALERGIEMI**  
**A ASTMATEM**

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

Olomouc dne 4. 4. 2017

.....

### **Poděkování**

Děkuji Mgr. et PaedDr. Marii Chráskové Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, pozitivní přístup a poskytování cenných rad. Zároveň děkuji rodičům dětí a učitelkám mateřské a základní školy, kteří mi umožnili provést výzkum formou dotazníku. Velké poděkování patří i mé rodině za pomoc a podporu při studiu.

# 1 OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
1.1 Hlavní cíl práce .....	8
1.2 Dílčí cíle práce .....	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY .....	9
2.1 Alergie.....	9
2.1.1 Vyšetření u alergických onemocnění.....	10
2.1.2 Léčba alergických onemocnění .....	10
2.1.3 Imunitní systém.....	11
2.1.4 Anafylaktický šok .....	13
2.1.5 Alergický zánět .....	14
2.1.6 Hyperreaktivita a reaktivita .....	17
2.2 Alergeny .....	18
2.2.1 Inhalované – pyly, plísně, roztoči, zvířata .....	18
2.2.2 Potravinové – kravské mléko, vejce, mouka, arašídy, stromové ořechy, seznam, ryby, koryši, měkkýši, ovoce, zelenina, aditiva.....	19
2.2.3 Lékové – některá antibiotika, léky proti bolesti, rentgenové kontrastní látky.....	21
2.2.4 Hmyzí – jed blanokřídlého hmyzu, švábi .....	21
2.2.5 Kontaktní – některé kovy (nikl, chrom), nátěrové hmoty, chemické čisticí prostředky, mýdla, saponáty, látky používané v kosmetice (parfémy, konzervační látky, lanolin), lepidla, latex .....	22
2.2.6 Profesní – při pracovním procesu – pekaři, cukráři, chovatelé hospodářských zvířat, zdravotníci .....	23
2.2.7 Zkřížená alergie .....	23
2.3 Alergická onemocnění .....	24
2.3.1 Alergická rýma .....	24

2.3.2	Atopický ekzém .....	26
2.3.3	Kopřivka .....	27
2.3.4	Astma bronchiale – průduškové astma .....	27
2.4	Charakteristika vývoje výzkumné skupiny dětí .....	36
2.4.1	Charakteristika předškolního věku .....	37
2.4.2	Role dítěte .....	39
2.4.3	Normy chování .....	40
2.4.4	Charakteristika období mladšího školního věku.....	40
2.4.5	Zvláštnosti dětské psychiky .....	43
3	METODIKA PRÁCE .....	46
3.1	Metodika výzkumu.....	46
3.2	Použitá metoda .....	46
3.3	Charakteristika zkoumaného souboru .....	47
4	Výsledky .....	49
5	DISKUZE .....	58
	ZÁVĚR .....	61
	SOUHRN.....	62
	SUMMARY .....	63
	REFERENČNÍ SEZNAM .....	64
	Seznam obrázků, tabulek a grafů .....	68
	Seznam příloh .....	69
	ANOTACE	

## ÚVOD

Důvodem k napsání diplomové práce na téma „Životní styl dětí s alergiemi a astmatem“ byly především mé zkušenosti z dětství. Astmatem a hlavně alergiemi se potýká má celá rodina, hlavně otec s bratrem a ani já jsem nezůstala pozadu. K mým alergiím se přidalo i bronchiální astma, které nyní už naštěstí zcela vymizelo. Víím, co toto onemocnění obnáší, jak se lidé při něm a cítí a co prožívají, proto bych své dosavadní poznatky a zkušenosti zužitkovala v diplomové práci a díky teoretické části bych si rozšířila obzory i dál.

Alergiemi a astmatem trpí velká spousta lidí, jak dětí, tak i dospělých. Zatímco dospělí, už umí se svými problémy nějak žít, vědí, co mohou jíst a co ne, které prostředí jim vyhovuje a které naopak škodí, jaké si mohou zvolit zaměstnání a trávení volného času, v takovém prostředí, aby pro ně nebylo škodlivé. Děti se zatím tohle musí učit.

Předškolní děti a děti prvního stupně základní školy, jimiž budu celou práci věnovat pozornost, trpící alergiemi a astmatem, tráví ve školce a škole většinu svého času. Tudíž by škola měla věnovat pozornost tomuto onemocnění a dbát na prevenci a možné zlepšení stavu dětí. Učitelé by měli být proškoleni pro tyto onemocnění a v případě zhoršení stavu dítěte, aby věděli jak pomoc a co dělat.

Diplomová práce se zaměřuje na cílovou skupinu dětí trpících alergiemi a astmatem, ve věkových skupinách mateřské školy a to od 3 do 6 let a dále pak základní školy prvního stupně od 7 do 12 let, u kterých zkoumá jejich způsob života, sportovní aktivity a jejich omezení v běžném životě. Dále zkoumá, jaké všechny druhy alergií se u dětí vyskytují, kdy byly zjištěny, a jak moc ovlivňují chod rodiny a celé domácnosti, možnosti lázeňského pobytu či dalších terapií a metod na pomoc při alergickými a astmatickými onemocněními.

Teoretická část se věnuje především popisu nemoci alergie a astmatu, jejich léčby, diagnostice, příčiny vzniku, genetických pravděpodobností, druhů alergií a možností různých druhů metod a terapií. Dále se zaměřuje na cílovou skupinu výzkumné části, tj., děti, a to zejména z pohledu vývojové psychologie a zvláště dětské psychiky.

Praktická část se zabývá výskytem alergií a astmatem u dětí v konkrétním věku v mateřské a základní škole v místě mého bydliště. Zaměřuje se na jejich životní styl, jak moc ovlivňuje jejich život a možnost vybírat si zájmové kroužky, různé dovolené s rodiče a hry venku s ostatními dětmi.

Svou práci považuji významnou i dále pro svou budoucí profesi a i pro ostatní pedagogy. Aby mohl pedagog dělat svou práci kvalitně a efektivně, je nutné, aby pochopil všechny aspekty života, které děti ovlivňují. Využila jsem ji i pro své zdokonalení mých znalostí, jak už ve využití na sebe samou, (jak už jsem se zmiňovala výše, astma již mám delší dobu pod kontrolou a bez záchvatu či potíží, bohužel alergie se mi zhoršily, především alergie na pyl), tak i ve škole i na táboře, kde jezdím jako vedoucí a stále víc se objevuje dětí s různými druhy alergií.

# 1 CÍLE PRÁCE

## 1.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem této diplomové práce je zmapovat výskyt alergických onemocnění a astma u dětí ve věku 3 až 12 let na vybrané mateřské a základní škole v městě Břeclav a Hustopeče, jaké druhy alergií mají největší zastoupení, zda děti užívají pravidelně léky a jaká je informovanost zdravotního stavu dětí na mateřských a základních školách od jejich rodičů.

## 1.2 Dílčí cíle práce

Prostudovat odbornou literaturu, shrnout poznatky o alergiích, astmatu, jejich diagnostice a léčbě.

Sestavit dotazník a provést výzkumné šetření na mateřské i základní škole.

Na základě výzkumného šetření a jeho vyhodnocení zjistit, jaký je výskyt alergií či astmatu u dětí předškolního a mladšího školního věku, pravidelné užívání léků, omezení ve sportu a tělesné výchově a vliv lázeňských pobytů nebo jiné léčby na jejich onemocnění.

### **Cílem teoretické části**

je podat ucelený obraz alergií a astmatu - jejich vzniku, příznaků, příčině, diagnostice, léčbě, druhů alergií i případné prevence a spouštěcích faktorů. Včetně doporučení, jak upravit domácí prostředí tak, aby co nejlépe vyhovovala nemocnému jedinci.

### **Cílem praktické části**

je zjistit zastoupení alergie a astmatu u dětí předškolního a mladšího školního věku, jaké druhy alergií mají největší četnost.

Dále kolik dětí pravidelně užívá léky na alergie a astma a do jaké míry je jejich onemocnění ovlivňuje ve volbě sportovních kroužků a tělesné výchově. Dalším cílem je zjistit jaké druhy metod a léčby podnikají či kolik dětí absolvovalo léčebný pobyt v lázních.



## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

Tato kapitola přináší základní informace o alergiích a astmatu, jejich příčině, vzniku, léčbě a druzích alergie, charakteristikou dětí v daném věku s využitím vývojové psychologie. Popisuje témata, která úzce souvisí s výzkumnou částí diplomové práce. Dále se zde zmiňuje na specifika související se vzorkem respondentů, tj. dětí.

### 2.1 Alergie

*„Alergie je stav přecitlivělosti organismu na určitou látku – alergen, tím může být na příklad pyl, prach, peří srst, některé potraviny či léky. Jsou nejčastěji bílkovinné povahy. Podstatou alergie je porucha řízení imunitního systému vedoucí k nadměrným reakcím – často spojeným s vyplavením některých látek, poškozujícím organismus či určité orgány (otok, zúžení průdušek, poruchy činnosti cév, zvýšená tvorba hlenu, ničení buněk aj.)“ (Vokurka, Hugo, 2005, s. 64).*

Alergické nemoci patří do větší rodiny chorob, které mají svou příčinu v poruše imunitního (obraného) systému. Imunitní systém patří k základním systémům lidského organismu, jako jsou rovněž systémy nervový, hormonální, srdečně-cévní, pohybový, trávicí a vylučovací, smyslový, a spolu s těmito ostatními systémy zajišťuje harmonickou činnost celého organismu – homeostázu. Dochází-li k narušení homeostázy, projevuje se to u člověka chorobnými projevy.

*„Imunita je schopnost obrany organismu proti zevním nebo vnitřním látkám či podnětům, které označujeme jako imunogeny nebo antigeny. Základní funkcí imunitního systému je rozpoznat vlastní od cizího a cizí odstranit. Pokud některý z antigenů vyvolává alergickou reakci, nazýváme jej alergenem“ (Bystroň, 1997, s. 7,8).*

Alergie jsou v dnešní době už hodně běžná onemocnění, která mají různou intenzitu a závažnost a jedinci, tak znepríjemňují život. Trpí jimi téměř každý třetí školák, u dospělých je to o něco nižší. Přestože lékařské výzkumy přináší stále nové a nové poznatky, není doposud na alergii žádná lék, který by pacienta alergie zcela zbavil.

Většinou jde o bronchiální astma, sennou rýmu, kopřivku a ekzémy, méně často dochází k poruchám dalších orgánů. Příčinami alergií nejsou jen pyly, srst zvířat, prach nebo ovoce. Počet těchto alergenů stále stoupá. Zvyšuje se například počet alergií na léky, potraviny, kosmetiku a látky používané v zaměstnání (Novák, 2010; Treben, 2001).

### 2.1.1 Vyšetření u alergických onemocnění

V alergologii patří anamnéza k nejdůležitějším částem vyšetření. Pečlivé zjištění všech anamnestických údajů je pro lékaře tím nejcennějším, protože na jejich základě pak může tato data potvrdit různými testy nebo laboratorním vyšetřením. I tak se někdy stane, že laboratorní nálezy nejsou jednoznačné a diagnóza a následná péče je především založena na anamnestických údajích. Proto musí být odebrána co nejpřesněji a co nejpodrobněji.

Při vstupním vyšetření v alergologických ambulancích může být užitečným pomocníkem standardizovaný dotazník pro rodiče. Ten informuje lékaře o základních údajích o rodině, životním prostředí a průběhu potíží dítěte a může být, tento dotazník, orientačním pomocníkem pro lékaře.

#### Rodinná anamnéza

*„Přítomnost atopie u člena rodiny, zvyšuje pravděpodobnost alergického onemocnění u dětí. Pokud jsou oba rodiče alergici, pak riziko u jejich dětí je 50 – 70 %. Poněkud větší je riziko, když je atopické onemocnění u matky. Výraznější riziko je pak, pokud se jedná o stejný typ atopického onemocnění“ (Bystroň, 1997, s. 63, 64).*

### 2.1.2 Léčba alergických onemocnění

Jak uvádí Bystroň: Léčba alergických onemocnění by měla být vždy léčbou komplexní, která by měla zahrnovat:

- odstranění alergenu a zamezení dalšího vlivu alergenu na organismus,
- léčba alergického zánětu,
- imunoterapie,
- pomocnou léčbu.

Nejúčinnějším léčebným i preventivním opatřením je odstranění alergenu z pacientova okolí, zamezení dalšího působení alergenu na organismus. Snadnější je to u alergenů potravinových a lékových, kde vystačíme s pečlivou kontrolou přijímané stravy a léků. Riziko představují pouze stavy, kdy pacient není schopen o své alergii informovat okolí nebo zlehčování možných následků jak ze strany pacienta, tak ze strany lékařů, při neinformovanosti u pacientů na eventuální alergii před podáním léků.

Obtížnější je již eliminovat možnost kontaktu pacientů alergických na hmyzí bodnutí. Při dodržení zásad správného chování v přírodě, může dojít k situacím, kterým nejde zabránit ani je nelze nijak ovlivnit (Novák, 2010; Treben, 2001).

Nejhorší situace nastávají u inhalačních alergenů, které jsou stále v prostředí, bez možnosti člověka tento stav nějak ovlivnit, to jsou třeba pyl a plísň v ovzduší. Musíme se ale pokusit o co možná největší odstranění rizikových faktorů jako je odstranění domácích zvířat z domu či bytu, častější čištění a uklízení u alergií na prach a roztoče, správně zvolená volba povolání, ale i vhodný termín dovolené, tak aby pacient nebyl v rizikovém prostředí v sezóně nejvyšší koncentrace alergenu, který mu vadí (Novák, 2010; Treben, 2001).

### **2.1.3 Imunitní systém**

Alergické nemoci mají většinou svou příčinu v poruše imunitního systému, proto zde podám něco málo informací o imunitním systému.

Tak jako ostatní systémy, je i imunitní systém tvořen buňkami, které mohou působit samostatně nebo se sdružují v orgány. Povinností tohoto systému je rozpoznat cizí od vlastního, cizí zpracovat, zlikvidovat a vyloučit. Tento systém působí jako jeden celek a jeho jednotlivé funkce jsou mnohdy zdvojeny, vzájemně se prolínají, mohou se do jisté míry zastupovat, takže výpadek jedné činnosti nemusí být vždy patrný ve formě onemocnění.

Přestože imunitní systém působí jako celek, účastní se na obranných činnostech spíše buňky, hovoříme o buněčné (celulární) imunitě, pokud jsou v popředí obranné reakce produkty buněk imunitního systému uvolňované do tkání a tělesných dutin, hovoříme o humorální imunitě.

Základ imunitního systému je dán geneticky, člověk se s ním již narodí a dává mu to schopnost bránit se proti škodlivým látkám z vnějšího okolí již od narození. Označujeme jako přirozená či vrozená imunita, ta, co je člověku geneticky daná, vrozená, nazýváme ji také nespecifická, protože reaguje na cizí látky či podněty. Imunitní systém může také reagovat proti cizorodým látkám nebo porušeným strukturám vlastního těla i zcela cíleně. Tato reakce se vytváří na základě interakce organismu s vnitřním a vnějším prostředím v průběhu celého života. Tím získáváme imunologickou zkušenost a obranné reakce jsou pak vedeny cíleně, tuto imunitu nazýváme specifickou nebo taky získanou – adaptivní (Bystroň, 1997).

#### **2.1.3.1 Struktura imunitního systému**

Buňky imunitního systému se nacházejí v celém těle, a jak už jsme si řekli, imunitní systém působí jako jeden celek, nicméně, v některých místech organismu je

nahromadění těchto buněk výrazně větší. Je to především v místech, kde tělo přichází do kontaktu s vnějším prostředím (sliznice a podslizniční tkáň dýchacího a zažívacího ústrojí, kůže a podkoží).

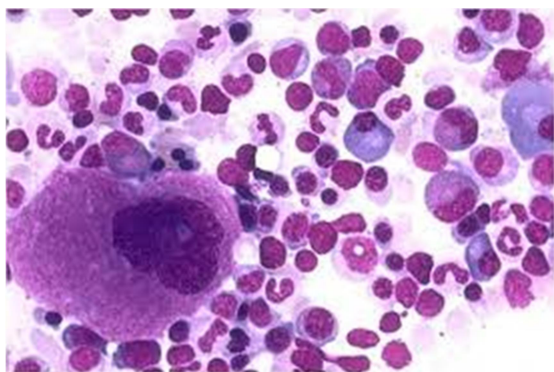
Všechny buňky imunitního systému vznikají z kmenových buněk v kostní dřeni, kde dorůstají, dozrávají a rozčleňují se funkčně, tvarově i vzhledově. A tak kostní dřeň můžeme označit za takovou vlastně porodnici a základní školu všech imunitních buněk (Bystroň, 1997).

Kostní dřeň a brzlík jsou označovány jako centrální (primární) lymfatické orgány. Kostní dřeň produkuje imunitní buňky po celý život, i když produkce postupem věku klesá. Brzlík působí ve funkci školícího centra hlavně před narozením a v prvních měsících života. Přestože jeho význam postupně slábne, zmenšuje se a zeslabuje se jeho funkční aktivita, jeho ztráta v období puberty není spojena s chorobnými projevy (Bystroň, 1997).

### 2.1.3.2 Buňky účastnící se imunitních reakcí

#### Žírné buňky a bazofily

Žírné buňky se nacházejí ve sliznicích a pojivových tkáních, kdežto bazofily jsou buňky kolující v krevním řečišti, předpokládá se, že pro oba typy buněk existuje jedna zárodečná buňka, která se pak dále diferencuje na jednotlivé buňky (Bystroň, 1997).



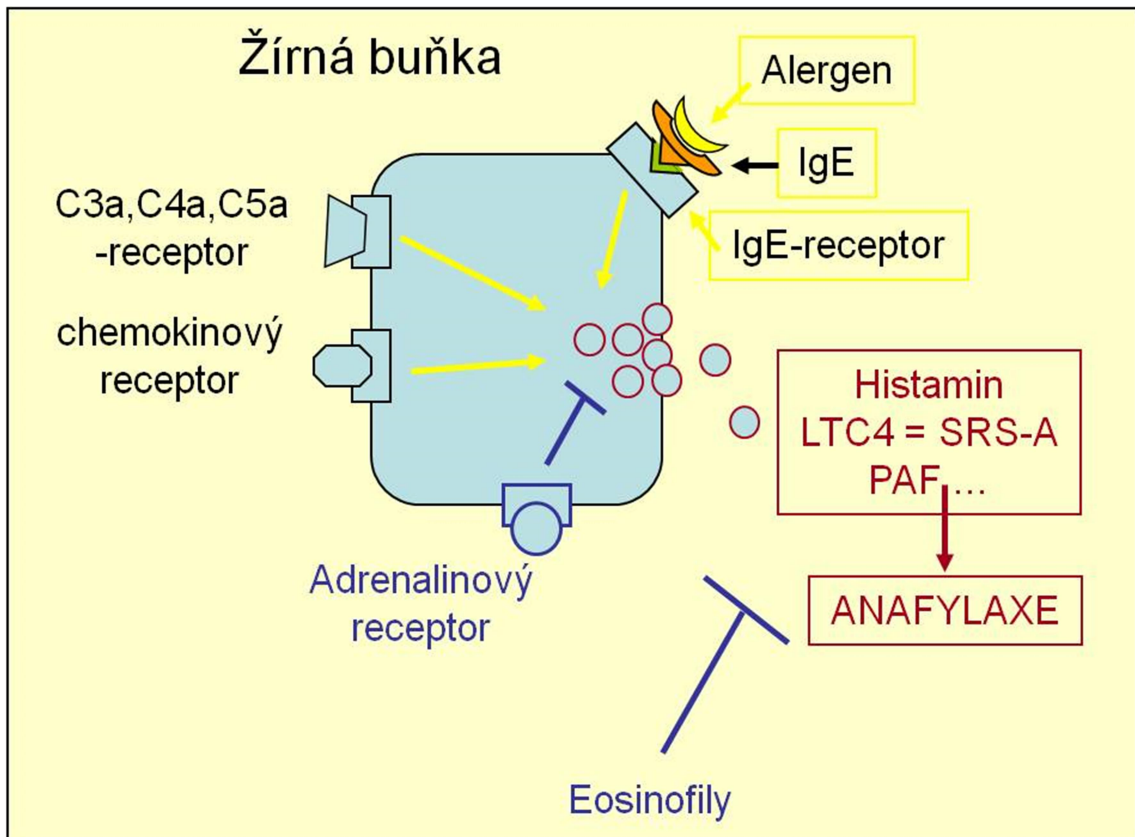
**Obrázek 1. Žírná buňka**

[www.rgast.eu/images/download/Alergeny\\_seznam%20alergen%C5%AF%20s%20obr.pdf](http://www.rgast.eu/images/download/Alergeny_seznam%20alergen%C5%AF%20s%20obr.pdf)

#### **Úloha žírných buněk a bazofilů u alergií**

Startují zánětlivou reakci na různé podněty. Jsou mnohem vnímavější i na nepatrné množství alergenu u alergiků než u ne alergiků a také ve sliznicích

a podslizničních a podkožních tkáních alergiků se nachází více žírných buněk než u nealergiků.



**Obrázek 2 Při kontaktu s alergenem, uvolňuje žírná buňka histamin**

<http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/?p=1199>

### 2.1.4 Anafylaktický šok

Anafylaktický šok je extrémním projevem alergie, bez léčby je jeho průběh smrtelný. U dětí předškolního věku je relativně vzácný, je to ale však závažná alergická reakce, která může vyústit do následného anafylaktického šoku.

Závažnost šoku je především dána srdeční slabostí, kdy klesá tlak a zrychluje se pulz. Může vzniknout u jedince, který se až po druhé či víckrát setkal s alergenem a každá další reakce nastupuje rychleji a probíhá závažněji než předchozí.

O anafylaktoidním šoku mluvíme tehdy, pokud jsou stejné projevy jako u alergie, ale neexistuje alergická příčina, zde může šok nastat již při prvním setkání s látkou.

Pokud se lékař domnívá, že u dítěte může šok nastat, přesto, že ho ještě neměl, naučí alergika a i jeho okolí rozpoznat příznaky, tak aby postižená osoba byla sama schopna zahájit léčbu. Při včasné nasazené terapii je možno se šoku vyvarovat. Pacienti

s rizikem anafylaktické reakce musí být vybaveni pohotovostním balíčkem k poskytnutí první pomoci (Ayres, 2001).

Pohotovostní balíček by měl obsahovat (dle Ayrese, 2001):

- injekční stříkačku a Adrenalin – nejlépe ve formě jednorázové injekce, kterou dokáže aplikovat i laik (EPIPEN junior, EPIPEN pro dospělé),
- Antihistaminikum v tabletách (Dithiaden nebo jiné),
- Kortikosteroid (Prednison á 20 mg) v tabletách a inhalační beta-adrenergní prostředek (Salbutamol, Bricanyl, Berotec), hlavně u astmatiků.

U dětí se s anafylaktickým šokem setkáváme hlavně u potravinových alergií, konkrétně na arašidy a suché plody (ořechy), u alergií na léky a latex nejčastěji u operovaných dětí a také alergická reakce při bodnutí vosou či včelou.

Anafylaktická reakce je reakce velmi rychlá, začíná se rozvíjet již během několika minut, vrcholu dosahuje po 15 – 30 minutách a může trvat několik hodin až dnů. Nejrychlejší nástup mají alergeny, které pronikají přímo do krevního oběhu, jako jsou hmyzí alergeny či nitrožilně podané léky. Příčinou úmrtí u anafylaktických reakcí bývá otok hrtanu a udušení nebo kombinace otoku hrtanu s nedostatkem kyslíku (hypoxie) a srdeční arytmii (Bidat, Loigerot, 2005)

### 2.1.5 Alergický zánět

Zánět je základní obrannou reakcí organismu na narušení jeho integrity-celivosti. Jde o fyziologickou odpověď na antigeny a imunogenní podněty. V základním rozdělení ho dělíme, na akutní a chronický zánět.

#### Mediátory alergického zánětu

Buňky alergického zánětu se projevují tvorbou a uvolňováním chemických látek – mediátorů, které velmi významně ovlivňují průběh zánětlivé reakce. Mediátory zánětu jsou uvolňovány reakcí na jejich podráždění alergenem (Čáp, Průcha, 2006).

Podle funkce dělíme mediátory na:

- **mediátory vazoaktivní** – vyvolají na endoteliích zvýšenou přilnavost buněk z cévního řečiště a navozují jejich zvýšenou propustnost do místa alergického zánětu,

Endotel je výstelka krevních a lymfatických cév nebo srdečních dutin (= endokard), která je tvořena jednou vrstvou epiteliálních buněk (• ABZ slovník cizích slov. Epitel. Abz.cz [online]. © 2005-2006 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=epitel](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=epitel)).

- **mediátory, které přitahují – lákají** – výkonné buňky zánětu do místa alergického zánětu,
- **ostatní** – dostávají se do okolí buněk po aktivaci nebo při rozpadu buněk zánětu a mohou svou chemickou činností ovlivňovat rozsah a trvání alergického zánětu (Čáp, Průcha, 2006).

*„Histamin je nejlépe poznaným mediátorem alergického zánětu. Jak už jsem se zmiňovala výše, je tvořen a skladován v žírných buňkách a bazofilních granulocytech. Z buněk je pak dále uvolňován po jejich imunologické aktivaci, po navázání antigenu-aler genu prostřednictvím protilátek nacházejících se na jejich povrchu.*

*Zvýšené hladiny histaminu lze zjistit u pacientů s mastocytózou (excesivním nahromaděním mastocytů (tj. žírných buněk) v různých orgánech a tělesných tkáních), při anafylaxi, astmatu, kopřivkách“ (Bystroň, 1997, s. 40).*

Klinickými projevy uvolnění histaminu jsou:

- na kůži: místní prosáknutí se zarudnutím a svěděním, pocitem horka (kopřivka),
- v dýchacích cestách: bronchokonstrikce s tvorbou vazkého hlenu, otokem a svěděním sliznic v horních dýchacích cestách s kýcháním, kašláním,
- ve střevě: překyselením žaludku, kolikovitě bolesti, zvýšená tvorba hlenu ve střevě,
- v oběhovém systému: snížení krevního tlaku, srdeční arytmie,
- v CNS: předráždění, dezorientace (Bystroň, 1997).

#### 2.1.5.1 Akutní alergický zánět

Akutní zánětlivé změny jsou nastartovány nespecifickými mechanismy, které reagují na průnik antigenu přes povrchové obranné bariéry (kůže, sliznice). Hlavní podnět pro rozvoj lokálního akutního zánětu má zřejmě průnik antigenu do

podslizničního prostoru, kde se uplatňuje především kontakt antigenu s žírnými buňkami. Zvyšuje se zásobením místa kyslíkem, zvyšuje se koncentrace složek komplementu, protilátek, fibrinogenu, urychleně se odplavují zplodiny látkové výměny. Dochází ke zvýšení přilnavosti těchto buněk k endoteliím (výstelka krevních a lymfatických cév nebo srdečních dutin) a jejich následnému prostupu do místa zánětu. Tak vzniká typický znak akutního zánětu - zarudnutí, otok, zvýšení teploty, bolest a porucha funkce. Rozvoj akutního zánětu je časově otázkou minut až desítek minut a může být různě intenzivně vyjádřen.

Nejvýznamnějším rysem akutního alergického zánětu je však zvýšená schopnost alergiků (atopiků) tvořit specifické protilátky na běžné antigeny vnitřního prostředí. Alergická reakce je typická tím, že při prvním setkání s alergenem neprobíhá bouřlivě, ale při druhém a dalších setkáních s alergenem již probíhá tato reakce bouřlivě s typickým alergickým až anafylaktickým průběhem (Navrátil, 2008).

Klinické projevy akutního alergického zánětu jsou dány specifikou postižení tkáně. Na kůži se projeví zarudnutím, kopřivkovým pupenem a otokem. Na sliznicích zarudnutím, otokem (nebezpečný je hlavně otok jazyka a hrtanu) a zvýšenou sekrecí hlenu (slzení, sekrece z nosu, produkce hlenu v průduškách a ve střevě), ke kontrakcím hladké svaloviny (dýchací problémy, dušnost, kolikové bolesti), v oběhovém systému hypotenzí až kolapsem. Řadíme sem alergickou rýmu (rinitida), alergický zánět spojivek (konjunktivitida), akutní astma, kopřivka, anafylaktický šok, laryngospasmus (křečovitě uzavření hrtanu) (Navrátil, 2008).

#### 2.1.5.2 Chronický alergický zánět

Může k němu dojít v návaznosti na akutní zánět, pokud selžou tlumící mechanismy či léčba.

Klinické projevy jsou opět specifické pro postižení tkáně. Na kůži jako forma chronické kopřivky či ekzému, v dýchacích cestách je to formou chronické rýmy, chronického astmatu, bronchitidy a v zažívacím systému se jedná o chronickou enterokolitidu neboli zánět tenkého a tlustého střeva. Co se týče trvání rozvoje chronického zánětu, počítáme ho v dnech až měsících.

V klinické praxi se často můžeme setkat s prolínáním fází alergického zánětu, z důvodu opakovaného kontaktu se specifickým alergenem nebo při rozšiřování alergenového spektra. Alergický zánět může být pozměněn vlivem záněty při



bakteriálních a virových infekcí, dále fyzickou námahou a psychickým stavem alergika (Bystroň, 1997).

### 2.1.5.3 Léčba alergického zánětu

Stejně jako u alergických onemocnění tak i léčba alergického zánětu by měla být komplexní. U alergického zánětu však záleží na intenzitě a typu alergického zánětu, podle kterého volíme léčbu jednoduchou nebo kombinovanou.

#### Kortikosteroidy

*„Inhalační formy kortikosteroidů jsou nejvýznamnější skupinou léků u středně těžké a těžké formy průduškového astmatu. U život ohrožujících alergických reakcí je celkové podání kortikosteroidů nezbytné a život zachraňující.*

*Kortikosteroidy upravují propustnost malých cév a tím působí proti otoku, taktéž zabraňují prostupu zánětových buněk do místa zánětu a jejich aktivaci.*

*Hlavní léčebné účinky kortikosteroidů u alergického zánětu jsou: snížení intenzity zánětu, snížení sekrece hlenu, snížení cévní permeability, snížené otoku a zabránění vzniku chronických ireverzibilních změn (vazivová přeměna podslizniční a podkožní tkáň vedoucí ke ztrátě pružnosti a snížení funkční schopnosti).*

*Jsou to nejúčinnější léky v léčbě alergického zánětu. U astmatiků bylo možné pozorovat změnu již po 1- měsíční léčbě inhalačními kortikosteroidy“ (Novák, 2011).*

### 2.1.6 Hyperreaktivita a reaktivita

Při popisu alergických onemocnění se často setkáváme s pojmy reaktivita a hyperreaktivita.

Pro reaktivitu sliznic a kůže je přirozenou vlastností bránění se proti nepříznivým vlivům.

Hyperreaktivita pak představuje zvýšenou reakci sliznic a kůže na běžné podněty, které u zdravých jedinců vyvolá pouze běžnou reakci. Na hyperreaktivě se podílejí vrozené vlastnosti, ale také působení vnějších vlivů (hlavně alergenů a chemických látek vnějšího prostředí).

Typickým příkladem může být bronchiální hyperreaktivita. Zvýšená tendence průdušek reagovat na podráždění (např. chladným vzduchem, kouřem či prachem) zúžením dýchacích cest a kašlem. Je příznačná pro průduškové astma, ale může provázet i jiné stavy. Vyšetřuje se bronchokonstrikčním testem ([www.alergieimunita.cz/slovník-pojmu-b/bronchialni-hyperreaktivita/](http://www.alergieimunita.cz/slovník-pojmu-b/bronchialni-hyperreaktivita/)).

## 2.2 Alergeny

Podstatou alergických onemocnění je působení alergenů na buňky imunitního systému alergiků, přičemž dochází k rozvoji nepřiměřené imunitní odpovědi – alergické reakci. Alergeny jsou většinou bílkovinné povahy, dělíme je podle prostředí, ve kterém se převážně vyskytují.

Mezi nejčastější alergeny patří inhalované alergeny, to jsou pyly, plísně, roztoči a domácí zvířata, které se vyskytují u alergií dýchacího ústrojí, kam řadíme rýmu, průduškové astma a alergický zánět spojivek, ale můžeme se s nimi setkat jako s kontaktními alergeny kůže. Časté jsou rovněž potravinové alergeny, které mohou vyvolat alergické projevy na různých orgánech (7x o alergii a astmatu, 2009, seminář).

### Rozdělení alergenů:

#### 2.2.1 Inhalované – pyly, plísně, roztoči, zvířata

**Pyl** patří mezi významné a časté zdroje alergenů. Hlavně v sezonním období pylů, vyvolávají alergické projevy na sliznicích spojivek a nosu. Aby mohl vyvolat alergické potíže, musí být vydatný zdroj pylu, v dostatečném množství se dostat do ovzduší a obsahovat skupiny látek, které vyvolají u daných jedinců alergickou reakci. Pylová zrna mohou urazit vzdálenost až tisíce kilometrů. Po dešti se koncentrace pylů snižuje, naopak však po prudkých bouřkách se může zvýšit množství pylových zrn v ovzduší. Mezi významné skupiny pylových alergenů patří pyly stromů, kam řadíme například břízu, olši, kaštan, buk, dub, vrba, topol a lísku. Dále máme pak pyly travin, kde si uvedeme nejčastější bojíněk, jílek, lipnice, srha, obilí a pyly plevelů a bylin jako je třeba pelyněk, pampeliška, jitrocel, sedmikráska astra či ambrózie.

**Plísně** jsou mikroskopické houby, někdy viditelné i pouhým okem. Jsou to rostliny, které nemají stonek, listy, ani kořeny. Plísně máme jak domácí, tak venkovní. Množení plísní přispívají temné, špatně větrané a vlhké prostory.

Jejich zdrojem může být hlavně skladování starého papíru, textilu, kůží, potravinových zbytků v nevětraných bytových prostorech, především ovocné šťávy nebo některé druhy alkoholu, ale i zelenina jako kapusta nebo rajčata mohou do organismu dodat tyto alergeny.

**Roztoči** jsou mikroskopičtí členovci velikosti kolem 0,3 mm. jsou úplně neškodní, mohou však vyvolat silné alergické reakce. Nejvýznamnějším přírodním

zdrojem roztočů jsou u nás ptačí hnízda, ale i klece exotických domácích ptáků. Odtud se pak dostávají vzdušnými proudy do bytových a domovních prostorů.

Nejlépe se jim daří při teplotě 20 až 30 stupňů a relativní vlhkosti vzduchu 65 – 80 %. V bytě je můžeme najít v matracích a lůžkách, živí se lidskými lupy a kožním odpadem, dále koberce a závěsy. Alergeny roztočů, obsažené v jejich exkrementech, se váží na prachové částice a jsou součástí domácího prachu.

**Zvířecí alergeny** můžeme nalézt především v srsti, v moči, v slinách a žlázočných produktech zvířat. Jelikož alergeny produkují jak krátkosrstá tak i bezsrstá zvířata, nemůžeme alergikům žádné doporučit. Alergeny se udržují na povrchu předmětů a na šatech lidí, které s nimi žijí.

Nejdéle přetrvávající alergeny jsou kočičí, které jsou nejagresivnější a můžeme je prokázat i ve školách, v dopravních prostředcích a ve veřejných prostorách, jelikož se šíří na šatech těch lidí, co mají doma kočku. Stejně tak psi a stále větším zdrojem jsou malá zvířata, jako je morče, křeček, myš, osmáci, zakrslý králíci. Po odstranění zvířete z bytu či domu, přetrvávají alergeny ještě týdny až měsíce.

Projevem těchto alergií jsou nejčastěji postiženy sliznice očí (spojivky) a nosu (rýma) a průdušky (bronchiální astma). Je dobré taky vědět, že tato alergie není vyvolána pouze srstí živých zvířat. Všechny výrobky, například části oděvů či koberce, mohou alergickou reakci spustit stejným způsobem (7x o alergii a astmatu, kolektiv autorů, 2009; Bystroň, 1997, Treben, 2001).

### **2.2.2 Potravinové – kravské mléko, vejce, mouka, arašídý, stromové ořechy, seznam, ryby, korýši, měkkýši, ovoce, zelenina, aditiva**

Alergie na potraviny jsou u školních dětí relativně časté a vytváří ve školách řadu problémů. Patří k nejrizikovějším formám alergie.

Pozor! Ne každá nežádoucí reakce na potravinu je alergie. Může jít o neimunologickou nesnášenlivost z důvodu nedostatečného enzymatického natrávení potravy, anebo znečištění potravy, například jedovatými látkami.

Alergie se může projevit v jakémkoliv věku. Velkou skupinu tvoří děti do 3 let, nejčastěji děti kojené. Zvláštností alergie na základní potraviny u nejmenších dětí je, že je možný postupný ústup až vyhasnutí, v 95 % vyhasne do 6 let.

U dospělých převládají alergie na ovoce a zeleninu, které se často projevují svěděním v ústech bezprostředně po konzumaci. Vážné reakce můžou způsobit zejména arašídý, ryby, korýši, stromové ořechy, semena. Stejně jak u každé alergie, tak

i u potravinové může alergickou reakci vyvolat potravinu, kterou jíte poprvé, stejně tak potravinu, kterou jsme již dříve jedli a alergickou reakci u nás nevyvolala.

Projevuje se ekzémem, kopřivkou, bolestmi břicha, průjmami a někdy je přítomen orální alergický syndrom (OAS – orální alergický syndrom), který způsobuje svědění patra, obtížné polykání po požití ovoce či zeleniny a otok rtů. U malého počtu vysoce citlivých dětí však po požití rizikové potravin může nastat závažná alergická reakce – anafylaxe, která může ohrozit dítě na životě. Potravinová alergie je její nejčastější příčinou (7x o alergii a astmatu, kolektiv autorů, 2009; Solářová).

Nyní už v každé restauraci či v zařízení uzpůsobené ke stravování, nalezneme list se seznamem potravinových alergenů. Zde si je taky uvedeme:

#### SEZNAM HLAVNÍCH POTRAVINOVÝCH ALERGENŮ DLE NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) č. 1169/2011 ze dne 25. října 2011 o poskytování informací o potravinách spotřebitelům

- 1) Obiloviny
- 2) Koryši a výrobky z nich
- 3) Vejce a výrobky z nich
- 4) Ryby a výrobky z nich
- 5) Podzemnice olejná (arašíd) a výrobky z nich
- 6) Sójové boby (sója) a výrobky z nich
- 7) Mléko a výrobky z něj
- 8) Skořápkové plody a výrobky z nich (ořechy)
- 9) Celer a výrobky z něj
- 10) Hořčice a výrobky z ní
- 11) Sezamová semena (sezam) a výrobky z nich
- 12) Oxid siřičitý a siřičitany
- 13) Vlčí bob (lupina) a výrobky z něj
- 14) Měkkýši a výrobky z nich

Alergeny - podskupiny pro lepek a skořápkové plody

Původní kódy 1 – Lepek: lepek pšenice

lepek žito

lepek ječmen

lepek oves

Kód 8 - Skořápkové plody: mandle

lískové ořechy

vlašské ořechy

kešu ořechy

pekanové ořechy

[http://www.rgast.eu/images/download/Alergeny\\_seznam%20alergen%C5%AF%20s%20obr.pdf](http://www.rgast.eu/images/download/Alergeny_seznam%20alergen%C5%AF%20s%20obr.pdf)

### **2.2.3 Lékové – některá antibiotika, léky proti bolesti, rentgenové kontrastní látky**

Během léčby antibiotiky může mít dítě neočekávanou reakci od pupínků až po anafylaktický šok. Naštěstí jsou u dětí reakcí jen malé červené flíčky po celém těle nebo kopřivka. Výjimečně mohou antibiotika způsobit astmatický záchvat, nepravidelnost v krevním obrazu, horečku či kloubní bolesti a ledvinové postižení. Sama se s touthle alergií potýkám.

Alergie může nastat i při narkóze, kdy se podává anestetikum, ale reakce připadá tak na 1 z 10 000 narkóz celkově, dětí i dospělý. Navíc dospělý mívají reakci na anestetika častěji než děti (Bidat, Loigerot, 2005).

U dětí se to většinou týká alergie na latex, kdy při operacích lékaři používají latexové rukavice a jiné předměty z latexu.

Aby se předešlo případným komplikacím a reakcí, anesteziolog musí před operací znát zdravotní stav dítěte, či celkově operovaného. Astma musí být stabilní a pod kontrolou, taky všechna minulá a současná onemocnění musí být nahlášena a stejně tak i léky.

Dále můžeme narazit na alergii na acylpyrin a aspirin, ale vzhledem k tomu, že acylpyrin ani aspirin se dětem do 15 let nepodává, se u nás nevyskytují. Léčba spočívá v tom, že úplně vynecháme acylpyrin a aspirina místo toho podáme prášky na bolest s obsahem paracetamolu, jako je paralen a panadol (Bidat,Loigerot, 2005).

### **2.2.4 Hmyzí – jed blanokřídlého hmyzu, švábi**

Při včelím nebo vosím bodnutím se jed ze žihadla dostane do pokožky. Za normálních okolností se kolem místa vpichu vytvoří za palčivé bolesti červený otok,

který značně svědí. Po několika dnech tato reakce obvykle zmizí. Pokud však postižený trpí alergií na bodnutí hmyzem, může být toto setkání s hmyzem životu nebezpečné.

Po bodnutí blanokřídlým hmyzem jako je včela, čmelák, vosa, sršeň u přecitlivělých jedinců hrozí však celková alergická reakce – anafylaxe. Místo vpichu v první řadě velmi silně oteče. Často dochází k otokům krku a obličeje. Člověk těžce dýchá a pokožka celkově zrudne. Tyto příznaky se objevují krátce po bodnutí. U těchto jedinců je nutné přivolat lékařskou pomoc, protože hrozí, jak už jsem se zmiňovala, anafylaktický šok. Tomu předchází horkost a svědění dlaní a chodidel, také v krku a na jazyku, silné dýchací potíže, slabost a návaly horka. Jed blanokřídlého hmyzu se liší svým složením. Existuje podobnost alergenů jedu mezi včelou a čmelákem, vosou a sršněm (7x o alergii a astmatu, 2009, seminář).

### **2.2.5 Kontaktní – některé kovy (nikl, chrom), nátěrové hmoty, chemické čisticí prostředky, mýdla, saponáty, látky používané v kosmetice (parfémy, konzervační látky, lanolin), lepidla, latex**

Zvyšuje se výskyt alergie na latex a projevy jsou až do anafylaktického šoku. Je součástí lékařských a úklidových rukavic, dudlíků, nafukovacích balónků, kol autíček, lékařských pomůcek, drény, hadičky a jiné.

Nejčastěji se projevuje kopřivkou, kdy nafukuje balónek nebo u zubaře, kdy doktor má rukavice, v případě vdechnutí se může objevit rýma, astmatický záchvat nebo zánět spojivek.

K anafylaktickému šoku, dochází především při operaci, při chirurgickém zákroku či lékařském vyšetření, kdy se latexové rukavice či předměty dostávají přímo na orgány.

Co se týče prevence, tak existují dudlíky neobsahující latex a hypoalergenní produkty. Ale ani ty to produkty nemohou zaručit, že nevznikne reakce, zvláště u velmi citlivých jedinců. I mě samotné se stalo, že při koupi hypoalergenního krému na obličej jsem se osypala. V případě chirurgického zákroku jsou alergičtí pacienti poučeni o možných rizicích spojená s chirurgickým, lékařským či zubařským ošetřením, je nutno upozornit i anesteziologa a dítě musí být operováno v bez latexovém prostředí (Bidat, Loigerot, 2005; Treben, 2001).

## **2.2.6 Profesní – při pracovním procesu – pekaři, cukráři, chovatelé hospodářských zvířat, zdravotníci**

Profesní alergeny jsou látky, které mohou způsobit přecitlivělost jedince během vykonávání jeho zaměstnání. Tyto alergeny se samozřejmě týkají dětí jen nepřímo, ale přecitlivělost na určitý alergen se geneticky dědí, proto může dojít k přenosu profesního alergenu z rodiče na dítě. Mezi obvyklé profesní alergeny patří mouka, koření, rostlinný prach, bavlna, textilní vlákna, antibiotika a nejrůznější výrobky chemického průmyslu, jako jsou barvy a laky

## **2.2.7 Zkřížená alergie**

Zkřížená alergie vzniká na základě podobnosti alergenů. Alergeny obsahují směs různých bílkovin, a tytéž bílkoviny se mohou nacházet v živočišných nebo rostlinných látkách příbuzné čeledi nebo rodu. To vysvětluje alergické reakce na potraviny ze stejného rodu, které se však vyskytují méně.

Nejčastější zkříženou alergií je pyl versus potravina. Alergické reakci často předcházejí respirační příznaky (záněty spojivek, rýmy). Někdy je výskyt zkřížené reakce pyly – potraviny spojen s pylovou sezonou. Například některé děti nemohou jíst jablka v období květu bříz, ale mimo to období nemají žádné potíže. 50-70 % alergiků trpí zkříženou alergií potravin s pyly lísky a břízy. S pylem těchto stromů reaguje jádrové ovoce (hruška, jablko), peckové ovoce (třešně, meruňky, švestky, broskve), kiwi, fazole, hrášek, brambor, lískové i jiné ořechy, také kořenová zelenina (mrkev, celer, petržel). S pyly obilnin a trav reagují rajčata, paprika, arašídy, pomeranč, kiwi, meloun, hrášek, nedostatečně tepelně upravená kukuřice, rýže, kedlubna, ředkvička obilí, obilná mouka a další. S alergeny bylin je známá zkřížená alergie s kořením, jako je kmín, pepř, koriandr, fenykl, tymián, anýz a paprika, s kořenovou zeleninou, s cibulí, česnekem, peckovým a jádrovým ovocem, arašídy a ořechy (Bidat, Loigerot, 2005).

Hlavním projevem zkřížené potravinové alergie je orálně alergický syndrom, o kterém jsme již mluvili. Objevuje se po požití syrového ovoce nebo zeleniny. Pokud pokračujeme v konzumaci potraviny, objevují se i významnější příznaky: zánět spojivek, astma, rýma a otok hrtanu.

Mezi zvláštní zkřížené alergie patří alergie na latex, která v současnosti postihuje zhruba 1-6% obyvatel, z toho 10% alergiků. Nejčastější kombinace zkřížené alergie latexu a potraviny jsou banány, kiwi, jedlé kaštiny a avokádo, dále to mohou být

také melouny, arašídny, rajčata, jahody, fíky, arašídny, brambory, hrušky, červená řepa, mandle, špenát, ryby aj (Bidat, Loigerot, 2005).

## **2.3 Alergická onemocnění**

Mezi nejčastější alergická onemocnění patří alergická rýma, atopický ekzém a asthma bronchiale neboli průduškové astma

### **2.3.1 Alergická rýma**

Alergická rýma patří mezi nejčastější chronická onemocnění; vyskytuje se u 18% naší dětské populace. Často je spojena s postižením sliznice vedlejších nosních dutin a očí. Projevuje se svěděním nosu, kýcháním, řídkým vodovým výtokem, ucpaným nosem, svěděním nosu a spojivek, kýchání. Nejčastějším spouštěčem jsou pylové alergeny, dále pak alergeny roztočů, zvířat a plísní.

Alergické rýmě je třeba věnovat pozornost, nepodceňovat její příznaky. Chronická přetrvávající rýma nebo rýma neléčená zhoršuje kvalitu života a často přechází v astma. V pylové sezóně zhoršuje schopnost koncentrace a snižuje výkonnost.

Máme alergickou rýmu sezonní a celoroční. Sezonní rýma je způsobená v průběhu roku hlavně sezonním výskytem pylů dřevin, travin, obilovin, houževnatých plevelů, bylin a venkovních plísní.

Jedinci s pylovou rýmou by se měli co nejméně pohybovat venku při suchém a větrném počasí v období jejich pylové sezóny. Měli by omezit své pohybové aktivity zvláště v místech se zvýšenou koncentrací pylů, to jsou obilná pole v kombajnové sklizňové sezóně nebo procházky kolem čerstvě pokosených luk apod. Při jízdě na kole by měli alergici používat brýle na oči na ochranu proti pylům, v autech by neměli otvírat okýnka hlavně v jejich pylové sezóně. Stejně tak po příchodu z venku by si měli řádně umýt obličej a nejlépe i vlasy, osprchovat se a převléct se do čistého oblečení. Co se týče podávání léků, to by mělo probíhat přesně podle lékařského doporučení. Léčba preventivně působícími léky musí být podávána pravidelně a neměla by být v průběhu sezóny vysazována (Kašák, 2012).

Klinické projevy celoroční alergické rýmy jsou zcela totožné s alergickou sezonní rýmou, ale trvají v průběhu celého roku. Nejčastějšími příčinami jsou alergeny domácího prostředí, hlavně roztoči, alergeny domácích zvířat a domovních plísní nebo alergeny pracovního prostředí. Mimo obecně zmíněné zásady léčby je potřeba zdůraznit snahu o zjištění příčinného alergenu, protože jeho odstranění může zcela vyřešit potíže



pacienta. Snadno se dají odstranit alergenů z domácího prostředí zvířata a plísně, těžší je to s roztoči, kteří žijí skoro všude. Celoroční alergická rýma bývá často vyvolána jen jedním specifickým alergenem a při správném provedení specifické imunoterapie, může dojít k dlouhodobému a trvalému vymizení potíží (Kašák, 2012).

Uvádím zde pylový kalendář, který je hlavně pro alergiky velmi důležité a je potřeba, aby věděli, co a kdy kvete.

**Tabulka 1. Pylový kalendář**

(<http://www.lekarnaplatan.cz/news/trapi-vas-alergie-/>)

Tabulka 1. Pylový kalendář												
Druh rostliny	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
<b>STROMY</b>												
Líska	•	•	•	•								
Olše	•	•	•	•								
Bříza			•	•	•							
Habr			•	•	•	•						
Topol			•	•	•							
Buk				•	•							
Jasan				•	•							
Vrba				•	•							
Lípa					•	•	•					
<b>KEŘE</b>												
Šeřík				•	•	•						
Černý bez					•	•	•					
Jasmín					•	•						
<b>TRAVINY A OBILOVINY</b>												
Bojíněk					•	•	•	•	•			
Jílek					•	•	•	•	•			
Lipnice					•	•	•	•				
Sveřep						•	•	•				
Žito					•	•	•	•				
Pšenice						•						
Oves						•	•					
<b>BYLINY</b>												
Pampeliška				•	•	•	•					
Řepka					•	•	•	•				
Pelyněk							•	•	•	•		
Kopřiva						•	•	•	•	•		
Ambrózie							•	•	•	•		
Merlík						•	•	•	•			
Šťovík						•	•	•	•			

### 2.3.2 Atopický ekzém

*„Je to dlouhodobé kožní onemocnění, které postihuje především kojence, děti a mladistvé. Proto se setkáváme i s názvy kojenecký (dětský) ekzém. Lékaři většinou používají pro toto onemocnění mezinárodní termín atopická dermatitida. Sklon k tomuto onemocnění se dědí s generace na generaci spolu se sklonem k průduškovému astmatu, alergické rýmě a některým dalším alergickým reakcím“ (Čapková, 2000, s. 43)*

Ekzémem označujeme chronické zánětlivé onemocnění kůže, které se projevuje jejím svěděním a zarudnutím. Tyto stavy nutí dítě ke škrábání. Zhoršení ekzému mohou vyvolat dráždivé podněty, kam řadíme mýdla, saponáty, čistící a prací prostředky, dezinfekční látky, šťávy z čerstvého ovoce a zeleniny a masa a kontakt s pískem či hlínou, potravinové a inhalované alergenů, ale taky psychické změny, horko, pocení, sezónní a klimatické změny a hormonální změny, někdy ale příčina nebývá odhalena.

Léčba spočívá v pravidelné péči o pokožku. Současně je třeba vyvarovat se působení dráždivých faktorů a většinou ještě přistoupit k protisvědivé léčbě.

Děti s ekzémem potřebují v průběhu vyučování častější aplikaci lokální léčby, aby se zabránilo suchosti kůže a následnému škrábání (Čapková, 2000).

Často bývají podceňovány psychické a společenské dopady. Přímo při záchvatu svědění zkoušíme pozornost dítěte upoutat na jinou oblíbenou činnost. Dále můžeme pomoci tak, že v místnosti vyvětráme, aby se snížila teplota a pak na místa, kde svědí kůže, nanese dítěti studený obklad a následně ošetříme důkladně vychlazeným krémem.

Opakované svědění ruší koncentraci, ovlivňuje spánek, což vede ke zvýšené únavě, změnám nálady a zhoršení prospěchu. Ve spánku můžeme dítěti pomoci tak, že kojencům a malým dětem navlečeme bavlněné „pytlíky“ nahoře svázané stuhou, aby si je dítě nevědomky ve spánku nesundalo. Větší děti naučíme na noc nosit bavlněné rukavičky.

Posměch, ztrapňování a někdy i šikana může způsobit izolaci dítěte ve školním kolektivu a může vést k vyhýbání se škole.

Pro atopický ekzém neexistuje žádný lék, který by dokázal dítě tohoto onemocnění zcela zbavit. Nejsou vynalezeny ještě žádné léky, které by dokázaly odstranit vrozený sklon k nemoci, který přetrvává po celý život. Je však možné dostat toto onemocnění pod kontrolu při dobré informovanosti rodičů a pečlivém dodržování preventivních a léčebných opatření (Čapková 2000).

### 2.3.3 Kopřivka

Kopřivka patří k nejtypičtějším projevům časného alergického zánětu v kůži. Jedná se o rozšířené onemocnění, které postihuje 10 -20 % lidí různých věkových kategorií. Kopřivku dělíme na akutní, která trvá hodiny až dny, maximálně 4 týdny a chronickou, která je charakteristická opakováním a přetrvávajícími projevy více jak 4 týdny.

Akutní kopřivka se projevuje zarudnutím, vznikem prchavých různě velkých kopřivkových pupenů a pupenců, které se můžou u jednotlivců lišit vzhledem a svěděním. Může se vyskytovat jen na nějaké části těla, ale taky i na celém těle, vymizí spontánně nebo pomocí léčby. Pokud ne, přechází v kopřivku chronickou. Vystupňovanou formu kopřivky označujeme jako angioedém.

Chronická kopřivka je mnohem větším problémem, jak diagnostickým, tak i terapeutickým než kopřivka akutní. Pro nemocného je obtížným onemocněním, její příčina není často objasněna. Vnější projevy jsou stejné jako u akutní kopřivky, trvají však stále nebo se opakují po době delší než 4 týdny (Bystroň, 1997; Bidat, Loigerot, 2005).

### 2.3.4 Astma bronchiale – průduškové astma

Průduškové astma je onemocnění, které provází lidstvo již od nepaměti a spolu s anafylaktickými stavy patří mezi nejzávažnější alergická onemocnění, protože může pacienta přímo ohrozit na životě. Astma navíc může svým dlouhodobým průběhem výrazně ovlivnit životní aktivity postiženého nebo způsobovat jeho invalidizaci.

Ve vysokém procentu začíná již v časném dětství a vyskytuje se ve všech věkových kategoriích. Vývoj onemocnění od dětství do dospělosti může mít své shodné i odlišné rysy. Zhruba u třetiny dětských astmatiků přechází astma v plné aktivitě do dospělosti a asi u poloviny astmatiků, jejichž problémy začínají až v dospělosti, můžeme vystopovat začátky nemoci již v dětství. Sama se s tímhle onemocněním potýkám, naštěstí ale nyní, se mé problémy o dost zlepšily, ale stále se musím hlídat.

Je to chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, které se projevuje opakovaným stavem zúžení průdušek, zvýšenou tvorbou hlenu a zvýšenou dráždivostí průdušek. Výsledkem je dušnost a kašel. Dráždivý až záchvatovitý kašel může být přechodně jediným projevem astmatu.

Příčinou je onemocnění průdušek. Ty tvoří systém rozvětvených chodbiček, ve kterých se upravuje teplota a vlhkost vzduchu, proudícího do plicních sklípků, kde přechází kyslík do krve. Stěny průdušek jsou pokryty sliznicí s řasinkovou výstelkou. Řasinky se rytmicky pohybují a dopravují hlen s nečistotami a bakteriemi směrem k hltanu, tedy ven z těla. Kruhové a spirálové svaly ve stěně průdušek zajišťují jejich pevnost, regulují rovněž šířku vzduchových trubic (Ayres, 2001).

Příčiny vzniku:

- **Zánět průdušek (Bronchitis)**

Zánět průduškové sliznice se projevuje kašlem a vylučováním hlenu. Postupně dochází k dechovým potížím s náhlou ztrátou dechu. Bronchitida nemusí vždycky přejít v astma.

- **Cizí předmět v dýchací trubici**

Při jídle se může stát, že se kousek jídla dostane do dýchací trubice a přirozenou snahou těla je odstranit cizí předmět z dýchacích cest, a to kašlem. A tak cizí předměty mohou zapříčinit bronchitidu. Astma bronchiale vzniká v případě, že se tento předmět usadí v dýchacích cestách.

- **Alergie**

Nejčastějšími a nejznámějšími příčinami bronchiálního astmatu jsou alergie na pyl, plísň, prach, potraviny, srst zvířat a peří ptáků.

- **Tělesná zátěž**

Díky tělesné zátěži může astma bronchiale vzniknout v každém věku na základě jakékoli choroby. Také psychické faktory, jako strach nebo stres, mohou zhoršit projevy astmatu, avšak důvody vzniku nejsou díky špatnému psychickému stavu, ale je třeba je hledat v organických příčinách jako je alergie, cizí předmět, infekce (Treben, 2001).

Při onemocnění bronchiálním astmatem stojí před námi mnoho otázek:

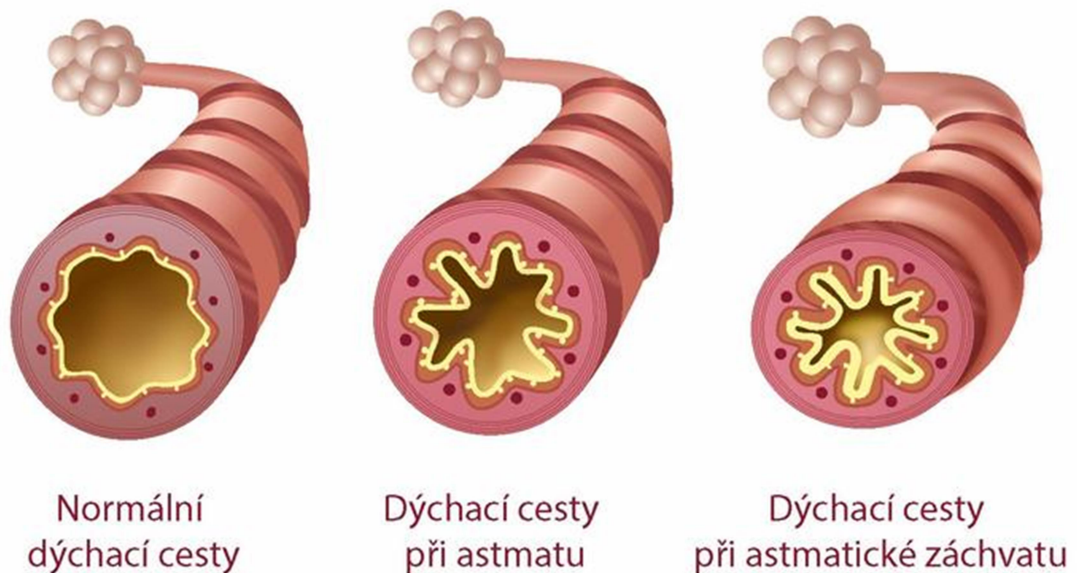
1. Kdy se objevily první příznaky této choroby?
2. Předcházel kašel s hleny?
3. Byl hlen žlutý (bakterie) nebo bílý (alergie)?

4. Projevuje se astma jen při určitých situacích (v klidu, při zátěži, v určitých ročních obdobích, v některých místnostech, v zaměstnání, za jistých vlivů okolí, v určité pylové situaci)?

5. Kolik let bylo pacientovi, když nemoc vypukla?

6. Která předchozí onemocnění by přicházela v úvahu jako příčina astmatu: rýma, onemocnění kůže, migrény, poruchy žaludku a střev? (Treben 2001)

Někdy vzniká po zahájení topné sezóny a v tělesné výchově po vytrvalostní zátěži. Průdušky zvýšeně reagují na alergeny, kouř, studený suchý vzduch v zimě, zvýšenou prašnost, různé pachy, parfémy, čisticí prostředky, na chlór v bazénech.



**Obrázek 3 na řezu průduškou můžeme vidět, jak vypadá dýchací trubice při astmatu a při záchvatu astmatickém, i u bez problémových dětí**  
<https://www.modrykonik.cz/astma/>

#### 2.3.4.1 Laboratorní vyšetření průduškového astmatu

Vyšetření funkce plic je rozhodující pro posouzení tíže astmatu. Kdy základním znakem je jeho variabilita, a proto můžeme očekávat, že i plicní funkce pacienta se budou měnit v kladném i záporném smyslu v průběhu dnů, ale i hodin či minut (hlavně pod vlivem léčby)

Specifickým vyšetřením u průduškového astmatu jsou hlavně bronchodilatační test či bronchiální provokační testy. Avšak z řad různých metod vyšetření je nejcennější informací spirogram. Jako dítě při spirometrickém vyšetření si vzpomíná, že mi to dělalo značné problémy, jde o velký nádech a následně, co nejdelší výdech do trubičky, která vede do zařízení, které zpracovává informace o vitální kapacitě plic a vrcholný výdechový proud (Neumannová, 2012).

#### 2.3.4.2 Vyšetření astmatu u dětí

Malým dětem se astma velmi těžce diagnostikuje, protože u nich není dlouhá lékařská (zdravotní) historie, na základě které by mohl lékař astma určit. Lékař se zajímá o všechny problémy s dýcháním, kašlem, dušností, astmatem v rodině, alergiemi, ekzémy. Potřebuje znát i jejich popis, jako je například suchý, dráždivý kašel, lapání po dechu, vysoká únava, neklidný spánek atd. Je nutné informovat lékaře i o době a délce výskytu těchto problémů.

Samotné vyšetření probíhá za pomoci stroje stetoskopu, kterým lékař vyšetří plíce a poté samostatně srdce. U většiny dětí jsou na místě i rentgenové vyšetření a spirometrie, což je test, který měří funkci plic. Pomocí výsledků z testů může lékař určit, jak závažné onemocnění je a jaká by měla být léčba. U velmi malých dětí se toto vyšetření provést nedá a proto je potřeba důsledně popsat rodinnou anamnézu a problémy dítěte. V závislosti na případech může lékař požadovat i testy na alergie, krevní testy nebo na přítomnost jiných infekcí, které by mohly nemoc potvrdit ([www.modrykonik.cz/astma](http://www.modrykonik.cz/astma)).

#### 2.3.4.3 Léčba

Léky užívané v léčbě astmatu můžeme rozdělit do tří skupin: léky uvolňující dýchací cesty, léky preventivní a léky pro akutní pomoc.

**Léky uvolňující** dýchací cesty uvolňují svaly ve stěně dýchacích cest, rozšiřují průdušky a průdušinky, což se označuje jako bronchodilatace (odtud odborný název bronchodilatacia, bronchodilatační léky), čímž zlepšují proudění vzduchu dýchacími cestami při nádechu i výdechu. V důsledku toho se nemocnému snáze a lépe dýchá. Bronchodilatační léky se podávají v inhalační formě a existují různé typy a druhy inhalátorů. Inhalaci těchto léků provádí pacient většinou jednorázově při projevech

oznamujících záchvat, méně často se předepisují k pravidelné aplikaci, ta je předepsána pacientům s těžší formou astmatu (Bidat, Loigerot, 2005; Ayres, 2001).

**Léky s preventivním účinkem** tlumí zánět v dýchacích cestách, čímž významně snižují jejich dráždivost a citlivost, jedná se především o inhalační kortikoidy, také inhalační kortikosteroidy (mají různé inhalační formy podobně jako léky bronchodilatační). Inhalační kortikoidy obsahují stejný lék jako kortikoidy v tabletách, které se užívají k léčbě i např. kloubního zánětu (artritidy). Vedlejší účinky inhalačních kortikoidů jsou ve srovnání s léky podávanými v tabletách mnohem mírnější a méně časté, a především nesrovnatelně menší než riziko spojené s nedostatečně léčeným astmatem.

*„Inhalační kortikoidy jsou velmi účinné preventivní léky pro celé spektrum nemocných astmatem a pro většinu z nich jsou jeho nejvhodnější preventivní léčbou. Na rozdíl od bronchodilatačních léků se musí užívat pravidelně, obvykle dvakrát denně, a není možné je vysadit bez souhlasu lékaře, i kdyby příznaky vymizely. Preventivní léky nejsou určeny pro všechny děti, o jejich nezbytnosti rozhodne vyšetření dýchacího ústrojí. Tato protizánětlivá léčba se zaměřuje na zánět průdušek a způsobuje jejich menší citlivost. Účinek preventivní léčby není okamžitý, zvyšuje se časem a je třeba vyčkat několik týdnů, než pacient pocítí všechny její klady“ (Novák, 2011, s. 71).*

Třetí skupinou jsou **léky pro akutní pomoc**. Základem léčby akutního astmatického záchvatu jsou vysoké dávky léků uvolňujících dýchací cesty, často podávaných pomocí nebulizátoru (jednoduchý vzduchový kompresor, který probublává vzduch roztokem léku, čímž se vytváří mlha, kterou pacient inhaluje pomocí náustku nebo masky) a vysoké dávky protizánětlivých léků (Bidat, Loigerot, 2005; Ayres, 2001).

Astma se řadí k nemocem, které není možné zcela vyléčit, ale prakticky jen udržovat na určitém možném minimu. Proto je léčitelný pouze různými druhy léky, které jsou:

### **Záchranné léky**

Tyto léky jsou pacientem inhalovány pomocí inhalátoru, kdy je do sebe přímo vdechne v momentě, kdy jeho tělo prochází astmatickým záchvatem. Nemocní lidé

mohou inhalátor použít až 4x denně v určité, stanovené dávce. Jako záchranné léky jsou velmi rychle účinné a působí během několika málo minut, kdy rozšíří dýchací cesty a pacientovi postiženým touto nemocí se výrazně uleví.



**Obrázek 4 ukázka inhalátoru pro astmatiky**

### **Protizánětlivé preventivní léky**

Musí-li být pacient velmi často léčen záchrannými léky, je na místě nasadit léčbu protizánětlivými preventivními léky, které se mohou inhalovat, anebo vdechovat v práškové formě pomocí speciálního dávkovače. V této formě léků jde o kortikoidy, které působí pouze v dýchacích cestách, nedostanou se do krevního řečiště a pacientovi tak nehrozí žádné nebezpečí. Vedle kortikoidů existují i starší, hormonální léčiva, která mohou mít určité nežádoucí účinky jako vznik plísňového onemocnění v dutině ústní (moučnivka a soor), která se po vdechnutí léků nevyplachuje.





**Obrázek 5. kortikoidy**



**Obrázek 6. ventolin**

V léčbě je kromě medikamentů velmi důležitá prevence (otužování, pobyt na čerstvém vzduchu, relaxační sporty, dechová cvičení). Důležitou roli hrají také rehabilitace, speleoterapie, inhalace i psychoterapie.

**Vybraná dechová cvičení:**

1. Ve stoji položte dlaně na ramena a lokty dejte k sobě. Při nádechu lokty od sebe vzdalujte směrem dozadu a při výdechu je dejte opět k sobě.
2. Jednu ruku vzpažte, druhou dejte za hlavu a uchopte loket vzpažené ruky. Při výdechu se ukládejte na stranu vzpažené ruky a pak ruce vyměňte.
3. Složte ruce na záda a pak zhluboka dýchejte.
4. Lehněte si na břicho a složte ruce za zády nad stehny. Při nádechu zvedejte hlavu i ruce nahoru a při výdechu odpočívejte.
5. Lehněte si na záda. Při nádechu zvedejte nohy a při výdechu je pomalu pokládejte na zem.
6. Lehněte si na záda s rukama podél těla. Při nádechu zvedněte ruce a položte je nad hlavu. Při výdechu se pomalu posadíte a rukama se dotkněte prstů u nohy.
7. Klekněte si na paty, ruce dejte před sebe, dlaněmi je položte na zem a lokty se dotýkejte kolen. Pomalu zvedejte zadeček, až položíte tvář na ruce. V této poloze se zhluboka 5x nadechněte, pak otočte hlavu na druhou stranu.

Cviky provádějte šestkrát, pro doporučení dalších cviků kontaktujte rehabilitačního lékaře či fyzioterapeuta. Uvedená cvičení nejsou vhodná při zhoršené dušnosti nebo astmatickém záchvatu (<http://www.allergymakesnodifference.eu/jak-spravne-cvicit>).

## **Další metody a cviky:**

### **Míčkování**

je metoda, která velmi dobře ovlivňuje stavy, a to zejména u malých dětí, které samy nedokážou cíleně ovlivňovat dechový rytmus a vykašlávání. Jedná se o reflexní terapii, kterou provádějí rodiče po zácvičku na rehabilitačním oddělení v době astmatického záchvatu, ale i preventivně v době relativního klidu onemocnění. Nejlépe je provádět míčkování jednou i dvakrát denně po dobu deseti týdnů, pak 1–2 krát týdně také po dobu deseti týdnů a v době kompenzace onemocnění jako prevenci 1–2 krát týdně.

Míčkování prohlubuje břišní dýchání, relaxuje hrudní a krční svaly a svaly pánve, páteře a pletence ramenního. Pomocí navozeného reflexu uvolní křečovitě stažení hladkých svalů průdušek a navodí vykašlávání. Prohloubí dech a sníží dechovou frekvenci. Míčkování též zvyšuje vitální kapacitu plic a má přímý účinek na kosterní svalstvo, přispívá ke správnému držení těla a k celkovému zlepšení zdravotního stavu. Navazuje psychickou pohodu a celkovou relaxaci.

### **Dechová gymnastika**

U starších dětí se při **dechové gymnastice** využívá různých pomůcek, jako jsou například různé hračky, nafukovací balónky, foukání brčkem do vody, flétna a další. Cvičení může probíhat též bez pomoci pomůcek, kdy při rozvíjení hrudníku nadechujeme nosem a při jeho stlačení vydechujeme ústy. Dbá se též na správný průběh dechové vlny od nádechu – břicho, hrud', klíční kosti – po výdech ve stejném pořadí. Dechová gymnastika se doplňuje posilovacím a protahovacím cvičením, jógou a stimulační masáží. Cviky musí být sladěny s dechem. Při zahlenění se provádí polohové drenáže masážními technikami uvolňujícími odkašlávání. Polohová drenáž využívá pro odstranění nadměrného sekretu vlivem gravitace. Pacient je uveden do takové polohy, aby sekret mohl samovolně odcházet z průdušek do vyšších dýchacích cest, odkud je vykašláván pacientem nebo odsáván.

## Vibrace chvěním

Další zajímavá podpůrná metoda je **vibrace chvěním** našima rukama na hrudníku. Při této speciální masáži se průduškový sekret mobilizuje ve fázi výdechu a lépe se dostane z těla. To vše je nutné k celkovému zlepšení plicní ventilace.

Dechová gymnastika existuje v podobě **statické**, což je dýchání klidové volné, tj. bez souhybu ostatních částí těla. Nádech vždy probíhá nosem, výdech ústy. Je možno tolerovat i výdech nosem, aniž by se to považovalo za chybu. Nejvíce dbáme na úplný výdech, který podporujeme stlačením hrudníku rukama.

U nejmenších pacientů se přizpůsobujeme dechovému rytmu jedince. Velmi důležitý je nácvik výdechu se zapojením jakýchkoli **výdechových pomůcek**. Může jít například o nafukování balonků, hru na flétnu nebo foukání brčkem do nápoje. Dojde tak ke zvýšení nitrohrudního tlaku a sekret je vytlačován do větších průdušek pomocí prodlouženého výdechu, což při správném provedení usnadňuje vykašlávání. Nejvhodnější poloha pro kašel je vsedě, ruce opřeny o podložku a s hlavou mírně skloněnou.

Dechové cvičení **dynamické** u pacientů provádíme v různých polohách. Uvolněný se nejvíce podporuje dolní hrudní dýchání, vzpřímený sed horní hrudní dýchání. V lehu na boku se nejvíce prodýchá vzdálenější část hrudníku od podložky a v lehu na břiše zadní části plic. Nejideálnější poloha je ve stoji, kdy hrudník není omezen do žádné strany. Velmi důležitý je nácvik břišního dýchání, kdy je umocněn nejrozsáhlejší pohyb plic. Vlivem pohybu bránice směrem dolů dochází k výraznému prohloubení a uklidnění dechu.

## Speleoterapie

Jako doplňující léčebné prostředky lze využít i **speleoterapii**, při které se využívá účinků přírodního inhalatoria v podobě jeskyní. Samočisticí schopnost jeskyně eliminuje prach, plísně, pyly, bakterie a viry. Vyloučení těchto látek působí v léčbě astmatu velmi pozitivně.

## **Jízda na koni**

Velmi moderní a úspěšnou metodou je také využití biomechaniky **jízdy na koni**, kdy si nemocní posilují oslabené svalové skupiny a zlepšují celkové držení těla. Při správném sedu v sedle mají pánev i páteř ideální postavení – tím vzniká více prostoru pro bránici. Rytmický pohyb koně navozuje správný rytmus dýchání. Jde tedy o příjemné, nenásilné cvičení vhodné i pro nesportovce (<http://www.proalergiky.cz/magazin/clanek/astma-dechova-a-rehabilitacni-cviceni>).

Při pravidelném cvičení dochází k usnadnění dýchání, zlepšení pohyblivosti hrudníku, snížení dušnosti, obnově a optimalizaci dechového stereotypu, prevenci zánětů dýchacích cest a tím k celkovému zlepšení zdravotního stavu pacienta.

Nejčastějšími spouštěcími mechanismy u školních dětí jsou virové infekce, tělesná zátěž a kontakt s alergeny pylů, roztočů a zvířat. V některých případech může být dušnost reakcí na některé potraviny. K tomu se často přidávají i kožní příznaky v podobě kopřivky nebo místních otoků podkoží a příznaky zažívací.

Děti a studenti s astmatem mohou sportovat, ale měli by mít možnost úlev při zhoršení stavu. Vadí jim zvláště vytrvalostní zátěž a problém nastává i při snížené vytrvalosti v pylové sezóně. Po domluvě jak lékařské, tak rodiče se školou je třeba připravit individuální osobní plán pro školní tělesnou výchovu, sport a celkový režim dítěte. Nedostatečná léčba může vést ke zhoršení potíží po námaze (Bystroň, 1997).

## **2.4 Charakteristika vývoje výzkumné skupiny dětí**

Diplomová práce zahrnuje výzkum prováděný anonymním dotazníkovým šetřením u dětí s astmatem a alergiemi ve věku 3 – 12 let (což odpovídá mateřským školám a prvnímu stupni základních škol, tj. 1. – 5. třída). Nejprve je tedy nutné si specifickou věkovou skupinu blíže charakterizovat s využitím znalostí vývojové psychologie rozdělit na věk biologický, sociální a psychický – jejich charakteristiku plus zvláštnosti dětské psychiky. Uvedená věková skupina se dle vývojové psychologie dělí na další vývojové stupně. Zahrnuje předškolní věk a mladší školní věk.

## 2.4.1 Charakteristika předškolního věku

Předškolní období má dvě rozmezí a to, mezi třetím a čtvrtým rokem, kdy dítě vstupuje do mateřské školy a po dovršení šestého roku, kdy nastupuje do první třídy základní školy. Období předškolního věku je Eriksonem (1963) označováno jako věk iniciativy. Jeho hlavní potřebou je aktivita a sebeprosazení. Základním úkolem tohoto období je rozvíjení účelné aktivity, která musí být nějakým způsobem regulována, aby zůstala účelná. Dítě si už samo vybírá, co bude a chce dělat a jeho činnost už mívá nějaké zaměření. Dětské sebehodnocení je vzhledem k citové a rozumové nezralosti dětí předškolního věku zprostředkováno názorem osob, těch, kteří jsou dítěti nejbližší a těmi jsou hlavně rodiče. Dítě přijímá jejich názory, opakuje po nich, chce se jim podobat, vše, co dělají je pro dítě správné, my rodiče a učitelé, představujeme pro děti určitý ideál krásy, správného chování, názorů, postojů (Vágnerová, 1999).

### 2.4.1.1 Tělesný rozvoj a rozvoj motoriky

Ve věku od tří do šesti let se změní tělesná konstituce dítěte. Typická baculatost se změní ve štíhlost a vzniká nepoměr mezi růstem končetin, trupu a hlavy. Koncem předškolního věku probíhá „perioda růstu“ – období vytáhlosti. Zhruba ve věku šesti let se dovršuje osifikace zápěstních kůstek, což má význam v rozvoji jemné motoriky.

Dále se zdokonaluje hrubá motorika, a v průběhu tohoto období se automatizuje chůze, zdokonalují se přemísťovací schopnosti jako běhání, skákání, výstup a sestup po schodech. Na konci tohoto období je dítě schopné zvládat složitou pohybovou koordinaci jako je např. jízda na kole, bruslení, lyžování, plavání. Rozvoj jemné motoriky umožňuje dítěti manipulace s tužkou, nůžkami, jíst příborem, chytat míč, rozvíjí se manuální zručnost (Šimíčková, Čížková, 2010).

### 2.4.1.2 Vývoj poznávacích procesů

Co se týče vývoje **poznávacích procesů**, tak u dětí v předškolním věku se vyvíjí velmi intenzivně. Dítě vnímá pouze nápadné předměty, které upoutaly jeho pozornost, vnímá tedy ze začátku celistvě.

V paměti je základní rysem převaha konkrétnosti a mimovolnosti, převládá mechanická paměť, které se opírá o vnější náhodné znaky.

Pozornost je ze začátku nestálá a přelétavá až s postupujícím věkem se dítě dokáže lépe a déle soustředit. Jestli je dítě v pozornosti stále a úmyslné nezávisí pouze

na věku, ale také na temperamentních zvláštностech a na druhu činnosti kterou vykonává.

V tomto období má dítě taky velkou představivost a mnohdy nerozeznává fantazii od reality. Roste záliba v pohádkách, dítě se lehce představuje a posléze reprodukuje děj pohádky, ztotožňuje se s některou z postav. Vzpomínky a prožité události uplatňuje ve výtvarném projevu a námětových činnostech.

Ve vnímání dochází k výrazné vývojové změně, dítě už umí uvažovat v celostních pojmech. Neustále se zaměřuje na to, co vidělo a na to, co prožilo. Třídí předměty podle jednoho rysu, např. dává dohromady všechny červené hračky nezávisle na jejich tvaru. Na počátku tohoto období dokáže rozpoznat jednotlivě druhy věci jako jablko, panenka, pomeranč, stůl, židle, ale nedokáže je spojovat do obecnějších skupin, tj. ovoce, nábytek, hračky. Až později začíná chápat, že více daných věcí můžeme pojmenovat jedním slovem – ovoce, zelenina, hračky, zvířata apod. (kolektiv autorů, 2010).

#### 2.4.1.3 Emocionální a sociální vývoj

Právě konkrétní činnost je zdrojem citových zážitků dítěte, má radost ze spontánní činnosti a rozvíjí se u něj smysl pro humor. Méně četné jsou potom zlost a stesk, které se projevují u neúspěšných činností. Kolem čtvrtého roku, tedy kdy dítě zhruba nastupuje do školy, začíná se projevovat strach z neznámého prostředí a cizích lidí, postupem času ale ustupuje.

Rybářová (dle Šimíčková - Čížková, 2010) taky uvádí, že dítě v tomto období začíná mít už strach ze smrti, nemoci a války.

*„Pozitivní vliv na rozvoj prosociálního chování (chování ve prospěch druhých, aniž by byla očekávána odměna) má uspokojení dětské potřeby jistoty a bezpečí v rodině. Toto chování je výsledkem toho, že dítě své blízké se snaží napodobovat, stejně je to i když se rodiče nechovají správně. Dítě po nich opakuje a ani neví, že toto chování není správné, vidí ho u rodičů, kteří jsou pro něho vzorem, tak žádné jiné vhodnější chování nezná a nemůže ani používat. Ke konci tohoto období je dítě schopné chápat potřeby i jiných lidí než pouze své vlastní. Rozvoj prosociálního chování bývá spojen s kontrolou a ovládním agresí a u dítěte tohoto věku můžeme rozlišit dva typy agresivity. Jedná se o agresivitu jako cíl, kdy dítěti dělá dobře ubližovat jiným a agresivitu jako prostředek, kterou využívá k dosažení něčeho jiného, to, co dítě chce“* (Vágnerová, 1999; s. 119 - 121).

Když se zaměříme na city, tak v oblasti sociální na začátku tohoto období dominuje vztah k dospělým, později pak vztah ke svým vrstevníkům, kdy dítě má potřebu kontaktů, partnerů a sobě rovným ve hře. Jak jistě všichni víme, děti v těchto letech mají radost ze sebemenších nových poznání a činností, rozvíjí se i vnímání hudby, estetické city rozvíjí i při čtení pohádek, při hře i při výtvarných činnostech, jejich fantazie je opravdu pestrá.

V etickém cítění neboli morálce učíme děti chápat, co smí a co ne, co je dobré a co špatné, postupně si to uvědomuje i díky pochvale, popř. kárání.

Hra je hlavní činností, ve které probíhá socializace dítěte, je to základní výchovný prostředek, jimiž se usměňuje vývoj dětské osobnosti. Prostřednictvím hry se dítě seznamuje s okolím, zkoumá věci a experimentuje s nimi, odráží se zde i složité vztahy mezi dítětem a jeho životním prostředím a uplatňuje se jak i v práci tak v učení, prolíná se celým naším životem (kolektiv autorů, 2010).

## 2.4.2 Role dítěte

Kromě svých blízkých, teda své rodiny, dítě navazuje i vztah se svými vrstevníky. Tím, že jde o vztah souměrný, nemůže se dítě spoléhat na ochranu a jistotu oproti vztahu s dospělými. Aby tento vztah s vrstevníky zvládlo, musí v tomto směru dozrát, na určitou úroveň stability a osobní vyrovnanosti. Z toho důvodu mají vztahy s vrstevníky krátkodobé trvání, v případě, že je dítě nespokojené nebo se mu něco nelíbí, opouští od toho a hledá podporu u dospělých, rodičů, rodinných příslušníků či učitelů.

*„První, dá se říct vztahy s vrstevníky, které získá bez možnosti výběru, jsou sourozenci. Zde se ale sourozenecké vztahy liší v závislosti na věku, na pohlaví a rozdílnému vývojovému stupni dítěte. V předškolním období mohou děti se svými sourozenci „bojovat“ o rodičovskou pozornost, o různé materiální výhody a jiné. Jestliže pak jde o sourozence s větším věkovým odstupem, staršího sourozence má mladší sourozenec jako vzor či model, napodobuje ho, starší dítě pomáhá mladšího v učení sociálních dovedností a v pochopení toho, co rodiče očekávají“ (Vágnerová, 1999; s. 121 a 122).*

### 2.4.3 Normy chování

Dítě v tomto období považuje za dobré to, co mu přinese odměnu, co člověk, kterého považuje za autoritu, ocení. Normy chování mají význam pro snadnější orientaci v prostředí, zejména sociálním. Jsou důležité i pro rozvoj osobní identity, kdy žádané chování je opakovaně odměňováno nebo chváleno pro dítě významnými lidmi, z jeho blízkého okolí, které má rádo.

Pokud nejsou stanovena nějaká pravidla či hranice správného chování, dítě nemůže být chváleno a oceňováno a tím může dojít k ochuzení ve vývoji sociálním a emočním. Ke konci předškolního věku je patrné přijetí těchto norem, kdy dítě cítí pocit viny při porušení daných pravidel. Rozlišování činů na žádané a nežádané, dobré a špatné, se dítě učí hlavně ve své rodině (Vágnerová, 1999).

### 2.4.4 Charakteristika období mladšího školního věku

Mladší školní věk vymezujeme časovým úsekem od 6-7 let do 10-11 let, později už se začínají objevovat první známky pohlavního dospívání. Psychoanalýza označila toto období jako *období latence*, Langmeier charakterizuje toto období jako věk střízlivého realismu, kdy je školák zaměřen na svět, jaký je, chce ho pochopit.

Na začátku tohoto období je školák zpravidla závislý na autoritě, ke konci období, kdy už se blíží k dospívání, je jeho přístup kritičtější.

Jejich vývoj je plynulý, nápadná je však aktivita a snaživost dítěte a ochota spolupracovat, podle Eriksona období snaživosti a iniciativy. Pokud dítě vyrůstá v přiměřených, zdravých podmínkách, můžeme mluvit o tom, že se jedná o nejstabilnější úsek v dětském vývoji (Šimíčková, Čížková, 2010).

#### 2.4.4.1 Tělesný vývoj a rozvoj motoriky

Období mladšího školáka je ohraničeno první a druhou strukturální přeměnou organismu. Nastávají velké individuální rozdíly, včetně pohlavním rozdílů. Biologický věk nemusí odpovídat s kalendářním. Ne všichni začínající školáci budou stejně vysocí a hmotnostně stejní, každé dítě má individuální vývoj. Většinou pozorujeme zrychlení vývoje u děvčat. V tuto dobu se dětem zvyšuje objem srdce, hmotnost mozku, posiluje se odolnost organismu, zdokonaluje se činnost svalů a pohyblivost kloubů.

Motorický vývoj se postupně zklidňuje. Pohyby jsou už účelnější, rychlejší, přesnější, úspornější a koordinovanější, dále se zlepšuje jemná i hrubá motorika. Dítě



má radost z pohybu a přináší mu vhodné uvolnění při psychickém napětí, proto by měl být pohyb nedílnou součástí každodenního režimu školáka (kolektiv autorů, 2010).

Děti se začínají zajímat o různé druhy sportů a měly by dostávat co nejvíce příležitostí. Sportovní výkony nezáleží jen na zdatnosti jedince, ale také na postavení dítěte, jak v rodině, tak i ve skupině vrstevníků (kolektiv autorů, 2010).

#### 2.4.4.2 Vývoj poznávacích procesů

Dítěti mladšího školního věku nestačí jen pasivní informace, ale chce se všeho sám účastnit, všechno si zkusit, prožít, pochopit souvislosti, zjistit vlastnosti předmětů, žák je v tomto ohledu vytrvalý, pozorný a zvědavý.

Dítě v oblasti vnímání přechází od konkrétních předmětů a jevů k všeobecnému. Jeho vnímání se stává cílevědomým aktem, zaměřuje se na poznání podstaty vlastností předmětů a jevů. Kolem 10. – 11. roku je vnímání zhruba na stejné úrovni jako u dospělého, ale s menším množstvím zkušeností k vyvozování souvislostí a třídění informací.

Také v tomto věku dosahuje vrcholu představivost, dítě už dokáže odlišit fantasmii od skutečnosti, stále více se prohlubuje představivost o realitě, k fantasmii se vrací v četbě knih či v hrách. Vlivem školy rozvoj úmyslné, záměrné představivosti. Postupem času, kdy dítě dochází do školy, se paměť více zdokonaluje, stále častěji se uplatňuje záměrné, logické zapamatování. Ale také hodně záleží na vedení učitele (kolektiv autorů, 2010).

Velkým a prvořadným významem pro školáka má pozornost, která rozhoduje o kvalitě dalších poznávacích procesů a hlavně o úspěšnosti či neúspěšnosti v učení. Jak jistě víme na počátku školní docházky je pozornost krátkodobá, děti na pozornost v lavicích musíme naučit, dítě často vyruší malý nebo jen tichý vzruch a hned je jeho pozornost přerušena. Pozornost je taky ovlivněna organizací vyučování, u menších dětí častěji zařazujeme hrací chvíle, aby přechod ze školky do školy byl pro ně snazší, kde na hry byly zvyklé. Čím nižší ročník, tím by měly být úkoly krátkodobější a buzení pozornosti častější, stejně tak stále obnovující motivace k činnosti. Dětem připravujeme pestré aktivity, různé formy činnosti, pochvaly, povzbuzení, zařazujeme taky oddechové a relaxační chvíle (Vágnerová, 1999).

Stejně jako pozornost, tak i myšlení je ovlivňováno školní činností a osobností učitele. Školák se v logickém usuzování opírá o konkrétní věci a jevy, které si názorně představí, dává přednost tomu, co si lze v reálném životě představit, poznat a ověřit.

Proto jsou pro učitele velmi dobré názorné pomůcky, kdy hlavně mladší žáci jsou schopni pracovat převážně v názorně předmětové rovině, což znamená, že se opírají o skutečné předměty a jejich zobrazení (kolektiv autorů, 2010; s. 107, 108).

Podle Vágnerové (1999) rozvoj myšlení přináší v této vývojové etapě schopnost zacházet se symboly a znaky, což je předpokladem pro nácvik čtení, psaní a počítání. Kolem osmi let se zpřesňuje i chápání času. Dovezou už zařadit události do časové osy, poznají kolik je hodin a učí se rozlišovat i délku trvání určité činnosti, chápou den, týden, měsíc, rok a roční období.

Motivaci k dobrému výkonu u mladších žáků podáváme formou pochval, povzbuzení, známky, gest, úsměvu, obdivu apod.

Dítě vstupuje do školy již s praktickou znalostí řeči, ale ne všechny děti při nástupu do první třídy mají stejnou slovní zásobu, skladbu řeči, či výslovnost, kde může pomoci logoped. Ve škole se pak učí osvojit řeč psanou a čtenou, setkáváme se i s různými disporuchami, disleгие, disgrafiie, disortografií aj. pro děti s těmito poruchami se uzpůsobuje učivo tak, aby bylo pro ně přirozené jako pro ostatní děti (Vágnerová, 1999).

#### 2.4.4.3 Emocionální a sociální vývoj

Velmi důležitými charakteristikami pro celkovou školní adaptaci a úspěšnost jsou emocionální vyrovnanost a sociální obratnost. Typické znaky pro mladšího školáka jsou ustupující labilita a impulzivita, slábnutí egocentrismu a nárůst schopnost seberegulace.

V tomto vývojovém období můžeme najít spoustu individuálních rozdílů souvisejících s citovým uspokojením, také se začínají rozvíjet vyšší city (kolektiv autorů, 2010).

Během období mladšího školního věku se sociální normy morálního jednání začínají stabilizovat, silně ovlivněn výchovnými postupy a vztahy mezi členy rodiny je morální vývoj. Dítě je silně citově vázáno na svou rodinu, většinou na maminku. Při nástupu dítěte do školy je vyžadováno určité osamostatnění a převzetí odpovědnosti za sebe a své jednání. Rodiče jsou pro dítě silným identifikačním vzorem, to jak se rodiče k sobě a mezi sebou chovají je pro dítě určitým modelem do budoucnosti. Velkou roli v počátku školní docházky hraje i začlenění dítěte do kolektivu vrstevníků. To jak se dítě začlení a reakce na určitý úspěch či neúspěch souvisí s výchovou, rodinným zázemím, pojetím sebe samého, ale taky na temperamentních rysech.

Dítě může lehce propadnout pocitům méněcennosti, bezmocnosti, úzkosti. Pocit úspěšného či neúspěšného žáka se formuje právě v tomto období věku a stabilizuje se mezi 4. – 6. třídou základní školy. Sociální role žáka přináší nové společenské postavení, dítě rozšiřuje své sociální zkušenosti a odpoutává se od rodiny, navazuje nové vztahy s vrstevníky, učí se kooperaci i soutěžení (Šimíčková, Čížková, 2010).

V rámci školní docházky se chlapci projevují jako aktivnější, vykazují intenzivnější reakce, jsou schopni snadněji přecházet z jedné činnosti na druhou. Oproti děvčatům jsou však méně schopni setrvat dlouhodoběji u jedné činnosti, jsou méně odolní vůči rušivým vlivům a jsou méně poslušní a vstřícní vůči požadavkům a příkazům učitele.

Hlavní činností dítěte mladšího školního věku je učení a práce, plnění zadaných úkolů. Pro zdravý vývoj osobnosti je však stále důležitá hra. Ta je ve srovnání s předešlými obdobími diferencovanější. Oblíbené jsou hry konstruktivní, pohybové, soutěživé, společenské – se stále složitějšími pravidly (kolektiv autorů, 2010).

#### 2.4.5 Zvláštnosti dětské psychiky

Dítě vnímá, cítí a myslí, vyrovnává se se světem jinak než dospělý, což jistě víme.

Mezi specifické projevy, které řadíme mezi zvláštnosti dětské psychiky:

- **soulad mezi prožíváním a chováním:** to znamená, že dítě, to co právě prožívá, dává také hned najevo ve svém chování. Dítě je autentická osobnost, což znamená, že nebude nic předstírat, nepředstírá, že je veselý, když není veselý aj. Projevuje se ve svém chování tak, co právě prožívá, co cítí, co právě teď chce a po čem touží. Intenzivnější emoce nedává najevo slovy, ale nonverbálně jako třeba způsobem hry, výrazem ve tváři, či nějakým výtvarným projevem. Právě z výtvarných projevů se můžeme ledaco dozvědět o prožívání a pocitech dítěte, jestli je šťastné nebo smutné, jestli ho něco trápí, v horším případě jestli je mu nějak ubližováno.
- **sugestibilita** – ovlivnitelnost: míra sugestibility je u lidí různorodá, u dětí obecně platí, že čím je dítě mladší, tím je ovlivnitelnější prostředím, city a názorem okolí. Ovlivnitelnost může působit jak ve směru prospěšném (jsem šikovný), tak bohužel i v neprospěšném (jsem k ničemu). Nedostatek zkušeností u dítěte způsobuje, že nemá pevné názory a lehce je mění pod vnějším vlivem. Realitou pro děti je to, co říkají lidi jim blízcí a důležití, věří všemu, co jim řeknou.

- **labilita prožívání a chování:** řadíme sem vratkost, kolísavost, nestálost. Nejvýrazněji se labilita projevuje v citovém prožívání a v ovlivňování pozornosti dítěte.
- **egocentrismus:** definujeme jako orientaci na vlastní osobu (psycholog Leary). Dítě se považuje za střed všeho dění a všechno vztahuje ke své osobě, vyžaduje, aby ostatní mu sloužili k jeho potřebám a zájmům. Nesmí to zase dojít k extrémům, při správné výchově mi to mělo ustupovat kolem 6,5 až 10 věku dítěte, jinak přichází až v egoismus.
- **negativismus:** jde o opačném chování, než je od dané situace vyžadováno či očekáváno, odmítání nabízených podnětů a aktivit. Pojí se převážně k batolecímu období a k počátkům období u předškoláků.
- **eidetismus:** souvisí s představivostí. Jde o to, že dítě má problémy rozlišit realitu od své fantasmie, vlastně svou představu považuje za skutečnost a také tak o ní mluví. Pro některé dospělé to může působit jako, že dítě lže nebo si vymýšlí, zpravidla to ustane v mladším školním období. Nezmizí to však u všech jedinců, u některých to setrvává po celý život, jsou to zpravidla lidé umělecky založení, malíři, sochaři.
- **personifikace:** neboli zosobnění, zlidštění, zobrazení zvířete nebo věci jako člověka. Dítě přiřazuje lidské vlastnosti svým hračkám a věcem ve svém okolí, ve kterém se pohybuje a také se k nim pak chová, mluví k nim a hraje si.
- **synkretismus:** vysvětlujeme jako celostnost prožívání a jednání (příklad: Po prvním dnu ve škole se rodiče ptají svého prvňáčka, jaká je paní učitelka. Chlapec nadšeně popisuje: Je moc hezká, hodná usměvavá, mladá... šlo o paní učitelku rok před důchodem)
- **konkretismus:** je typickým znakem dětské psychiky. Myšlení dítěte je vázáno na konkrétní předměty, souvisí s vývojovými zvláštnostmi myšlení (příklad: Rodiče důrazně upozorňují šestiletého chlapce: "Nestřekej nic do zásuvky nebo tě to ,kopne!" Chlapec nedůvěřivě obchází a zkoumá elektrickou zásuvku. Vrtá mu hlavě, jak se tak velká noha do té zásuvky vejde)
- **presentismus a topismus:** jsou projevy konkretismu vztahující se ke vnímání času (presentismus) a ke vnímání prostoru (topismus). Dítě chápe svět v daném okamžiku, žije přítomností, plete si časová slova jako včera, zítra, 3 dny jim připadají jako hodně dlouhá doba. Podobně je to i u vnímání prostoru, pro dítě

existuje jen ten prostor, ve kterém žije a hraje si (pojmy jako město, vesnice, hluboký apod. jsou jim neznámé). (Přehled vývojové psychologie, kolektiv autorů, 2010)

### **3 METODIKA PRÁCE**

V praktické části diplomové práce je popsán výzkum a jeho výsledky, které navazují na poznatky uvedené v teoretické části práce.

#### **3.1 Metodika výzkumu**

Pro účely této diplomové práce byla využita metoda kvantitativního výzkumu prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření.

Dotazník je nejfrekventovanější metodou, mezi jeho výhody patří rychlost získaných informací, velké množství odpovídajících a malá časová investice. Na rozdíl od rozhovoru má dotazovaný větší možnost si jednotlivé odpovědi rozmyslet a dotazník nám tak umožňuje získat informace i od osob, které jsou nám vzdáleny. ([http://katchem.truni.sk/prilohy/metod/dotaznik\\_skaly.pdf](http://katchem.truni.sk/prilohy/metod/dotaznik_skaly.pdf), <http://pohoda.scio.cz/>)

U dotazníku je nutné správně formulovat otázky a smysluplně seřadit skupin předem připravených otázek, tak, aby nám to na sebe hezky navazovalo, a aby respondent neměl sebe menší pochyby s porozuměním a smyslu otázek.

Získaná data byla zpracována a převedena do grafů a tabulek.

#### **3.2 Použitá metoda**

Výzkumné šetření bylo prováděno pomocí metody kvantitativního výzkumu anonymním dotazníkovým šetřením, jak už jsem výše zmiňovala. Anonymní dotazník je nejčastější a jednoduchá metoda, užívaná nejčastěji na školách či u studentů. Anonymní prostředí dotazníkového šetření také zaručí, že lidé skutečně vyjádří svůj názor. Dotazník je bezpečný prostor, kde se lidé nemusí bát, že za to, co řeknou, budou jakkoliv znevýhodněni.

Anonymní dotazník byl určen rodičům dětí s alergiemi, astmatem, alergickou rýmou a ekzémem. Dotazník se skládal z 23 otázek plus 4 neočíslovaných, zaměřených na problematiku alergií a astmatu u předškolních dětí a prvostupňových dětí na základních školách. První část dotazníku se skládala z otevřených a uzavřených otázek s možností doplnění svých odpovědí, druhá část dotazníku, která se skládala ze čtyř otázek, obsahovala pohlaví a věk respondentů, tedy dětí a jejich rodičů, zákonných zástupců, těch, kdo dotazníky vyplňovali.

U 18 otázek měli respondenti možnost výběru odpovědí, kdy mohli zakroužkovat i více možností, z toho u 7 z nich mohli své odpovědi ještě šířeji rozvést a doplnit. Zbývajících 5 otázek bylo s volnou odpovědí.

Jednotlivé otázky jsme volily podle cílů diplomové práce. Před vytvořením dotazníku bylo nutné nejdříve nastudovat odbornou literaturu a poté vytvořit dotazník.

Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů, celkové představení, téma a účel výzkumného šetření, postup či způsob vyplnění položek v dotazníku a taky poděkování respondentům za pomoc a čas strávený při vyplňování dotazníků.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, kolik se nachází procent dětí ve městě Břeclav a Hustopeče s alergiemi, astmatem, alergickou rýmou či ekzémem. Procentuální zastoupení jednotlivých druhů alergie, kdy pravděpodobně nejčastěji dochází ke vzniku alergií a astmatu, vliv lázeňských pobytů na jejich onemocnění. Jak jejich onemocnění zasahuje a ovlivňuje jejich životní styl a chod rodiny čili domácnosti, dále vliv na volbu zájmových kroužků.

### **3.3 Charakteristika zkoumaného souboru**

Výzkum byl prováděn na mateřské a základná škole. Co se týče školky, jednalo se o mateřskou školu v Hustopečích okrese Břeclav, která je po městě rozdělena na tři jednotlivé budovy. Mou zkoumanou skupinou dětí byla školka nazývaná Pastelky, která se dělí na čtyři třídy po 12 dětí, zde největší zastoupení bylo v alergii na potraviny. Nachází se zde děti, kterým je speciálně dáváno sójové mléko do jídel, ale také děti, jak jsem zjistila po osobním rozhovoru s ředitelkou mateřské školy, že zde docházejí děti, které si nosí své vlastní speciální jídlo z domova.

Mateřská škola je připravena a již má zkušenosti s dětmi různých nemocí, ať už se jedná o alergie a astma, kterými se v mé diplomové práci zabýváme, ale také jsou a byly zde děti s cukrovkou, epilepsií nebo s tělesným postižením (dítě na vozíku).

Základní školu jsem si vybrala v Břeclavi, v místě mého bydliště. Jedná se o plně organizovanou velkou školu, nacházející se uprostřed sídliště, kterou navštěvuje až 750 žáků. Náš výzkum jsme prováděly na 1. stupni této školy u dětí s alergií, alergickou rýmou, ekzémem a astmatem. Které dítě těmito onemocněními trpí, mi bylo sděleno velmi ochotnou a pro mě velice nápomocnou učitelku, která mi byla oporou i během praxe.

Právě v době praxe a po ní jsme prováděly výzkumné šetření, některé z dětí s těmito onemocněními jsem i učila. Díky teoretické části diplomové práce, kterou jsme

již měly zpracovanou, jsme věděly, jak se zachovat při astmatickém záchvatu, který se nám při jedné z hodin stal. Astmatický záchvat u dítěte vyvolat rozruch, krátce před odevzdáním písemné práce z matematiky. Již dopředu jsme byly seznámeny, že dítě tímto onemocněním trpí, věděly jsme, kde má léky, v podobě inhalátoru, uložené.

Dotazníky jsme rozdaly v pátek a po víkendu, v pondělí, nám byly vráceny všechny dotazníky nazpět, plně a správně vyplněné. Dotazník byl určen pro rodiče alergických a astmatických dětí.

**Tabulka 2. Absolutní a relativní četnost výzkumného vzorku dle pohlaví**

Pohlaví	n	%
Dívky	<b>24</b>	<b>80</b>
Chlapci	<b>16</b>	<b>20</b>
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Výzkumu se zúčastnilo 40 dětí s alergií, astmatem či ekzémem, což z celkového počtu 100 % činí 80 % dívek a 20 % chlapců.

**Tabulka 3. Absolutní a relativní četnost výzkumného vzorku dle věku**

Věková kategorie	n	%
<b>3 roky</b>	4	10,0
<b>4 roky</b>	2	5,0
<b>5 let</b>	3	7,5
<b>6 let</b>	6	15,0
<b>7 let</b>	6	15,0
<b>8 let</b>	5	12,5
<b>9 let</b>	4	10,0
<b>10 let</b>	7	17,5
<b>11 let</b>	3	7,5
<b>Celkem</b>	40	100,0

Podle věkových kategorií dětí vyplnilo dotazník ve věku 3 let 10 %, ve věku 4 let 5 %, 5 let 7,5 %, šestiletých 15 %, 7 letých taktéž 15 %, ve věku 8 let to bylo 12,5 %, ve věku 9 let 10 %, nejvyšší zastoupení dětí bylo ve věku 10 let, což činilo 17,5 procent a ve věku 11 let to bylo pouhých 7,5 %.

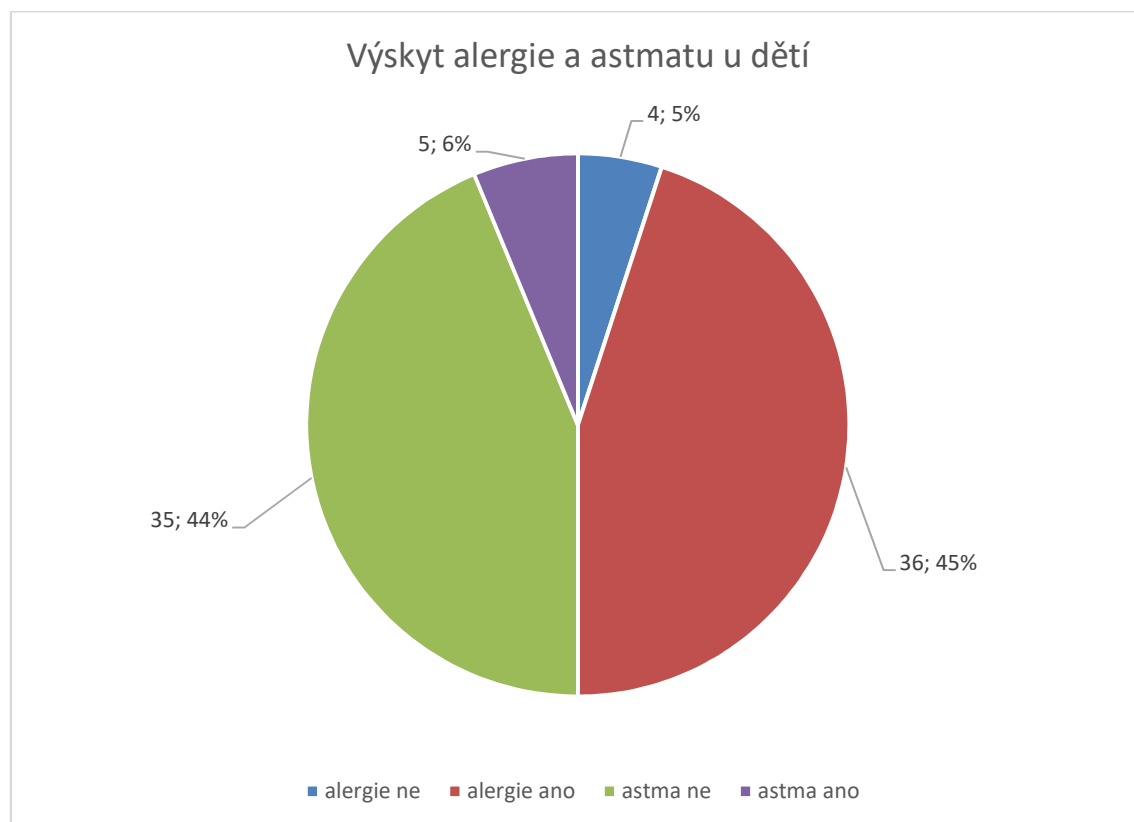


## 4 VÝSLEDKY

Získaná data z výzkumu dotazníkového šetření jsme nejprve zpracovali a rozřídili pomocí Microsoft Excelu do tabulky. Následně poté jsme jednotlivá data začaly vkládat a zpracovávat do grafů a tabulek pomocí programů Microsoft Word a Microsoft Excel. Provedly jsme základní výpočty a všechny otázky jsme zpracovali v počtech respondentů.

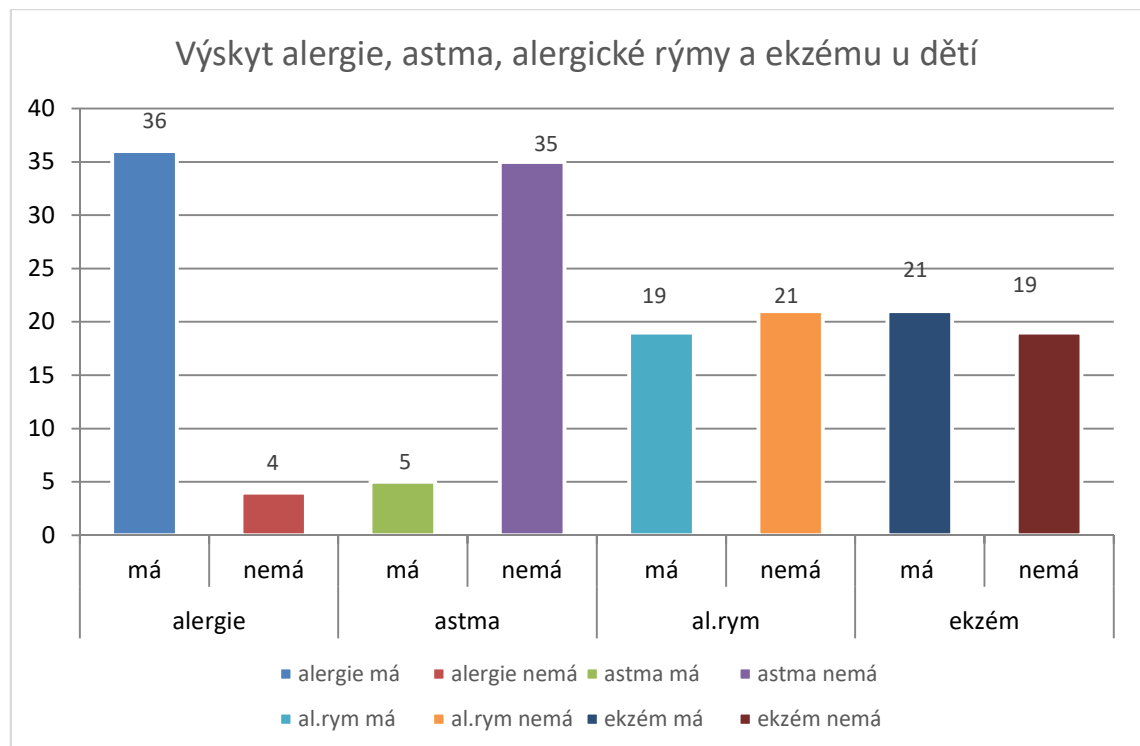
V grafu 1 je zpracována otázka číslo 1 a část 3. otázky, výskyt alergií a astmatu. Z grafu vidíme, že ve výzkumném vzorku jsme měli velké zastoupení alergiků, ale ne astmatiků. Alergií trpí 36 % a astmatem pouze 5 % z celkového počtu 40 (100 %) dětí předškolního a mladšího školníku věku ve městech Břeclav a Hustopeče.

**Graf 1. vyhodnocení otázek 1 a část 3.**



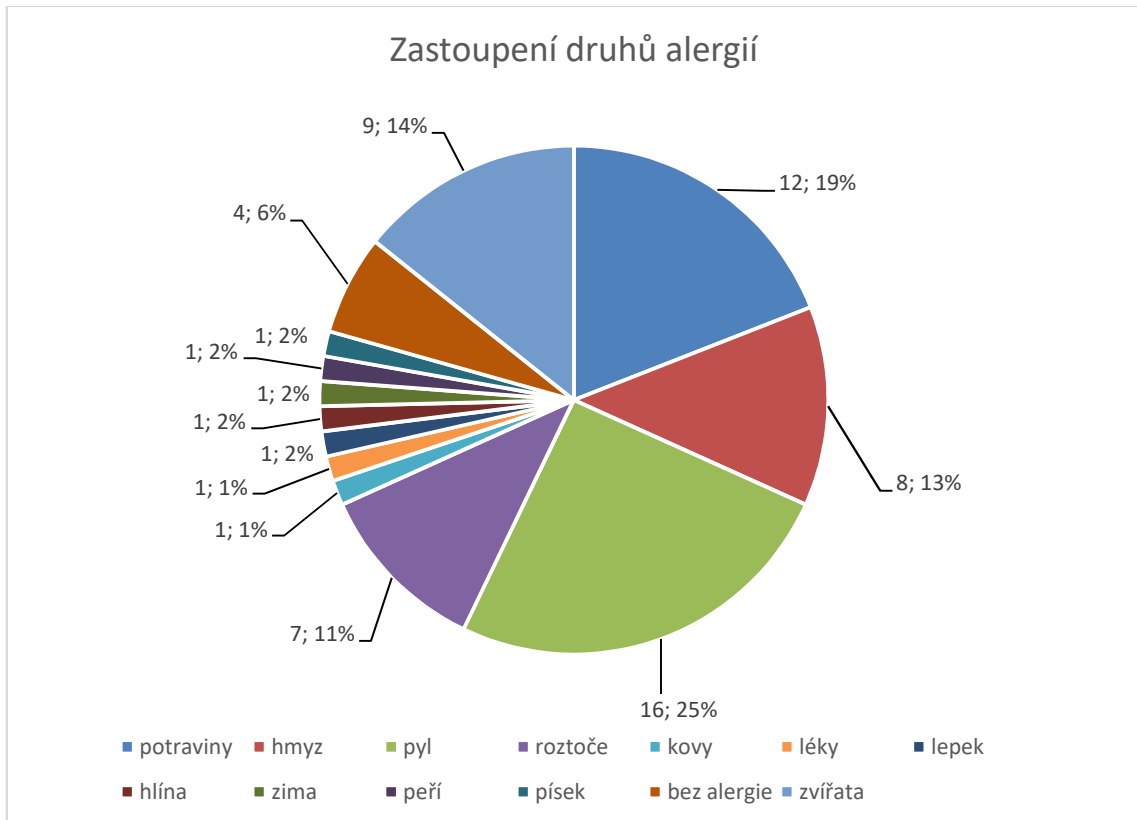
V grafu 2 je zpracována otázka číslo 1 a 3 výskyt alergií, astmatu, alergické rýmy a ekzému u dětí předškolního a mladšího školního věku. Jak můžeme z grafu vyčíst, největší zastoupení je v počtu dětí s alergií nebo dětí bez astmatu, dále mezi vyššími hodnotami máme děti s ekzémem.

**Graf 2. vyhodnocení otázek číslo 1 a 3**



V grafu číslo 3 je zpracována otázka číslo 2, zastoupení druhů alergie v dětské populaci zkoumaného souboru. Nejvíce alergií je na pyl, konkrétně lepek, potraviny a hmyz.

**Graf 3. vyhodnocení otázky 2**



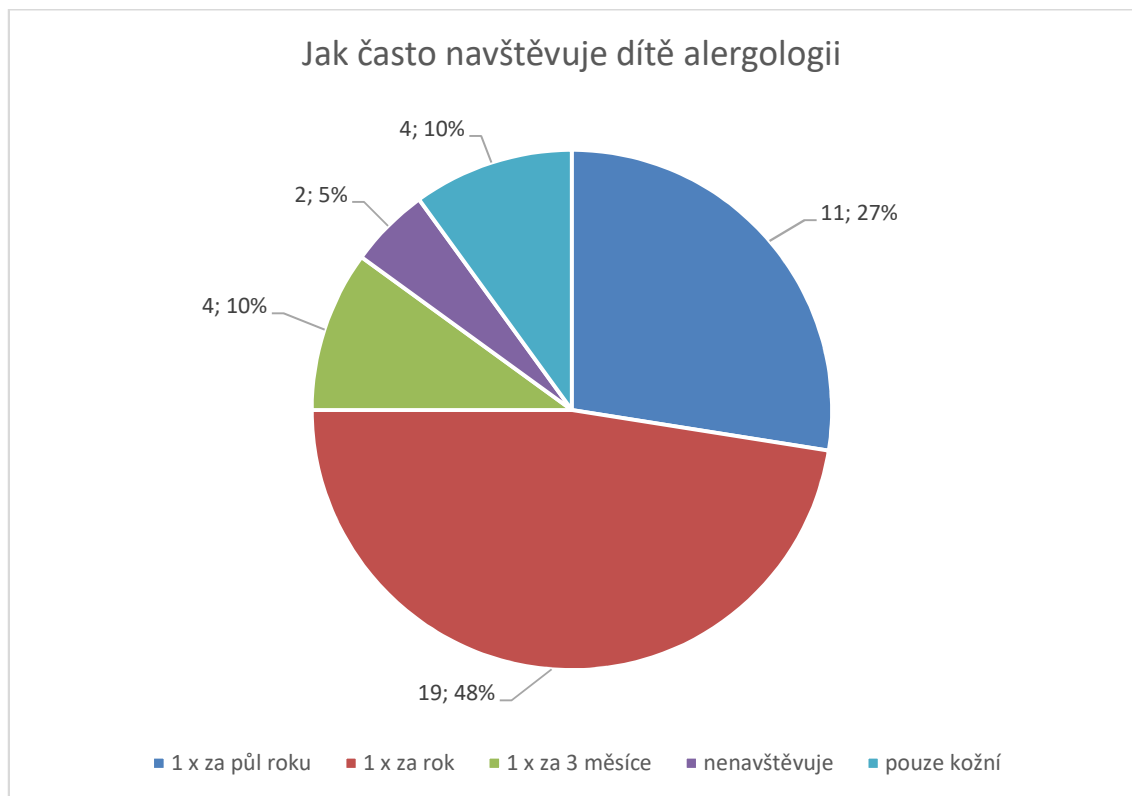
V grafu 4 je zpracována otázka číslo 6, zda se v rodině dítěte vyskytuje jedno z daných onemocnění, tj. alergie, astma, alergická rýma a ekzém. Jak můžeme vidět na grafu, tak u více jak poloviny dotazovaných dětí, tedy jejich rodičů, má vliv jejich onemocnění z hlediska genetiky.

**Graf 4. vyhodnocení otázky číslo 6**



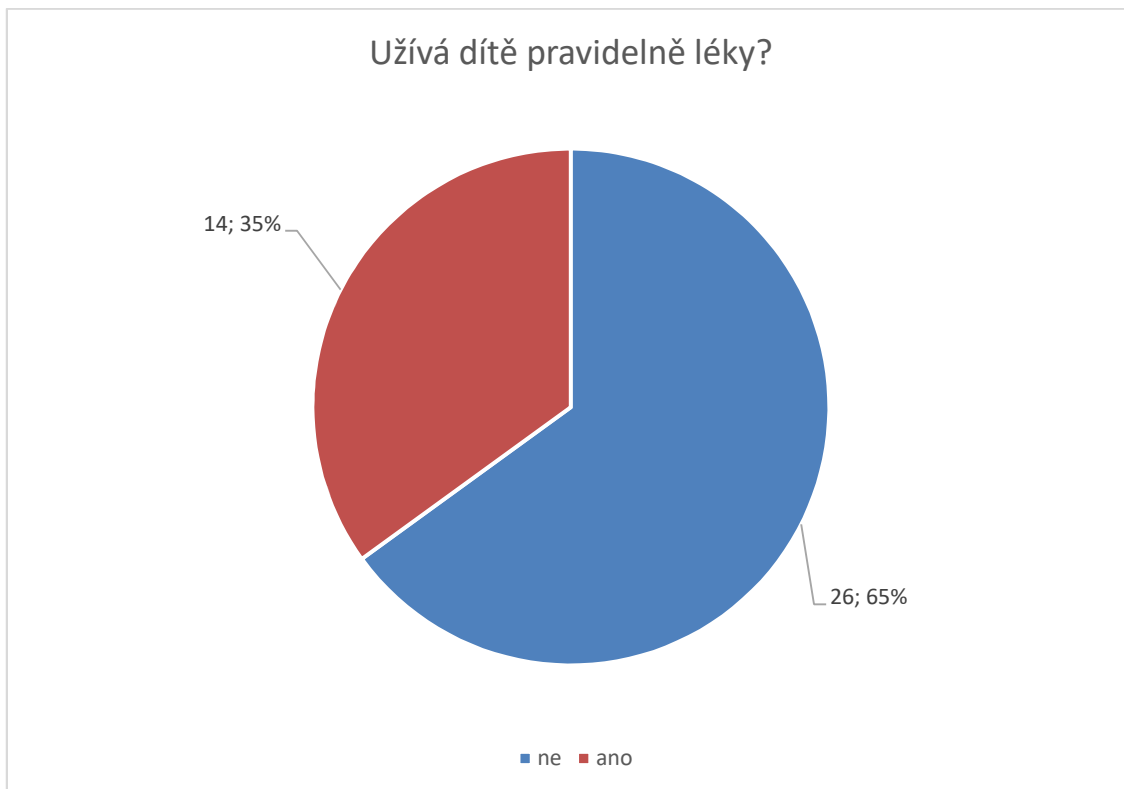
Graf 5 vyobrazuje návštěvnost dětí s onemocněním alergie nebo astmatu kolikrát ročně/ jak často chodí na alergologii a dále pak určitá část dětí trpící ekzémem, které chodí na kožní ambulanci. Jak z grafu vyplývá, nejčastější kontrola je jedenkrát ročně, což u dětí, které jsou dostatečně kontrolované a vědí, co musí omezovat, je obvyklá kontrola.

**Graf 5. vyhodnocení otázky číslo 8**



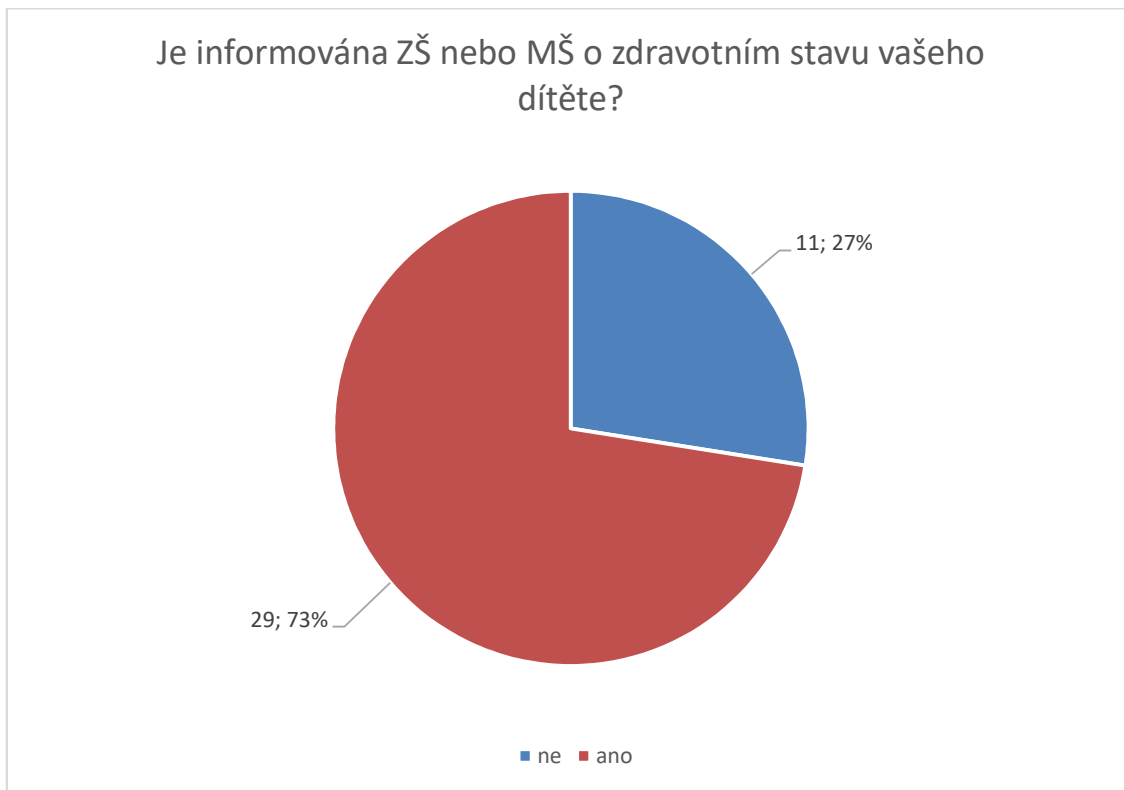
Graf 6 se týká pravidelného užívání léků a zobrazuje ho otázka číslo 9. Z celkového počtu dotazovaných dětí (jejich rodičů) trpících alergií, astmatem, alergickou rýmou nebo ekzémem užívá pravidelně léky zhruba jedna třetina. Ti co léky neužívají pravidelně, měli v dotaznících připsané užívání léků při potížích, což může být v období pylové sezóny u alergiků nebo například požití potravin, na kterou jsme alergičtí apod.

**Graf 6. vyhodnocení otázky číslo 9**



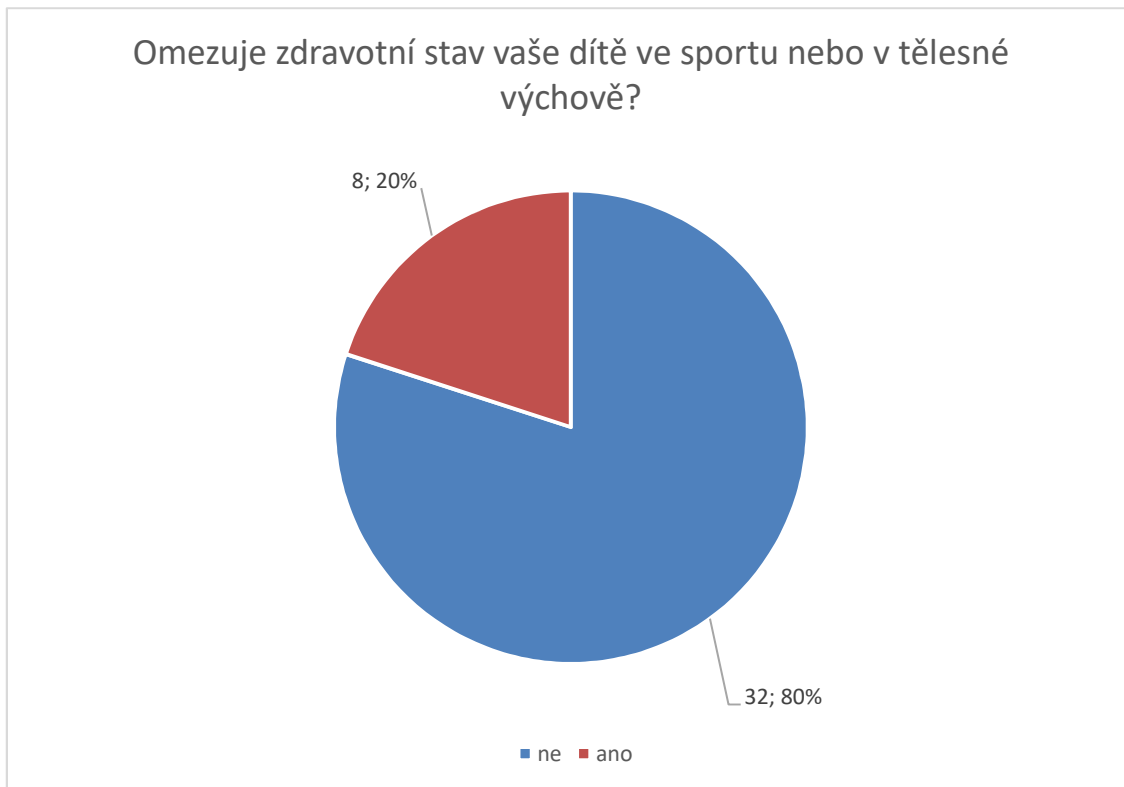
Graf 7 nám znázorňuje statistiku informovanosti učitelů v mateřské nebo základní škole o alergickém nebo astmatickém onemocnění dětí. Jak vidíme, z větší části jsou všechny mateřské i základní školy informované o zdravotním stavu svých žáků.

**Graf 7. vyhodnocení otázky číslo 11**



Graf 8 se zabývá otázkou číslo 14, jestli zdravotní problémy omezují dítě ve sportovních aktivitách nebo tělesné výchově. Kladně odpovědělo pouze 8 respondentů, zbylí počet odpověděl záporně.

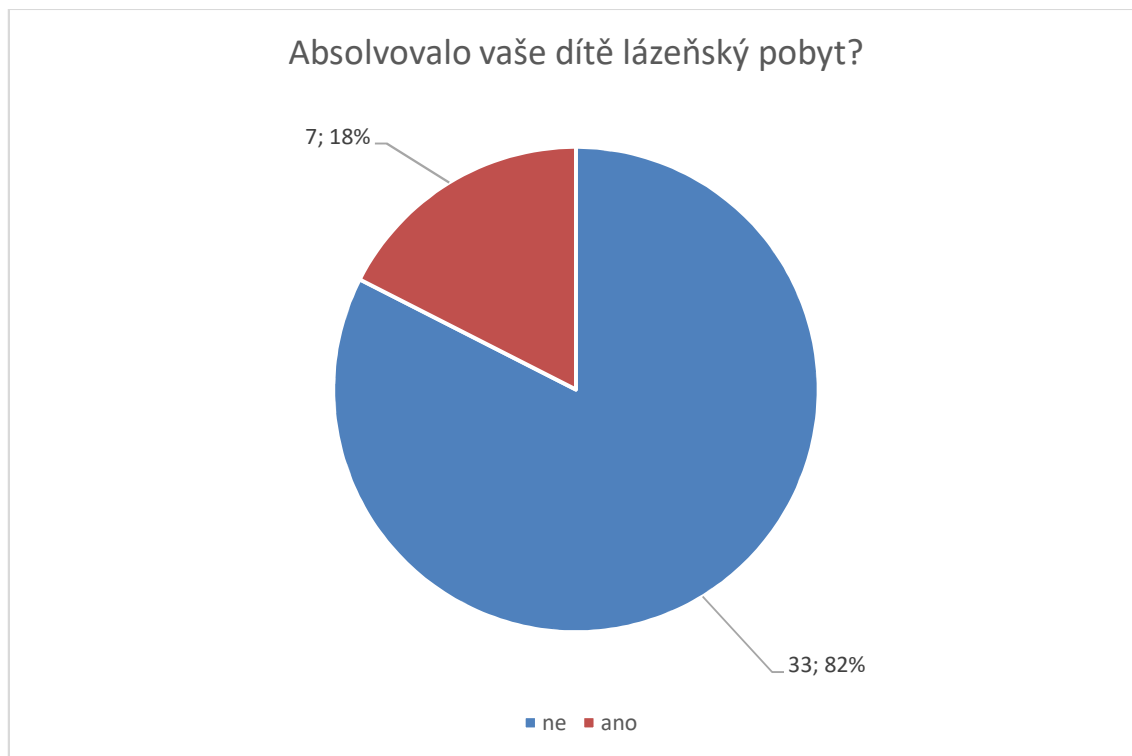
**Graf 8. vyhodnocení otázky číslo 14**





Poslední graf 9 zkoumá, zda děti s alergickým či astmatickým onemocněním absolvovaly lázeňský pobyt.

**Graf 9. vyhodnocení otázky číslo 16**



## 5 DISKUZE

Tato diplomová práce s názvem „Životní styl dětí s alergiemi a astmatem“ je zaměřena na celou problematiku astmatu, alergií, alergické rýmy a ekzému, věnuje se jejich charakteristice, vzniku, diagnostice, léčbě nebo genetickým dispozicím a vlivu léčebných metod na zdraví dítěte.

Cílem diplomové práce bylo zjistit výskyt alergií a astmatu dětí předškolního a mladšího školního věku ve vybrané škole ve městě Břeclav a Hustopeče, tedy v Jihomoravském kraji. Dotazník byl určen pro rodiče dětí trpícími, jak už jsem se zmiňovala, alergií, astmatem, alergickou rýmou a ekzémem. Pro zjištění, které děti danými onemocněními trpí, jsem se informovala u paní ředitelky v mateřské škole v Hustopečích a i třídních učitelek na základní škole v Břeclavi.

Při rozdávání dotazníků na základní škole, jsem neměla žádné problémy, učitelé, ale i rodiče byli velmi vstřícní a ochotní mi pomoci při výzkumu v diplomové práci, chválím i rychlou zpětnou vazbu, tedy navrácení vyplněných dotazníků zpět. Trochu problém byl v mateřské škole, co se týče vstřícnosti učitelek zde, to nebyl problém, rodiče byli požádáni o vyplnění, všichni oslovení si dotazník vzali, s tím že vyplní a navrátí zpět, bohužel, asi polovina se mi zpět nevrátila.

Z výzkumu, který byl proveden v rámci této diplomové práce, můžeme zjistit, že ze 40 respondentů (100 %), trpí alergií 45 % dětí a astmatem pouze 6 % dětí. Dále jsme se dozvěděli, že ze 40 dotazovaných se potvrdil výskyt v rodině u 65 %, z čehož usuzujeme a můžeme říci, že by mohl mít i vliv genetiky. Jak již víme, není to jen genetika, která můžeme být jediným faktorem způsobující alergie či astma, jak jsme si uváděly výše, může za to i způsob stravy, nadměrné vystavování citlivých dětí alergenům nebo i znečištěné prostředí, kde žijeme.

U alergiků a astmatiků je hlavně důležitá spolupráce s odborníkem – tedy alergologem nebo kožním lékařem v případě ekzému. Nic nepodceňovat a nepřecházet, včasná léčba totiž může hodně snížit příznaky nemoci, časem může úplně vymizet při vhodně zvolené léčbě a samozřejmě i její dodržování. Můžu sama potvrdit jako alergička a snad už vyléčená astmatička, že při správném dodržování zásad a užívání léků, vyhýbání se alergenům a pro nás nepříznivým jevů, můžeme mít naši nemoc zcela pod kontrolou.

V léčbě, dané lékařem, proto hlavně dodržovat všechny předpisy a omezení i preventivní opatření, které mohou omezit kontakt nemocného s alergenem, jež vyvolá pacientovi potíže, mnohdy nemalé.

Dále jsme se z výsledků výzkumu dozvěděly, že největší zastoupení alergenů máme právě v pylu, potravinách a při hmyzím bodnutím. U pylu je nutné dodržování v podobě, braní léků, především v pylové sezóně, nevyhledávat místa s největší koncentrací pylu. U potravinových alergenů je nejdůležitější dbát na to, co jíme a vyvarovat se potravin, které nám způsobují potíže. A u poslední početnější alergie na hmyzí bodnutí, můžou být potíže dosti velké, jedná se hlavně, když se stane, že třeba spolkneme vosu, či včelu, nebo dostaneme žihadlo do jazyku či v oblasti krku, u alergiků je nebezpečí mnohdy smrtelné, hrozí udušení. Silní alergici by neměli mít u sebe jen prášky, ale i epipenové pero, které v případě bodnutí, si rychle buď sami, nebo s pomocí píchnou do stehna.

V dotazníku jsem se dále zajímala o početnost absolvování lázeňských pobytů u alergických a astmatických dětí. Z celkového počtu alergiků a astmatiků lázeňský pobyt absolvovalo pouze 18% dětí z celkového počtu (100%). Můžeme dále pouze jen spekulovat, z jakého důvodu nezkusili tuhle možnost, důvodů může být hodně. Dále jsem se informovala, zda rodiče alergických nebo astmatických dětí znají, či používají i jiné metody, třeba i nad rámec doporučené léčby. Ze 40 respondentů 14 z nich absolvovali proceduru saunování, 8 z nich vyzkoušelo otužování a až 15 z nich bylo v solné jeskyni. Žádný z efektů nebyl po dané proceduře negativní, pouze pozitivní nebo se nevyjadřovali.

Protože, jsem sama setkala s mým vlastním astmatickým záchvatem, chtěla bych zde na závěr popsat, jak se při takovém astmatickém záchvatu máme zachovat, případně pomoc. Podala bych to jako návod pro učitele či instruktory táborů a různých zájmových kroužků pro děti. Astmatický záchvat se projevuje zrychleným a sípavým dýcháním, kašláním, dítě je neklidné a v obličeji má úzkostný výraz. Pocit nedostatku vzduchu je velmi nepříjemný a je provázených také strachem z udušení. Při pomoci zachováme klid, snažíme se postiženého/ dítě uklidnit, v případě nutnosti uvolníme těsný oděv okolo krku a otevřeme okno. Postiženého/ dítě posadíme do polohy vsedě, obkročmo přes židli, s opřenými horními končetinami o opěradlo židle, poloha tak umožní maximální roztažení hrudníku a dýchání je tak snadnější. Inhalační sprej s lékem mají nemocní vždy s sebou, proto nezapomenout vždy dopředu zjistit a zeptat se dítěte, zda ho má u sebe a kde, aby v případě astmatického záchvatu, kdy dítě není

schopné si samo sprej podat, mu ho podáme my sami. Dohlédnout na to, aby si je hned vzalo. Nikdy neopouštíme postiženého/ dítě dokud záchvat neodezní. Po podání léčebné látky se rozšiřují průdušky, dojde tak k úpravě stavu. Jestliže potíže neustupují a postižený po podání léku, stále namáhavě sípavě dýchá, voláme 155. Při zástavě dechu, ihned zahájíme resuscitaci.

## ZÁVĚR

Alergie jsou v dnešní době už hodně běžná onemocnění, která mají různou intenzitu a závažnost a jedinci, tak znepríjemňují život. Trpí jimi téměř každý třetí školák, u dospělých je to o něco nižší. Přestože lékařské výzkumy přináší stále nové a nové poznatky, není doposud na alergii žádná lék, který by pacienta alergie zcela zbavil.

Cílem diplomové práce s názvem „Životní styl dětí s alergií a astmatem“ bylo zjistit, kolik se na vybraných školách nachází alergiků a astmatiků. Tohoto cíle jsem dosáhla díky výzkumnému anonymnímu šetření, který jsem prováděla po skončení mé praxe na základní škole v Břeclavi a poté na mateřské škole v Hustopečích. Předem, abych mohla vůbec výzkum provádět, jsem musela nastudovat odbornou literaturu a shrnout všechny poznatky ať už z odborných knížek nebo i z mých vlastních zkušeností, tohoto cíle jsem rovněž dosáhla. Dalším cílem bylo zjistit, jak často navštěvují alergologii. Ze všech dotazovaných, 48 % odpovědělo, že alergologa navštěvují 1 x ročně, 27 % odpovědělo 1x za půl roku a zbylých 25 % navštěvují dle potíží nebo 1 x za 3 měsíce nebo také nenavštěvují a sem zahrnuje děti s ekzémem, které chodí na kožní ambulanci. Dále, o co jsem se zajímala, a bylo mým cílem zjistit, zda jsou mateřské a základní školy informovány a srozuměny o zdravotních problémech dětí u nich, k mé docela spokojenosti ze všech respondentů odpovědělo pozitivně 73 %. Díky výzkumu jsme se dozvěděli, že pouhých 35 % všech dotazovaných bere pravidelně léky, zbylých až 65 % buď nebere, anebo většina pouze při potížích v daných obdobích související s jejich zdravotním problémem a druhem alergie.

Výzkum byl určen pro děti s onemocněním alergií, astmatu a ekzému, vzhledem k většímu věkovému rozpětí, tj. 3 – 12 let, uvádím pro zajímavost největším a nejmenším procentuálním zastoupením v daných věkových kategoriích, až na věk 12 let, mám zastoupení ve všech. Nejvíce se výzkumu zúčastnilo, tedy jejich rodičů, 10 letých dětí, což činí z celkového počtu (100 %) 17,5 % a nejmenší skupinou byly 4 leté děti, těch bylo jen 5 %.

## SOUHRN

Klíčová slova: alergie, astma, ekzém, alergeny, imunita, děti, léčba

V diplomové práci jsou uvedeny teoretické poznatky o alergiích, astmatu, alergické rýmě a ekzému u dětí předškolního a mladšího školního věku.

Výskyt alergií, astmatu, alergické rýmy a ekzému byl zjištěn prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření kvantitativního charakteru, při praxi na základní škole Břeclav a v mateřské škole v Hustopečích. Dotazník byl určen pro rodiče dětí s alergickými a astmatickými onemocněními a zjišťoval zastoupení těchto nemocí v mateřských a základních školách, dále jsem se zajímala o četnost pravidelného užívání léků, o možných omezeních ve sportu ze zdravotních důvodů. Vliv léčebných pobytů a dalších léčebných metod na onemocnění dětí.

Díky dotazníku jsem zjistila, že školy jsou velmi dobře informované o možných druzích alergiích, jejich omezení a léčbě, což mi bylo velkým přínosem výzkumu. I mě samotnou to potěšilo. Bylo by vhodné, aby tahle informovanost a péče o děti, co se týče respiračních, ale i jiných nemocí, pokračovala dál. Mělo by se jim dopřát plnohodnotné účasti ve výchově, vzdělání, ale i v celém životě. Tady je pak důležité, aby fungovala komunikace mezi školou, ať už jakoukoliv, a rodiči o zdravotních problémech jejich dětí a případném postupu a pomoci při potížích.

## SUMMARY

Key words: allergy, asthma, eczema, allergens, immunity, children, therapy

In the diploma thesis are mentioned theoretical knowledge about allergies, asthma, allergic rhinitis and eczema in preschool age and early school age.

The incidence of allergies, asthma, allergic rhinitis and eczema were identified through an anonymous questionnaire quantitative character, during practice in elementary school in Břeclav and kindergarten in Hustopeče. The questionnaire was designed for parents of children with asthma and allergic diseases and discovered the representation of these diseases in nursery and primary schools, as I was interested in the frequency of regular use of medication, about possible limitations in the sport for medical reasons. The influence of therapeutic stays and other treatment methods for diseases of children.

From interviews with teachers of kindergartens and primary schools and also thanks to the questionnaire, I found that schools are very well informed about the possible kinds of allergies, their limitations and treatment, which to me was a great asset of this research. I was pleased me alone. It would be appropriate that this awareness and care for children in terms of respiratory diseases, but also other diseases continued. They should indulge in full participation in the upbringing, education, but also throughout the life. Here is then important that the function of communication between the school, whether any, and parents about the health problems of their children and possible going and help with problems.

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. *Anglický kapesní slovník: anglicko-český, česko-anglický*. 2011. Dubicko: INFOA, ISBN 978-80-7240-758-3.
2. AYRES, Jon G. 2011. *Astma*. Praha: Grada. Informace a rady lékaře. ISBN 80-247-0091-3.
3. BARTUŇKOVÁ, Jiřina a Eva VERNEROVÁ, ŘEHÁK, Vratislav a Štefan ALUŠÍK, ed.2002. *Imunologie a alergologie: postgraduální klinický projekt*. Praha: Triton. Vnitřní lékařství. ISBN 80-7254-289-3.
4. BIDAT, Étienne a Christelle LOIGEROT. 2005. *Alergie u dětí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 148 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-936-4.
5. BYSTRONĚ, Jaromír. 1997. *Alergie: průvodce alergickými nemocemi pro lékaře i pacienty*. Ostrava: Mirago. ISBN 80-85922-46-0.
6. CSÉMY, Ladislav, KALMAN, Michal a Jana VAŠÍČKOVÁ, ed. 2013. *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3409-4.
7. ČÁP, Petr a PRŮCHA, Miroslav. 2006. *Alergologie v kostce*. Vyd. 1. Praha: Triton. 142 s. ISBN 80-7254-779-8.
8. ČAPKOVÁ, Štěpánka. 2000. *Atopický ekzém*. Praha: Vašut nakladatelství. Radí vám lékař. ISBN 80-7236-185-6.
9. ČERMÁK, Ivo (ed.) a Michal MIOVSKÝ (ed.). 2002. *Kvantitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí: sborník z konference*. Vyd. 1. Tišnov: Sdružení SCAN, 121 s. Metodologie. ISBN 80-86620-03-4.
10. FUCHS, Martin. 2013. *Potravinové alergie*. Praha: Maxdorf. Edice ČIPA. ISBN 978-80-7345-335-0.



11. HÁJEK, Miloš. 1992. *Alergie, sbohem!*. Čestlice: Pavla Momčilová. ISBN 80-900140-9-7
12. LEOŠ NAVRÁTIL A KOLEKTIV. 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 9788024723198.
13. KALMAN, Michal. 2011. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu "Health behaviour in school-aged children: WHO collaborative cross-national study (HBSC)".* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2983-0.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. 1957. *Alergie*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 420 s. Ed.: 57301
15. MATĚJČEK, Zdeněk. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
16. NEUMANNOVÁ, Kateřina a Vítězslav KOLEK. 2012. *Asthma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc: možnosti komplexní léčby z pohledu fyzioterapeuta*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2617-8.
17. NOVÁK, Jan. 2010. *Alergení rostliny*. Praha: Knižní klub. Průvodce přírodou (Euromedia Group - Knižní klub). ISBN 978-80-242-2591-3.
18. POHUNEK, Petr a Tamara SVOBODOVÁ. 2007. *Průduškové astma v dětském věku: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-118-9
19. RICHTEROVÁ, Jarmila, Jan RICHTER a Lenka KUBRICHTOVÁ. 2009. *7A - 7x o alergii a astmatu pro školu: příručka pro učitele mateřských, základních a středních škol*. Vyd. 4. Třebíč: D. Prchalová, 30 s. ISBN 978-80-254-7057-2.

20. TREBEN, Maria. 2001. *Alergie: prevence, poznání, léčení*. České Budějovice: Dona. Zdravý život s Marií Treben. ISBN 80-86136-97-3.
21. SALAJKA, František, Viktor KAŠÁK a Stanislav KONŠTACKÝ. 2012. *Astma bronchiální: doporučený postup pro diagnostiku a léčbu astma bronchiální*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-59-6.
22. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2010. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2433-0.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. 1999. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-803-4.
24. WEDLICOVÁ, Iva. 2010. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. V Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 119 s. ISBN 978-80-7414-320-5.

#### **Ostatní zdroje:**

1. Informace pro potravinové alergiky, příručka, MUDr. Veronika Solářová
2. Inspirace a zdroj k dotazníku:  
Bakalářská práce: Astma a alergie u dětí předškolního věku, Marta Adamová, 2013  
Diplomová práce: Životní styl dětí s astmatem na pozadí studie HBSC, Petra Pavelková, 2016

#### **Internetové zdroje:**

1. KŘENKOVÁ, Jitka. Astma - dechová a rehabilitační cvičení. In: *ProAlergiky.cz* [online]. AKI Brno: ProAlergiky.cz, 2010 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <https://www.proalergiky.cz/magazin/clanek/astma-dechova-a-rehabilitacni-cviceni>

2. *Projekt Alergie nezná hranic* [online]. Třinec, ©2013 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: <http://www.allergymakesnodifference.eu/jak-spravne-vcicithttp://www.wikidoc.org/index.php/Megakaryocyte>
3. *Alergieimunita.cz* [online]. Praha, 2016 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: <http://www.alergieimunita.cz/slovník-pojmu-b/bronchialni-hyperreaktivita/>
4. *Modrý koník s.r.o. o.z.* [online]. Praha, 2016 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/astma/>
5. *Velký lékařský slovník: Maxdorf, s.r.o.* [online]. Praha, Copyright©Maxdorf1998-2017 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/laryngospasmus-1>
6. *Scs.abz.cz* [online]. Praha, web©2005-2017 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=epitel](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=epitel)
7. *Pohoda.scio.cz* [online]. Praha, 2013 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://pohoda.scio.cz/>
8. *ManagementMania.com.* [online]. Plzeň, 2016 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/dotaznik>

## SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1. Žírná buňka .....	12
Obrázek 2 Při kontaktu s alergenem, uvolňuje žírná buňka histamin .....	13
Obrázek 3 na řezu průduškou můžeme vidět, jak vypadá dýchací trubice při astmatu a při záchvatu astmatickém, i u bez problémových dětí <a href="https://www.modrykonik.cz/astma/">https://www.modrykonik.cz/astma/</a> .....	29
Obrázek 4 ukázka inhalátoru pro astmatiky .....	32
Obrázek 5. kortikoidy .....	33
Obrázek 6. ventolin.....	33
Tabulka 1. Pylový kalendář .....	25
Tabulka 2. Absolutní a relativní četnost výzkumného vzorku dle pohlaví .....	48
Tabulka 3. Absolutní a relativní četnost výzkumného vzorku dle věku.....	48
Graf 1. vyhodnocení otázek 1 a část 3 .....	49
Graf 2. vyhodnocení otázek číslo 1 a 3.....	50
Graf 3. vyhodnocení otázky 2.....	51
Graf 4. vyhodnocení otázky číslo 6 .....	52
Graf 5. vyhodnocení otázky číslo 8 .....	53
Graf 6. vyhodnocení otázky číslo 9 .....	54
Graf 7. vyhodnocení otázky číslo 11 .....	55
Graf 8. vyhodnocení otázky číslo 14 .....	56
Graf 9. vyhodnocení otázky číslo 16 .....	57

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Prázdný dotazník

Příloha 2 – Vyplněný dotazník

Příloha číslo 1 – prázdný dotazník

## Anonymní dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jsem studentkou 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Životní styl dětí s alergiemi a astmatem“.

Je určen pro rodiče dětí trpícími alergiemi, astmatem, alergickou rýmou nebo ekzémem. Výsledky anonymního dotazníku mi poslouží pouze pro výzkumnou část mé práce, nebudou poskytnuty žádným dalším osobám a nebudou také nikde dále zveřejňovány a šířeny.

Pokyny pro vyplnění

V dotazníku máte uvedeny možnosti, které, prosím, pravdivě zaškrtněte a dále místo pro sdělení Vašich poznatků a poznámek.

Předem děkuji za čas, který jste mi při vyplňování dotazníku věnovali.

Miroslava Viktorinová

### 1. Trpí vaše dítě alergií? Pokud ano, jakou?

- ano                       ne

### 2. Na které všechny alergie Vaše dítě trpí - na:

- roztoče
- pyl
- zvířata
- potraviny
- hmyzí jed
- léky
- jiné, jaké

.....

### 3. Trpí vaše dítě:

- astmatem                       alergickou rýmou                       ekzémem

### 4. Od kolika let trpí vaše dítě alergií?

**5. Od kolika-ti let trpí vaše dítě astmatem, alergickou rýmou či ekzémem? K roku vypište i konkrétní onemocnění.**

**6. Vyskytuje se ve vaší rodině alergie, astma, alergická rýma či ekzém? (zaškrtněte i více možností)**

- alergie
- astma
- alergická rýma
- ekzém

**7. Jak moc toto onemocnění vaši rodinu omezuje?**

- vůbec
- jen málo
- z části
- ve velké míře

**Jakým způsobem a v jaké oblasti onemocnění Vašeho dítěte omezuje Vaši rodinu?**

.....  
.....

**8. Jak často navštěvuje vaše dítě alergologii?**

- 1x za měsíc
- 1x za půl roku
- 1x za rok
- jiné
- nenavštěvuje

**9. Užívá vaše dítě pravidelně léky?**

- ano
- ne

Pokud ano, tak jaké?

.....  
.....

**10. Potřebuje vaše dítě v rámci alergie nějakou zvláštní individuální péči?**

- ano
- ne

Pokud ano, tak jakou?

.....  
.....

**11. Je základní nebo mateřská škola, kterou vaše dítě navštěvuje seznámena s alergií/astmatem vašeho dítěte, případně dalšími jeho zdravotními problémy?**

**12. Zpozorovali jste u dítěte, kdy se mu nejvíce zhoršují jeho zdravotní problémy (roční období, určité situace apod.)? Vypište je, prosím:**

**13. Sportuje vaše dítě?**

- ano  ne

Druh sportu:

.....  
.....

**14. Omezují zdravotní problémy dítě při sportu nebo v tělesné výchově?**

- ano  ne

**15. Absolvovalo vaše dítě lázeňský pobyt? Pokud ano, kolikrát?**

- ano  ne

**16. Měl lázeňský pobyt nějaký léčebný efekt nebo pozorujete nějakou změnu?**

- ano  ne

Jakou?

.....  
.....

**17. Při opakovaném pobytu v lázních, pozorujete nějakou změnu v nemocnosti před a po pobytu?**

- menší nemocnost před pobytem  menší nemocnost po pobytu  
 stejná  nevím



**18. Jaké druhy léčby Vaše dítě navštěvuje?**

**19. Absolvovalo vaše dítě některou z následujících procedur?**

- saunování
- otužování
- pobyt v solné jeskyni

Jaký to mělo efekt?

.....  
.....

**20. Podnikáte/ vytváříte i nějaké další aktivity nad rámec doporučené léčby?**

- ano
- ne

Jaké?

.....  
.....

**21. Slyšela jste někdy o metodě míčkování?**

- ano
- ne
- nevím

**22. Provozujete tuhle metodu s Vaším dítětem doma?**

- ano
- ne
- nepravidelně
- pouze při potížích

Dochází ke zlepšení?

.....  
.....

**23. Cvičíte doma s Vaším dítětem uvolňovací cviky?**

- ano
- ne
- pouze při potížích

**Vaše pohlaví?**

- muž
- žena

**V jakém věkovém rozmezí se nacházíte?**

- 21 – 30 let
- 31 – 45 let
- 46 a více let

**Pohlaví vašeho dítěte?**

- chlapec
- dívka

**Kolik mu/jí je let?**

## Příloha číslo 2 – vyplněný dotazník

5

### Anonymní dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

Jsem studentkou 5. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci oboru Učitelství pro 1. stupeň základních škol. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Životní styl dětí s alergiemi a astmatem“.

Je určen pro rodiče dětí trpícími alergiemi, astmatem, alergickou rýmou nebo ekzémem. Výsledky anonymního dotazníku mi poslouží pouze pro výzkumnou část mé práce, nebudou poskytnuty žádným dalším osobám a nebudou také nikde dále zveřejňovány a šířeny.

Pokyny pro vyplnění

V dotazníku máte uvedeny možnosti, které, prosím, pravdivě zaškrtněte a dále místo pro sdělení Vašich poznatků a poznámek.

Předem děkuji za čas, který jste mi při vyplňování dotazníku věnovali.

Miroslava Viktorinová

1. Trpí vaše dítě alergií? Pokud ano, jakou?

ano       ne

2. Na které všechny alergie Vaše dítě trpí - na:

- roztoče
- pyl
- zvířata
- potraviny
  - hmyzí jed
  - léky
  - jiné, jaké .....

3. Trpí vaše dítě:       astmatem       alergickou rýmou       ekzémem

4. Od kolika let trpí vaše dítě alergií?

NA ZÁKLADĚ TESTŮ BYLA ALERGIE ZJIŠTĚNA SPOLU S ASTMATEM V PĚTI LETECH

5. Od kolika-ti let trpí vaše dítě astmatem, alergickou rýmou či ekzémem? K roku vypište i konkrétní onemocnění.

EKZÉM - OD NAROZENÍ  
ASTMA - DIAGNOSTIKOVÁNO V PĚTI LETECH

6. Vyskytuje se ve vaší rodině alergie, astma, alergická rýma či ekzém? (zaškrtněte i více možností)

alergie       astma  
 alergická rýma       ekzém

7. Jak moc toto onemocnění vaši rodinu omezuje?

- vůbec  jen málo  
 z části  ve velké míře

Jakým způsobem a v jaké oblasti onemocnění Vašeho dítěte omezuje Vaši rodinu?

POKUD DCERA MÁ POTÍŽE A LAŠEL TĚLA NĚKOLIK HODIN (NEJHORŠÍ JE TO V NOCI) NENÍ TO, ŽE TO NAŠÍ RODINU OMEZUJE - JE TO POCIT BEZMOCI

8. Jak často navštěvuje vaše dítě alergologii?

- 1x za měsíc  1x za půl roku  
 1x za rok  jiné - DLE POTÍŽÍ  
 nenavštěvuje

9. Užívá vaše dítě pravidelně léky?

- ano  ne

Pokud ano, tak jaké? FLIXOTIDE TM 50 INHALEZ N; MOMMOX 0,05mg

10. Potřebuje vaše dítě v rámci alergie nějakou zvláštní individuální péči?

- ano  ne DCERA VI, NA CO SI MÁ JAVAT FOXOZ.

Pokud ano, tak jakou? CO SE TÝČE ELIXÉHU - POTŘEBUJE KAŽDODENNÍ PÉČI O POSTŘEŽENÁ MÍSTA A 1x TÝDNĚ VODNÍ LÁZEŇ V TĚLÉTRAVKU LINOLA.

11. Je základní nebo mateřská škola, kterou vaše dítě navštěvuje seznámena s alergií/ astmatem vašeho dítěte, případně dalšími jeho zdravotními problémy? ANO. JAKÝ UČITELKA NÁM VYŠLA MAXIMÁLNĚ VSTŘÍC. POKUD MÁ DCERA POTÍŽE, MUŽE SE NATÍT I BĚHEM VYUČOVACÍ HODINY. KDYŽ JE NĚJAKA, AKCE MIMO ŠKOLU A VENKU JE POCÁŠÍ, KTERÉ VÍM, ŽE BY JÍ MOHLO DĚLAT POTÍŽE, MOHU DCERU DOTRAVIT AUTEH.

12. Zpozorovali jste u dítěte, kdy se mu nejvíce zhoršují jeho zdravotní problémy (roční období, určité situace apod.)? Vypište je, prosím:

NEJVÍCE - STRES, NERVOZITA, STRACH  
DÁLE PŘECHODY DOČNÍCH OBDOBÍ - NEJHORŠÍ JE SYCHZAVÉ, MLHAVÉ POCÁŠÍ - ZVLÁŠTĚ RÁNO, PŘECHODY Z TĚLA DO ZIMY, HODNĚ PRAŠNÉ PŘOSTŘEDÍ, PŘÍTOMNOST KOČKY, VELKÁ FYZICKÁ I PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

13. Sportuje vaše dítě?

- ano V ZÁHČI TV A HEZ VENKU  ne

Druh sportu: DCERA NAVŠTĚVOVALA TANEOČNÍ SKUPINU - POTÍŽE S ASTHMA SE ZHORŠILY, PROTO NA KVALIFIKOVANÉ DOPORUČENÍ ALERGOLOGA TUTO AKTIVITU UKONČILA

14. Omezují zdravotní problémy dítěte při sportu nebo v tělesné výchově?

- ano ANO - PŮJÍ DĚLSÍ A VĚTŠÍ  ne NE - PŮJÍ HODINÁCH TV FYZICKE NÁMÁXE

15. Absolvovalo vaše dítě lázeňský pobyt? Pokud ano, kolikrát?

- ano  ne

16. Měl lázeňský pobyt nějaký léčebný efekt nebo pozorujete nějakou změnu?

- ano  ne

Jakou? .....

17. Při opakovaném pobytu v lázních, pozorujete nějakou změnu v nemocnosti před a po pobytu?

- menší nemocnost před pobytem  menší nemocnost po pobytu  
 stejná  nevím

18. Jaké druhy léčby Vaše dítě navštěvuje?

NAVŠTĚVUJE ME ALEZCOLOGA, LOŽNÍ A DĚTSKOU LÉKAŘKU  
- DRŽÍ ME SE VEŠKCH ZAD A TOLYNŮ

19. Absolvovalo vaše dítě některou z následujících procedur? **NE**

- saunování  pobyt v solné jeskyni  
 otužování

Jaký to mělo efekt? .....

20. Podnikáte/ vytváříte i nějaké další aktivity nad rámec doporučené léčby?

- ano  ne

Jaké? **TO ZBOJŠTĚNÍ ASTHATU JSEM Z DYTU ODBRANILA VŠECHNY MOŽEJCE,  
KACLONY, TLYSŮVĚ HZADKY, LLETNY. NAVŠTĚVILA JSEM S DĚTSKOU**

21. Slyšela jste někdy o metodě míčkování? **I HOMEOPATA - ŽE ŽE EFEKTU.**

- ano  ne  
 nevím

22. Provozujete tuhle metodu s Vaším dítětem doma?

- ano  ne  
 nepravidelně  pouze při potížích

Dochází ke zlepšení? .....

23. Cvičíte doma s Vaším dítětem uvolňovací cviky?

- ano  ne  
 pouze při potížích

Vaše pohlaví?

- muž  žena

V jakém věkovém rozmezí se nacházíte?

- 21 – 30 let  31 – 45 let  46 a více let

Pohlaví vašeho dítěte?

- chlapec  dívka

Kolik ~~mu~~/jí je let?

**8 LET**

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Miroslava Viktorinová
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. et PaedDr. Marie Chrásková PhD
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Životní styl dětí s alergiemi a astmatem
<b>Název v angličtině:</b>	Lifestyle of children with allergies and asthma
<b>Anotace práce:</b>	<p>Teoretická část práce zahrnuje ucelený obraz alergií a astmatu. Jejich vzniku, příznaků, příčině, diagnostice, léčbě, druhů alergií a případné prevence a spouštěcích faktorů. Popisuje předškolní a mladší školní věk dětí.</p> <p>Praktická část zjišťuje zastoupení alergie a astmatu u zkoumaného vzorku. Kolik dětí pravidelně užívá léky. Informovanost škol o zdravotním stavu a vliv léčebných metod na jejich onemocnění</p>
<b>Klíčová slova:</b>	alergie, astma, alergeny, ekzém, imunita, děti, léčba
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The theoretical part includes a comprehensive picture of allergies and asthma. Their form, symptoms, causes, diagnostics, treatment, kinds of allergies and prevention and their starting of factors. Described preschool age and early school age of children.</p> <p>Practical part discovers the representation of allergy and asthma by the research sample. How many children take medication periodically. Awareness of school on health situation and influence treatments methods for their disease</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	allergy, asthma, eczema, allergens, immunity, children, therapy

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Prázdný a vyplněný dotazník
<b>Rozsah práce:</b>	69 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk