



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Kojenecké koliky v ordinaci praktického lékaře pro děti  
a dorost**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Lucie Kratinová

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Kojenecké koliky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Lucie Kratinová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Aleně Machové za vedení mé práce, rady a pomoc při jejím psaní.

# Kojenecké koliky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou kojeneckých kolik v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Většinou tuto problematiku maminky probírají se sestřičkami, které jim doporučují režimová opatření a kombinují klasické mírnění kolik s farmaceutickými přípravky.

Před začátkem kvalitativního výzkumu byly stanoveny 4 hlavní cíle, které zkoumaly práci sester v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost, oblasti edukace, orientaci sester a znalosti rodičů o této problematice. K cílům byly stanoveny 3 výzkumné otázky. První se zabývala úlohou sester v péči o kojence s kojeneckou kolikou. Druhá se věnovala edukaci rodičů. Třetí otázka zkoumala znalosti a zkušenosti sester v péči o kojence s kojeneckou kolikou. Tento výzkum probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů v 7 ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji. Kvantitativní část výzkumu probíhala metodou dotazníků, kterými jsme ověřovaly hypotézu, že existují rozdíly v informovanosti rodičů o problematice kojeneckých kolik v souvislosti s výskytem onemocnění u jejich dítěte.

Zjistily jsme, že specifika péče sestry o kojence s kojeneckou kolikou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost spočívá především v edukaci matky. Sestry edukují o kojení, správném krmení lahvičkou, polohování, odříhávání, kojeneckých masáží. Nejčastěji doporučují kojícím maminkám při kojenecké kolice změnu stravy. Sestry jsou v problematice dobře orientované a mají dostatek informací. Dále jsme zjistily, že rodiče dětí s kojeneckou kolikou mají o této problematice více informací než rodiče, jejichž dítě kojeneckou kolikou netrpí.

Tato práce by měla sloužit k seznámení s problematikou kojeneckých kolik a také k přehledu možných způsobů mírnění potíží s tím spojených.

## Klíčová slova

kojenec, kojenecká kolika, kojení, ošetrovatelská péče

## **Infant colic in the general practitioner's office for children and adolescents**

The bachelor thesis deals with an issue of infantile colic in a surgery of a general practitioner for children and adolescents. This issue is usually discussed between mothers and nurses, who recommend a regime remedy and combine classical easement of colic with pharmacological means.

Preceding the qualitative research, 4 main aims were set, which surveyed work of nurses in a surgery of general practitioners for children and adolescents, areas of education, nurses' orientation and parents' knowledge of this issue. Three research questions connected with the aims were set. The first one deals with nurses' roles in the care about an infant with infantile colic. The second one deals with parents' education. The third one surveyed knowledge and experience of nurses in the care about an infant with infantile colic. This research was implemented through half-structured interviews in 7 surgeries of general practitioners for children and adolescents in the Region of South Bohemia. The quantitative part of the research was implemented through a questionnaire method. The questionnaires verified the hypothesis that there are differences in parents' awareness of an issue of infantile colic in relation to an occurrence of this illness at their children.

It was discovered that the specifics of nurses' care about an infant with infantile colic in a surgery of a general practitioner for children and adolescents inhere in mother's education. Nurses inform about breastfeeding, right bottle feeding, positioning, burping and massages for infants. They usually recommend breastfeeding mothers a change of food in case of infantile colic. Nurses are well aware with this issue and they have enough information. Furthermore, it was revealed that parents of children with infantile colic have more information about the issue than parents whose children do not suffer from infantile colic.

This thesis should be used for learning about the issue of infantile colic as well as for an outlook of possible methods for easing the problems related to it.

### **Keywords**

Infant, infantile colic, breastfeeding, nursery care

## Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav .....	10
1.1 Vymezení kojeneckého vývojového období .....	10
1.2 Anatomie a fyziologie trávicího ústrojí novorozence a kojence .....	11
1.3 Kojenecká kolika.....	13
1.3.1 Příčiny a příznaky kojeneckých kolik.....	14
1.3.2 Úloha lékaře sestry v diagnostice kojenecké koliky .....	16
1.3.3 Úloha lékaře a sester v léčbě kojeneckých kolik .....	18
1.4 Edukace matky sestrou o nefarmakologických postupech v léčbě a prevenci kojeneckých kolik .....	20
1.4.1 Nefarmakologické postupy v prevenci a léčbě kojeneckých kolik.....	22
1.4.2 Význam kojení v prevenci a léčbě kojeneckých kolik .....	23
1.4.3 Význam správné techniky kojení v prevenci a léčbě kojeneckých kolik .	24
1.4.4 Význam masáží v prevenci a léčbě kojeneckých kolik .....	26
1.4.5 Význam správné manipulace a polohování v prevenci a léčbě kojeneckých kolik .....	27
1.4.6 Význam bylinných doplňků v prevenci a léčbě kojeneckých kolik .....	29
2 Cíl práce, výzkumné otázky, hypotézy.....	32
2.1 Cíle bakalářské práce .....	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32
2.3 Hypotézy .....	32
3 Metodika výzkumu.....	33
3.1 Metodika výzkumu.....	33
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	33
4 Výsledky.....	35
4.1 Výsledky kvalitativní části výzkumu .....	35

4.2	Výsledky kvantitativní části výzkumu .....	41
4.3	Statistické testování hypotézy .....	52
5	Diskuze .....	54
	Závěr .....	59
	Seznam použité literatury .....	61
	Seznam příloh .....	65
	Seznam obrázků a tabulek .....	66

## Úvod

Pediatric je obor, který mě velice zajímá a přitahuje a kterému bych se chtěla později věnovat. Nejvíce mě baví problematika malých dětí, především kojenců a batolat. Myslím si, že problematika kojeneckých kolik je velmi častá a zabíhá více do ošetrovatelské než medicínské oblasti. To je důvod, proč jsem si toto téma vybrala.

Kojenecká kolika neboli bolesti břicha u kojence představují problém, který se vyskytuje u malých dětí velmi často. Většinou je to jeden z prvních problémů, které rodiče po příchodu z porodnice u svého miminka řeší a kvůli kterému nejčastěji navštěvují ordinace praktických lékařů pro děti a dorost. Je to přirozená věc, která je spojená především s tím, že malé dítě se neumí samo přetočit a uvolnit napětí v břichu. Poté pláče, hýbe křečovité nožičkami a je napjaté. Samozřejmě existují i výjimky, kde výskyt kojenecké koliky je způsoben alergií na bílkovinu kravského mléka. Kojenecká kolika postihuje holčičky i chlapečky a někdy se také nazývá tříměsíční kolikou, protože do věku 3 měsíců by tyto problémy u dětí měly samy vymizet. Proto je důležité uklidnit rodiče, že jde pouze o přechodný stav, který se sám upraví. Psychika rodičů se promítá i na chování dítěte. V žádném případě dítěti nepomůže, když bude cítit paniku ze strany rodičů, ale naopak rodiče by měli zůstat klidní a rozvážní.

Dříve byly bolesti břicha u malých dětí normálním jevem a léčily se babskými radami, které se předávaly z generace na generaci. Mezi tyto rady patřilo například přikládání nahřáté plínky na břicho, pití bylinných čajů nebo masírování břicha. V dnešní době se tyto problémy nazývají kojeneckou kolikou, která má svá pravidla. Existuje mnoho definic a podmínek, kdy se u dítěte již jedná o kojeneckou koliku. Zkoumají se faktory, které ke kolice vedou, příčiny a původ těchto problémů. Řeší se také vliv stravy kojící matky na průběh koliky. Dříve běžná věc, které se řešila alternativně, se dnes řeší i pomocí farmaceutických přípravků ze skupiny digestiv a lactobacillů. Masírování břicha se také dostalo na jinou úroveň, dnes se to nazývá kojenecké masáže a je to proces, ve kterém kromě masírování břicha dochází také k upevňování vztahu mezi matkou a dítětem. Používají se různé vonné oleje, relaxační hudba, různé polohy.



Jedním z velmi diskutovaných problémů v tématice kojeneckých kolik je samotné kojení. Je popsáno mnoho poloh při kojení, například podle typu prsou nebo tvaru bradavek, řeší se i délka a frekvence kojení. Opominuty nezůstávají ani polohy při odřívání. Tuto problematiku probírají s maminkami sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost.

# 1 Současný stav

## 1.1 Vymezení kojeneckého vývojového období

Kojenecké období je časový úsek ve vývoji dítěte, který je ukončen dovršením prvního roku věku jedince. Na počátek tohoto období existuje více názorů. Podle Klímy (2016) začíná kojenecké období narozením dítěte. Naproti tomu Sedlářová (2008) charakterizuje kojenecké období až od 29. dne po narození dítěte. Helus (2011) sjednocuje první rok života dítěte na období novorozenecké a kojenecké. Pojem novorozenec chápe do konce šestinedělí a poté už označuje dítě za kojence. V minulosti se tradovalo, že novorozenec neumí nic prožívat ani vnímat. Naštěstí bylo díky mnoha výzkumům toto tvrzení vyvráceno. V kojeneckém období dochází k velmi podstatným změnám jak v oblasti růstu, tak vývoje. Dochází především ke zrání centrální nervové soustavy a také k razantnímu růstu, na který se spotřebovává velká část přijaté energie dosahující až na jednu třetinu (Klíma, 2016).

Rozvoj motorických dovedností není rovnoměrný, záleží především na dozrání mozkové kůry. Tento proces může být stimulován i zvenčí. Za největší stimuly se považují ty podněty, které dítě nejvíce zaujmou. Průběh rozvoje motoriky, poznávání, ale i emočního chování se navzájem ovlivňují. Zvědavost dítěte podporuje vývoj motoriky a naopak rozvoj motoriky umožní dítěti poznávat nové věci (Vágnerová, 2012). Mezi čtyři nejdůležitější parametry, které se ve vývoji kojence sledují, patří hrubá motorika (polohy, pohyb, rovnováha), jemná motorika (dovednosti, pohyby rukou), smyslové vnímání (zrak, chuť, čich, sluch) a socializace v kombinaci s citovým vnímáním (kontakt s okolím, reakce na osoby, hra) (Klíma, 2016). Z počátku dítě poznává ústy, což se nazývá orální charakter poznávání. Dále se poznávací funkce přemísťují do ručiček, kde se dítě postupně učí koordinaci obou končetin (Vágnerová, 2012). Tento vývoj je ovlivňován různými předpoklady, jako jsou například genetika, vývoj zrání CNS, intenzita a kvalita podnětů, které jsou dítěti poskytovány především od nejbližší rodiny (Klíma, 2016).

Rozvoj pohybů má svůj daný řád. Vždy se pohyby rozvíjejí nejprve od hlavičky ke končetinám, u nichž postupují od velkých kloubů (ramenní, loketní) a až posléze se dítě učí zacházet s ručičkami a prstíky. Mezi první motorické schopnosti patří zvedání hlavičky, které dítěti umožňuje lepší rozhled a tím i vnímání okolních věcí (Vágnerová, 2012). Co se týče smyslového vnímání, dítě se otáčí za zvukem, má okulomotorickou

koordinaci, která představuje proces, kdy sleduje vlastní ručičku a hraje si s ní před obličejem. V oblasti socializace se dítě umí usmát na maminku (Klíma, 2016). Dalším pokrokem je pro kojence sezení. Když dítě zvládne dobře sed, začíná pomalu lézt a ke konci tohoto období se snaží o první krůčky (Vágnerová, 2012). V poslední fázi dítě objevuje jemnou manipulaci s předměty, vzniká u něj abstraktní myšlení a druhá signální soustava, což znamená, že pod slovem, které dítě slyší, se snaží si představovat daný předmět. První samostatné krůčky by dítě mělo zvládnout do 14. měsíce věku (Klíma, 2016).

Jednou ze základních potřeb dítěte je pocit jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2012). Tato potřeba je popisována jako teorie připoutání, rané vazby, či attachmentu a zabývá se vyhledáváním určitých osob v okolí dítěte (Ocisková, Praško, 2017). Dítě je připoutáno obvykle k matce. Tuto připoutanou osobu si dítě nikdy nezamění s jinou. Od tohoto vztahu se odvíjí charakter, jak se dítě bude chovat k dalším osobám. Pokud by nedostalo láskyplnou péči od žádné osoby, došlo by následně k citové deprivaci (Vágnerová, 2012). Dle Ociskové, Praška (2017) se poruchy při vytváření vztahů přenášejí až do dospělosti. Takové dítě může mít problémy s vytvářením a udržováním mezilidských vztahů. Podle Vágnerové (2012) patří mezi další následky osobnostní změny v dalším vývoji, kam můžeme zařadit nízkou sebedůvěru nebo pocity méněcennosti.

Kojenec si začíná uvědomovat stálost bytostí a věcí – jako nejdůležitější se uvádí přítomnost matky, jež je pro dítě středobodem vesmíru (Lebl, 2011). Vztah mezi matkou a dítětem se v prvním roce života nazývá fází dyády a prochází velkým vývojem. V prenatálním období bylo dítě a matka jednou osobou. Po narození se tento stav změnil, ale dítě je stále na matku fixováno a potřebuje její plnou péči, jako by byly jedním tělem. Okamžik, kdy si kojeneček začíná uvědomovat, že s matkou nejsou jedna bytost, je pro něj zlomový. Dítě si uvědomuje, že když není součástí matky, může ji také ztratit a tím ztratí i svou jedinou jistotu – s touto situací se ale musí naučit vyrovnat. Způsob prožití prvního roku života a vztah matky s dítětem může ovlivnit jeho povahu na celý život (například empatii, vstřícnost nebo také odhodlanost jít si za svým cílem) (Vágnerová, 2012).

## ***1.2 Anatomie a fyziologie trávicího ústrojí novorozence a kojence***

Trávicí soustava neboli systema digestorium začíná u člověka ústy – cavitas oris a vyústíuje řitním otvorem – anus. Na dutinu ústní dále navazuje hltan – pharynx, jícen

– oesophagus, žaludek – gaster, tenké střevo – intestinum tenue, které následně přechází v tlusté střevo – intestinum crassum. Tenké střevo se dále člení na dvanáctník – duodenum, lačník – jejunum a kyčelník – ileum. Mezi části tlustého střeva patří slepé střevo – caecum a tračník – colon – ten má několik částí, a sice tračník vzestupný – ascendens, příčný – transversum, sestupný – descendens, esovitou kličku – colon sigmoideum, která následně přechází v konečník – rectum. K trávicímu systému patří také dvě velké žlázy, a to játra – hepar a slinivka břišní – pankreas (Čihák, 2013).

Trávicí ústrojí dítěte před narozením se liší od již narozeného jedince. Před narozením je malá resorpční aktivita střeva. Tato odlišnost se změní po narození dítěte, kdy se u jedince začnou vyskytovat enzymy potřebné k trávení mateřského mléka. V této době se sliznice střeva kojence neliší od dospělého člověka (Nováková, 2012). Dylevský (2017) uvádí, že mezi další odlišnosti gastrointestinálního traktu u kojenců patří změny dutiny ústní. Ústní dutina kojence se od dospělého člověka liší dvojnásobně, je nízká a není příliš rozlehlá. Tvrdé patro je rovné a široké. K jeho vyklenutí dochází až později, a to v druhém roce života dítěte. Kojenec má velmi dobře rozvinutý sací reflex, bez něhož by nemohl přijímat potravu. Tento reflex vzniká kooperací dolní čelisti, rtů, jazyka a tváří. Dle Novákové (2012) ještě není sání a polykání plně vyzrálé, což je jeden z důvodů, proč dochází u novorozenců k častému ublinkávání a zvracení. Mezi další důvody patří snížená střevní peristaltika, snadnější návrat potravy v trávicím ústrojí směrem k dutině ústní a také pomalejší vyprazdňování žaludku.

Jako specifikum kojeneckého období se označuje absence zubů, což znamená, že dítě nemůže žvýkat potravu (Leifer, 2004). V kojeneckém období jsou zuby uloženy v krytách a kryty jen vrstvou sliznice. Erupce zubů je velmi individuální a určována mnoha parametry, mezi které patří například zdravotní stav dítěte, genetické faktory, konstituce a jiné. Nicméně při jeho zdravém vývoji by se do konce kojeneckého období, to znamená do dovršení jednoho roku věku, měly prořezat řezáky a již i první stoličky. Doba erupce řezáků se uvádí mezi 6. až 12. měsícem a prořezávání prvních stoliček mezi 12. až 18. měsícem věku dítěte (Dylevský, 2017). Leifer (2004) dále uvádí, že v kojeneckém období je omezena funkce jater. „*Játra novorozence jsou mimořádně velký orgán, který vyplňuje až 40 % prostoru břišní dutiny*“ (Dylevský, 2017, s. 209). Na rozdíl od poměru obou laloků v dospělosti není v dětství velikost laloků tolik odlišná (Dylevský, 2017).

Trávení v dětském věku probíhá o něco odlišněji než v dospělosti. U novorozence ještě není trávicí systém plně zralý, tudíž i proces trávení probíhá v omezené míře, a to

prvních několik měsíců života dítěte (Leifer, 2004). Po narození dochází k vylučování první stolice, která se nejčastěji vylučuje do 12 hodin od porodu (Muntau, 2009). Tato stolice se nazývá smolka neboli mekonium (Nováková, 2012). Dylevský (2017) uvádí, že do druhého měsíce života má kojeneček sušší dutinu ústní. Až od třetího měsíce dochází již k poněkud větší produkci slin, ale normální míru produkce slin má dítě až po skončení kojeneckého období. Jinak je tomu také při odtoku slin kojence. Leifer (2004) zmiňuje, že sliny u dospělého člověka odtékají do parotického a sublinguálního prostoru a do štěrbin při okraji epiglottis. Dítě tyto odtokové cesty ještě nemá vyvinuté, proto sliny odtékají ihned do hltanu a počátku hrtanu.

Po porodu se gastrointestinální trakt novorozence osidluje mikroby. Tento proces je velmi důležitý nejen kvůli výživě, ale také kvůli udržování stálého vnitřního prostředí a v neposlední řadě také ovlivňuje dětskou imunitu (Nováková, 2012). Dítě do 4. měsíce věku neumí trávit složité cukry a tuky, protože nemá dostatečnou produkci amylázy a lipázy v organismu (Leifer, 2004). Podle Dylevského (2017) dosahuje fyziologická kapacita žaludku u novorozence 5–10 ml a do dvanáctého měsíce věku dítěte se tento obsah zvětší na 250 až 300 ml. Dětskou stravu tvoří v prvních měsících života především a výlučně mléko. Dítě mléko musí natrávit v žaludku, k tomu mu pomáhají renin, trypsin a kyselina chlorovodíková.

V průběhu dalších měsíců života dochází k rozvoji trávicího systému a díky tomu můžou být do jídelníčku dítěte zařazovány nové potraviny. Pro dítě je nejlepším zdrojem výživy mateřské mléko. Zařazování klasické stravy do jídelníčku nemá žádný výživný efekt před ukončením 5. až 6. měsíce života. Existují souvislosti mezi překrmováním dětí a výskytem obezity v pozdějším věku dítěte. Stejně tak kvalita stravy v dětství souvisí s následným zdravotním stavem jedince v dospělosti (Leifer, 2004).

### **1.3 Kojenecká kolika**

Název kojenecká kolika pochází z řečtiny, a sice ze slova kolon. Dříve se předpokládalo, že tento druh onemocnění je nejspíše nějak spjat s trávicím ústrojím dítěte, a proto se souboru daných problémů u kojence začalo říkat kojenecká kolika (Sýkora et al., 2007). Kojeneckou kolikou tedy rozumíme stav kojence, který je doprovázen náhle vzniklým křikem, pláčem, propínáním břicha a přitahováním nožiček. Většinou kojeneček rudne v obličejí a zatíná ručičky v pěst. V tomto stavu se stává kojeneček neutišitelným. Pro toto onemocnění je typická souvislost s předchozí stravou.

Většinou tedy tento stav nastává po jídle, a to spíše v odpoledních až večerních hodinách (Bronský, Bronská, 2012b). Kojenecká kolika se rychle objeví a končí bez nějaké zjevné příčiny. Vyskytuje se od narození do čtvrtého měsíce věku dítěte a u kojenců, kteří dobře prospívají (Frühauf, 2009).

Mezi odborníky neexistuje jednotný názor na definici kojenecké koliky. Nicméně stále jako nejčastější převládá definice Wesselova. Ta udává přesné podmínky, které musí být splněny, aby bylo možné u kojence diagnostikovat kojeneckou koliku. Především se zaměřuje na intenzitu a délku dětského křiku, který by neměl být kratší než 3 hodiny, a to po dobu 3 dní v týdnu, které ale nemusí být po sobě jdoucí. I když neexistuje jedna jasná definice, tak na časové ohraničení kojeneckých kolik mají odborníci jasný názor. Toto onemocnění se vyskytuje u novorozenců a kojenců od druhého týdne věku jedince do pátého měsíce. Největší frekvence kojeneckých kolik je ale ve druhém měsíci věku dítěte (Sýkora et al., 2007).

Kojenecká kolika se objevuje u dětí, u nichž probíhá normální fyziologický vývoj. Dítě přibírá na váze, je zdravé, klidné a kolika se u něj objevuje náhle. Jsou dvě možnosti, jakými kolika ustupuje. Za prvé může být ukončena odchodem stolice a plynů, anebo za druhé dítě usne vyčerpáním (Gregora, 2010). Co se týče frekvence výskytu, jsou odborníci zajedno. Dle Sýkory et al. (2007) se kojenecké koliky vyskytují u 10–35 % kojenců. S tímto názorem souhlasí také Gregora (2010), který říká, že tímto onemocněním trpí 15–20 % kojenců. Naproti tomu Bronský a Bronská (2012a) udávají o něco menší frekvenci výskytu, a to mezi 10–15 % kojenců. Bronský a Bronská (2012b) i Gregora (2010) se shodují, že incidence kojeneckých kolik není ovlivněna tím, jestli je dítě plně kojeno, nebo je na umělé výživě. Podle těchto odborníků je výskyt kolik u kojených i nekojených dětí shodný. Ohledně závislosti onemocnění na pohlaví dítěte existuje také více názorů. Sýkora et al. (2007) tvrdí, že výskyt kojeneckých kolik je stejný u děvčat jako u chlapců. Naproti tomu Bronský a Bronská (2012a) uvádějí, že incidence kojeneckých kolik je vyšší u chlapců než u dívek a také u prvorozených dětí.

### ***1.3.1 Příčiny a příznaky kojeneckých kolik***

Příčin a příznaků kojeneckých kolik může být hned několik. Nejedná se o jeden příznak, ale o celý soubor neboli syndrom (Frühauf, 2009). Příčiny kojeneckých kolik zůstávají však stále neznámé. Odborníci se je pokoušejí rozdělit do různých kategorií. Gregora (2010) uvádí, že by mohla existovat souvislost mezi kojeneckými kolikami

a intolerancí bílkoviny kravského mléka, zkráceně jen ABKM. Sýkora et al. (2007) ale tvrdí, že původ kojeneckých kolik v ABKM je pouze ojedinělý. Frühauf (2009) souhlasí s Gregorou (2010), že intolerance bílkoviny kravského mléka jako možná příčina kojeneckých kolik je velmi málo pravděpodobná a spíše se nevyskytuje. Kojenecké koliky se vyskytují se stejnou četností u dětí kojených, tak i nekojených. Ze studií vyplývá, že pokud kojící matka vyřadí ze své stravy kravské mléko, má to příznivý efekt na stav onemocnění kojence (Gregora, 2010). Dále bychom původ tohoto onemocnění mohli hledat v hormonech (motilin, ghrelin), v nesouhře sympatiku a parasimpatiku (dysmotilita), někdy v krajních případech i ve fyziologické variantě chování kojence, v ezofagitidě, která je však také málo pravděpodobná (Frühauf, 2009). U kojených dětí se může vyskytovat ještě jedna příčina kojenecké koliky, a sice aerofagie, což znamená nadměrné polykání vzduchu při kojení. Následně pokud si dítě nedostatečně odříhne, přechází vzduch do trávicího systému a může působit koliku (Sýkora et al., 2007).

Gregora (2010) rozděluje kojenecké koliky do dvou skupin. První skupina kojenecké koliky pramení z organických příčin a u druhé skupiny z příčin anorganických. Organické příčiny se člení do 5 oblastí. U první oblasti vychází onemocnění z gastrointestinálního traktu, to znamená, že má podklad v obstipaci, ABKM, v gastroezofageálním refluxu nebo uskřínuté kýle. Dále k této oblasti patří také rektální fisura, torze varlete, poruchy průchodnosti biliárních cest (Frühauf, 2009). Druhá oblast zahrnuje příčiny kojeneckých kolik majících podklad v onemocnění uropoetického systému, jako je například infekce močových cest. Kojenecké koliky mohou být způsobené i jinými infekcemi (meningitida, otitida), na podkladě traumatu (týrání, fraktura) a poslední oblast organických příčin představují abnormality a poruchy centrální nervové soustavy (migrény, subdurální hematoma). Dle Frühaufa (2009) se organické příčiny vyskytují u méně než pěti procent kojenců s kojeneckou kolikou. Další velkou skupinu tvoří příčiny neorganického původu. Sem bychom mohli zařadit vyšší produkci plynu u kojence, aerofagii, stav osídlení střeva bakteriemi, ale patří sem i příčiny jako úzkost rodičů, nefunkční rodina, stres v graviditě nebo poporodní deprese u matky (Gregora, 2009).

Naproti Gregorovi (2010) rozdělují Bronský a Bronská (2012b) kojenecké koliky do 3 skupin, a sice na gastrointestinální, psychosociální a vývojovou oblast příčin. Mezi gastrointestinální faktory řadí polykání vzduchu neboli aerofagii. Ta bývá většinou u rychle pijících dětí, nebo také při nesprávné technice kojení. Správné přísátí kojence

je totiž pro prevenci vzniku kojeneckých kolik velice důležité. Může se jednat o hyperperistaltiku, poruchy motility, prvotně se projevující alergie na některou složku potravy, kterou sní matka a již jedinec dostane ve formě mateřského mléka. U psychosociálních faktorů se traduje, že by mohla existovat spojitost tohoto onemocnění s nefunkčností rodiny, nedostatkem rodičovských zkušeností nebo živějším temperamentem dítěte. Tyto domněnky ale nebyly nikdy potvrzeny žádnou studií, naopak hypotéza, že temperamentnější dítě trpí častěji kojeneckými kolikami, byla studií vyvrácena. Frühauf (2009) k psychosociálním faktorům přidává, že kojenecké koliky se vyskytují také u matek, které byly v těhotenství vystrašené a propadaly panikám, dále u mladších matek. Větší pravděpodobnost, že jejich dítě bude trpět kojeneckou kolikou, existuje rovněž u žen, které nevykonávaly manuální zaměstnání. Dle Sýkory et al. (2007) existuje souvislost mezi výskytem kojeneckých kolik a psychosociálními problémy matky již v době těhotenství. Oblast vývojových příčin kojeneckých kolik naopak přispívá k tvrzení, že existuje spojitost mezi kojeneckými kolikami, vývojem nervové soustavy a nezrálostí gastrointestinálního traktu kojence, protože tyto obtíže většinou samy vymizí po dosažení 4. měsíce věku kojence (Bronský, Bronská, 2012a). Frühauf (2009) udává, že kojenecké koliky se mohou vyskytovat ještě do dovršení pátého měsíce věku dítěte.

Pokud dítě trpí kojeneckou kolikou, je větší pravděpodobnost, že se u něj v pozdějším věku vyskytnou nějaká alergická onemocnění, psychické poruchy nebo že se mu bolesti břicha budou i vracet (Sýkora et al., 2007). U těchto dětí se dále kolem čtvrtého roku objevují problémy s příjmem potravy, při jídle mají negativní pocity a emoce. V šestém až osmém roce se u dětí, které trpěly kojeneckou kolikou, začaly objevovat příznaky ADHD a tyto děti měly také problémy kontrolovat své emoce (Frühauf, 2009).

### ***1.3.2 Úloha lékaře sestry v diagnostice kojenecké koliky***

V průběhu let se vyskytovaly různé termíny pro kojeneckou koliku. Jedním z nich je i syndrom excesivního pláče. Tento syndrom je v literatuře popisován již od osmnáctého století. Není to ale pojem, který by zahrnoval jen kojeneckou koliku, protože u ní totiž předpokládá, že je pravděpodobně gastrointestinálního charakteru. Syndrom excesivního pláče znamená obtížně utišitelný kojenecký pláč, u něhož běžné metody k tišení dítěte nepomáhají (Masopustová, Marešová, 2009). Sikorová, Plačková (2015) uvádějí, že podle výzkumu, který byl proveden, existuje souvislost mezi



syndromem excesivního pláče a psychickým stavem matky. Zatím se ale nezjistilo, jestli špatný rodinný stav vede dítě k přecitlivělosti a k nadměrné reaktivitě, nebo nadměrný pláč dítěte ovlivňuje stav rodiny a psychiku jejích členů.

Za základní diagnostiku se považuje pravidlo tří – to znamená, že kojeneček, který není jinak nemocný, pláče více než 3 hodiny denně, více než 3 dny v týdnu a po dobu více než 3 týdnů (Masopustová, Marešová, 2009). Lebl a Bronský (2012) uvádějí základní vyšetřovací postupy, díky kterým můžeme identifikovat, jestli se u kojence jedná o diagnózu kojenecké koliky neboli o tříměsíční koliku. Základním měřítkem je tedy pravidlo tří. Dále lékař uvažuje o této diagnóze v případě, kdy se koliky objevují ve stejnou denní dobu, nebo pokud je kojenci od 2. týdnů do 3. měsíců věku. Lékař sleduje typické příznaky syndromu excesivního pláče neboli kojenecké koliky, ke kterým patří především kopání a propínání nožiček, prstíky zatnuté v pěstičku, napnuté břicho, častý meteorismus, ublinkávání nebo neztišitelný pláč.

Lékař a sestra pokračují ve vyšetřování kojence tím, že se doptávají na další podrobnosti jako například:

1. Kdy se pláč u kojence objevuje (jestli je závislý na denní hodině, nebo ne, jestli je typický spíše v noci, nebo přes den).
2. Jestli se mění intenzita pláče, případně s čím je spojena, jestli se změnou polohy.
3. Jestli pláči nepředcházela jiná stolice, nějaký úraz, změny ve stravování.
4. Jestli dělá dítě při pláči něco neobvyklého, například přitahuje nožičky, nebo se jinak tváří.
5. Jestli rodiče u svého dítěte pozorují jiné chování, které pro něj dříve nebylo typické (Masopustová, Marešová, 2009).

Další kroky, které musí lékař podniknout, je posouzení celkového vzhledu kojence, kontrola fontanel, také by měl zkontrolovat konzistenci stolice, vzhled kůže a další (Masopustová, Marešová, 2009). Pokud lékař správně sepíše anamnézu a provede podrobné fyzikální vyšetření, v mnoha případech je to postačující pro stanovení diagnózy – kojenecká kolika. Pokud se jedná o jinak zdravého kojence, který nevykazuje žádné známky jiného onemocnění a dobře přibývá na váze, nemusí se provádět další laboratorní ani radiologické testy (Bronský, Bronská, 2012b). V případě, že kojeneček dobře prospívá, měla by sestra také zjišťovat techniku kojení, přísátí kojence a stav bradavek. Tyto dotazy jsou velmi důležité, protože špatná technika

kojení může vést k meteorismu u kojence, naopak při bolestivých bradavkách může dítě polykat krev z poraněných bradavek (Masopustová, Marešová, 2009).

Lékař také vyloučí další onemocnění jako infekční, gastrointestinální nebo onemocnění centrálního nervového systému. Svou pozornost by měl také zaměřit k vyloučení případného traumatu nebo zneužívání kojence. Pokud by měl jakékoliv pochybnosti, je vhodné kojence dále dovyšetřit ve specializovaných ordinacích, jako jsou například neurologická nebo gastroenterologická (Bronský, Bronská, 2012b). Důležité je také zjištění, jaké způsoby používají rodiče k tišení pláče a jestli tyto jejich postupy jsou efektivní, nebo nikoli (Masopustová, Marešová, 2009).

U velmi malého procenta dětí, asi tak u 5 procent kojenců s nadměrným pláčem, je příčina organického původu. Proto je nutné, aby zdravotnický personál při stanovení diagnózy myslel i na tuto možnost. Pro lékaře je při vyloučení organické příčiny nadměrného pláče u kojence rozhodující cyanóza, apnoe nebo poruchy dýchání. Dále zjišťuje frekvenci a množství toho, co kojeneček ublinkává, aby mohl vyloučit onemocnění pylorosteózu (Bronský, Bronská, 2012b). Mezi další onemocnění, které je třeba vyloučit, patří choroba hirschsprung, uskřinutá kýla, anální trhlina, torze varlete nebo odřenina rohovky (Johnson et al, 2015).

Celková doba, kterou kojeneček propláče, se s věkem fyziologicky mění. Po třetím měsíci věku dítěte by se měla proplakaná doba dne začít snižovat, a to u zdravého kojence, ale i u kojence, který trpí syndromem excesivního pláče (Masopustová, Marešová, 2009).

Pokud problémy ani tehdy neustupují, je dobré pátrat po organických onemocněních gastrointestinálního traktu. Lékař musí zaměřit svou pozornost také na celkový stav kojence, zánětlivé parametry. Je dobré také odebrat stolici na okultní krvácení nebo vyloučit případné alergie (Bronský, Bronská, 20102b). U kojenců odebírá sestra vzorek stolice přímo z pleny prostřednictvím špachtle a uloží ho do přichystané nádobky. Některé nádobky mají uvnitř tekutinu a rysku, takže je třeba odebrat dostatečné množství stolice, aby byla ponořená a hladina dosahovala k dané rysce. U větších dětí se stolice odebírá z nočníku (Leifer, 2004), odebírat se může také za pomoci speciálních kontejnerů s lopatičkou (Čermák, Förstl, 2003).

### ***1.3.3 Úloha lékaře a sestry v léčbě kojenečkových kolik***

Kojenečká kolika je benigní onemocnění, které je časově omezené a po dosažení určitého věku kojence samovolně odezní. Z tohoto důvodu je pro léčbu nejdůležitější

uklidnění a podpora rodičů. Lékař i sestra by měli rodiče dostatečně edukovat o tom, co jsou kojenecké koliky za onemocnění a že v určitém věku samy vymizí (Johnson et al., 2015). Také je velmi důležité, aby zdravotnický personál poučil rodiče, že pokud u plačícího kojence ztrácejí kontrolu nad svým jednáním, je lepší dítě položit do postýlky a odejít z pokoje. Tyto kroky slouží jako prevence syndromu třeseného dítěte (Gelfand, 2016).

Nejúčinnější farmakologickou léčbou při kojeneckých kolikách je podávání probiotik, přesněji *Lactobacilla reuteri* (Gelfand, 2016). Dle Johnsona et al. (2015) došlo po podávání *Lactobacilla reuteri* ke snížení příznaků kojeneckých kolik ve 4 z 5 klinických studií. Z farmakologické léčby se dále široce využívá acetaminofen. Tento přípravek je vhodný u novorozenců k léčbě procedurální bolesti. Výhodou je, že je u této látky dobře známý dávkovací postup, a dokonce i u takto malých dětí je prokázáno, že podávání tohoto léku je pro kojence bezpečné. Jako lék první volby by se mohl zdát být vhodnější ibuprofen, ale jeho užívání je povoleno až kojencům starším než 6 měsíců věku (Gelfand, 2016).

Mezi další léky, které se běžně kojencům s tímto onemocněním podávají, patří simethicone kapky, jejichž výhodou je dobrá dostupnost. Na základě randomizovaných studií bylo zjištěno, že účinnost těchto kapiček v léčbě kojeneckých kolik není větší než při podávání placebo. O něco účinnější než placebo je dle výzkumů dicyklomin. Ten je ale při léčbě kojeneckých kolik kontraindikován u dětí mladších než 6 měsíců, a to kvůli nežádoucím účinkům. Mezi ty patří především ospalost, zácpa, průjem nebo apnoe. Mezi další neúčinná léčiva patří také inhibitory protonové pumpy (Johnson et al., 2015).

V poslední době je velkým trendem léčit dítě s kojeneckou kolikou jako malé dítě s migrénou. U kojenců bohužel doposud neexistují žádné studie, které by zkoumaly vliv užívání léčiv jako prevence vzniku dětských migrén. Existuje pouze zpráva, která říká, že užívání cyproheptadinu by mohlo být užitečné při řešení problematiky kojeneckých kolik. Byla by ale potřeba více studií, aby se prokázalo, zda se dají principy léčby dětských migrén efektivně aplikovat v léčbě kojeneckých kolik (Gelfand, 2016).

Jednou z možných léčebných metod kojenecké koliky se jeví být také použití akupunktury. Akupunkturální bod by se měl stimulovat dvakrát týdně, a to minimálně po dobu 3 týdnů. Při dodržování tohoto postupu došlo ke snížení doby pláče i jeho intenzity. Doposud nebyly zjištěny žádné závažné nežádoucí účinky. Poslední studie ale ukázala, že tato metoda žádnou velkou účinnost nevykázala. Prozatím je doporučeno, aby se akupunktura používala pouze v klinických studiích. Je třeba zjistit další

akupunkturní body a způsoby stimulace (Savino et al., 2014). Landgren et al. (2015) se přidává k názoru, že akupunktura prokazatelně uvolňuje bolesti a že se zdá být bezpečnou léčbou kojeneckých kolik. Dodává, že tato metoda musí být prováděna vyškolenými akupunkturisty. Také se přidává k názoru, že je zapotřebí provést další výzkum k ověření užitečnosti a bezpečnosti této metody. Dosavadní výsledky, které byly publikovány v některých článcích, totiž mohou být zkreslené vlivem způsobu měření, nedostatečné velikosti vzorku, odlišných metod jehličkování a dalších odlišností.

Podle Savina et al. (2014) existují dvě schémata pro léčbu kojenecké koliky. Léčebné intervence se rozlišují podle toho, zda je dítě kojené, nebo je na umělé kojenecké stravě. U kojených dětí by matka měla vyzkoušet nízkoalergenovou stravu. Především by se měla vyhnout konzumování mléka a mléčných výrobků. Nezbytná doba k vyzkoušení účinnosti této metody jsou minimálně dva týdny. Pokud po dvou týdnech matka zjistí pozitivní efekt na kojence, měla by v této stravě nadále pokračovat. Pokud se ale tento efekt nedostaví, je na čase vyzkoušet u kojence užívání probiotik. Pokud ani probiotika nepomůžou, je dobré zvážit podávání léků na zmírnění bolesti. Podle studie bylo prokázáno, že kojenci, kteří trpí kojeneckou kolikou a jejichž matky dodržovaly danou dietu, plakaly o 137 minut méně. Nízkoalergenová dieta spočívala v tom, že matky kojenců vyřadily ze svého jídelníčku kravské mléko, vejce, arašídy, stromové ořechy, pšenici, sóju a ryby. Šest studií potvrdilo myšlenku, že zavedení nízkoalergenové diety do jídelníčku matky pomáhá při snižování výskytu kojeneckých kolik. Je třeba, aby matka tento režim dodržovala alespoň do tří až šesti měsíců věku dítěte. Poté může začít uvažovat o návratu k původní stravě (Johnson et al., 2015). U nekojených dětí se nejdříve z klasického umělého kojeneckého mléka přechází na speciální kojenecké mléko. Pokud ani po krmení speciálními formulemi příznaky kojenecké koliky nezmizí, přechází se na extenzivně hydrolyzované formule na bázi kaseinu nebo syrovátky. Pokud ani ty v léčbě kojenecké koliky nejsou efektivní, vrací se matka zpět k podávání klasického umělého kojeneckého mléka (Savino et al., 2014).

#### ***1.4 Edukace matky sestrou o nefarmakologických postupech v léčbě a prevenci kojeneckých kolik***

Edukace se zabývá výchovou a vzděláváním jedince. Tento pojem je převzat z latiny ze slova vychovávat – educo, educare. „Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní

*změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“* (Juřeníková, 2010, s. 9). Edukace tvoří nedělitelnou součást ošetrovatelského procesu a patří ke každodenní činnosti sestry. Kdybychom chtěli edukaci zařadit mezi fáze ošetrovatelského procesu, patřila by tato činnost do fáze realizace. Jedná se o ošetrovatelské intervence, které zahrnují široký komplex znalostí a psychomotorických i postojových dovedností (Šulistová, Trešlová, 2012).

Tyto ošetrovatelské intervence mohou být buď záměrné, nebo nezáměrné a podle toho se také odlišuje edukační proces. Edukační procesy doprovázejí člověka od narození až do smrti. Můžeme v nich označit čtyři činitele, a sice samotné edukanty, dále jejich edukátory, neméně důležité jsou také edukační konstrukty a edukační prostředí. Pojem edukant označuje osobu, která se něčemu učí. Může to být pacient/klient, zdravý člověk, ale i zdravotnický personál. Každý edukant je typický svými vlastnostmi. Může se lišit ve vlastnostech fyzických, afektivních, ale i kognitivních. Další odlišnosti mohou být ve víře, etnické příslušnosti nebo sociálních podmínkách daného jedince. Oproti tomu edukátor je jedinec, který vykonává aktivitu v procesu edukace, to znamená, který vyučuje. Touto osobou může být lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut nebo nutriční terapeut (Juřeníková, 2010). Dle Šulistové, Trešlové (2012) označuje pojem edukační konstrukt všechny prvky, které podporují, řídí nebo kontrolují edukaci. Můžeme mezi ně zařadit edukační teorie, modely, plány, zákony, učebnice, testy nebo diplomy. Čtvrtým činitelem edukačního procesu je edukační prostředí určené vnitřními a vnějšími podmínkami, ve kterých probíhají edukační procesy. Každé edukační prostředí je svým způsobem charakteristické a vzájemně se odlišují obsahem, formami i intenzitou edukačních procesů. Edukační prostředí může být například rodina, škola, pracoviště, zdravotnické zařízení nebo sportovní organizace. Každé toto edukační prostředí je specifické.

Edukační proces má 5 fází následujících logicky po sobě, aby byl řízený a plánovaný. Sestra si musí celý proces před edukací, během edukace, ale i po ní důkladně promyslet. K realizaci edukace dochází mezi edukátorem a edukantem (Kuberová, 2010). Sestra ve své edukační činnosti může vykonávat více rolí. Pokud edukuje pacienty/klienty, vystupuje jako edukátor. Může ale také vést studenty nebo své kolegyně a poté vystupuje jako mentor (Šulistová, Trešlová, 2012). O tom, jak bude edukační proces kvalitní, rozhodují vzájemné vztahy mezi edukátorem a edukantem, jejich osobnostní kvality, hodnoty, názory, postoje, ale také zájmy. Mezi 5 fází, které

se řadí do edukačního procesu a jež si edukátor musí důkladně připravit, patří posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Fáze realizace se dále rozděluje na motivaci, expozici, fixaci a aplikaci (Kuberová, 2010).

Aby mohla sestra dobře vykonávat svou funkci edukátora, měla by mít určité vlastnosti. Měla by být empatická, zodpovědná, trpělivá a ochotná pomoci. Chybět by jí neměly dovednosti v oblasti komunikační a jazykové, aby mohla dobře vést výuku. Je také dobré, aby plně rozuměla danému problému, o kterém edukuje. Mnozí pacienti si již předem zjišťují informace o svém onemocnění na internetu a při edukaci působí velmi negativním dojmem, pokud by se u sestry projevil nedostatek znalostí daného problému (Svěráková, 2012). Podle osoby, kterou bude edukátor edukovat, si předem vybere nejvhodnější výukovou metodu. Výukové metody se liší dle didaktického aspektu – metody slovní, názorně demonstrační a dovednostně praktické. Metody mohou být děleny také dle aspektu psychologického, logického, procesuálního nebo organizačního (Šulistová, Trešlová, 2012).

Při zvýšení edukační úrovně dochází k pozitivnímu působení na edukanta, který se následně snaží o uzdravení a zlepšení kvality života (Kuberová, 2010). To je také hlavní úkol zdravotníka, který by měl edukantovi poskytovat informace, poznatky, nacvičovat potřebné dovednosti v takové míře, aby mohlo dojít k obnově a udržení zdraví (Juřeníková, 2010). Edukační činnost nabízí holistický přístup a kvalifikovanou pomoc pacientům/klientům, kteří jsou ohroženi různými onemocněními, ať už tělesnými, psychickými, stresovými, ale i jedincům sociálně ohroženým (Kuberová, 2010).

#### ***1.4.1 Nefarmakologické postupy v prevenci a léčbě kojeneckých kolik***

Léčba kojeneckých kolik je velice složitá a často neúspěšná. Rodiče se v zoufalství snaží hledat jiné způsoby, jak svému miminku pomoci od bolesti a alespoň částečně mu ulevit. Proto se jich velká část snaží najít radu a pomoc v alternativní medicíně. Možností je hned několik. Může se jednat o bylinné extrakty, různé manipulační techniky, masáže, reflexologie a další. Bohužel většina studií o uplatnění alternativní medicíny v léčbě kojeneckých kolik byla špatně provedena, což snižuje důvěryhodnost výsledků. Nejúčinnějším se ale zdá extrakt fenýklu nebo směsi bylin. Více než jedna studie také poukazuje na pozitivní efekt užívání sacharózy v léčbě kojeneckých kolik. Mezi další alternativní metody patří také nošení dětí, kojenecké masáže nebo chiropraktiky, ale u nich nebyl prokázán viditelný efekt (Bronský, Bronská, 2012b).

Naproti tomu Sheidaei et al. (2012) prokazují ve svém výzkumu účinnost masáží a houpání ke zmírnění příznaků kojeneckých kolik, dokonce i v samotné léčbě.

#### **1.4.2 Význam kojení v prevenci a léčbě kojeneckých kolik**

Kojení bylo od pradávna považováno za dar, nejlepší a jediný způsob výživy dítěte. V 50. letech 19. století se začal rozvíjet výzkum a výroba umělé výživy a tradovalo se, že tato výživa může plně nahradit mateřské mléko. Dnes už zase vědci a výzkumníci došli k názoru, že mateřské mléko je pro dítě nenahraditelné, je pro něj nejpřirozenější výživou a má pozitivní účinek na somatické a psychické zdraví dítěte, ale i matky (Roztočil, 2008). V dnešní době je kojení zařazeno do Národního programu podpory zdraví a preventivních programů 21. století. Roste také počet nemocnic přátelských dětem, neboli Baby friendly hospital, které respektují právo dítěte na kojení a vytvářejí vhodné podmínky, které by podporovaly kojení. Je tedy nutné, aby na oddělení byl personál, který je vzdělaný v této problematice. O kojení většinou edukují maminky na oddělení dětské sestry a porodní asistentky (Slezáková et al., 2011).

Kojení má oproti umělé výživě mnoho výhod. „*Mateřské mléko je nejvhodnější způsob výživy pro dítě*“ (Roztočil, 2008, s. 134). Mateřské mléko je vždy sterilní a ve správné teplotě. Má také ideální složení živin, které plně saturuje potřeby dítěte (Slezáková et al., 2011). Roztočil (2008) udává, že mateřské mléko chrání dítě před infekcemi, ale i neinfekčními onemocněními typu alergie nebo chudokrevnost. Také působí pozitivně na psychický a citový vývoj dítěte, má pozitivní účinek na vývoj mozku a také upevňuje budoucí vztah mezi matkou a dítětem. Slezáková et al. (2011) souhlasí s Roztočilem v hodnocení výhod kojení a ještě doplňuje, že kromě alergií mateřské mléko také eliminuje budoucí výskyt ekzémů, diabetu mellitu, obezity, chronických onemocnění gastrointestinálního systému. U žen také díky lepší remineralizaci kostí snižuje riziko karcinomu ovarií nebo prsu. Poslední a neméně důležitou výhodou kojení je ekonomická stránka, kdy kojení je výrazně levnější než umělá strava.

Je důležité, aby sestra edukovala maminku o správných polohách při kojení. Mezi 3 nejčastější polohy při kojení se řadí poloha vleže. Pokud je ale tato poloha pro maminku příliš obtížná, je lepší vyzkoušet polohu vsedě nebo boční (fotbalové) držení. Při poloze vleže leží matka na boku a v pase je prohnutá, pod hlavou má polštář a miminko jí leží na paži. Poloha miminka by měla být také na boku a mělo by být v tělesném kontaktu tělíčkem i nožičkami s tělem matky. Při poloze vsedě sedí

maminka pohodlně se zády podepřenými polštářem. Další polštář má na klíně, aby miminko leželo v ideální výšce. Miminko leží na boku a tělíčkem se dotýká matky. Je důležité, aby celé tělíčko bylo přivínuto k matce, v žádném případě by nemělo dojít k tomu, aby dítě muselo otáčet hlavičkou (Schneidrová et al., 2006). Boční držení – „*Dítě leží na předloktí matky, která rukou podepírá ramínka dítěte, jeho nožky jsou podél matčina boku. Předloktí matky je podepřeno polštářem*“ (Roztočil, 2008). Je důležité, aby sestra edukovala maminky o vhodnosti této polohy zejména v případech, kdy mají maminky velká prsa, ploché bradavky, jsou po porodu císařským řezem, také pokud jsou děti spavé nebo mají problémy se naučit sát (Schneidrová et al., 2006). Roztočil (2008) udává další polohy, které se dají ke kojení využít. Patří tam například poloha tanečníka, poloha s opřenými zády, kojení v polosedě s podloženými nohama nebo kojení dvojčat dvěma rukama. Podle Kiedroňové (2005) je velice důležité pro dostatečné nasycení miminka, aby bylo v teple, pohodlí a aby mělo pocit jistoty a bezpečí. Tohoto stavu se u miminka nejjednodušeji docílí tím způsobem, že budeme miminko kojít v peřince. Dítě se cítí pohodlně a bezpečně a maximálně se věnuje sání mléka. Pokud dítě dostatečně a kvalitně saje, podporuje to laktaci u maminky, a pokud má maminka dostatek mléka, může miminko kvalitně sát a je spokojené a nasycené. Dále by se maminka měla při kojení cítit uvolněně a pohodlně, protože stres matky se přenáší na dítě.

#### **1.4.3 Význam správné techniky kojení v prevenci a léčbě kojeneckých kolik**

Pro bezproblémové kojení je důležité, aby bylo dodržováno správné držení prsu a správné přikládání k prsu. Maminka by měla palec přikládat nad dvorec a ostatními prsty podebírat prs. Neměla by se dotýkat dvorce a dítěti by měla nabízet co největší možnou plochu k správnému přísátí, to znamená, že by dítěti neměla nabízet jen plochu bradavky. Další zásadou, o které matku edukujeme, je to, že musí vždy miminko přikládat k prsu, ne ňadro k miminku. Kojení by mělo být příjemným procesem a nemělo by matce způsobovat bolest nebo nepříjemné pocity. Posledním bodem je, aby matka a dítě byly navzájem ve správné poloze (Slezáková et al., 2011). Proces přísátí začíná tím, že matka vyvolá sací reflex, a to tak, že se dotkne bradavkou pusinky dítěte. Dítě by mělo začít hledat, otáčet hlavičkou, a když bude ve fázi, že otevírá pusinku a vyplazuje jazyk, matka by měla dát dostatečnou část prsu do pusinky miminka. Maminka by neměla dítěti odtahovat prs od nosíku, protože samotná poloha dítěte mu umožňuje mít průchodné dýchací cesty (Schneidrová, 2006). Při správném přísátí matka



slyší, jak dítě začíná pomalu a dlouze sát a jak polyká (Roztočil, 2008). Toto by měla slyšet alespoň 5–10 minut (Schneidrová, 2006). Matka by měla mít zdravé prsy, neměly by být bolestivé a neměla by mít poškozené bradavky. Pokud dítě není správně přisáté, pozná to matka tak, že dítě nemá široce rozevřenou pusinku, jazyk není ve tvaru žlábků a nepřesahuje dolní ret, dítě při pití mlaská a má propadlé tváře (Roztočil, 2008).

Existují rozdíly mezi kojením a pitím z lahvičky. Pro miminko je mechanismus sání zcela odlišný. Malé dítě neumí zvládnout obě techniky pití z lahvičky a sání mateřského mléka, což vede následně k neefektivnímu sání z prsu. Dítě se do toho stavu může dostat již po prvním krmení z lahvičky. Největší rozdíl je ten, že dítě na lahvičku nemusí otevřít ústa tak do široka, jak by to muselo udělat při sání z prsu. Může se stát, že nedostatečně otevřenými ústy poraní matce bradavku a zamezuje dostatečnému plnění prsu mlékem. Dítě se také naučí držet ústy tenký dudlík láhve a poté takto obemyká i matčinu bradavku, což jí také způsobuje bolest a to může bránit spouštění mateřského mléka. Alespoň prvních 4–6 týdnů je dobré nekombinovat krmení z lahvičky a kojení z prsu, aby dítě mělo dostatek času zvládnout techniku kojení. Pokud maminka nemá dostatek mateřského mléka, nebo je třeba dítěti podávat ještě umělou stravu, je lepší tuto stravu podávat skrz stříkačku, lžičkou, kádinkou, kapátkem nebo aplikátorem (Schneidrová, 2006).

Dalším rozdíl spočívá v tom, že z lahvičky teče mléko rychleji než z prsu. Dítě tedy pije hned a s vynaložením menšího úsilí a také prožívá jiné pocity. Dudlík je tvrdší, má jiné parametry, materiál. Kojené dítě si samo určuje tok mléka v souvislosti s tím, jak velký má hlad. Tuto schopnost ztrácí dítě krmené z lahvičky. To je nejspíše jeden z důvodů, proč kojené děti přibývají na váze pomaleji (Hanáková et al., 2015). Při krmení z lahvičky se postupuje následovně. Nejdříve maminka kojence přebalí, poté si umyje ruce a vyzkouší teplotu stravy na své vlastní kůži. Je důležité maminku poučit o tom, že lahvička se musí držet tak, aby strava vyplňovala dudlík a hrdlo lahvičky. V tomto prostoru by neměly být při krmení dítěte žádné vzduchové bubliny, aby nedocházelo k nadměrnému polykání vzduchu kojencem neboli aerofagii. Poté je nutné stejně jako po kojení nechat dítě odříhnout (Mikšová et al., 2006).

Dostatečné odříhnutí dítěte má také preventivní charakter v případě kojeneckých kolik. Kiedroňová (2005) udává, že pokud bylo dítě kojené v peřince, je nejlepší polohou pro odříhnutí zvednout dítě v peřince do vyvýšeného klubička, nebo ho v peřince uložit do autosedačky. Dětská sestra by měla edukovat rodiče o vhodných

polohách k odříhnutí dítěte, mezi něž patří například poloha tygříka, pejska nebo vyvýšeného klubíčka u dětí starších než dva měsíce.

#### ***1.4.4 Význam masáží v prevenci a léčbě kojeneckých kolik***

Masáž znamená provádění řady pohybů na různých částech těla, abychom dosáhli nějakého konkrétního cíle. Masáž uvolňuje svalové napětí, ale také napětí vnitřních orgánů a vede ke stimulaci a zlepšení krevního oběhu v orgánech a tkáních. Předpokládá se, že masáž pozitivně působí také na kojenecké koliky, protože ty pocházejí z křečových stavů. K uvolnění dochází díky zvýšení střevní peristaltiky a krevního oběhu. Jako další pozitivní efekt masáží se popisuje zlepšení spánku dítěte (Nahidi et al., 2017). Proto řadíme masáž břicha k dalším alternativním metodám, které se doporučují k mírnění kojenecké koliky (Kostluk, 2015). V některých zemích, kde se snaží lidé žít v užším vztahu s přírodou, mají kojenecké masáže nezastupitelnou roli v každodenní péči o dítě. Příznivé účinky masáží byly prokázány také u předčasně narozených dětí, které se po pravidelných masážích lépe a rychleji vyvíjely (Hašplová, 2015).

Pojem kojenecká masáž není to samé jako masáž u dospělého člověka. Jedná se spíše o typ hry, kdy dochází k dávání a přijímání jemných emocí. Upevňuje se tak vztah mezi rodičem a dítětem a k celkově zdraví (Walter, Velten, 2010). Stejně jako Walter a Velten (2010) i Sheidaei et al. (2016) označují za výhodu této techniky upevňování vztahu mezi matkou a kojencem. K ní přidávají ještě další, jako jsou například zmírnění gastrointestinálních problémů, zlepšení imunitního systému dítěte nebo pozitivní působení na přírůstek hmotnosti dítěte. Na počátku života jedince se jedná spíše jen o roztírání oleje. Při masáži se postupuje nejdříve k periferii a poté z periferie do středu těla. Od začátku druhého měsíce věku dítěte se postupně přidávají prvky masáže. Masáž by se měla provádět půl hodiny po krmení, když má dítě dobrou náladu a je klidné. Je dobré, když se masáž stane takovou každodenní tradicí. Dítě je poté klidnější, lépe spí, nebolí ho břicho, není tak často nemocné, je veselejší a mazlivější (Hašplová, 2015).

Provedení kojenecké masáže není nic obtížného a zvládne ji každý. Je k tomu potřebné pouze si vyhradit čas a mít cit v konečcích prstů. K masáži kojenců jsou vhodné oleje, nikoliv mléka nebo krémy s různými syntetickými přísadami nebo minerálními látkami, u nichž dodnes nevíme, jaké účinky mohou na takto malý organismus mít. Mezi vhodné oleje pro masáže kojenců se uvádějí například olej ze

sladkých mandlí, jojobový olej, olej z pšeničných klíčků, třezalkový olej, olivový olej nebo olej z aloe vera. Do těchto olejů mohou rodiče dle svého uvážení přidávat také různé éterické oleje (Walter, Velten, 2010). Při provádění masáže je důležité najít optimální dobu, kdy se můžeme miminku 10–15 min. plně věnovat a nic nás u toho nebude rušit, tedy dobu, kdy je dítě klidné a veselé. Tento daný čas bychom měli dodržovat každý den (Hašplová, 2015).

Před začátkem masáže matka připraví vhodné prostředí, aby miminku nebyla zima nebo nebylo v průvanu (Walter, Velten, 2010). Je dobré si dopředu připravit plenky, kdyby jich náhodou bylo potřeba. Maminka si připraví příjemnou, ale ne příliš měkkou podložku (prostěradlo, osušky). K ruce si postaví misku s masážním olejem a dle jejího uvážení buď pustí hudbu, nebo miminku zpívá, případně si s ním povídá (Hašplová, 2015). Walter, Velten (2010) uvádějí, že nejvhodnější polohou pro provádění kojenecké masáže je, když matka sedí na zemi a kojence si položí do prohlubně mezi nohy. V této poloze mají matka a kojeneček neustálý kontakt jak zrakem, tak kojeneček cítí matčino tělesné teplo. Matka si odstraní z rukou veškeré šperky a dbá na úpravu nehtů, aby nedošlo k poranění kojence. Většina matek začíná s masáží druhý týden života dítěte. Zpočátku je velmi důležité navázat zrakový kontakt a kojence na nový proces navyknout. Dále by měla maminka s dítětem neustále komunikovat a povídat mu, co se děje a bude dít. Mateřský hlas vzbuzuje u dítěte pocit jistoty a bezpečí.

Dle Hašplové (2015) působí u kojenečkových kolik velmi pozitivně na uvolnění miminka protřásání nožek. Dále se dá používat mlýnek a vodní mlýn. Při mlýnku kroužíme miminku kolem pupíku po směru hodinových ručiček, abychom podpořili peristaltiku. U vodního mlýna střídáme pokládání dlaní na břicho od hrudní kosti až do podbříšku. Tyto tři masážní techniky je dobré provádět 3–4krát denně, a to i v případě, že dítě netrpí kojenečkovými kolikami. Působí to preventivně a předcházíme tím kolikovitému napětí břicha. Po masáži může působit úlevu také nahřátá plenka, kterou položíme miminku na břicho. U urputných kolik se v některých případech může brát v potaz rektální rourka (Kostluk, 2015).

#### ***1.4.5 Význam správné manipulace a polohování v prevenci a léčbě kojenečkových kolik***

Správná manipulace s miminkem je podstatná pro správný vývoj dítěte. V dnešní době dochází velmi často ke špatnému zacházení s dítětem. Děti jsou nošené bez peřinky, velmi rychle stavěny do vertikální polohy a vystavovány velké koncentraci lidí.

Nejlepší je učit správné manipulaci s dítětem nastávající rodiče, kteří ještě nemají vžitě špatné stereotypy z různých poraden, od rodičů, prarodičů či kamarádek. Špatná manipulace s miminkem může mít za následek zhoršené prospívání dítěte, ublinkávání, plačtivost nebo problémy se spánkem. U dětí, které jsou neklidné, nespokojené, často pláčou, špatně spí, se zachází jako se zvýšeně dráždivým dítětem. Sestra by měla edukovat matku, že u těchto dětí bývá prospěšné ukládat je na spaní do loktuše. Maminka uváže do každého rohu postýlky prostěradlo a na dno postýlky uloží polštář. Do takto připravené prohlubně uloží miminko. Miminko pociťuje pocit jistoty a bezpečí, polštář mu také poskytuje teplo. Již po několika týdnech používání této metody, nošení v peřince a v klubíčku se stav dítěte zlepší natolik, že maminka může loktuši odložit (Kiedroňová, 2005).

Existuje také mnoho poloh, v jakých je vhodné miminko nosit v náručí. Pokud chce maminka masírovat břicho dítěte, cvičit a posilovat zádomé svaly, je vhodné miminko nosit v poloze tygríka (Gregora, Velemínský, 2011). Při této poloze leží miminko na předloktí maminky a obličej směřuje směrem dolů. Kiedroňová (2005) udává, že kromě již zmíněných pozitivních účinků této polohy je tygrík také velmi vhodný k umývání zadečku nebo k odříhnutí po kojení. Dříve při této poloze měla maminka ruku mezi nožkami dítěte, v dnešní době sestra edukuje maminku o tom, že je vhodné děťátko držet pod stehnem a přitlačovat mu nožky k břichu.

Velmi příjemnou polohou pro děťátko je poloha v klubíčku. Cítí se v ní bezpečně a další výhodou je to, že ho tato poloha uklidňuje, a to i při pláči. Tato poloha má dvě varianty, a sice klubíčko a vyvýšené klubíčko (Gregora, Velemínský, 2011). Vyvýšené klubíčko je vhodné pro děti do 5–7 kg. Poté je ale lepší využívat polohu klubíčka vzhledem k vyčerpanosti maminky. Poloha klubíčka spočívá v tom, že dítě leží mamince na předloktí, hlavičku si opírá o paži a maminčina ruka drží tělíčko miminka. Další výhodou této polohy je to, že maminka má druhou ruku volnou například k nějaké činnosti nebo k nesení tašky (Kiedroňová, 2005).

V poloze klokánka držíme děťátko jednou rukou a druhá je pod stehny a zadečkem (Hanáková et al., 2015). Miminko se ale dá v této poloze držet jen jednou rukou a zadeček lze opřít o naše břicho. Dítěti nesmí nikdy v této poloze padat hlavička a nesmí být pouze zavěšeno za naši ruku. Tato poloha je vhodná k posilování šíjového svalstva, dále můžeme dětem ukazovat předměty, které je zajímají, aby tyto svaly zatínaly a posilovaly (Kiedroňová, 2005).

Metoda šátkování má mnoho výhod a jednou z nich je také předcházení kojeneckých kolik. U dětí se totiž v poloze v šátku vyvíjí tlak na břicho a to zlepšuje peristaltiku (Ryba, 2012). Dítě se v šátku cítí bezpečně, protože mu tato poloha připomíná dobu, kdy bylo ještě v děloze. Většina argumentů proti šátkování říká, že tato poloha křiví dětem páteř. Není to ale pravda, pokud je dítě v šátku správně uvázáno, je naopak páteř podepírána (Behinová et al., 2012). Tato metoda také od narození snižuje frekvenci dětského pláče, protože děti jsou v šátku mnohem klidnější a neustále se naplňují jejich potřeby – tepla, kontaktu, výživy a další (Ryba et al., 2012). To znamená, že šátkování je vhodné pro miminko jako tišící prostředek. Neméně důležitou výhodou je také to, že maminka má obě ruce volné (Behinová et al., 2012).

Musí se ale dbát na pravidla šátkování. Dítě nesmí mít hlavičku ve velkém předklonu, nikdy mu nezakrýváme ústa ani hlavičku látkou. Dále není vhodné s dítětem skákat nebo provozovat prudké pohyby, kdy by mohlo dojít k jeho poranění. Dítě by se nemělo v šátku nosit celý den, aby nedocházelo k útlaku spontánního rozvoje pohybových funkcí (Ryba et al., 2012). Sestra by měla edukovat matku o tom, že při pořizování šátku není vhodné šetřit. Maminka by měla pečlivě vybírat jak typ, tak materiál šátku, dbát na to, aby prošel atestem zdravotní nezávadnosti. Současně by měla vybírat s ohledem na svou tělesnou výšku, šířku hrudníku nebo na to, jaký typ úvazu chce následně používat (Behinová et al., 2012). Existuje mnoho typů úvazů, z nichž každý má své výhody i nevýhody. Úvaz, který je vhodný hned od narození, je kříž s vnější kapsou. Je vhodný pro děti, které špatně odřihávají, také pro těžší děti, při vyjmutí dítěte není nutné šátek rozvazovat. Nevýhodou je to, že uvázat tento typ úvazu vyžaduje jistou zručnost a je potřeba šátek dostatečně utáhnout. Maminky, jejichž děti trpí bolestmi břicha a kolikami, by se měly naučit především typ úvazu kolébka v kříži s kapsou. Kromě výhody pro děti s kolikami je v této poloze také snadnější přístup k prsu a tím pádem i kojení. Nevýhodou je, že se mamince nestejněmálně zatěžuje páteř, tudíž se doporučuje, aby při vázání šátku střídala pravou a levou stranu. Úvaz kolébka v kříži s kapsou se nedoporučuje dětem, které mají problémy s kyčlemi (Ryba et al., 2012).

#### ***1.4.6 Význam bylinných doplňků v prevenci a léčbě kojeneckých kolik***

Bylinné doplňky je třeba v kojeneckém věku užívat velmi opatrně a nejlépe pod lékařským dozorem (Savino et al., 2014). „*Mezi pacienty se často setkáváme*

*s dogmatem „co je přírodní, je bezpečné“. Tato argumentace zcela přehlíží skutečnost, že nejtoxičtější jedy jsou často látky přírodního charakteru“* (Kostluk, 2015). Výsledky studií o účinnosti bylinných extraktů se dají bohužel velmi špatně hodnotit, protože v nich nebyla dostatečně definována standardizace dávky léčivých bylin a síla použitých extraktů. Mezi další faktory, které přispívaly k nedůvěryhodnosti studií, bylo to, že nebylo vyloučeno ovlivnění studie ostatními složkami potravy, kterou kojenci přijímali (Bronský, Bronská, 2012b). V léčbě kojeneckých kolik se používají nejčastěji siličné drogy, mezi něž patří fenykl, máta a anýz. Hlavní účinek těchto bylin spočívá v tom, že působí spasmolyticky na střevo kojence (Kostluk, 2015). Mezi další bylinné doplňky, které by mohly být účinné při uklidnění kojence a snížení napětí břicha, patří heřmánek a citrónový balzám (Savino et al., 2014). Bronský a Bronská (2012b) ke spektru léčivých bylin přidávají ještě meduňku a lékořici. Kheir (2012) udává pozitivní efekt užívání bylinných směsí ve snížení pláče kojenců. Ve studii byla prokázána účinnost směsi heřmánku, vervainu, lékořice, fenyklu a citrónového balzámu. Tato směs byla dětem podávána 3× denně v dávce 150 ml.

Další možnou variantou v mírnění kojenecké koliky se ukázal být roztok sacharózy, který je ale účinný pouze u dětí kojených. Byly provedeny dvě studie. V první se zkoumal účinek sacharózy, kdy byly dvě skupiny dětí – jedna skupina dostávala sacharózu a druhá placebo. Ve druhé studii se zkoumaly účinky sacharózy na děti, které trpí kojeneckou kolikou, a na děti bez kolik. Z obou studií vyšel pozitivní účinek sacharózy na mírnění kojenecké koliky. Ukázalo se ale, že to má i nevýhodu. Účinek sacharózy trvá jen krátce, a to v průměru 3 až 30 minut (The Joanna Briggs Institute, 2004). Biagioli et al. (2016) souhlasí s výsledky výzkumů, kdy se ukázalo, že užívání sacharózy prokazatelně snížilo dobu pláče ve srovnání s užíváním placeba.

Matka by se měla snažit uklidňovat dítě například přebalením, ale ne kojením. Dítě by mělo být zvyklé na režimové opatření – krmení a jídlo dostávat v pravidelných intervalech. Na základě věku dítěte by se také měly prodlužovat intervaly, ve kterých je dítě v průběhu noci krmené (Gregora, Velemínský, 2011). Ašenbrenerová et al. (2010) radí, že pro uklidnění miminka je také velice dobré držet ho v některé z relaxačních poloh (ať už tygřík, nebo klubíčko) a chodit s ním pomalou kolébavou chůzí nebo je dobré si děťátko zabalit do peřinky. Pevně zabalená peřinka totiž dětem simuluje nitroděložní prostředí, jsou v teple a cítí se bezpečně. Nejlepší je polovysypaná peřová peřinka (Kiedroňová, 2005).

Americká pediatrická akademie vydala jistá doporučení, jak by rodiče měli postupovat, pokud jejich dítě trpí kojeneckými kolikami. Toto doporučení obsahuje osm základních bodů.

První bod se zabývá stravou, a to jak kojených, tak nekojených dětí. Pokud matka kojí, měla by ze svého jídelníčku vynechat mléko a mléčné výrobky, cibuli, kapustu. U nekojených dětí by měla matka vyzkoušet hypoalergenní varianty této stravy. Druhý bod se týká nošení dětí. O tom, že je vhodné k tomu využít různé pomůcky k nošení dětí (například šátky), které děti zklidňuje. Třetí bod říká, že se dítě lépe uklidňuje, pokud slyší rytmické zvuky. Těmito zvuky může být puštěný vysavač, pračka nebo sušička. Ve čtvrtém bodu stojí, že dítěti může od bolesti pomoci tlak na břicho, jenž vyvoláme tak, že si dítě položíme bříškem na nohy a budeme mu hladit záda. Pátý bod se týká pevného zavinování dětí do peřinky. Šestý bod je věnován rodičům – kuřákům. Bylo by dobré, aby rodiče přestali kouřit, nebo alespoň chodili kouřit ven. Pokud matka plánuje ještě nějaké těhotenství, neměla by v jeho průběhu kouřit. Sedmý bod upozorňuje rodiče na syndrom třeseného dítěte. Pokud je rodič ve stresu, měl by přenechat dítě některému jinému členovi rodiny a jít se třeba projít nebo si jiným způsobem odpočinout. Syndrom třeseného dítěte je velmi nebezpečný, může dojít až k poranění mozku, slepotě nebo smrti. Poslední bod udává, že u některých dětí může působit k uklidnění dudlík (Gregora, Velemínský, 2011).

## **2 Cíl práce, výzkumné otázky, hypotézy**

### **2.1 Cíle bakalářské práce**

1. Zmapovat úlohu sester při ošetrovatelské péči o kojence v ordinaci pro praktického lékaře pro děti a dorost.
2. Zmapovat proces edukace v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v péči o kojence s kojeneckou kolikou.
3. Zmapovat orientaci sester u praktického lékaře pro děti a dorost v problematice péče o kojence s kojeneckou kolikou.
4. Zmapovat orientaci rodičů kojenců v problematice péče o kojence s kojeneckou kolikou.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká je úloha sester v ošetrovatelské péči o kojence s kojeneckou kolikou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost?
2. Jak probíhá edukace rodičů, které mají dítě s kojeneckou kolikou?
3. Jaké znalosti a zkušenosti mají sestry v péči o kojence s kojeneckou kolikou?

### **2.3 Hypotézy**

1. Existují rozdíly v informovanosti matek o problematice kojeneckých kolik v souvislosti s výskytem kojeneckých kolik u jejich dítěte.



## **3 Metodika výzkumu**

### **3.1 Metodika výzkumu**

První část bakalářské práce tvoří část teoretická. Ta byla zpracovávána na základě odborných knih, článků a databází. Druhou část tvoří výzkumná část. Byly provedeny dva typy výzkumů, a to výzkum kvalitativní a kvantitativní.

Kvalitativní výzkumná část byla prováděna se sestrami v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost formou hloubkového rozhovoru. Sestry byly dopředu obeznámeny s tématem rozhovoru, jenž byl založen jak na znalostech a zkušenostech sester v problematice kojeneckých kolik, tak i na ošetřovatelských intervencích při tomto onemocnění. Rozhovor obsahoval 14 otevřených otázek (Příloha 1). Odpovědi sester byly zaznamenávány písemně a poté přepsány do programu Microsoft Word. Kódování rozhovorů a následná kategorizace probíhala metodou tužka a papír. Odpovědi byly kódovány odlišnými barvami a následně přiřazeny k jednotlivým kategoriím.

Pro druhou část výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda pro potvrzení či vyvrácení hypotézy. Jednalo se o dotazníkové šetření dat, které bylo anonymní. Jedinou podmínkou bylo, aby rodiče měli dítě ve věku maximálně 12 měsíců. Tento výzkum byl prováděn formou dotazníků, a to jak v tištěné, tak i v elektronické formě (Příloha 2). Dotazník se zabýval znalostmi rodičů o problematice kojeneckých kolik v závislosti na tom, jestli jejich dítě trpí, či netrpí těmito obtížemi. Dotazník se skládal z úvodní informační části a 16 otázek, z nichž 14 bylo uzavřených a u 2 otázek byla možnost doplnit vlastní odpověď. Dotazníky byly zpracovávány v programu Microsoft Excel do přehledných grafů. Hypotéza byla testována pomocí Chí kvadrát testu. Pro větší přehlednost výsledků a po konzultaci se statističkou byly kategorie v otázce 3 z odpovědí ano, spíše ano, spíše ne a ne sloučeny na odpovědi ano a ne. Hladina významnosti  $p = 0,6 \%$ .

### **3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Jako zkoumaný vzorek v kvalitativní části výzkumu byly zvoleny sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Všechny respondentky pocházely z Jihočeského kraje. Jediné kritérium pro jejich výběr bylo, aby pracovaly u praktických lékařů pro děti a dorost. Nejdříve bylo telefonicky osloveno 15 ordinací praktických

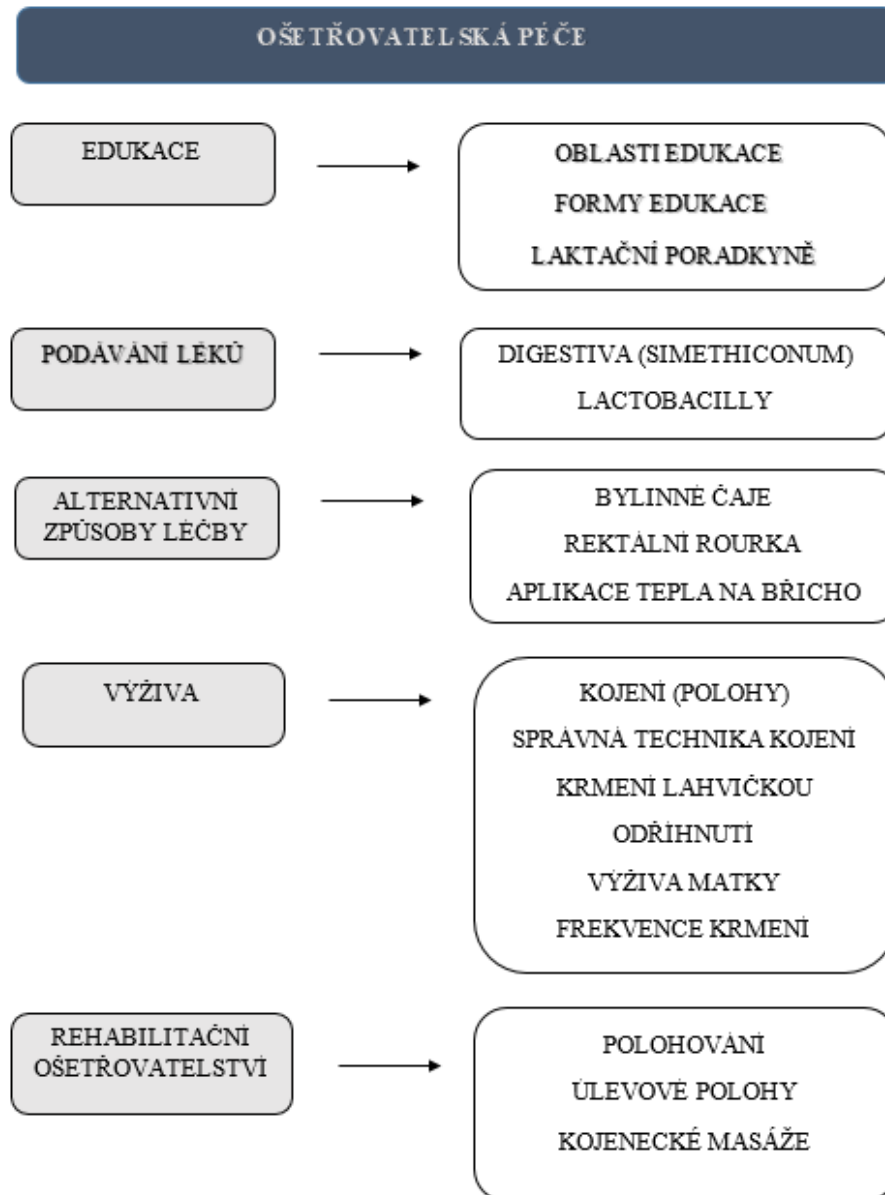
lékařů pro děti a dorost, z čehož 8 ordinací slíbilo spolupráci na tomto výzkumu, 6 účast na výzkumu odmítlo z různých důvodů. 3 ordinace neměly zájem se zúčastnit, 2 sestry odmítly kvůli svému věku a 1 ordinace odmítla z důvodu, že nechce podporovat vysokoškolské vzdělání sester. Po osobním setkání se výzkumu z 8 ordinací zúčastnilo 7 sester. V jedné ordinaci odmítly kvůli časovým důvodům. Věk respondentek nebyl pro tento výzkum klíčový, tudíž nebyl zkoumán.

V kvalitativním výzkumu tvořili výzkumný vzorek rodiče, kteří mají kojence do 12 měsíců věku. Dotazník byl anonymní a byl šířen jak tištěnou, tak elektronickou formou. Do ordinací praktických lékařů pro děti a dorost bylo rozdáno 70 dotazníků, z toho se vrátilo 49. Návratnost tedy činila 70 %. Ostatní dotazníky byly vyplněny elektronickou formou. Celkem bylo vyplněno 115 dotazníků. 12 dotazníků muselo být vyřazeno pro neúplnost odpovědí a informací. Výzkumný vzorek tedy nakonec tvořilo 103 respondentů.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky kvalitativní části výzkumu

1. kategorie: OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE



Obrázek 1 Ošetřovatelská péče

Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie ošetřovatelská péče je zaměřena na odpovědi sester z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost na otázky k problematice kojeneckých kolik. Odpovědi byly podrobeny analýze, ze získaných dat byla vytvořena kategorie Ošetřovatelská péče. Tato kategorie se člení na 5 podkategorií, a sice edukace, podávání

léků, alternativní způsoby léčby, výživa a v neposlední řadě rehabilitační ošetrovatelství. V každé podkategorii jsou zakódované výrazy, které odpovídají nejčastějším odpovědím sester z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost na otázky o problematice kojeneckých kolik. K této kategorii byl vytvořen obrázek 1.

Jedním z nejčastěji se vyskytujících se pojmů, o kterém sestry hovořily, byla edukace. Z rozhovorů vyplynulo, že v každé ordinaci probíhá edukace rodičů v problematice kojeneckých kolik. Nicméně každá ordinace neprovádí stejnou edukaci. R1: „*Největší důraz klademe především na edukaci matky. Edukace se týká především toho, co maminka jí.*“ Naproti tomu v R2 se sestry věnují především poskytování informací o kojení. Edukace v ordinacích probíhá ústní formou, ale také názorně demonstrační. R1: „*Ptáme se, jestli jí kořeněná jídla a jak často.*“ R3: „*Podíváme se, jak kojí, sledujeme, jestli dělá nějaké chyby, a poté se je snažíme eliminovat.*“ Co se týče edukace o kojení, shodovalo se mnoho dětských sester na tom, že pro maminky je komfortnější a diskrétnější řešit tento problém spíše s laktační poradkyní. Ze 7 rozhovorů v 6 případech sestry mluvily o tom, že o kojení spíše needukují, a pokud to dělají, tak jen velmi krátce a spíše o tom, jak dlouho a jak často kojit. R5: „*Needukujeme v ordinaci. Maminky jsou edukovány v porodnici a u nás už ani nechtějí.*“

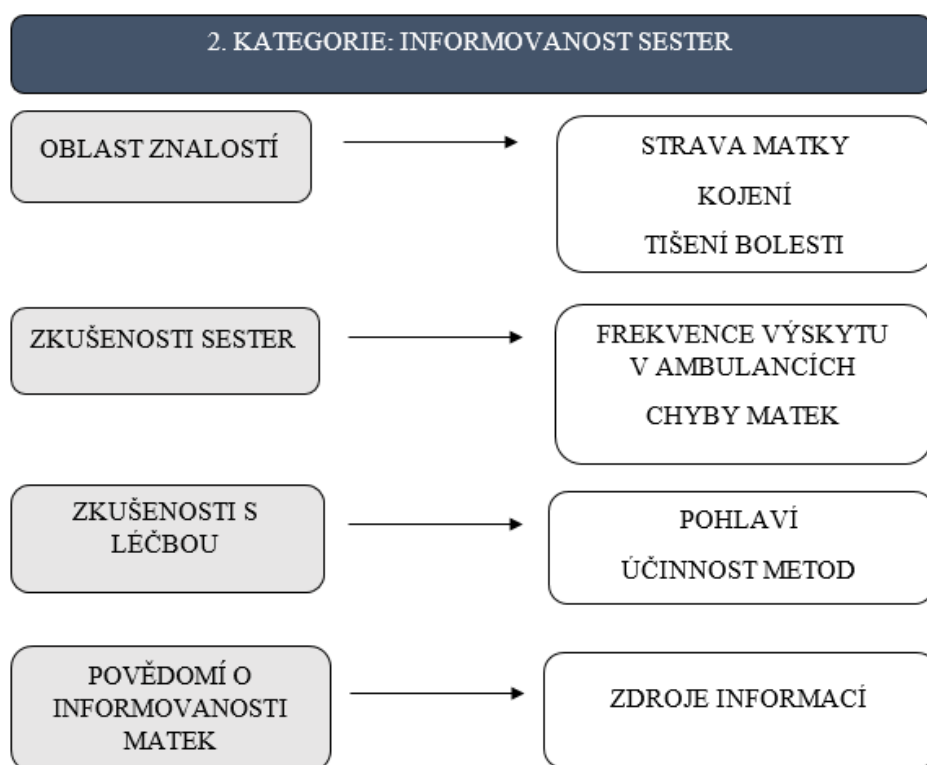
Dále se výzkum zabýval problematikou podávání léků. V ordinacích rodičům doporučují užívání dvou typů léků, a to digestiv s účinnou látkou Simethiconum a lactobacillů, kdy v jedné ordinaci byl přímo specifikován produkt, který preferují. R1: „*V neposlední řadě maminkám doporučujeme, aby miminku koupily lactobacilly, a to přímo BioGaia, což jsou lactobacilly určené přímo pro kojenecký věk.*“ Žádná sestra nehovořila o tom, jakým způsobem dítěti léky podávat. Jediná sestra, která byla proti podávání léků kojencům s kojeneckou kolikou, hovořila v R2: „*Maminky hned jdou a nakupují v lékárně různé přípravky, které by údajně na tu jejich koliku měly fungovat. Jsou to prostě miminka a miminka brečí.*“

Ve velké části ordinací kladou důraz na alternativní způsoby léčby kojeneckých kolik. V této podkategorii se sestry věnovaly především aplikaci tepla na břicho, bylinným čajům, mastičkám nebo rektální rource. R2: „*Nejkrajnější řešení může být také používání rektální rourky.*“ Kupodivu užívání bylinných čajů bylo uvedeno pouze jednou sestrou, a to v R4: „*Doporučujeme rodičům užívání bylinných čajů pro jejich dětičky, například dobře pomáhají čaje s fenylem.*“ Oproti tomu sestra z R1 varuje rodiče před kojeneckými čaji, které často způsobují bolesti břicha.

Jedním z nejširších témat, kterým se sestry při rozhovoru zabíraly, byla problematika výživy. Do této oblasti nezahrnovaly jen výživu kojence, ale zmiňovaly také výživu kojící matky nebo samotný proces krmení a vše, co do něj patří. V R1, R3, R6 a R7 se sestry věnují edukaci maminek o správné životosprávě při kojení. R1: *„Já osobně maminky informuji především o důležitosti správného stravování, a to vyhnout se kořeněným jídlům, ale i nadýmové zelenině, nebo mléku.“* Dalším velkým tématem v souvislosti s kojeneckou kolikou je samotné kojení. Problematika kojení se týká polohy a techniky při kojení, ale i frekvence nebo odříhnutí. V R3, R5, R6, R7 jsou dokonce kojení a režimová opatření považována za jednu z nejdůležitějších informací, které by se měly maminkám sdělit, pokud jejich dítě trpí těmito problémy. R5: *„Nekrmit půl hodiny a také ne každou půl hodinu. Na druhé straně nenechat dítě úplně vyhladovět, protože potom hltá.“* Další podstatnou věcí je při kojení střídání oběhů, aby dítě nepilo jen z jednoho. Na tuto problematiku upozornila pouze jedna sestra, a to v R2. V R6 a R7 byla také věnována pozornost nekojícím matkám, které krmí z lahvičky. I špatné držení lahvičky může mít za následek zhoršení průběhu kojenecké koliky. Co se týče poloh při odříhnutí, shodují se sestry na nejčastějších polohách, a těmi jsou vyvýšené klubičko, tygřík nebo přes rameno. V R1, R2 a v R4 sestry upozorňují na možnost, že děti si mohou odříhnout již při kojení, nebo si nemusí odříhnout vůbec. R1: *„Hlavně kojené děti vůbec odříhávat nemusí. Máme i takové maminky, že po kojení si dítě vůbec neodříhne.“*

Poslední podkategorie se nazývá Rehabilitační ošetřovatelství. Zde jsou zakódovány pojmy jako polohování, úlevové polohy, nebo kojenecké masáže. O kojeneckých masáží edukují sestry z R4, R5, R6 a R7. Nejoblíbenější masážní technikou je masírování břicha ve směru hodinových ručiček, o které se zmínily všechny sestry edukující o kojeneckých masáží. V R4 učí sestra maminky ještě masážní techniku s názvem sluníčko: *„Za druhé je to takové sluníčko, co se jakoby miminku kreslí na břicho kolem pupíku.“* V R1 a R3 učí sestry maminky místo masážních technik úlevové a relaxační polohy, které jejich miminku pomůžou od bolesti při kojenecké kolice. V R2 se zase sestra věnovala spíše polohování dítěte: *„Zkušené matky už ví, že stačí dítě napolohovat, protože samo se ještě překulit neumí.“*

## 2. kategorie: INFORMOVANOST SESTER



Obrázek 2 Informovanost sester

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě odpovědí sester z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost byla vytvořena kategorie informovanost sester. Odpovědi respondentek byly podrobeny analýze dat, podle nichž vznikla kategorie informovanost sester, jež se člení na 3 podkategorie, a sice oblast znalostí, zkušenosti s léčbou a povědomí o informovanosti matek. V každé podkategorii jsou zakódované výrazy, které odpovídají nejčastějším odpovědím sester z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost o problematice kojeneckých kolik. K této kategorii byl vytvořen obrázek 2.

Sestry mají v problematice kojeneckých kolik velké množství znalostí. Péče o kojence s kojeneckou kolikou totiž zahrnuje spíše ošetrovatelské než medicínské intervence. V R1 a R6 sestry projevovaly znalosti v oblasti stravy matky. Sestra v R1 dokonce uváděla, že by maminka měla držet určitou formu diety. V R6 sestra zmínila jak stravu, tak režimová opatření jako důležitost určité pravidelnosti například v kojení. Kojení se také věnovala sestra v R4. V R5 sestra edukovala o alternativních metodách jako nahřívání břicha, což je jedna z možností tišení bolesti u dítěte. V R7 se sestra

věnuje oblasti stravy kojence, ale i tišení bolesti. *„Jak kojít, masáže bříška, jak má maminka správně držet láhev, když nekojí, ale také polohování a úlevové polohy.“*

Ze všech rozhovorů ani jedna sestra nevyověděla, že by problematika kojeneckých kolik byla nějak ojedinělá. Naopak všech sedm respondentek uvedlo, že se s problematikou koliky setkávají ve svých ordinacích velice často. R1: *„Dříve tomu tolik nebyvalo, ale nyní je kolik čím dál tím více. Nebo se to dříve tolik neřešilo. Maminky chodí velmi často s miminky do naší ordinace, že je bolí bříško“* V R2 sestra uvádí, že maminky chodí velmi často s bolestmi bříška kojence, ale záleží hodně na její osobnosti a na počtu jejích dětí. Pokud je matka prvoroďička a není na tuto roli ještě plně připravena, chodí často s takovými problémy do ordinace. Pokud ale je maminka na dítě připravená, ví, že miminka pláčou, a pokud to již není její první dítě, tak i ví, jak si s tímto problémem poradit. Co se týče chyb, které maminky v péči o kojence s kojeneckou kolikou dělají, jsou to především chyby ve stravování matky, chyby v kojení nebo v polohování. V R1 a R3 vidí sestry jako největší chybu špatné stravování kojící matky, která konzumuje například kořeněná jídla, nadýmavou zeleninu nebo mléko. R3: *„Maminky dělají spoustu chyb nevědomky, jako například že dva týdny po porodu jdou na oběd do restaurace, kdy nikdo přesně neví, co v tom pokrmu bylo.“* Dále prý také bývá často problém v tom, že maminka užívá antibiotika, která také mohou u kojence způsobit problémy a bolesti bříška. R2: *„Těch chyb je hned několik. Nekrmí z obou prsů, nechávají dítě u prsu moc dlouho, třeba i jednu hodinu, krmí příliš často.“* Jako další chybu uvádí i problém s tím, že maminky mají z internetu příliš mnoho informací a poté je nejde ke správné léčbě přimět. Jako jediná vidí sestra z R4 problém ve špatném polohování dítěte, které se nemůže a neumí samo přetočit, aby se mu uvolnilo napětí v bříšku. V R5 a R6 považují sestry za největší chyby matek překrmování dětí, kdy pláč považují za projev hladu. R5: *„Zásadní chyba je krmit děti vždy, když pláčou. Pak jsou přepité, pláčou, maminky je kojí a takhle to jde stále dokola.“* Sestra v R7 vidí problém také ve špatné stravě kojící matky stejně jako sestry v R1 a R3, ale dodává k tomu, že maminky neumí odhadnout správnou délku kojení. Buď kojí příliš krátce a dítě je hladové, nebo naopak kojí moc dlouho a pak je dítě přepité.

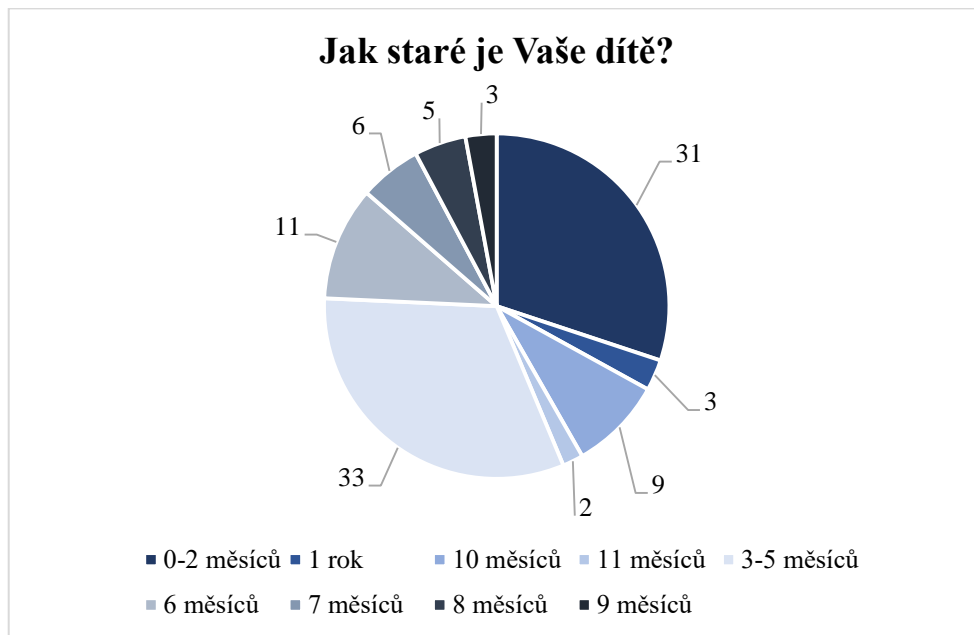
V otázce závislosti výskytu kojeneckých kolik na pohlaví dítěte se sestry dělí na dvě skupiny. První skupinu tvoří sestry z R4, R5 a R7, které tvrdí, že výskyt kojeneckých kolik není závislý na pohlaví a že se u chlapců i dívek vyskytuje se stejnou frekvencí. Druhou skupinu tvoří sestry z R1, R2, R3 a R6, které potvrzují dogma,

že kojenecké koliky se vyskytují nejčastěji u chlapců. Co se týče věku, jsou sestry zajedno. Kojenecká kolika se vyskytuje u dětí od 0 do 3 měsíců věku dítěte. Tento fakt také vyplývá ze skutečnosti, že se kojenecká kolika jindy nazývá také kolika tříměsíční. Všechny sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost mají dostatek zkušeností s péčí o děti s kojeneckou kolikou, a to jak v pozitivním, tak i v negativním slova smyslu. V R1, R2, R3, R5, R6 sestry uvádějí, že mají dobré zkušenosti s jejich léčbou. V R1 dbají především na dodržování dietních opatření. Ostatní doporučení jako cvičení s dětmi, odříhnutí, relaxační metody a jiné staví až na druhé místo. Oproti tomu v R2 vidí jako nejdůležitější správné kojení: *„Hlavně se to zlepší, když se zklidní matka, naučí se správně kojit nebo například zahřívát břicho.“* V R5 bylo řečeno, že v jejich ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost mají nejlepší zkušenosti s kombinací užívání probiotik a masáží. Sestra v R6 přikládá největší váhu režimovým opatřením. V R5 a R7 dokonce sestry uvádějí úspěšnost léčby až 90 procent. Oproti tomu sestry v R4 a R7 mají i negativní zkušenosti s léčbou. R4: *„Kolikrát máme problém, aby například maminky absolvovaly s dětmi povinná vyšetření jako například kyčličky. Od takových maminek nemůžeme čekat nějak velký zájem a znalosti o problematice kojeneckých kolik.“* V R7 sestra uvádí, že v některých případech mírnění kojeneckých kolik není úspěšné, a to i přes veškeré snahy jejich i matky. Maminky dělají vše správně, dodržují dietu a dítě stále pláče.

V R1, R2, R3, R5 a R7 se sestry shodly, že maminky dětí bývají dobře informované o problematice kojeneckých kolik. Tyto informace získávají z různých zdrojů, v dnešní době však nejvíce z internetu. Dále to může být od svých rodičů, babiček, příbuzných, kamarádek. V R1 sestra doplnila ještě informaci, že spousta maminek navštěvuje internetové portály pro maminky, kde s dalšími maminkami probírají různou tematiku týkající se jejich dětí. V R2 sestra ještě dodává, že maminky bývají poměrně hodně informované, ale také záleží na tom, do jaké míry jsou tyto informace validní a pravdivé. R2: *„Například dnešní maminky odmítají podávat dítěti vitamin D. Je to jedna kapička, která se rozpustí hned v pusince a určitě to dítěti nemůže uškodit, ba naopak. Maminky ale tento vitamin nechtějí podávat, protože je to olej a olej prý způsobuje u dítěte nadýmání.“* V R4 a R6 naopak sestry s tímto názorem polemizují. Podle nich bývají maminky informované tak padesát na padesát. Velkou roli v tom hraje také to, z jaké sociální skupiny maminka pochází.



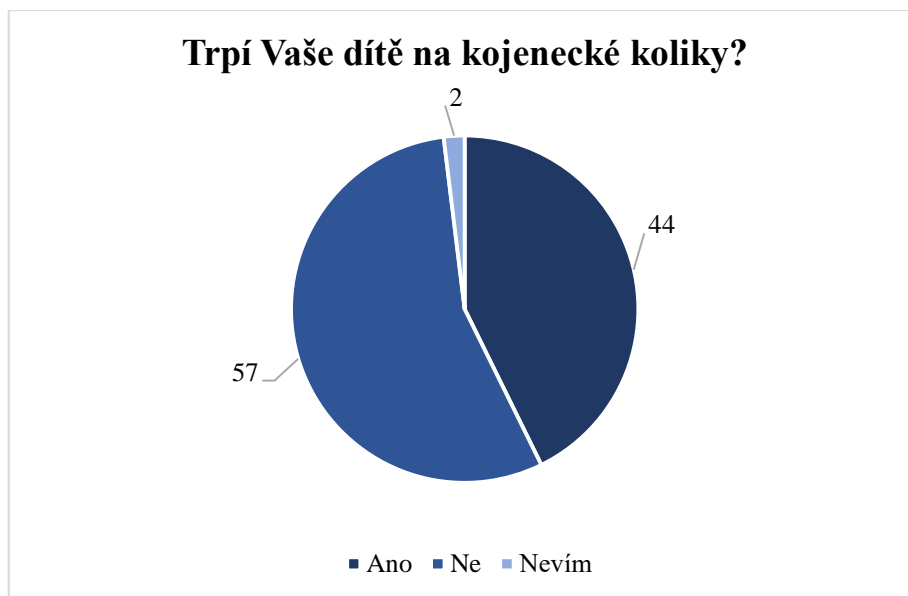
## 4.2 Výsledky kvantitativní části výzkumu



Obrázek 3 Věk dítěte

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

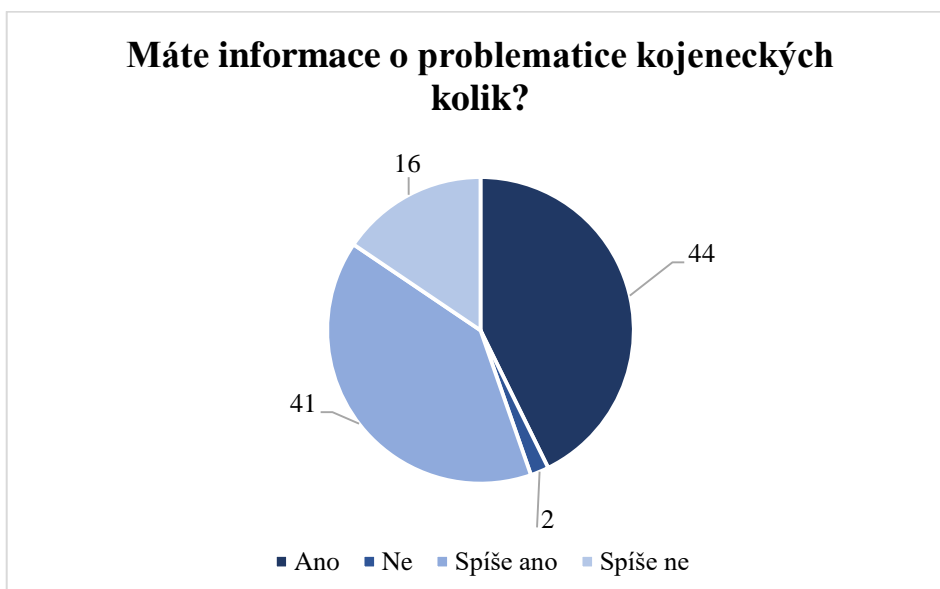
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %), 31 respondentů (30 %) má dítě ve věku 0–2 měsíce. Dítě ve věku 1 rok mají doma 3 respondenti (3 %). Dále následovalo 9 rodičů (9 %) s dítětem ve věku 10 měsíců. Nejmenší část tvořili rodiče, kteří mají doma jedenáctiměsíční dítě, to znamená pouze 2 respondenti (2 %). 33 respondentů (32 %) má doma dítě ve věku 3–5 měsíců. Tito respondenti tvořili největší část výzkumného souboru. Tento dotazník vyplnilo 11 respondentů (10 %), kteří mají doma děti ve věku 6 měsíců. Děti ve věku 7 měsíců má 6 respondentů (6 %) a osmiměsíční děti má doma 5 respondentů (5 %). Výzkumu se zúčastnili 3 respondenti (3 %), kteří mají doma děti ve věku 9 měsíců.



Obrázek 4 Přítomnost kojenecké koliky

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

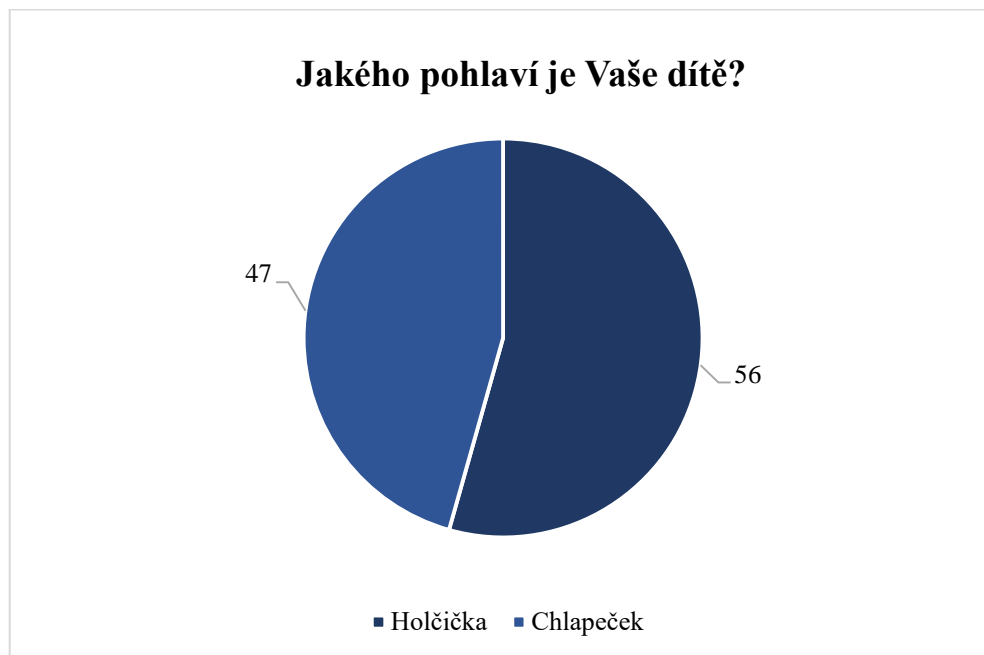
Na otázku, jestli dítě respondentů trpí na kojenecké koliky, z celkového počtu 103 respondentů 44 respondentů (43 %) odpovědělo, že jejich dítě trpí na kojenecké koliky. Menší část respondentů, to je 57 (55 %) na tuto otázku odpovědělo záporně, to znamená, že jejich dítě tyto problémy nemá. Pouze 2 respondenti (2 %) odpověděli, že neví, jestli jejich dítě těmito problémy trpí, či nikoliv.



Obrázek 5 Informovanost o kojeneckých kolikách

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

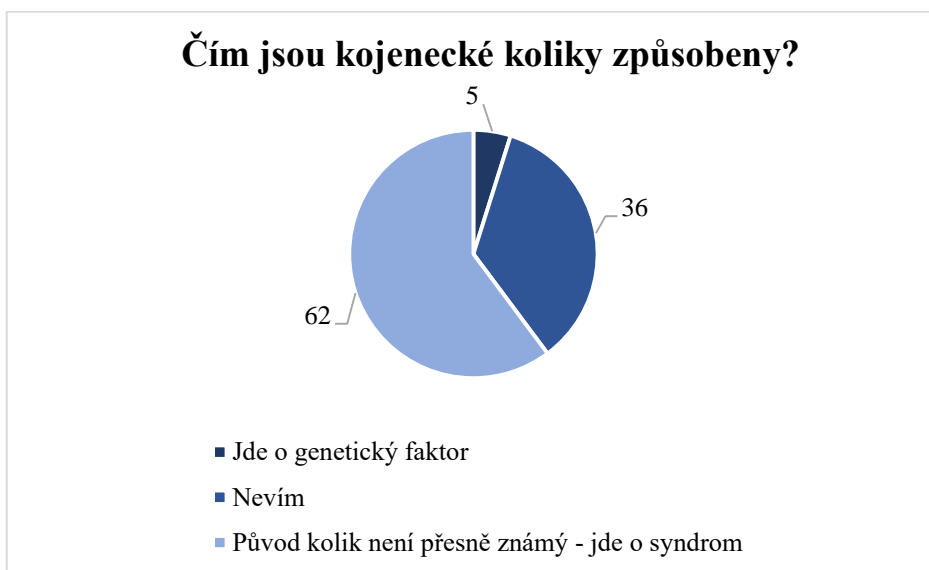
Co se týče informací ohledně problematiky kojeneckých kolik, z celkového počtu 103 respondentů (100 %) největší část výzkumného souboru, to znamená 44 respondentů (43 %), tyto informace má. Pouze 2 respondenti (2 %) odpověděli, že informace o této problematice nemají. 41 respondentů (40 %) byli rodiče, kteří informace o kojeneckých kolikách spíše mají. Menší část představuje 16 respondentů (15 %) kteří odpověděli, že informace o problematice kojeneckých kolik spíše nemají.



Obrázek 6 Pohlaví dítěte

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

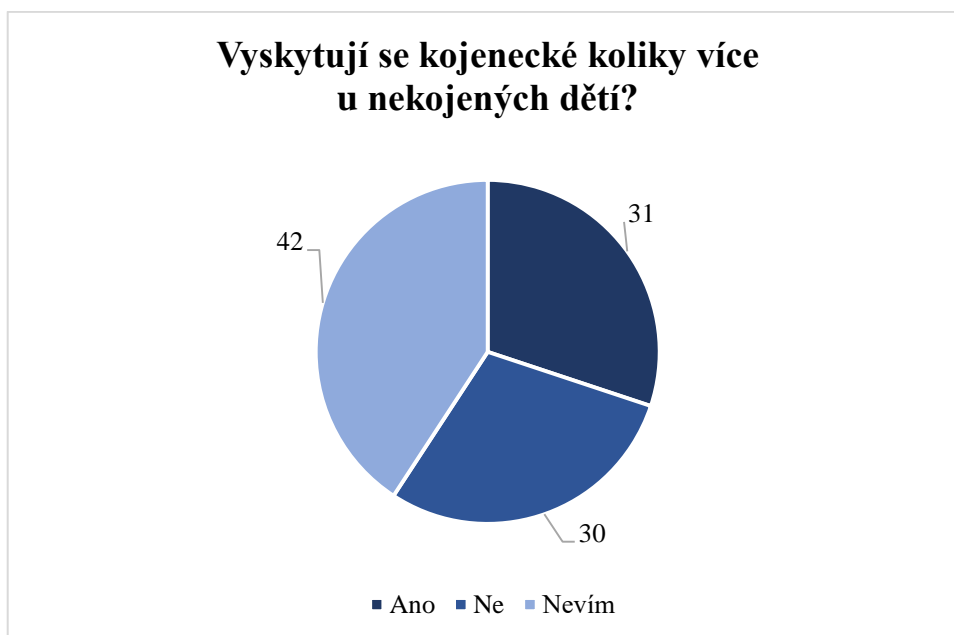
Výzkumu se zúčastnilo 56 respondentů (54 %), kteří mají holčičku, a 47 respondentů (46 %), kteří mají doma chlapečka.



Obrázek 7 Příčiny kojeneckých kolik

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

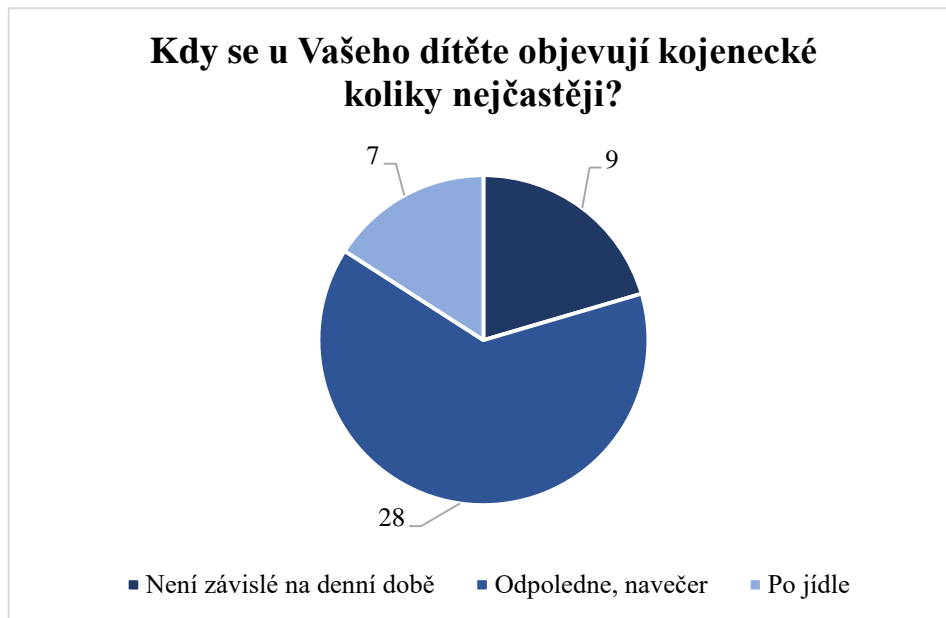
Z celkového počtu 103 respondentů si 5 respondentů (5 %) myslí, že příčina kojeneckých kolik spočívá v genetickém faktoru. 36 respondentů (35 %) neví, čím jsou kojenecké koliky způsobeny. Zbytek výzkumného souboru, tj. 62 respondentů (60 %) tvrdí, že původ kolik není přesně známý a jedná se o syndrom.



Obrázek 8 Názor na výskyt kojeneckých kolik v závislosti na způsobu výživy

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) se 31 (30 %) domnívá, že kojenecké koliky se objevují více u dětí, které nejsou živěny mateřským mlékem. Dle 30 respondentů (29 %) se koliky nevyskytují častěji u nekojených dětí. Největší část respondentů 42 (41 %) uvedla, že neví, jestli se kojenecké koliky vyskytují častěji u kojených, nebo nekojených dětí



Obrázek 9 Nejčastější období výskytu kojeneckých kolik

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří mají doma dítě s kojeneckou kolikou. V této otázce tedy výzkumný soubor představovalo 44 respondentů (100 %). 9 respondentů (20 %) uvedlo, že u jejich dětí výskyt kojeneckých kolik není závislý na denní době. U dětí 28 respondentů (64 %) se kojenecké koliky objevují nejčastěji odpoledne nebo navečer. Nejčastěji po jídle se koliky objevují u dětí 7 respondentů (16 %).



Obrázek 10 Názor na význam omezení potravin v jídelníčku matky

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

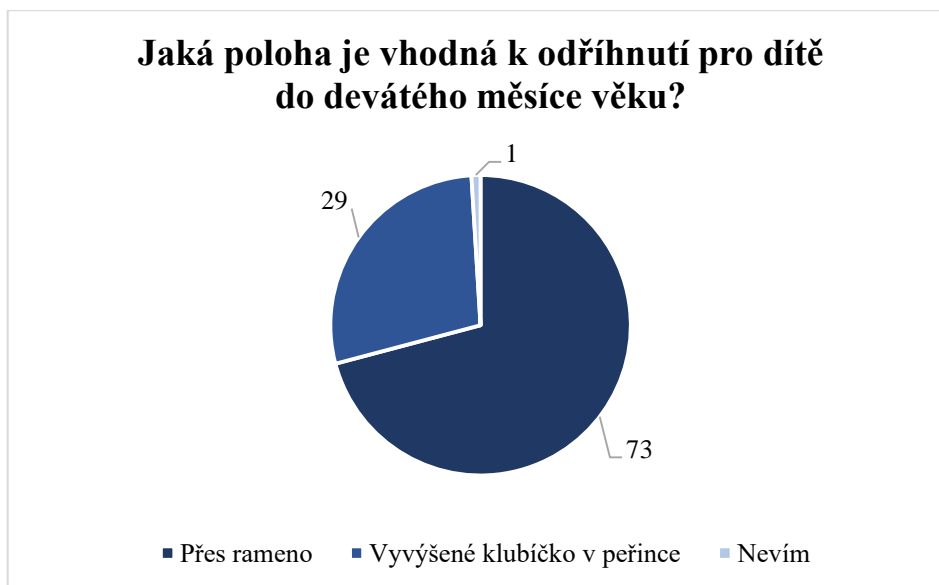
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) se 43 respondentů (42 %) domnívá, že by kojící matka měla ze svého jídelníčku vyřadit některé potraviny, a sice kravské mléko, arašídy a ryby. 25 respondentů (24 %) uvedlo, že by kojící matka měla ze svého jídelníčku vyřadit kukuřici a olivy. Zbylá část respondentů – 35 (34 %) tvrdí, že kojící matka, která má kojence s kojeneckou kolikou, nemusí vyřazovat žádné potraviny ze svého jídelníčku, protože její strava nemá vliv na případnou kojeneckou koliku.



Obrázek 11 Vliv správného přiložení k prsu na výskyt kojeneckých kolik

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

72 respondentů (70 %) z celkového počtu 103 respondentů (100 %) uvedlo, že správné přiložení dítěte k prsu má vliv na výskyt kojenecké koliky. 12 respondentů (12 %) si myslí, že přiložení dítěte vliv na toto onemocnění nemá. Zbýlá část respondentů, 19 (18 %) neví, jestli správné přiložení dítěte k prsu má vliv na výskyt těchto problémů.



Obrázek 12 Vhodnost polohy k odřihnutí

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

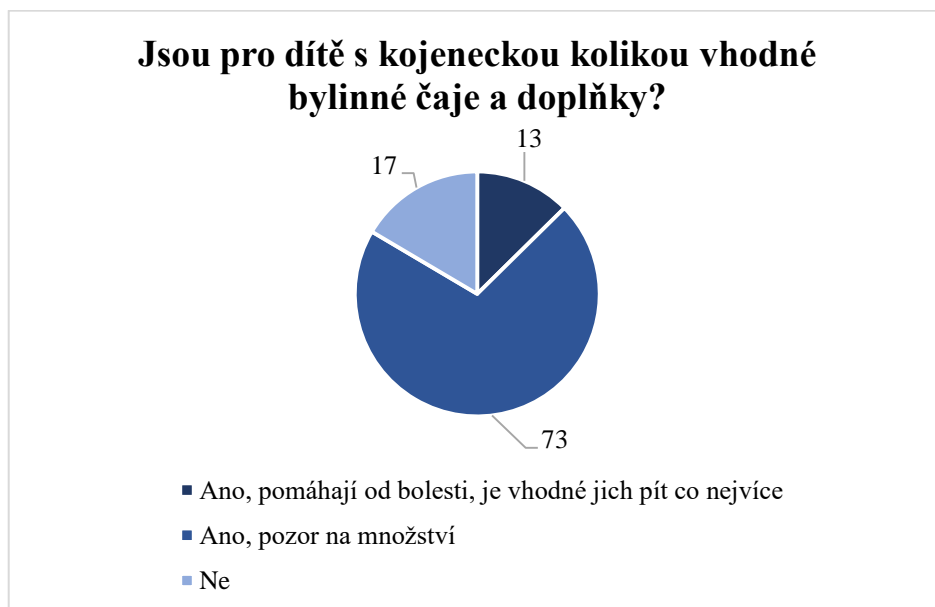
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) největší část, to znamená 73 respondentů (71 %), si myslí, že nejvhodnější polohou k odřihnutí pro dítě do devátého měsíce věku je poloha přes rameno. Oproti tomu pro polohu vyvýšeného klubička v peřince se rozhodlo 29 respondentů (28 %). Odpověď neví uvedl pouze 1 respondent (1 %).



Obrázek 13 Názor na využití šátkování při řešení bolesti při kojeneckých kolikách

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

73 respondentů (71 %) z celkového počtu 103 respondentů (100 %) na danou otázku odpovědělo, že šátkování na omezenou dobu u dětí s kojeneckými kolikami je vhodné, protože uvolňuje napětí v břišku. Naopak 6 respondentů (6 %) se přiklánílo k názoru, že tato metoda vhodná není, protože křiví páteř dítěte. Zbylá část respondentů, to je 24 (23 %), neznala na tuto otázku odpověď, a proto uvedla možnost nevím.

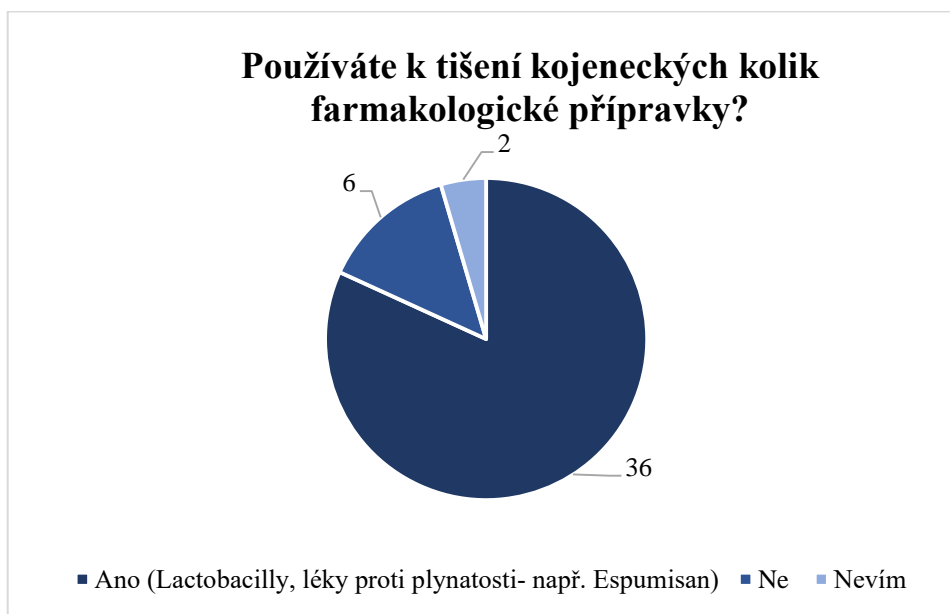


Obrázek 14 Vhodnost bylinných čajů a doplňků v prevenci a léčbě kojeneckých kolik

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019



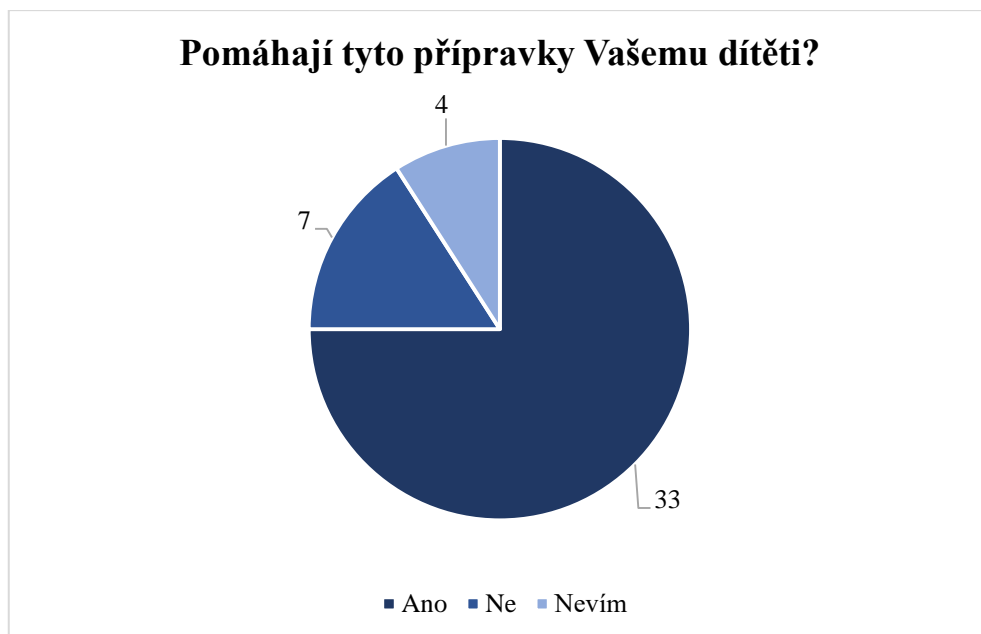
Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) si 13 respondentů (13 %) myslí, že bylinné čaje a doplňky pomáhají od bolesti a je vhodné jich pít co nejvíce. Největší část respondentů, to znamená 73 (71 %), je toho názoru, že dítě s kojeneckou kolikou by mělo pít bylinné čaje a doplňky, ale mělo by se dávat pozor na množství, které dítě vypije. Proti tomuto názoru se staví 17 respondentů (16 %), kteří uvedli, že bylinné čaje pro dítě s kojeneckou kolikou vhodné nejsou.



Obrázek 15 Používání farmakologických přípravků v léčbě kojeneckých kolik

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

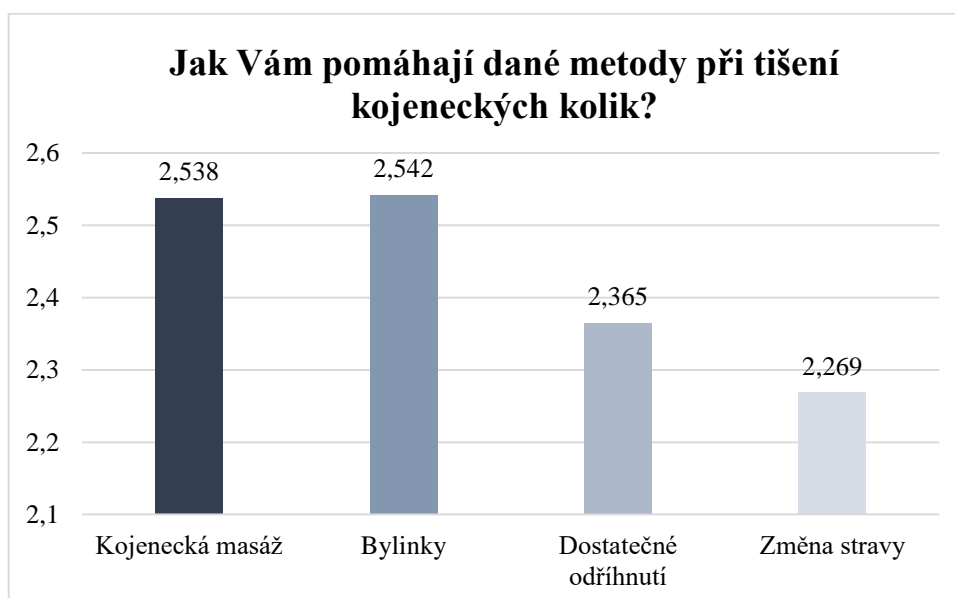
Na tuto otázku odpovídali pouze rodiče, jejichž děti trpí kojeneckou kolikou. Výzkumný soubor se skládal ze 44 respondentů (100 %). 36 respondentů (82 %) používá k tišení kojeneckých kolik farmakologické přípravky, a sice lactobacilly nebo léky proti plynatosti – například Espumisan). 6 respondentů (14 %) tyto přípravky nepoužívá. Zbývá část respondentů, to znamená 2 (4 %) neví, jestli léky na tišení kojeneckých kolik užívá, či nikoliv.



Obrázek 16 Účinek farmakologických přípravků

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

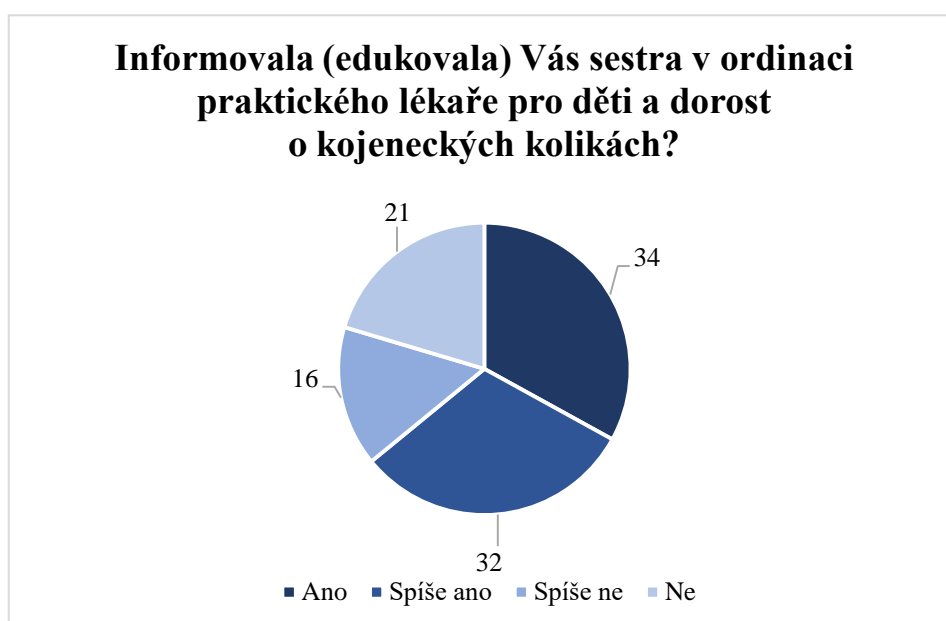
Z celkového počtu 44 respondentů (100 %), jejichž dítě trpí na kojeneckou koliku, 33 respondentů (75 %) uvedlo, že výše zmíněné farmakologické přípravky (lactobacilly, léky proti plynatosti) jejich dítěti pomáhají při mírnění kojenecké koliky. Jiný názor má 7 respondentů (16 %), kteří tvrdí, že tyto přípravky jejich dítěti nepomáhají. 4 respondenti (9 %) neví, jestli tyto přípravky jejich dítěti pomáhají.



Obrázek 17 Úspěšnost jednotlivých alternativních metod tišení kojeneckých kolik

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

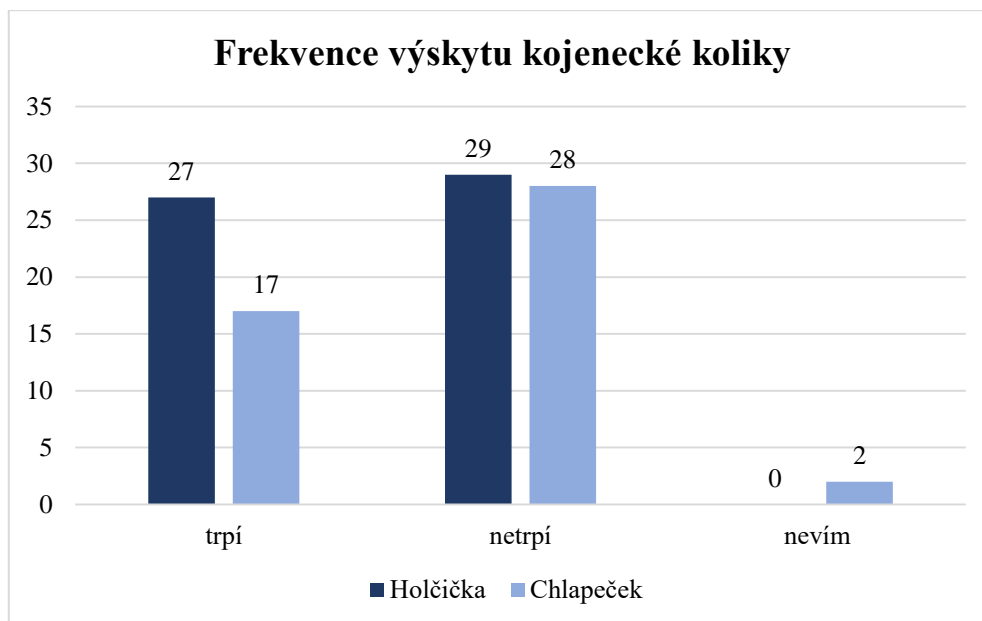
Na tuto otázku odpovídalo 44 respondentů (100 %). Jednalo se o to, která metoda má účinnost v mírnění kojeneckých kolik. Respondenti hodnotili 4 metody, a sice kojenecké masáže, bylinky, dostatečné odříhnutí a změnu stravy. Hodnotilo se podle škály od 1 do 5, kdy 1 znamenala nejúčinnější metody, a 5 metoda, která nepomáhá. U každé metody byly z výsledků udělané průměry a ty byly poté porovnány mezi sebou. Vyšlo tedy, že nejúčinnější metodou v mírnění kojeneckých kolik je změna stravy u kojící matky. Tato metoda dostala průměrově nejnižší známku 2,269. Na druhém místě dle účinnosti je dostatečné odříhnutí kojence se známkou 2,365. Třetí místo obsadily kojenecké masáže se známkou 2,538. Dle respondentů je nejméně účinnou metodou užívání bylinných přípravků se známkou 2,542.



Obrázek 18 Edukace sestrou u praktického lékaře pro děti a dorost o kojeneckých kolikách

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) 34 respondentů (33 %) sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost o kojeneckých kolikách edukovala. 32 respondentů (31 %) se domnívá, že je sestra spíše edukovala o této problematice. 16 respondentů (16 %) odpovědělo, že je sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost o této problematice spíše needukovala. 21 respondentů (20 %) odpovědělo negativně, a sice že je sestra v ordinaci o kojeneckých kolikách needukovala.



Obrázek 19 Výskyt kojenecké koliky v závislosti na pohlaví

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Z celkového počtu 103 respondentů bylo 56 (100 %) respondentů, kteří mají doma holčičku. Z 56 holčiček (100 %) trpí 27 (48 %) na kojeneckou koliku. Větší část holčiček 29 (52 %) na tyto problémy netrpí. Výzkumu se zúčastnilo 47 respondentů (100 %), kteří mají chlapečka. 17 chlapečků (36 %) na kojenecké koliky trpí a 28 chlapečků (60 %) kojeneckou koliku nemá. 2 respondenti (4 %), kteří mají doma chlapečka, odpověděli, že neví, jestli jejich dítě trpí kojeneckou kolikou.

#### 4.3 Statistické testování hypotézy

Tato část je věnovaná testování stanovené hypotézy. Je zde uvedena tabulka a vyhodnocení dané hypotézy.

##### **Hypotéza:**

H<sub>0</sub>: Existují rozdíly v informovanosti matek o problematice kojeneckých kolik v souvislosti s výskytem kojeneckých kolik u jejich dítěte.

H<sub>A</sub>: Neexistují rozdíly v informovanosti matek o problematice kojeneckých kolik v souvislosti s výskytem kojeneckých kolik u jejich dítěte.

Tabulka 1 Četnostní tabulka hypotézy – Informace o kojeneckých kolikách v závislosti na výskytu onemocnění

Trpí Vaše dítě kolikami?	Máte informace o kolikách?		Celkem	Chí test
	Ano	Ne		
Ano	42	2	44	p=0,6%
Ne	43	14	57	
Celkem	85	16	101	
Ano	95 %	5 %	100 %	
Ne	75 %	25 %	100 %	

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

44 rodičů (100 %), kteří vyplnili dotazník, mají doma dítě s kojeneckou kolikou. 42 respondentů (95 %) má informace o této problematice. Pouze 2 respondenti (5 %), jejichž dítě trpí kojeneckou kolikou, o této problematice informace nemají. Výzkumu se zúčastnilo 57 (100 %) respondentů, jejichž dítě netrpí kojeneckou kolikou. 43 respondentů (75 %), jejichž dítě netrpí kojeneckou kolikou, naopak informace o dané problematice má. Zbylá část respondentů, tj. 14 (25 %), jejichž dítě netrpí kojeneckou kolikou, o tomto onemocnění informace nemá.

Hypotéza byla testována u rodičů kojenců do 12 měsíců věku v závislosti na tom, jestli jejich dítě trpí, či netrpí kojeneckou kolikou. Hypotézou bylo zjišťováno, jestli výskyt onemocnění u dítěte ovlivňuje znalosti a informovanost rodičů o tomto onemocnění. Ve výše uvedené tabulce jsou uvedeny četnosti rodičů podle toho, jestli jejich dítě trpí kojeneckou kolikou a jestli jsou o tomto onemocnění informováni.

Z vyhodnocení Pearsonova chí-kvadrát testu aktuálních a očekávaných hodnot byl získán výsledek dosažené hladiny významnosti  $p = 0,6 \%$ , a proto byla alternativní hypotéza zamítnuta a přijata byla nulová hypotéza. Z uvedené tabulky je patrné, že na základě chí kvadrát testu mají matky, jejichž dítě trpí kojeneckými kolikami statisticky významně více informací než matky, jejichž dítě kojeneckou kolikou netrpí. Z tohoto důvodu byla hypotéza, že existují rozdíly v informovanosti matek o problematice kojeneckých kolik v souvislosti s jejich výskytem u jejich dítěte, potvrzena.

## 5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit názory, postoje, ale i znalosti týkající se tématu kojenecká koliky, a sice u sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, ale i u rodičů, kteří mají kojence do 12 měsíců věku. Myslím si, že problém kojenecké koliky postihuje velkou část kojenců a je známý již z dob našich babiček, i když tenkrát se tyto problémy ještě nepojmenovávaly tímto termínem. I z tohoto důvodu si myslím, že povědomí maminek o kojenecké kolice je široké stejně jako různé metody tišení příznaků, které s tímto onemocněním souvisejí. Gregora (2010) uvádí, že bolesti břicha jsou jedním z nejčastějších problémů trápících děti v kojeneckém věku. K tomuto názoru se přidává také Sýkora et al. (2007), který dodává, že tyto problémy nejčastěji dovedou rodiče do ordinace praktického lékaře pro děti dorost. Tento názor byl potvrzen i naším výzkumem, kde se všechny respondentky shodly na tom, že se s tímto problémem v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost setkávají velice často.

K této práci byly prováděny dva výzkumy – kvalitativní a kvantitativní. V první části výzkumného šetření – v kvalitativní části jsme se zaměřily na znalosti a vědomosti sester v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost v problematice kojeneckých kolik. Dále jsme zjišťovaly činnosti, které při zachycení tohoto onemocnění v ordinaci sestra vykonává, nebo jaká doporučení jsou matkám sdělována, případně o čem sestra matky edukuje. Výzkum se sestrami probíhal v ordinacích 7 praktických lékařů pro děti a dorost v rámci Jihočeského kraje, a to formou hloubkového rozhovoru. Bylo osloveno více ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, ale jen 7 z nich bylo ochotno se tohoto výzkumu zúčastnit. Čas a místo rozhovorů byly přizpůsobeny respondentkám, aby byly pro ně co nejméně limitující. Informace od respondentek byly shrnuty do dvou kategorií: Ošetrovatelská péče a Informovanost sester.

Druhá část výzkumného šetření – kvantitativní část byla prováděna s rodiči dětí od 0–12 měsíců věku. Do výzkumného souboru byli zahrnuti rodiče kojenců s kojeneckou kolikou, ale i rodiče, jejichž kojeneček na tyto problémy netrpí. Cílem výzkumného šetření bylo potvrdit, či vyvrátit hypotézu, že existují rozdíly ve znalostech problematiky kojeneckých kolik s ohledem na skutečnost, jestli rodiče doma mají dítě s těmito problémy, nebo bez nich. Tyto znalosti jsme ověřovaly formou dotazníků, a to jak v tištěné, tak i v elektronické podobě. Při šíření dotazníků v papírové formě pomohly sestřičky z ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, které rodičům tyto

dotazníky rozdávaly. Návratnost tištěných dotazníků činila 70 %. Zjišťovaly jsme, jestli existují rozdíly ve znalostech problematiky kojeneckých kolik v závislosti na výskytu onemocnění u dítěte. Z tohoto výzkumného šetření vzniklo 16 přehledných grafů. Následně bylo z výsledků výzkumného šetření prokázáno, že mezi skupinami rodičů s dítětem s kojeneckou kolikou, či s dítětem bez ní, existují rozdíly v oblasti znalostí této problematiky. Naše hypotéza byla potvrzena.

Na otázku výskytu kojeneckých kolik mají odborníci poměrně stejný názor. Sýkora et al. (2007) udává frekvenci výskytu kojeneckých kolik od 10–35 % kojenců, Gregora (2010) uvedl 15–20 % kojenců a Bronský s Bronskou (2012b) 10–15 %. Náš výzkum byl prováděn kvantitativní metodou s rodiči dětí od 0–12 měsíců věku. Výzkumného šetření se účastnilo 103 rodičů s kojenci. 44 kojenců trpělo kojeneckou kolikou, to znamená, že frekvence výskytu kolik byla 43 %. Skalková (2018) ve své práci prováděla také kvantitativní výzkum, kdy jednu část věnovala frekvenci výskytu kojeneckých kolik. Její výsledky se procentuálně blíží našim výsledkům, naše jsou dokonce o něco vyšší. Výzkumný soubor u ní tvořilo 259 respondentek, z toho 124 mělo dítě s kojeneckou kolikou. Frekvence výzkumu tedy vycházela na 48 %. V našem výzkumném šetření byl v úvodní části dotazníku s názvem kojenecké koliky daný termín vysvětlen. Výzkumu se tedy zúčastnili pouze respondenti, kteří měli o dané téma zájem, nebo jejichž děti kojeneckou kolikou trpí. Domnívám se, že z tohoto důvodu nám vyšla frekvence výskytu kojeneckých kolik vyšší, než jak byla zmiňována autory v odborné literatuře.

Odborníci ani respondenti z našeho výzkumu se nemohou shodnout na otázce, jestli je výskyt kojeneckých kolik závislý na pohlaví. Bronský a Bronská (2012a) tvrdí, že se kojenecké koliky vyskytují častěji u chlapců než u dívek. Toto zažité dogma potvrzují i respondentky z R1, R2, R3 a R6. Tomuto názoru oponuje Sýkora et al. (2007), který se naopak domnívá, že kojenecké koliky na pohlaví vázané nejsou, s tím se ztotožňují i sestry z R4, R5 a R7. R4: *„Existuje takové dogma, kdy se říká, že kluci trpí na kojenecké koliky častěji. Podle mě to není pravda a ta frekvence je stejná jak u holčiček, tak u kluků.“* K našemu překvapení z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že na kojenecké koliky trpí častěji holčičky, a to 48 %, zatímco tyto problémy postihovaly pouze 38 % chlapečků. Myslím si, že naše výsledky mohou být zkreslené vzhledem k menšímu počtu respondentů. Dalším důvodem by mohla být menší objektivnost výsledků, než jaká je ve velkých výzkumech. Výběr respondentů záležel na dostupných podmínkách a na úsudku sester, které mamince dotazník dají,

proto naše výsledky nejsou úplně nestranné. Samozřejmě rodiče, jejichž dítě kolikou trpí, se o tento problém více zajímají, takže jich také více vyplnilo dotazník na internetových stránkách.

Léčba kojenecké koliky může být různá. Její základní dělení rozlišuje dva přístupy, a to klasickou léčbu a alternativní léčbu. Každý z nich má svá pro a proti a dle mého názoru je nejlepší obě metody zkombinovat, přitom by větší část měla tvořit léčba alternativní. Savino et al. (2014) nerozděluje léčbu kolik na alternativní a klasickou, ale podle toho, jestli jsou děti kojené, či nikoli. Dle tohoto pravidla vytvořil dvě schémata pro léčbu kojeneckých kolik a podle nich se postupuje. Z výzkumu zase vyplynulo, že se respondentky ve svých názorech dělí na dvě skupiny. Každá připisuje největší váhu při řešení kojeneckých kolik něčemu jinému. Jedna skupina sester považuje za nejdůležitější faktor stravu kojící matky, druhá zase techniku kojení.

Bronský a Bronská (2012a) se přiklání k dělení léčby kojeneckých kolik na alternativní a klasickou. Jsou toho názoru, že rodiče, jejichž dítě trpí kolikou, kterou se nedaří utišit, hledají různé metody léčby, které mnohdy zachází i do alternativní medicíny. Dále uvádí, že nejúčinnější metodou při mírnění kojenecké koliky jsou bylinky, a sice fenýkl nebo různé bylinné směsi. Sestra z R4 se s tímto názorem shoduje a v jejich ordinaci maminkám také doporučuje, aby dětem při těchto obtížích podávaly fenýklové čaje. S tímto postojem se podle výsledků našeho výzkumu neztotožňují rodiče dětí s kojeneckými kolikami, kteří užívání bylin při mírnění příznaků kojenecké koliky uvedli jako nejméně účinnou metodu. Rodiče naopak jako nejúčinnější metodu mírnění příznaků kojenecké koliky hodnotí změnu stravy kojící matky. Stejně tak respondentky z R1, R3, R6 a R7 považují změnu stravy kojící matky jako nejdůležitější faktor, pokud dítě trpí kojeneckou kolikou. K alternativním přístupům v řešení kojeneckých kolik se také přiklání sestry z R1, R2 a R7. Sestra z R7: *„Určitě nejdříve k tomu alternativnímu. Klasický přístup by u těchto miminek měl přijít až naposledy. Není dobré do dětí prát léky.“* Avšak podle našeho výzkumu farmakologické přípravky užívá 64,2 % kojenců s kojeneckou kolikou. Pouze 7,5 % rodičů tyto přípravky svým dětem k tišení kojenecké koliky nepodává.

Gelfand (2016) zastává klasický přístup řešení kojeneckých kolik pomocí farmakologických přípravků, přesněji řečeno *Lactobacilla reuteri*. Johnson et al. (2015) tvrdí, že podávání simethicone kapek (např. Espumisan) je výhodné, protože tyto léky jsou pro maminky dobře dostupné. Podle studií bylo ale prokázáno, že účinnost léků s účinnou látkou *Simethiconum* není větší než při podávání placebo. Naopak v našem



výzkumu 64,2 % rodičů uvedlo, že farmakologické přípravky typu lactobacillů a léků proti plynatosti (např. Espumisan) svým dětem při léčbě kojenecké koliky pomáhají. Sestra z R5 také potvrzuje, že farmakologické přípravky s účinnou látkou Simethiconum jsou u maminek velmi populární: „*Espumisan znají všechny maminky. Dokonce si letáček na tyto kapky odnášejí už z porodnice.*“

Dle Savina et al. (2014), který je také zastáncem klasického přístupu, by nový směr léčby kojenecké koliky mohla otevírat akupunktura. Tato metoda byla zatím použita jen ve studiích. K tomuto názoru se přidává také Landgren et al. (2015), který dodává, že je třeba tuto metodu důkladně prozkoumat, ale zatím se mu jeví jako bezpečná a účinná metoda tišení kojeneckých kolik, pokud je prováděna dle pravidel a zkušeným akupunkturistou. Respondentky zatím o této metodě žádné informace neměly.

V dnešní době roste trend Baby friendly hospital, kdy jednou z podmínek tohoto projektu je vytvořit v nemocnici podmínky vhodné ke kojení. Kojení patří do Národního programu podpory zdraví a preventivních programů 21. století. O kojení na odděleních edukují maminky dětské sestry nebo porodní asistentky, které jsou v této problematice vzdělané (Slezáková et al., 2011). Většina respondentek se shodla na tom, že o kojení v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost spíše needukují, protože pro maminky je příjemnější řešit tento problém s laktační poradkyní a také jsou o této problematice edukovány přímo v porodnici. Tyto výsledky výzkumu podle mě potvrzují, že na porodnických odděleních jsou pracovníci, kteří svou práci vykonávají nejlépe, jak mohou.

Slezáková et al (2011) klade důraz na správné držení prsu a správné přiložení dítěte, aby mohlo být kojení efektivní. K tomuto názoru se přiklání i 70,2 % respondentů, kteří v dotazníku uvedli, že správné přiložení dítěte k prsu snižuje frekvenci kojenecké koliky. Také je důležité, aby sestra edukovala maminku o správných polohách při kojení (Schneidrova et al., 2006). Správné polohy při kojení řeší s maminkami dětské sestry z R2, R4, R6 a R7.

Gregora (2010) udává, že výskyt kojenecké koliky u dětí není závislý na tom, jestli je dítě kojené, nebo na umělé stravě. U obou skupin kojenců se toto onemocnění objevuje se stejnou frekvencí. S touto myšlenkou se neshoduje sestra z R6, která na základě své praxe tvrdí, že kojené děti na kojenecké koliky trpí častěji než nekojené. Z výsledků kvantitativního výzkumu vyplývá opak. Více respondentů uvedlo možnost, že se kojenecké koliky vyskytují u nekojených dětí častěji než u kojených. Myslím si, že tento názor by mohl být spojený s aerofagií a špatným držením lahvičky při krmení.

Mikšová et al. (2006) upozorňuje rodiče, že pokud dítě není kojené, je nezbytné se naučit správnou techniku krmení z lahvičky. Pokud jsou v lahvi vzduchové bubliny, dochází ke zvýšenému polykání vzduchu dítětem. S touto problematikou souhlasí i respondentky z R6 a R7, které tvrdí, že při špatném držení lahvičky může dojít ke zhoršení kojenecké koliky.

Preventivně působí proti kojeneckým kolikám dostatečné odříhnutí po krmení (Kiedroňová, 2005). Respondentka z R1 upozorňuje na to, že kojené děti si někdy ani odříhávat nemusí. Ve všech ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost se respondentky shodly na 3 nejčastějších polohách při odříhávání, a to klubičko, tygřík a poloha přes rameno. Z výsledků kvantitativního výzkumu vyplývá, že jako nejčastější a nejvhodnější polohu k odříhnutí kojence považuje 70 % rodičů polohu přes rameno.

Další alternativní metodou řešení kojenecké koliky jsou kojenecké masáže (Kostluk, 2015). Hašplová (2015) popisuje, že na uvolnění napětí v břišku velmi dobře pomáhá protřepávání nožiček. Tuto metodu doporučují také respondentky z R4, R5, R6 a R7. Jako nejčastější masážní techniku ale všechny doporučují masírování bříška ve směru hodinových ručiček. Sestra z R4 ještě doporučuje rodičům kreslení sluníčka na bříško kojence.

Co se týče manipulace s dítětem, doporučuje Ryba (2012) šátkování, jež také působí preventivně proti kojeneckým kolikám. Behinová et al. (2012) vyvrací domněnku, že šátkování křiví dítěti páteř, protože pokud je dítě správně v šátku uvázáno, je naopak páteř podepírána. Se šátkováním u kojenců souhlasí i 71,2 % respondentů, kteří udávají, že tato metoda uvolňuje napětí v břišku a působí dítěti úlevu při kolice. Pouze 5,8 % rodičů zastává názor, že šátkování křiví dětem záda.

Existuje mnoho způsobů řešení kojeneckých kolik. Lékaři, sestry, odborníci, ale i babičky, maminky nebo kamarádky doporučují každý něco jiného k mírnění příznaků kojeneckých kolik. Důležité je, aby si každá maminka vyzkoušela a našla svůj vlastní způsob. Každé dítě je individuální a každému vyhovuje něco jiného. Proto je dobře, že už v dnešní době existuje více možností řešení kojeneckých kolik, ať už se jedná o klasické nebo alternativní metody.

## Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na kojenecké koliky v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost. Tato problematika je v ordinacích velmi častá a postihuje nejednoho kojence.

Pro tuto práci byly stanoveny 4 cíle, které se ověřovaly technikou hloubkového rozhovoru a zpracovávaly technikou otevřeného kódování. Prvním cílem bylo zmapovat úlohu sester při ošetrovatelské péči o kojence v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Druhým cílem bylo zmapovat proces edukace v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost v péči o kojence s kojeneckou kolikou. Třetím cílem bylo zmapovat orientaci sester u praktického lékaře pro děti a dorost v problematice péče o kojence s kojeneckou kolikou. Čtvrtým cílem bylo zmapovat orientaci rodičů kojenců v problematice péče o kojence s kojeneckou kolikou.

Z výsledků kvantitativního výzkumu bylo zjištěno, že úloha sester v problematice kojeneckých kolik spočívá především v edukaci maminek, jež probíhá většinou ústní, nebo názorně demonstrační formou. Sestry edukují maminky o kojení, dietě, kterou by měla kojící matka dodržovat, učí je kojenecké masáže, vhodné polohy k odříhnutí nebo kojení. V neposlední řadě slouží sestry také jako psychická podpora a uklidnění maminky. Sestry mají o této problematice rozsáhlé znalosti, které mnohdy vyplývají i z jejich vlastních zkušeností se svými dětmi. Co se týče rodičů dětí s kolikami, mají o této problematice různé znalosti. Záleží na tom, jestli má maminka teprve první dítě, také na sociálních podmínkách, ze kterých maminka pochází. Obecně by se dalo říci, že z výsledků výzkumu vyplynulo, že jsou maminky o kojeneckých kolikách informovány dobře, ať už od svých maminek, kamarádek nebo z internetu.

K této bakalářské práci byla stanovena jedna hypotéza, že existují rozdíly v informovanosti matek o problematice kojeneckých kolik v souvislosti s jejich výskytem u jejich dítěte. Kvantitativní výzkum probíhal technikou dotazníku. Na základě výsledků výzkumu byla hypotéza potvrzena. V tomto výzkumu jsme porovnávaly znalosti o kojeneckých kolikách u rodičů, které mají, nebo nemají dítě s kojeneckou kolikou.

Informace jsme komparovali v oblasti kojeneckých masáží, šátkování, kojení, odříhávání, původu kolik nebo do jaké míry jsou rodiče o nich informováni od pediatra. Bylo zjištěno, že rodiče, jejichž dítě trpí kojeneckou kolikou, mají o této problematice značně více informací.

Tato práce by měla sloužit jako určitý návod k péči o kojence s kojeneckou kolikou z pohledu ošetřovatelství.

## Seznam použité literatury

1. AŠENBRENEROVÁ, I., VIDNEROVÁ, A., 2010. *Co dělat, když dítě... Vyzkoušené tipy a triky na dětská trápení krok za krokem*. Praha: Mladá fronta. 224 s. ISBN 8020422250.
2. BEHINOVÁ, M. et al., 2012. *Nová velká kniha o mateřství od početí do věku 3 let*. Praha: Mladá fronta. 368 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
3. BIAGIOLI, E. et al., 2016. Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 9, CD009999, doi: 10.1002/14651858.CD009999.pub2. [cit. 2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009999.pub2/full>
4. BRONSKÁ, E., BRONSKÝ, J., 2012a. Diagnostika a léčba kojeneckých kolik. *Praktické lékařství*. 8(6), 286–289. ISSN 1803-5329.
5. BRONSKÁ, E., BRONSKÝ, J., 2012b. Koliky v kojeneckém věku a jejich řešení. *Pediatric pro praxi*. 13(4), 233–236. ISSN 1803-5264.
6. ČERMÁK, P., FÖRSTL, M., 2003. Zásady odběru a zasílání biologického materiálu k bakteriologickému vyšetření u dětí. *Pediatric pro praxi*. 4, 186–190. ISSN 1803-5264.
7. ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
8. DYLEVSKÝ, I., 2017. *Anatomie dítěte – Nipionatomie 2. díl*. Praha: nakladatelství ČVÚT. 644 s. ISBN 978-80-01-06047-6.
9. FRÜHAUF, P., 2009. Kojenecké koliky. *Pediatric pro praxi*. 10(1), 16–18. ISSN 1803-5264.
10. GELFAND, A., 2016. Infant Colic. *Seminars in Pediatric Neurology*. PMC. 18(4), 701–707, doi:10.1016/j.spen.2015.08.003.
11. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
12. GREGORA, M., 2010. Kojenecké koliky. *Pediatric pro praxi*. 11(4), 236–238. ISSN 1803-5264.
13. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. Brno: CPress. 255 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
14. HAŠPLOVÁ, J., 2015. *Masáže dětí a kojenců*. Praha: Portál. 102 s. ISBN 978-80-262-0858-7.

15. HELUS Z., 2011. *Úvod do psychologie. Učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ.* Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
16. JOHNSON, J. D. et al., 2015. Infantile Colic: Recognition and Treatment. *Am Fam Physician* [online]. 92(7), 577-582. [cit. 2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/afp/2015/1001/p577.html>
17. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
18. KHEIR, A., 2012. Infantile colic, facts and fiction. *Ital J Pediatr* [online]. 38: 34, doi: 10.1186/1824-7288-38-34. [2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3411470/>
19. KIEDROŇOVÁ, E., 2005. *Něžná náruč rodičů – moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem.* Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-2471-210-9.
20. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
21. KOSTLUK, P., 2015. Kojenecké koliky a meteorismu: tradice vs. racionální úvahy. *FarmiNews* [online]. 13(04) [cit. 2019-02-15]. ISSN 1214-5017. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/v128-casopis-farminews-2015-4>
22. KOTLÁŘOVÁ, L., 2009. Kojenecké koliky. *FarmiNews* [online]. 2 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/v6-casopis-farminews-2009-2>.
23. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství.* Praha: Portál. 247 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
24. LANDGREN, K. et al., 2015. Acupuncture in the treatment of infantile colic. *Ital J Pediatr* [online]. 41(1), doi: 10.1186/s13052-014-0105-3. [cit. 2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299294/>
25. LEBL, J., 2011. Růst a vývoj dítěte v prvním roce života. *Zdravotnictví a medicína. Zdravi.euro.cz* [online]. © 2011 [cit. 2018-11-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/rust-a-vyvoj-ditete-v-prvnim-roce-zivota-460168>
26. LEBL, J., BRONSKÝ, J., 2012. *Malá diferenciatní diagnostika v pediatrii.* Praha: Galén. 120 s. ISBN 978-80-7262-939-8.
27. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství.* Praha: Grada. 120 s. ISBN 80-247-0668-7.

28. MASOPUSTOVÁ, Z., MAREŠOVÁ, J., 2009. Excesivní pláč kojenců. *Pediatric pro praxi*. 9(6), 394–397. ISSN 1803-5264.
29. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
30. MUNTAU, A., 2009. *Pediatric*. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
31. NAHIDI, F. et al., 2017. The Comparison of the Effects of Massaging and Rocking on Infantile Colic. *Iran J Nurs Midwifery Res* [online]. 22(1), 67–71, doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_31\_13. [cit. 2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364756/>
32. NOVÁKOVÁ, Z., 2012. Fyziologické zvláštnosti dětského věku. *Praktické lékařství*. 8(6), 279–282. ISSN 1803-5329.
33. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2017. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-5822-0.
34. ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
35. RYBA, L. et al., 2012. Šátkování (nošení dětí v šátku), 2. část. *Pediatric pro praxi*. 13(3), 208–210. ISSN 1803-5264.
36. SAVINO, F. et al., 2014. Looking for new treatments of Infantile Colic. *Ital J Pediatr* [online]. 40(53), doi: 10.1186/1824-7288-40-53. [cit. 2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4050441/>
37. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
38. SHEIDAEI, A., et al., 2016. The effectiveness of massage therapy in the treatment of infantile colic symptoms: A randomized controlled. trial. *Med J Islam Repub Iran* [online]. 9(30), 351 [cit. 2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27453882>
39. SCHNEIDROVÁ, D. et al., 2006. *Kojení. Nejčastější problémy a jejich řešení*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 131 s. ISBN 80-247-1308-X.
40. SIKOROVÁ, L., PLAČKOVÁ, S., 2015. Souvislost mezi excesivním pláčem kojence a rodinnými faktory. *Pediatric pro praxi*. 16(5), 348–351. ISSN 1803-5264.
41. SKALKOVÁ, U., 2018. *Koliky v kojeneckém věku*. Brno. Bakalářská práce. LF MU Brno.

42. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
43. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
44. SÝKORA, J., et al., 2007. Kojenecké koliky. *Pediatric pro praxi*. 8(4), 212–214. ISSN 1803-5264.
45. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
46. The Joanna Briggs Institute, 2004. The Effectiveness of Interventions for Infant Colic. *Best Practice: evidence-based practice information sheets for health professionals*. 8(2), 1–6. ISSN 1329-1874.
47. VÁGNEROVÁ M., 2012. *Vývojová psychologie, dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
48. VELTEN, H., WALTER, B., 2010. *Masáže kojenců*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2739-4.



## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru .....	67
Příloha 2 – Dotazník .....	68

## Seznam obrázků a tabulek

### Seznam obrázků

Obrázek 1 Ošetrovatelská péče .....	35
Obrázek 2 Informovanost sester .....	38
Obrázek 3 Věk dítěte .....	41
Obrázek 4 Přítomnost kojenecké koliky .....	42
Obrázek 5 Informovanost o kojeneckých kolikách .....	42
Obrázek 6 Pohlaví dítěte.....	43
Obrázek 7 Příčiny kojeneckých kolik.....	44
Obrázek 8 Názor na výskyt kojeneckých kolik v závislosti na způsobu výživy .....	44
Obrázek 9 Nejčastější období výskytu kojeneckých kolik .....	45
Obrázek 10 Názor na význam omezení potravin v jídelníčku matky.....	46
Obrázek 11 Vliv správného přiložení k prsu na výskyt kojeneckých kolik .....	46
Obrázek 12 Vhodnost polohy k odříhnutí.....	47
Obrázek 13 Názor na využití šátkování při řešení bolesti při kojeneckých kolikách.....	48
Obrázek 14 Vhodnost bylinných čajů a doplňků v prevenci a léčbě kojeneckých kolik.....	48
Obrázek 15 Používání farmakologických přípravků v léčbě kojeneckých kolik .....	49
Obrázek 16 Účinek farmakologických přípravků.....	50
Obrázek 17 Úspěšnost jednotlivých alternativních metod tišení kojeneckých kolik .....	50
Obrázek 18 Edukace sestrou u praktického lékaře pro děti a dorost o kojeneckých kolikách.....	51
Obrázek 19 Výskyt kojenecké koliky v závislosti na pohlaví .....	52

### Seznam tabulek

Tabulka 1 Četnostní tabulka hypotézy – Informace o kojeneckých kolikách v závislosti na výskytu onemocnění .....	53
--	----

## **Příloha 1: Otázky rozhovoru se sestrami**

1. Když k Vám do ordinace přijde dítě, kterému jste diagnostikovaly kojeneckou koliku, v čem spočívá specifika Vaší péče?
2. O čem maminky jako sestra informujete?
3. Které informace považujete za nejdůležitější?
4. Jak často se setkáváte s dítětem s kojeneckou kolikou?
5. Jak bývají maminky o tomto onemocnění informované?
6. Jaké máte zkušenosti s léčbou kojeneckých kolik?
7. Jakou úspěšnost má Vaše léčba při mírnění kojeneckých kolik?
8. Jaké techniky mírnění kojeneckých kolik doporučujete maminkám?
9. Jakým způsobem edukujete o správné technice kojení?
10. Které techniky masáže břicha maminky učíte?
11. U koho z Vašich pacientů se kojenecké koliky vyskytují nejčastěji?
12. K jakému způsobu léčby se spíše přikláníte a proč (alternativní, klasický)?
13. Jaký by měl být správný postup odříhnutí dítěte do 9 měsíce věku?
14. Jaké chyby dělají maminky nejčastěji v péči o dítě s kojeneckou kolikou?

## **Příloha 2: Dotazník**

### **Dotazník na téma KOJENECKÉ KOLIKY**

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Lucie Kratinová, jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, obor Všeobecná sestra.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřen na problematiku kojeneckých kolik.

Kojenecká kolika je dětské onemocnění, které je doprovázeno náhle vzniklým pláčem, křikem, propínáním břicha a přitahováním nožiček. Kojenec většinou rudne v obličejí a zatíná ručičky v pěst. V tomto stavu se stává neutišitelným (Bronský a Bronská, 2012b).

Dotazník je anonymní, výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce na téma *„Dítě s kojeneckou kolikou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost“* v rámci mého studia.

Za Vaši ochotu a čas věnovaný dotazníku děkuji.

**1. Jak staré je Vaše dítě?**

- a) 0–2 měsíce
- b) 3–5 měsíců
- c) více než 5 měsíců – prosím doplňte věk .....

**2. Trpí Vaše dítě na kojenecké koliky?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**3. Máte informace o problematice kojeneckých kolik?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**4. Jakého pohlaví je Vaše dítě?**

- a) holčička
- b) chlapeček

**5. Čím jsou kojenecké koliky způsobeny?**

- a) původ kolik není přesně známý – jde o syndrom
- b) jde o genetický faktor
- c) nevím

**6. Vyskytují se kojenecké koliky více u nekojených dětí?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**7. Kdy se u Vašeho dítěte objevují kojenecké koliky nejčastěji? (odpovídají pouze rodiče, jejichž dítě trpí kojeneckou kolikou)**

- a) odpoledne, navečer
- b) po jídle
- c) není závislé na denní době
- d) jiné – prosím doplňte.....

**8. Měla by kojící matka vyřadit ze svého jídelníčku některé potraviny?**

- a) ano – kravské mléko, arašídy, ryby
- b) ano – kukuřici, olivy
- c) ne, strava kojící matky nemá vliv na průběh kojenecké koliky

**9. Má správné přiložení dítěte k prsu vliv na kojenecké koliky?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**10. Jaká poloha je vhodná k odříhnutí pro dítě do devátého měsíce věku?**

- a) vyvýšené kloubíčko v peřince
- b) přes rameno
- c) nevím

**11. Je pro dítě s kojeneckou kolikou vhodné šátkování na omezenou dobu k úlevě od bolesti?**

- a) ano – uvolňuje napětí v bříšku
- b) ne – křiví páteř dítěte
- c) nevím

**12. Jsou pro dítě s kojeneckou kolikou vhodné bylinné čaje a doplňky?**

- a) ano – pomáhají od bolesti, je dobré jich pít co nejvíce
- b) ano – pozor na množství
- c) ne

**13. Používáte k tišení kojeneckých kolik farmakologické přípravky? (odpovídají pouze rodiče, jejichž dítě trpí kojeneckou kolikou)**

- a) ano (lactobacilly, léky proti plynatosti – například Espumisan)
- b) ne
- c) nevím

**14. Pomáhají tyto přípravky Vašemu dítěti? (odpovídají pouze rodiče, jejichž dítě trpí kojeneckou kolikou)**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15. Jak Vám pomáhají dané metody při tišení kojeneckých kolik? (Odpovídají pouze rodiče, jejichž dítě trpí kojeneckou kolikou. Prosím označte jako ve škole u každé metody od 1–5, 1 – nejúčinnější, 5 – nepomáhá)**

a) kojenecká masáž	1	2	3	4	5
b) bylinky	1	2	3	4	5
c) dostatečné odříhnutí	1	2	3	4	5
d) změna stravy u kojící matky	1	2	3	4	5
e) jiné – uveďte.....	1	2	3	4	5

**16. Edukovala Vás sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost o kojeneckých kolikách?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne