

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Analýza úrovně hygienických znalostí žáků 1. - 3. tříd Základní
školy Hradská Humpolec**

Diplomová práce

MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D.

2011

Bc. Ivana Průšová

SUMMARY

Analysis of hygienic knowledge level of the 1st up to 3rd class pupils in Hradská Humpolec Elementary School

My thesis deals with hygienic knowledge monitoring of pupils at the age of 6 up to 10 years attending Hradská Elementary School in Humpolec. Further it is focused on pupil's education related to the significance of observing hygienic rules and potential consequences which can result in case of their breach. In the end, after carrying out the education, I evaluated the pupils' knowledge of the problems in question.

The initial part of my thesis gives information about hygiene history, basic hygienic habits, selected infectious diseases of child age, these infections epidemiologic characteristic, diagnostics, clinical knowledge, precautionary measures and vaccination problems. This part was elaborated by using method of secondary data analysis.

The quantitative research and lecture on the theme "Precaution of infectious disease with practising the right method of washing hands" were carried out in the second part of my thesis. The data acquired via two questionnaire inquiries are evaluated statistically by means of graphs.

The acquired results are under discussion in the third part of my thesis. The pupils have basic knowledge of body care; they know which hygienic habits they should observe. Unfortunately they do not always do it. The necessity of hygienic rules observance is not preferred by children because they do not realize their importance. Children should improve their dental hygiene and method of washing hands. Observing hygiene is important in infectious diseases precaution and indisputably also because of everybody's feeling fine. In my opinion the education has an influence on improving the knowledge level in the field of hygienic habits and therefore its implementation makes sense. My thesis can be used as information material for work in the given field. Its results can be used to increase the children's knowledge level in personal hygiene.

ABSTRAKT

Analýza úrovně hygienických znalostí žáků 1. - 3. tříd Základní školy Hradská Humpolec

Diplomová práce se zabývá monitoringem hygienických znalostí žáků ve věku 6 – 10 let navštěvujících Základní školu Hradská v Humpolci. Dále je zaměřena na výchovu žáků k významu dodržování hygienických pravidel a o možných důsledcích, které mohou vzniknout v případě jejich porušování. Nakonec, po provedení edukace, jsem vyhodnotila znalosti žáků o dané problematice.

Úvodní část práce seznamuje s historií hygieny, základními hygienickými návyky, vybranými infekčními onemocněními dětského věku, epidemiologickou charakteristikou těchto nákaz, diagnostikou, klinickými poznatky, preventivními opatřeními a problematikou očkování. Tato část byla vypracována metodou sekundární analýzy dat.

V druhé části práce byl proveden kvantitativní výzkum a přednáška na téma „Prevence infekčních nemocí s nácvikem správné techniky mytí rukou“. Pomocí grafů jsou statisticky vyhodnocena data, která byla získána dvěma dotazníkovými šetřeními.

V třetí části práce je zavedena diskuze nad získanými výsledky. Žáci mají základní znalosti v péči o tělo, vědí, jaké hygienické návyky mají dodržovat. Bohužel ne vždy tak činí. Nutnost dodržování hygienických pravidel není dětmi upřednostňována, protože si neuvědomují jejich důležitost. Děti by měly zlepšit svojí dentální hygienu a techniku mytí rukou. Dodržovat hygienu je důležité v prevenci infekčních onemocnění a bezesporu také proto, aby se každý cítil dobře. Dle mého názoru má edukace vliv na zlepšení úrovně znalostí v oblasti hygienických návyků, a proto její provádění má význam. Práce může být použita jako informační materiál pro práci v dané oblasti. Výsledky mohou být využity při zvyšování úrovně znalostí dětí v osobní hygieně.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 23.5.2011

.....

Touto cestou bych ráda poděkovala MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D., za metodické vedení mé diplomové práce, za cenné připomínky, odborný dohled a věnovaný čas.

ÚVOD	10
1. SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Historie hygieny	12
1.2 Základní hygienické návyky	13
1.2.1 Péče o dutinu ústní	14
1.2.2 Péče o tělo - koupání	15
1.2.3 Péče o vlasy	16
1.2.4 Péče o dutinu nosní	16
1.2.5 Péče o nehty	16
1.3 Zdravotní dopady nedostatečných hygienických návyků	16
1.3.1 Zažívací potíže - bolesti břicha	16
1.3.2 Zažívací potíže - zvracení	17
1.3.3 Zažívací potíže - dětský průjem	17
1.3.3.1 Rotaviry	18
1.3.3.2 Norwalk-like viry	19
1.3.3.3 Adenoviry	19
1.4 Vybrané respirační nákazy dětského věku	20
1.4.1 Rýma a kašel	20
1.4.2 Influenza	21
1.4.3 Ostatní akutní respirační onemocnění	22
1.4.4 Streptokoková angína a spála	23
1.4.5 Vybrané exantémové nákazy	24
1.4.5.1 Varicella	24
1.4.5.2 Megalerythema infectiosum (Pátá exantémová nemoc)	25
1.4.5.3 Exanthema subitum (Šestá exantémová nemoc)	25
1.4.6 Infekční mononukleóza	26
1.4.7 Cytomegalovirová infekce	26
1.4.8 Herpes simplex	27
1.5 Vybrané alimentární infekce	27
1.5.1 Salmonelózy	28

1.5.2	Kampylobakteri3za	28
1.5.3	Shigellosis	29
1.5.4	Infekce vyvolan3 Escherichia coli.....	29
1.5.5	Virov3 hepatitida A	30
1.5.6	Virov3 hepatitida E.....	31
1.5.7	Listeri3za	31
1.5.8	Aliment3rnl intoxikace	32
1.6	Vybran3 infekce k3že a sliznic.....	33
1.6.1	Svrab.....	34
1.6.2	Dermatomyk3zy	34
1.6.3	Kandid3za.....	35
1.6.4	Bakteri3lnl kožnl infekce.....	35
1.7	Vybran3 infekce vyvolan3 parazity.....	36
1.7.1	Giardi3za (lambli3za).....	37
1.7.2	Kryptosporidi3za	37
1.7.3	Toxoplazm3za	38
1.7.4	Izospor3za	38
1.7.5	Cyklospor3za.....	39
1.7.6	Hymenolepi3za.....	39
1.7.7	Teniarynch3za (Teni3za hov3znl)	39
1.7.8	Askari3za.....	40
1.7.9	Trichuri3za (trichocefal3za)	40
1.7.10	Enterobi3za (oxyuri3za)	41
1.7.11	Toxokar3za.....	41
1.7.12	Veš d3tsk3 (Pediculosis capitis)	42
1.8	N3kter3 n3kazy p3en3šen3 poran3nlm zv3řetem	42
1.8.1	Felin3za (Horečka z kočlchlho škr3bnutl).....	43
1.8.2	Tular3mie.....	43
1.8.3	Leptospir3za	43
1.9	D3tsk3 očk3vacl kalend3ř	44

1.9.1 Očkování ve vztahu k infekčním nemocem	44
1.9.2 Nedůvěra v očkování.....	45
1.9.3 Kontraindikace očkování.....	45
1.9.4 Očkovací kalendář platný v ČR.....	45
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	48
2.1 Cíl práce	48
2.2 Hypotézy	48
3. METODIKA.....	49
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	49
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	49
4. VÝSLEDKY	50
4.1 Otázka číslo 1 „Kolik je ti let?“	50
4.2 Otázka číslo 2 „Do které chodíš třídy?“	51
4.3 Otázka číslo 3 „Jsi holka nebo kluk?“	52
4.4 Otázka číslo 4 „Čistíš si zuby?“	53
4.5 Otázka číslo 5 „Chodíš na prohlídky k zubaři?“	54
4.6 Otázka číslo 6 „Učil/a ses jak si správně čistit zuby?“	55
4.7 Otázka číslo 7 „Byl/a jsi u zubní hygienistky?“	56
4.8 Otázka číslo 8 „Používáš zubní nit nebo mezizubní kartáček?“	57
4.9 Otázka číslo 9 „Používáš po vyčištění chrupu ústní vodu?“	58
4.10 Otázka číslo 10 „Máš doma svůj ručník?“	59
4.11 Otázka číslo 11 „Máš svůj hřeben?“	60
4.12 Otázka číslo 12 „Půjčuješ si od kamaráda nebo kamarádky čepici, čelenku, gumičky do vlasů, kartáč na vlasy?“	61
4.13 Otázka číslo 13 „Myješ si ruce před jídlem?“	62
4.14 Otázka číslo 14 „Myješ si ruce po hraní venku?“	63
4.15 Otázka číslo 15 „Myješ si ruce po použití záchodu?“	64
4.16 Otázka číslo 16 „Piješ ze sklenice/láhve po rodičích, sourozenci nebo kamarádovi?“	65

4.17 Otázka číslo 17 „Ochutnáváš od kamaráda nebo spolužáka svačinu/oběd?“	66
4.18 Otázka číslo 18 „Myješ si ovoce a zeleninu?“	67
4.19 Otázka číslo 19 „Sníš jídlo nebo žvýkačku, která ti upadne na zem?“	68
4.20 Otázka číslo 20 „Zakrýváš si ústa při kašlání?“	69
4.21 Otázka číslo 21 „Do jakého kapesníku smrkáš?“	70
4.22 Otázka číslo 22 „Co děláš, když jsi nemocný?“	71
4.23 Otázka číslo 23 „Kupuješ si jídlo na pouti nebo u stánku?“	72
4.24 Otázka číslo 24 „Měl jsi někdy vši?“	73
4.25 Otázka číslo 25 „Zaškrtni typickou nemoc špinavých rukou?“	74
4.26 Otázka číslo 26 „Mohou být domácí mazlíčci zdrojem onemocnění?“	75
4.27 Otázka číslo 27 „Je rizikové pít vodu ze studánky?“	76
4.28 Otázka číslo 28 „Co je základem hygieny? Možnost více odpovědí.“	77
4.29 Otázka číslo 29 „Je správné umýt si ruce při příchodu domů, po hraní si na hřišti, po hraní s domácími mazlíčky?“	78
4.30 Otázka číslo 30 „Poprosíš doma rodiče o svůj vlastní ručník a hřeben?“	79
4.31 Otázka číslo 31 „Umyješ si vždy před konzumací ovoce a zeleninu, i ze zahrádky, kterou máte doma?“	80
4.32 Otázka číslo 32 „Je správné si při kašlání zakrýt ústa rukou nebo kapesníkem?“	81
4.33 Otázka číslo 33 „Může se nemytýma rukama přenášet kašel, rýma, chřipka?“	82
4.34 Otázka číslo 34 „Líbil se ti nácvik správné techniky mytí rukou?“	83
4.35 Statistické testy	84
5. DISKUZE	85
6. ZÁVĚR	100
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	103
8. KLÍČOVÁ SLOVA	108
9. PŘÍLOHY	109

ÚVOD

Ve své diplomové práci jsem se rozhodla zpracovat vlastní téma - Analýza úrovně hygienických znalostí žáků 1. - 3. tříd Základní školy Hradská Humpolec. Hlavním důvodem, který mě přivedl k volbě tohoto tématu, byla skutečnost, že se mi líbí práce s dětmi a s komplexním zpracováním této problematiky jsem se na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích nesetkala.

Mezi základní potřeby současného kulturního člověka patří péče o čistotu těla. Již odedávna se lidé snažili předcházet mnoha infekčním onemocněním dodržováním základních hygienických pravidel. V předškolním věku si dítě vytváří hygienické návyky pro celý svůj život, proto je téma hygieny velmi důležité a pořád aktuální. Pro svou práci jsem si vybrala skupinu dětí navštěvující 1. – 3. třídu základní školy.

Nutnost dodržování hygienických pravidel není dětmi upřednostňována, protože si neuvědomují jejich důležitost. Hygienické zásady osobní hygieny mají u dívek a chlapců velký význam. Velmi důležité je poučit rodiče a především matky o zdravých hygienických návycích a správné péči o tělo. Získání správných hygienických zásad v dětství a zejména jejich dodržování po celý život je základem zdravého chování. V důsledku jejich porušování vzniká riziko infekcí, které se šíří na ostatní děti a dospělé osoby.

V práci jsem si vytyčila tři cíle. Hlavním cílem bylo edukovat žáky o významu dodržování hygienických pravidel a možných důsledcích v případě jejich porušování. Tomuto cíli předcházela dílčí cíl, který se týkal monitoringu hygienických znalostí žáků ve věku 6 - 10 let. Posledním cílem bylo vyhodnocení znalostí žáků o dané problematice po provedení přednášky na téma - Prevence infekčních nemocí s nácvikem správné techniky mytí rukou.

Vytvořila jsem si dva dotazníky, pomocí kterých jsem se snažila získat co nejvíce informací o hygienických návycích, které děti ve věku 6 – 10 let dodržují. Zajímala jsem se o jejich dentální hygienu, o mytí rukou, o dodržování lékařských doporučení a dalších základních hygienických pravidlech. Zjišťovala jsem, zda

děti po přednášce získaly více znalostí a informací. Srozumitelnou a zábavnou formou jsem učila děti, že nejúčinnější prevencí infekčních onemocnění je dodržování základních hygienických návyků a pravidel. Zdůraznila jsem význam správné techniky mytí rukou a snažila se o navýšení vědomostí žáků z oblasti hygieny.

Svou prací bych chtěla umožnit krátký pohled do problematiky vybraných přenosných onemocnění týkajících se dětí. V práci se otázkou infekčních nákaz zaobírám z hlediska epidemiologického a preventivního. Infekční nemoci zůstávají v dnešní době i přes možnosti očkování závažným problémem zdravotního stavu zejména u dětí. V průzkumu jsem zkoumala postoj dětí k hygienickým návykům.

1. SOUČASNÝ STAV

1. 1 Historie hygieny

Infekční nemoci jsou i v současnosti závažným problémem zdravotního stavu zvláště u dětí. Na jejich výskytu se významně podílí snížená obranyschopnost u řady z nich. Už mnohokrát v minulosti bylo prokázáno, že mnoho infekcí šíříme vlastníma rukama, proto stále roste význam správné hygieny rukou a my na to nesmíme zapomínat. Správná hygiena rukou je nejjednodušší, nejdostupnější a nejlevnější způsob, jak zamezit přenosu nakažlivých nemocí.

Sprchování, mytí rukou, čištění zubů jsou v dnešní době nutností a náš život už si neodkážeme bez těchto denních rituálů představit. V českých zemích nastaly problémy s hygienou ve 13. století na počátku rozvoje měst. Rostl počet obyvatel a zvířat ve městech, začala řemeslná výroba a odpad se hromadil na ulicích, dvorech a náměstích nebo v odpadních jámkách. Odtud se čas od času odvezl na skládky, které byly rozmístěny na březích řek a potoků, nebo se přímo do řek házel. Důsledky tohoto jednání přišly zanedlouho, vznikaly epidemie, byla vysoká úmrtnost a lidé se dožívali nízkého věku. Jen pomalu se z vyspělejších částí Evropy a východního Středomoří k nám dostávaly názory a myšlenky, že epidemie souvisejí s hospodařením s odpadky. Ve významnějších městech byly ve 14. století zřizovány vodovody. Ty byly ze začátku velmi jednoduché, založené na gravitačním principu, a mimo město vedly nekrytými koryty. Na konci 15. století se na konci vodovodů vybudovaly kašny. Nejhorší situace byla na ulicích, které vypadaly jako skládka. V 15. století vznikly teoretické úvahy o souvislosti mezi čistotou a zdravím, a dokonce o tom kázali někteří kněží. Doma v soukromí si lidé myli ruce a tváře, případně vlasy a vousy, vyžadovala to společenská prestiž, ale trocha tělesné špíny byla přirozená. Od druhé poloviny 15. století lidé začali používat k očištění městské lázně. Vznikaly poblíž řek nebo potoků a oblíbené byly zhruba dvě století. Návštěvy lázní nesloužily jen k tělesné očištění, ale staly se také společenskou záležitostí. Lidé tam chodili za zábavou,

hovorem a jídlem. Poté nastala doba spíše zakrývání nečistot. Funkci záchodů splňovaly odpadní jámky, které se budovaly co nejdále od domu. Ve 14. století se objevily první hygienické předpisy na umístění a úpravy záchodů. Nesměly stát u struh, v blízkosti studní, od zdi sousední parcely měly být v dostatečné vzdálenosti. Několik domů mívalo jeden společný záchod. V 16. století nastala doba rozvoje vodovodů a zlepšila se hygiena. Začaly se šířit stále nové a nové lékařské poznatky o hygieně. (Sokol, 2010)

Pravidelná hygiena byla běžnou součástí života již dávných civilizací. Ve starém Egyptě používali k mytí přírodní prostředky a očista těla probíhala ve společných lázních. Ve starém Řecku byla péče o tělo pod vlivem Egypta. Řekové uznávali koupele, masáže, pěstovali sport a konzumovali vyváženou stravu. Ve středověku se metody tělesné očisty nelišily. Lidé prováděli hygienu doma nebo ve veřejných lázních. Z toho plyne, že používání vody, mýdla, šampónu není výtěžkem dnešní moderní společnosti. V 18. století nastal negativní postoj k hygieně, protože se lidé báli moru, který si spojovali s vodou jako živnou půdou pro nakažlivé choroby. Od poloviny 19. století si lidé začali zřizovat doma vany, k mytí používali vodu a mýdlo. Ve 20. století již funguje osvěta o pozitivních účincích hygieny na naše zdraví. (Vacula, 2005)

Současné moderní koupelny, díky technickým vymoženostem v podobě ústředního topení, teplé vody tekoucí z vodovodního kohoutku, smaltovaných van a dalších, splňují vše, co kultura osobní hygieny vyžaduje. Dnes je velice oblíbené sprchování. Díky životnímu stylu se prostředky hygieny zmodernizovaly, zrychlily a většina z nás přestala denní hygienu vnímat jako chvíle pro relaxaci, chvíle pro očistu těla i duše.

1.2 Základní hygienické návyky

Výchova k základním hygienickým návykům by měla začít od nejtělejšího věku dítěte. Celodenní hygiena a péče o tělo má být pro dítě příjemným prožitkem. K hygienickým návykům, které by měly děti zvládat, patří čištění zubů ráno a večer, večerní koupání nebo sprchování, česání vlasů, čištění uší, péče

o nehty, péče o nos. Mytí rukou před každým jídlem a po každém použití toalety by mělo být pro dítě samozřejmostí.

„Hygiena je soubor pravidel a postupů vedoucí k podpoře a ochraně zdraví, jak uvádí Sedlářová.“ Každý rodič má naučit své dítě udržovat osobní čistotu. Osobní hygiena je základní biologickou potřebou. V tomto směru je novorozenec a kojeneček naprosto závislý na dospělém. Batolecí a předškolní období je nejdůležitější pro získávání hygienických návyků. Za dohledu a pomoci rodičů, dále učitelek v mateřských školkách by se mělo dítě samo začít starat o hygienu. Je rozdíl mezi kůží dospělého a dětí. Dítě má pokožku tenčí než dospělí jedinec, proto je méně odolná proti nepříznivým vlivům. (Sedlářová, 2008, 63 - 73) Péčí o hygienu dítě samo přispívá k pocitu pohody a ke svému zdraví.

1.2.1 Péče o dutinu ústní

Dutina ústní je při narození sterilní. Během 1 až 1,5 dne se stane místem výskytu řady mikroorganismů.

Kolem pátého měsíce nitroděložního vývoje se začínají tvořit mléčné zuby. Přibližně mezi 6. – 7. měsícem se prořezávají první zuby. Okolo 3. roku života mají děti úplný mléčný chrup. V 6. roce života začínají zuby vypadávat a rostou zuby trvalé. Trvalých zubů máme 32. Jako zubní kaz označujeme závažný patologický proces, který je způsoben bakteriemi, nejčastěji *Streptococcus mutans*. Máme vytipované rizikové skupiny dětí, u kterých se může vyskytnout zubní kaz dříve. Patří sem děti s celkovým onemocněním, děti s přítomným zubním plakem a demineralizací skloviny, děti z nižších socioekonomických rodin, dále z rodin přistěhovalců, národnostních menšin. Na zvýšeném výskytu zubního kazu se podílí pravidelný příjem jednoduchých sacharidů, zejména glukózy, fruktózy, sacharózy. Zubní kaz může vzniknout i u dětí spících s kojeneckou lahví nebo u těch, kteří mají poruchy spánku. Zanedbávání péče o chrup vede k vytváření zubního povlaku a v něm se množí nebezpečné bakterie. Pro chrup jsou nebezpečné jednoduché cukry, které využívají bakterie jako svůj zdroj energie a ty pak způsobí snížení pH v ústech.

Kyselá pH má vliv na demineralizaci zubní skloviny. Povrch našich zubů očišťují sliny, které odplavují bakterie spolu se zbytky jídel. Pro prevenci zubního kazu je důležitá pravidelná hygiena dutiny ústní a správná výživa. Dále by se mělo dítě naučit, jak si správně čistit zuby. Rodiče a praktický zubní lékař by měli dítěti jednoduše vysvětlit k čemu a jak se používá zubní kartáček a zubní pasta. Úplně první zoubky se čistí 1x za den, nejlépe večer před spaním. První zubní kartáček, se kterým si dítě začne čistit chrup, by měl dostat ve věku cca 2 let. Ovšem samo si zuby nezvládne vyčistit, je třeba, aby mu rodiče pomohli. V tomto věku zuby čistíme krouživými pohyby pomocí kartáčku s jemnými vlákny. Od 3 let si už dítě dokáže zuby čistit samo. I zde je potřeba dozoru rodičů a dodržovat pravidelnost čištění 2x denně, ráno a večer. Od školního věku se dětem doporučuje používat zubní nit. Další hlavní zásadou v prevenci zubního kazu je fluorizace. Množství fluoridů zabezpečujeme prostřednictvím vhodné fluorizované zubní pasty. Podporuje odolnost zubní skloviny. Preventivní prohlídky u stomatologa zahajujeme v 1. roce života dítěte. Doporučují se častější preventivní prohlídky než u dospělých osob, které by měly navštěvovat stomatologa 2x do roka. Včasné zahájení prohlídek je výhodné i z hlediska správné instruktáže rodičů. Lékař jim poradí i v otázkách fluoridové prevence a vysvětlí nebezpečí, která mohou vzniknout z nadměrné konzumace sacharidů. (Merglová, 2010, 6 - 9)

1.2.2 Péče o tělo - koupání

Dítě se může koupat ve vaně nebo sprchovat. Ke správné hygieně je dobré používat mýdlo určené pro dětskou pokožku. Není nutné mýdlo používat denně, postačí mýdlem omýt místa vlhké zapářky a hýždě. (Sedlářová, 2008, 63 - 73)

Je třeba dítě naučit mýt si denně obličej a ruce. Mytí rukou je základním hygienickým pravidlem. Naše ruce potřebují trvalou péči. Ke správné hygieně rukou je vhodné použít teplou vodu a mýdlo. Mytí rukou trvá přibližně půl minuty. Dnes se využívají tekutá mýdla. Do dlaní nanese malé množství a s trochou vody vytvoříme pěnu. Tu důkladně rozetřeme mezi prsty, na hřbet ruky a konečky prstů kolem nehtů. Poté ruce opláchneme proudem teplé vody a ruce si utřeme do papírového ručníku. (Podstatová, 2009, 140 – 141) Doma by

dítě mělo vědět, který ručník je jeho vlastní a ten má používat. Základní hygienické potřeby by dítě mělo mít v dosahu a vědět o nich. Čas strávený osobní hygienou by se měl stát příjemným prožitkem. Dítěti je třeba zábavnou formou vysvětlit pozitivní vliv osobní hygieny na jeho zdraví.

1.2.3 Péče o vlasy

Mytí vlasů u dětí stačí jedenkrát týdně. Záleží na uvážení rodičů. Vlasy myjeme pravidelně určený den, aby si dítě tento zvyk osvojilo. Hlavu myjeme šampónem, který je neutrální bez parfému a pokožku hlavy nedráždí. Dětem není potřeba vlasy fénovat, ani příliš často rozčesávat, protože bychom mohli poškodit povrch vlasů. (Sedlářová, 2008, 63 - 73) K rozčesávání vlasů by dítě mělo používat svůj osobní hřeben nebo kartáč.

1.2.4 Péče o dutinu nosní

Nos čistíme pravidelně a vždy podle potřeby. Děti učíme smrkat již od batolícího věku. Předtím dítěti rýmu odsáváme pomocí odsávačky. Při smrkání je třeba na děti dohlédnout. (Sedlářová, 2008, 63 - 73) Lepší je smrkat do papírového kapesníku než do látkového. Papírový kapesník pak dítě vyhodí a už z něj znovu nevdechuje kontaminovaný aerosol.

1.2.5 Péče o nehty

Péči o nehty zabezpečuje rodič přibližně do desátého věku dítěte. Nehty stříháme nakrátko. Na ruku je stříháme do obloučku a na nohou rovně, aby nehet nemohl zarůstat. Po ostříhání můžeme nehty zapilovat pilníkem. (Sedlářová, 2008, 63 - 73)

1.3 Zdravotní dopady nedostatečných hygienických návyků

1.3.1 Zažívací potíže - bolesti břicha

Jak uvádí Gregora (Gregora, 2007, 60) jsou bolesti břicha jedním z nejčastějších obtíží u dětí. Bolesti břicha jsou často přechodné, podmíněné psychickým strádáním dítěte nebo dietní chybou. Bolesti břicha by se neměly

podceňovat, jsou často ošidné, je důležité nechat dítě vyšetřit lékařem. Mají několik příčin vzniku. V dětském kolektivu se velice snadno šíří virové nákazy, které doprovázejí bolesti břicha a někdy průjem. U průjmových onemocnění dětí břicho bolí pokaždé. Parazitární nákazy také způsobují bolesti břicha. U dětí se nejvíce vyskytuje nákaza roupem dětským, který je typickým onemocněním dětských kolektivů, zejména v kolektivech mateřských školek. Nebezpečné jsou i úrazy břicha při sportovních aktivitách. Bolesti břicha doprovázejí i další onemocnění, jako jsou nemoci dýchacích cest, močového ústrojí a ledvin. Závažným onemocněním dětského věku je zánět přívěsku slepého střeva. Jako prevence infekčních průjmů je třeba učit dítě, aby si mylo ruce a potraviny, nekupovat jídla s majonézou a jídla starší. Ale i přesto se lze nakazit.

1.3.2 Zažívací potíže - zvracení

Zvracení je projevem obrany organismu a u dětí je velmi častým příznakem. Rodiče a dětský lékař by měli hledat příčinu zvracení. Příčiny zvracení můžeme dělit podle věku. Uvedme si příčiny zvracení u batolat, předškolních a školních dětí. Nejčastěji se jedná o gastroenteritidy, systémové infekce, infekční průjmy, intoxikace, léky, syndrom dráždivého kašle. K vzácnějším příčinám počítáme hepatitidu, pankreatitidu, peptidický vřed, poruchy středouší, mozkové tumory, chemoterapie, vrozené poruchy metabolismu a další. U dospívajících se navíc jedná o zánětlivé střevní onemocnění, apendicitidu, těhotenství, migrénu, léky a cholelitiázu. (Stožický et.al., 2006, 153)

1.3.3 Zažívací potíže - dětský průjem

Je-li stolice dítěte řídká a častá, jde o průjem. Jedná se o naprosto běžný problém, který nelze podceňovat. Může se rozvinout do vážných následků, jako je např. dehydratace. Průjem dělíme na akutní a chronický. Akutní průjem trvá méně než dva týdny a je nejčastěji způsoben virem nebo bakteriemi. Někdy vzniká i po užívání antibiotik, ta poškodí přirozené prostředí ve střevě. Chronický průjem je delší než dva týdny. Často je vyvolán nesnášenlivostí některých potravin nebo složek potravin, může být způsoben i střevními parazity. Mezi nejčastější

příznaky průjmu patří bolesti břicha, křeče v břiše, nevolnost, časté chození na toaletu, někdy bývá i horečka. Nejzávažnější příčinou průjmů u dětské populace jsou infekce. Nejčastěji je způsobuje virus. Mezi ně řadíme Rotavirus, Adenovirus, Coronavirus, Astrovirus, Coxsackie, Norwalk-like, Picobirna viry. Další příčinou průjmů jsou bakterie. K těm nejběžnějším počítáme *Escherichia coli*, *Campylobacter jejuni*, Salmonelózy, *Shigella sonnei*, *Vibrio cholera*, *Yersinia enterocolica* a bakteriální toxiny, které produkují *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium difficile*, enterotoxická *Escherichia coli*. Infekční průjmy mohou být způsobeny i parazity. Mezi typické zástupce patří Enterobióza, Askarióza, Trichurióza, Giardióza, Kryptosporidióza a další. (Havlík, 2002, 67 – 86)

Při léčbě bychom se měli snažit o obnovení přirozené střevní mikroflóry. Dítě postižené průjmem ztratí chuť k jídlu, může být ohroženo dehydratací. Proto mu musíme tekutiny doplňovat, dále mu dodáváme i soli, které si při průjmu také ztrácejí. I když dítě nemá chuť na jídlo, připravíme mu potraviny tlumící onemocnění a urychlující léčbu. (Vigué, 2006, 74 - 77) Průjmům lze předcházet důkladným mytí rukou, omytím ovoce a zeleniny před konzumací, při přípravě pokrmů je třeba dodržovat správná hygienická pravidla, mýt vyčleněné kuchyňské nástroje a prkénka na syrové a hotové pokrmy. Nikdy nechutnáváme a nekonzumujeme syrová nebo nedostatečně tepelně upravená masa. V odstavci jsou uvedeni původci virových průjmů, níže si podrobněji uvedeme ty nejběžnější.

1.3.3.1 Rotaviry

Jsou nejčastějším původcem dětských průjmů, způsobují až 50 % nákaz. Onemocnění se vyskytuje častěji v zimních měsících a přenos se děje výhradně fekálně orální cestou. Virus se vylučuje nejvíce v prvním týdnu choroby, která začíná netypicky, katarom horních cest dýchacích. Dítě trpí nechutenstvím, zvrací, má vysokou horečku a průjem. Stolice jsou časté, trvají přibližně jeden týden, jsou vodnaté, bez hlenu a krve. Rotaviry se špatně kultivují, v laboratoři je diagnostikujeme ELISA testem nebo rychlou latexovou aglutinací. (Havlík, 2002, 79)

Hlavní terapeutickou zásadou rotavirových infekcí je dostatečná dehydratace. Dále dítě může užívat probiotika, která chrání před dalším poškozením střevní sliznice. Za preventivní opatření považujeme časté a správné mytí rukou, správná je i jejich následná dezinfekce. (Beneš, 2009, 116) Proti rotavirům máme k dispozici dvě perorální vakcíny Rotarix a RotaTeq. Mohou se dětem aplikovat od 9. týdne narození. Po rozšíření očkování proti rotavirovým infekcím můžeme předpokládat příznivý dopad tohoto specifického preventivního opatření nejen na zdraví dětí, ale i ekonomiku státu, především významné snížení návštěv u ošetřujícího lékaře, počtu hospitalizací a rozsahu pracovní neschopnosti u rodičů nemocných dětí. I u nás by se mělo začít používat rotavirové vakcíny s evropskými doporučeními. (Pazdiora, 2010, 9 – 12)

1.3.3.2 Norwalk-like viry

Jsou označeny podle místa prvního záchytu ve městě Norwalk. Několik let poté byly na více místech objeveny podobné viry, proto jim byl dán shodný název Norwalk-like viry. Za jeden až dva dny onemocní děti, i dospělí. Zdrojem nákazy je člověk, onemocnění se může přenést i prostřednictvím kontaminované potravy, zvláště nebezpečné jsou syrové mořské produkty. Nemocný trpí bolestmi břicha, nechutenstvím a zvrací. Průjem se vyskytuje pouze u poloviny případů. Onemocnění diagnostikujeme ELISA testem nebo pomocí elektronového mikroskopu. Nemocného je třeba perorálně rehydratovat. (Havlík, 2002, 79)

1.3.3.3 Adenoviry

Nákaza adenoviry postihuje jak dospělou populaci, tak i děti a má sezónní charakter. Postižený trpí vodnatými průjmy, má horečku a často i respirační obtíže. Zdrojem onemocnění je člověk. K přenosu dojde vzdušnou cestou, dále kontaminovanými rukama, předměty, i vodou v bazéně. Průjem identifikujeme latex-aglutinací. K preventivním opatřením patří důsledné mytí rukou a zásady správné hygieny. (Staňková, 2002, 17 – 18)

1.4 Vybrané respirační nákazy dětského věku

Na úvod poznamenejme, že respirační nákazy představují jak u nás, tak i ve světě jednu z příčin nemocnosti a úmrtnosti. U nás se velká většina vzdušných nákaz vyskytuje sezónně. Vyšší výskyt těchto onemocnění je typický v zimě. Akutní respirační nákazy způsobují častěji viry.

1.4.1 Rýma a kašel

Rýma patří k obecným příznakům respiračních nemocí. Jedná se o zánět nosní sliznice. Rýmu nejčastěji způsobují viry, o něco méně bakterie. Rýma je vysoce nakažlivá, zvláště dobře se šíří v dětských kolektivech nebo v uzavřených místnostech. K hlavním příznakům rýmy patří kýchání, pálení v nose, smrkání a výtok z nosu. Děti školního věku mají ve většině případů pouze lokální příznaky. Rýmu mohou doprovázet bolesti hlavy, únava, nechutenství, teplota nebývá nebo pouze lehce zvýšená. Do jednoho týdne rýma většinou odezní. U dětí školního věku není třeba léčit onemocnění, které nemá žádné komplikace. Rýmu léčíme pouze tehdy, nasedne-li bakteriální superinfekce. Děti necháváme doma hlavně z důvodu zabránění šíření infekce do okolí. (Volf, 2003, 18)

Kašel je obranný reflex, je důležitým symptomem onemocnění dýchacích cest a má typický zvukový projev. Kašel může mít mnoho podob od suchého, přes dráždivý, produktivní, až s vykašláváním sputa. V ordinaci dětského lékaře je důležité přesně popsat, o jaký druh kašle se jedná z důvodů správného určení diagnózy. Lze pak snáze posoudit, jakou chorobou dítě trpí a jaký zvolit terapeutický postup. (Bártů, 2010, 27)

Vlhký kašel může znamenat zánět hltanu, suchý pak zánět hrtanu. Suchý s bolestí za hrudní kostí značí pro zánět průdušnice, hluboký se sekrecí ukazuje na zánět průdušek. Kašel, při kterém bolí na hrudníku, může mít pneumonický nebo pohrudnicový charakter. Záchvaty kašle v noci svědčí pro alergii nebo dentální ložiskovou infekci. Kašel, který vznikne náhle u dítěte, které si hraje, může znamenat vdechnutí cizího předmětu. (Velemínský, 2009, 75)

1.4.2 Influenza

O chřipce jsou v literatuře zmínky asi z 16. století. Onemocnění způsobují viry z čeledi Orthomyxoviridae, které se dělí na dvě skupiny. Viry chřipky se dělí na tři základní typy, které jsou označovány písmeny A, B, C. Virus chřipky typu C svými příznaky připomíná spíše lehkou virózu dýchacích cest, objevuje se spíše ojediněle u dětí. Chřipka typu B je přenosná jen mezi lidmi, což omezuje její schopnost mutace. Přesto existuje několik jejích druhů, které umí vyvolat epidemii. Epidemie je ale menšího rozsahu a ohrožuje na životě více oslabené jedince. Virus typu A napadá všechny savce, i ptáky a každoročně se u něho objevují nové mutace. Schopnost mutace viru typu A zaručují dva povrchové glykoproteinové antigeny nazvané hemaglutinin a neuraminidáza. Oba tyto dva antigeny jsou součástí zevního obalu viru chřipky a jsou velice proměnlivé. Proto je nutné na každé období připravovat novou vakcínu pro aktuálně rozšířený druh. Chřipka má poměrně krátkou inkubační dobu od 18 – 24 hodin. Klasický obraz chřipky je nejčastěji způsoben virem chřipky typu A. (Beneš, 2009, 105 – 109)

V naší populaci představují největší zdroj infekce děti a mladiství, protože onemocní nejčastěji a jsou tak potencionálně nebezpeční pro rizikové skupiny. Za rizikové skupiny v populaci považujeme osoby starší a osoby chronicky nemocné. Riziko onemocnění můžeme snížit vakcinací dětí a mladistvých. Onemocnění je typickou respirační nákazou, šíří se vzduchem kapénkami a kontaminovanými předměty. Začíná typicky náhle a to z plného zdraví. Teplota stoupá až nad 39 °C, nemocný trpí výraznou bolestí hlavy, bolestmi kloubů a svalů, bolestmi v krku, ucpaným nosem bez výrazné rýmy. Někdy může způsobit dráždivý a suchý kašel až bolest za hrudní kostí. Horečka trvá 2 až 4 dny, pak klesne, nemocný je dále stále unavený a má kašel. Léčba je ve většině případů symptomatická s klidem na lůžku. Při specifické terapii podáváme antivirotika. (Blechová, 2007, 383 - 386)

Diagnostika chřipky spočívá většinou v klasickém klinickém obraze a epidemiologických souvislostech v ordinaci dětského lékaře. Do pěti dnů lze

virus kultivovat na tkáňových kulturách nebo stanovujeme vzestup titru specifických protilátek například pomocí PCR metody. (Beneš, 2009, 105 – 109)

Mezi komplikace chřipky řadíme bronchitidy, pneumonie a bronchopneumonie. Pneumonie nastupují rychle, může nastat plicní edém a jsou významným faktorem morbidit a mortality. Onemocnění má obzvláště těžký průběh v období pandemie novým sérotypem. Významnou komplikací jsou bakteriální superinfekce, kdy nejčastějším původcem je *Staphylococcus aureus*. (Blechová, 2007, 383 - 386)

Pro účely epidemiologické surveillance k odlišení chřipky od běžné nemoci z nachlazení byl stanoven pojem ILI (influenza-like illness). Termín ILI znamená horečku nad 38 °C, kašel, bolest v krku nebo bolest svalů. Ostatní onemocnění týkající se dýchacích cest jsou hlášena samostatně jako akutní respirační onemocnění. Výsledky vyplývající ze surveillance jsou potřebné v epidemiologických opatřeních. (Beneš, 2009, 105 – 109)

Onemocnění chřipkou je i dnes neustále podceňováno, ačkoliv jde o zdravotnický i sociální problém. Velice účinnou možností prevence je očkování populace. Očkovat můžeme dospělé i děti od 6 měsíce věku. Jednoznačně je prokázána významná redukce komplikací u očkovaných dětí. K profylaxi sezónní chřipky u rizikových skupin obyvatelstva lze využít antivirotik. (Blechová, 2007, 383 - 386)

1.4.3 Ostatní akutní respirační onemocnění

Mezi původce akutních respiračních nemocí počítáme přibližně 130 různých infekčních agens, z toho jich 80 – 90 % tvoří viry. K těm nejčastějším patří rhinoviry, adenoviry, koronaviry, RS viry, echoviry, viry parainfluenzy, viry coxsackie A a B. Zdrojem nákazy je člověk a přenos probíhá prostřednictvím kapének, dále pak kontaminovanými rukama, předměty. Podle druhu původce je různá inkubační doba, přibližně v rozmezí 1 – 14 dní. Klinický obraz je rozmanitý, akutní respirační onemocnění probíhají pod obrazem rýmy, tonsilitidy, faryngitidy, laryngitidy, bronchitidy. Vzácněji může postihnout centrální nervový systém, trávicí trakt, oko nebo ucho. Nákazy mají více sezónní

charakter, častěji probíhají v zimě, i v podobě epidemií. Nejzávažněji postiženy jsou děti a starší osoby. Nejvýznamnější roli mají nespecifická epidemiologická opatření. K těm patří větrání v místnostech, otužování vzduchem nebo vodou, konzumace vitamínů. Být ohledný ke svému okolí, a když jsem nemocný zůstat doma. Naučit děti používat papírové kapesníky a mýt si důkladně ruce. (Göpfertová, 2006, 164)

1.4.4 Streptokoková angína a spála

Angína je označení pro infekční postižení mandlí a hrdla. Angínu způsobuje jeden z nejvýznamnějších patogenů člověka *Streptococcus pyogenes* ze skupiny A, β -hemolytický streptokok. Nákaza se šíří mezi lidmi kapénkami při kýchání a kašli. V uzavřených prostorách se nemoc šíří lépe. Inkubační doba je v rozmezí 1 – 3 dnů. Pozdními následky streptokokových infekcí je akutní revmatická horečka a poststreptokoková glomerulonefritida. Nemoc začíná náhle s vysokou horečkou a bolestí v krku. Postižený trpí polykacími obtížemi, mohou být bolesti břicha, zvracení, hrdlo i tonzily jsou šarlatově zarudlé. Submandibulární uzliny jsou zvětšené a bolestivé. Průkaz streptokokoka provádíme v laboratoři kultivací z tonzil. Diagnostiku podporují zvýšené hodnoty CRP, zvýšený počet bílých krvinek, sedimentace. (Beneš, 2009, 203 – 205)

Spála je na rozdíl od angíny navíc doprovázena projevem spálového exantému, který je způsoben erytrogenním toxinem. Zdroj nákazy a způsob přenosu je stejný jako u angíny. Spála je poměrně časté onemocnění předškolních a školních dětí. Nikdy nevznikne u lidí, kteří mají protilátky proti erytrogennímu toxinu. Naše populace je značně promořená, proto je nejvyšší incidence u dětí. Začátek nákazy a příznaky jsou stejné jako u angíny, sliznice dutiny ústní je červená, na horním patře je nápadný enantém, jazyk je prvně bíle povleklý, pak povlak odchází směrem ke kořenu a jazyk je malinově zbarvený. Exantém se nenachází v obličeji, obličej je zarudnutý s typickým cirkumorálním vyblednutím – Filatovův příznak. Nejdéle do 2 dnů od začátku onemocnění vznikají po těle drobné červené makulopapulózní afekce, které jsou na pohmat drsné. Nejdříve se najdou v axilách, v podbřišku, v podpaží a tříselné krajině. Kolem nehtových

lůžek bývají drobné bělavé papulky – Šrámkův příznak. Kůže na dlaních, prstech a ploskách nohou se olupuje po 2 až 3 týdnech od začátku nákazy. (Beneš, 2009, 203 – 205)

1.4.5 Vybrané exantémové nákazy

Pro infekční exantémové nemoci je typické postižení kůže vyrážkou, kterou označujeme jako exantém. Na vzniku vyrážky se podílí řada příčin. Můžeme je rozdělit na infekční příčiny virové, bakteriální, mykotické, parazitární a dalšími příčinami jsou různé druhy alergenů a léků. Jak uvádí Táborská (Stožický, 2006, 330 – 333) je u nás vysoký výskyt planých neštovic a v pediatrické ordinaci je často zjišťována 5. a 6. nemoc.

1.4.5.1 Varicella

Původcem onemocnění je virus varicella-zoster (VZV). Jde o jednoho z původců lidských herpetických virů, patří do čeledi Herpesviridae. Plané neštovice jsou jednou z nejvíce se vyskytujících dětských virových exantémových nákaz, s maximem výskytu na konci zimních a jarních měsíců. O varicelle se traduje, že má u dětí benigní průběh, mnohonásobně vážnější je průběh u dospělých jedinců. Inkubační doba onemocnění je 9 – 23 dnů. Neštovice se šíří respirační cestou a mají vysokou nakažlivost. Začínají nejprve vzestupem tělesné teploty, pak výsevem varicelózního exantému v několika etapách. Při vyšetření jsou na těle vedle sebe různá stádia exantému. Vyrážka přechází v typická stádia, začíná jako papula, pak následuje vezikula, pustula a nakonec krusta. Vyrážka je typicky na obličeji, trupu, končetinách, ve vlasaté části hlavy a svědí. Léčí se symptomaticky, nemocný má mít klid na lůžku, podáváme antipyretika a antihistaminika. K celkovým komplikacím neštovic patří hepatopatie, intersticiální pneumonie, encefalitidy postihující mozeček a druhotné bakteriální komplikace, které se podílejí valnou měrou např. na hnisání rozškrábaných puchýřků. Mimořádně vážné je onemocnění těhotných žen, kdy v časných fázích gravidity může nastat poškození plodu hypoplazií končetin, mikrocefalií, kalcifikací v CNS, poškozením zrakového nervu. Varicella získaná perinatálně

může být pro plod a novorozence smrtelná. Virus varicella-zoster perzistuje v nervových gangliích, může se v dospělosti aktivovat a projevit se jako herpes zoster. (Stožický et.al., 2006, 332 - 333)

Vakcína proti varicelle je u nás na trhu, ale není zařazena v povinném očkování. Bylo by správné očkovat dospívající dívky a ženy ve fertilním věku, jež varicellu neměly. Vhodnou indikační skupinou jsou imunodeficitní osoby, zejména hematologičtí a onkologičtí pacienti. Ti se neočkují v období radioterapie. Vhodné je očkovat osoby, které čekají na transplantaci orgánů. Očkování je vhodné i pro zdravé lidi, kteří jsou v úzkém kontaktu s rizikovými osobami. (Maďar, 2007, 9 – 11)

1.4.5.2 Megalerythema infectiosum (Pátá exantémová nemoc)

Infekce je způsobena virem Parvovirus B19. Typicky se objevuje u předškolních a školních dětí. Inkubační doba je v rozmezí 6 – 20 dnů. Zdrojem onemocnění je člověk a nákaza se šíří přímým kontaktem, nejčastěji kapénkami. Po několika dnech inkubace s lehkými známkami virózy jako je zvýšená teplota, únava, bolesti v krku se objevuje motýlovité zarudnutí na tvářích s cirkumorálním výbledem – příznak zpolíčkovaných tváří. V odstupu pár dní následuje vyrážka na trupu, hýždích a končetinách, která je tvořena velkými nepravidelnými červenofialovými skvrnami různě splývajícími. Vyrážka přetrvává 7 – 10 dnů, pak bledne, ale u některých dětí se může znovu objevit třeba po koupeli, oslunění nebo námaze. Léčí se symptomaticky. Onemocnění probíhá u zdravých dětí většinou lehce, odezní bez léčby, u žen se ale může zkomplikovat bolestmi kloubů. Pokud onemocní těhotná žena, může dojít k potratu, odumření nebo poškození plodu. (Staňková, 2008, 145)

1.4.5.3 Exanthema subitum (Šestá exantémová nemoc)

Nemoc se vyskytuje především u kojenců a batolat. Jde o benigní virové onemocnění způsobené humánními herpetickými viry HHV-6 a HHV-7. Zdrojem onemocnění je člověk a nemoc se šíří kapénkami. Inkubační doba trvá 5 – 12 dnů. Nákaza má typický průběh. Začíná vysokou horečkou, která trvá 3 dny, pak

pokles teplot a výsev drobně skvrnitě červené vyrážky na obličeji a trupu, na končetinách málo. Onemocnění probíhá lehce, při prudkém nástupu horečky se mohou objevit febrilní křeče, vzácně encefalitida. Po odeznění akutní infekce HHV dlouhodobě latentně perzistují v genomu některých buněk hostitele. (Staňková, 2008, 145 – 146)

U tohoto onemocnění se u kojenců občas stává, že dítě je vzhledem k teplotám léčeno antibiotiky a následný výsev vyrážky je poté mylně považován za alergickou reakci na podané antibiotikum. Nepozná se exanthema subitum a dítě je nesprávně označeno za alergika na antibiotikum. (Hladík, 2008, 175)

1.4.6 Infekční mononukleóza

Je infekční virové onemocnění způsobené DNA herpetickými viry Epstein-Barrové (EBV). Nemoc se přenáší orální cestou, vzácně lze přenos i krevní transfuzí. Přímou cestou se přenáší prostřednictvím slin, nejčastěji líbáním, nebo nepřímo rukama a předměty čerstvě potřísněnými slinami. Onemocnění zpočátku vypadá jako angína, nemocný má teplotu, bolí ho v krku, je unavený, má bolesti svalů a břicha, potí se a trpí nechutenstvím. Inkubační doba trvá v rozmezí 30 – 45 dnů. Pro klinický obraz je typická angína, zvětšení mandlí, lymfadenopatie, hepatomegalie, splenomegalie, někdy při léčbě aminopeniciliny se může přidat makulopapulózní exantém. Infekční mononukleózou nejčastěji onemocní malé děti, u kterých je průběh většinou asymptomatický, a dospívající ve věku 15 – 25 let. (Bartošová, 2003, 144)

1.4.7 Cytomegalovirová infekce

Cytomegalovirus (CMV) patří do skupiny herpetických virů, do podčeledi DNA Betaherpesvirinae. CMV se přenáší orální a sexuální cestou, i krevní transfuzí a převodem leukocytového náplavu. Způsobuje celoživotní infekci, která může kdykoliv vzplanout. U dětí v předškolním věku je častá získaná infekce, která často probíhá asymptomaticky. Pokud dojde ke klinické manifestaci nákazy, rozvine se tzv. cytomegalovirová inkluzní nemoc s pestrým klinickým obrazem – žloutenka, hepatosplenomegalie, petechie, postižení různých orgánů, i CNS.

Infekce, získané v pozdějším věku probíhají většinou inaparentně, ale mohou vyvolat nákazu podobnou infekční mononukleóze, způsobenou virem EBV. (Bartošová, 2003, 145)

1.4.8 Herpes simplex

Je infekční onemocnění kůže a sliznic, kdy původcem je virus Herpes simplex (HSV). Ten patří do čeledi Herpesviridae a vyskytuje se ve formě HSV-1 (orální typ) a HSV-2 (genitální typ). Zdrojem onemocnění je člověk. K primární nákaze u typu HSV-1 dojde ve většině případů do pěti let a nejčastěji proběhne asymptomaticky. Manifestní průběh je pouze u 10 % případů a u dětí se projeví jako gingivostomatitida, u mladistvých jako herpetická faryngitida, opar rtu, nosu, tváře, boltce ucha. HSV celoživotně přežívá v regionálních sensorických gangliích. Při oslabení imunologického dozoru, po oslunění, menstruaci, stresové situaci může dojít k jeho reaktivaci. Pacienti s recidivujícími projevy by se měli léčit prostatiky ve specializovaných infekčních ambulancích. (Staňková, 2008, 74 – 76)

Závažná je keratokonjunktivitida, která může vést až k postižení rohovky a k poruchám zraku. Nebezpečná je i herpesová meningoencefalitida. Ta probíhá pod obrazem paréz, křečí a poruch vědomí. Úmrtnost na meningoencefalitidu je 80 – 90 % (Bálint, 2008, 50)

1.5 Vybrané alimentární infekce

Jako alimentární infekce označuje střevní nemoci, jejichž etiologické agens vstupuje do organismu trávicím ústrojím a patogenní mikroorganismy jsou vylučovány stolicí a močí. Cesta přenosu je tedy fekálně-orální. Mezi původce nákazy řadíme viry, bakterie, parazity, prvoky. Mikrobi ve vnějším prostředí přežívají uchování v potravinách, popř. ve vodě. (Podstatová, 2009, 70) Ve své práci se kapitolou alimentárních infekcí budu zabývat pouze jako dílčím úsekem.

1.5.1 Salmonelózy

Jde o antropozoonózu, kdy patogen je přítomen v trávicím traktu zvířat. Jsou většinou lehce probíhající průjmová onemocnění dětí i dospělých. Jedná se o jednu z nejvíce rozšířených alimentárních infekcí u nás. Nejčastějšími původci jsou *Salmonella enteritidis* a *Salmonella typhimurium*. Zdrojem onemocnění jsou zvířata, nejvíce drůbež, dobytek, hlodavci. Inkubační doba je krátká, trvá v rozmezí 6 – 48 hodin. K nákaze dochází požitím nedostatečně tepelně zpracovaných nakažených potravin. Nejčastěji to jsou pokrmy z vajec, majonéza, pomazánky, zmrzliny, grilovaná kuřata, salámy, sekaná. K nákaze je nutná vysoká dávka mikrobů, proto k přenosu mezi lidmi dochází jen výjimečně. Salmonelózou nejčastěji onemocní děti v batolecím, předškolním a mladším školním věku. Nemocný má bolesti břicha, průjem, teplotu, zvrací. U dětí jsou přítomny horečnaté hemoragické enterokolitidy, ve stolici je přítomna krev a hlen. Diagnózu ověří bakteriologické vyšetření výtěru stolice. Po ukončení příznaků může nemocný dál vylučovat bakterie stolicí, i několik měsíců. Léčba salmonelózy je podobná jako léčba virových průjmů, dostatečná rehydratace, dieta, podáváme adsorbencia – aktivní uhlí, Smecta. Antibiotika se podávají pouze u těžce probíhajících nálezů. (Ambrožová, 2010, 12 - 14)

1.5.2 Kampilobakteriόza

Původcem onemocnění je nejčastěji *Campylobacter jejuni*. Jedná se o zoonózu, zdrojem je skoro ze 100 % promořená drůbež a další savci. V našich podmínkách jde o často se vyskytující střevní onemocnění. *Campylobacter* vydrží při teplotě 4 °C ve vodě, mléce, masu, ale nesnáší vyschnutí, pasterizaci, mražení kyselé pH, chlorování. Nákaza se přenáší nedostatečně tepelně upravenými pokrmy, nepasterizovaným kravským mlékem, kontaktem s nemocnými zvířaty. Na rozdíl od salmonelóz mají nízkou infekční dávku. Což je zvláště nebezpečné pro děti, které si hrají s nemocným zvířetem – koťata, štěňata. V dětských kolektivech je možný přenos nákazy mezi dětmi. Inkubační doba trvá 1 – 10 dnů. Postižený trpí průjmy s krví a hlenem, má křečovitě bolesti břicha, teplotu, je

unavený. Stolic je i víc než 10 za den. Diagnóza se potvrzuje bakteriologickou kultivací stolice. Základem léčby je dieta a doplňování tekutin. Dětem se musí zabránit ve hře s kořaty a štěňaty, která mají průjem. Všechny potraviny, zejména grilovaná kuřata mít důkladně propečené. Pravidelně si mýt ruce. Provádí se chlorace a pasterizace. (Maďar, 2007, 31 - 33)

1.5.3 Shigellosis

Jde o jednu z nejnakažlivějších střevních infekcí. Nákaza je typicky humánní, postihující děti i dospělé osoby. Nákaza se přenáší přímým kontaktem, protože je velmi malá infekční dávka. Úplavice se může přenést i kontaminovanou potravou, na kterou v letních měsících infekci přenášejí mouchy, o něco méně se přenáší vodou. U nás v současnosti převažuje sérotyp *Shigella sonnei*, méně *Shigella flexneri*. Velká koncentrace lidí na jednom místě za špatných hygienických podmínek usnadňuje podmínky pro epidemie tohoto onemocnění. S hromadně se vyskytující úplavicí se lze setkat v uzavřených psychiatrických léčebnách, nouzových ubytovnách, stanových táborech, atd. Jedná se o typickou nemoc špinavých rukou. Inkubační doba je krátká, přibližně 3 dny. Klinický obraz se vyznačuje horečkou, bolestmi hlavy a svalů, křečemi v břiše, zvracením, které většinou předchází průjmu. Průjem je vodnatý, často s krví a hlenem. Diagnózu potvrzuje kultivace ze stolice. Terapie je podobná jako u všech průjmových nákaz. Důležitá je dostatečná rehydratace a úprava minerálního metabolismu. Častý je pozitivní nález shigel ve stolici i v době rekonvalescence. K preventivním opatřením radíme dodržování hygienických zásad, obzvlášť pravidelné důkladné mytí rukou. (Havlík, 2002, 73 – 74)

1.5.4 Infekce vyvolané Escherichia coli

Escherichia coli je přirozenou součástí střevní mikroflóry. Mikroob vyvolává celou řadu průjmových onemocnění a gastrointestinálních potíží. Střevní infekce se na vnímavého jedince přenese přímo či nepřímo z nemocného člověka nebo bacilonosiče. Nákaza se přenáší fekálně kontaminovanou vodou, potravinami, špinavýma rukama. Inkubační doba trvá 1 – 3 dny. Patogenní

Escherichia coli se dělí do čtyř kmenů podle toxinů a tedy mechanismu, kterým vyvolává průjem. Enterotoxigenní *Escherichia coli* vyvolává nejčastěji průjmy cestovatelů. Enteroinvazivní *Escherichia coli* je podobná jako nákaza bakteriální úplavicí. Enteropatogenní *Escherichia coli* způsobuje kojenecké průjmy. Infekce se přenáší špinavými rukama, např. ošetřujícího personálu na novorozeneckých a kojeneckých odděleních. Enterohemoragická *Escherichia coli* je zoonóza, kdy se infekce přenáší ve většině případů nedostatečně tepelně upraveným hovězím masem a mlékem. Inkubační doba trvá 3 – 8 dnů, pak následují prudké křečovitě bolesti břicha, vodnatý průjem s příměsí krve. Průběh může být nekomplikovaný, bez teplot nebo horečnatý s leukocytózou. Ten je častější u malých dětí a starších osob a je nazýván jako hemolyticko-uremický syndrom. Léčba je spíše symptomatická, antibiotika se podávají výjimečně. (Bartošová, 2005, 16 – 17)

1.5.5 Virová hepatitida A

Infekci způsobuje virus hepatitidy A (HAV), je to RNA virus z čeledi Picornaviridae, rodu Hepatovirus. Člověk vylučuje virus stolicí. Inkubační doba trvá v rozmezí 15 – 50 dnů. Nemocný je nejvíce infekční na konci inkubační doby plus ještě 14 dnů po objevení se klinických příznaků. (Beneš, 2009, 136 – 140)

Je nákaza, která se přenese orálně, prostřednictvím nemytých rukou, infikovanou vodou nebo potravinami, zejména nemytou zeleninou. Jedná se o typickou nemoc špinavých rukou. Nákaza může proběhnout úplně asymptomaticky nebo se projeví ikterem a zažívacími obtížemi. K nim řadíme zvracení, bolesti břicha a průjem. (Velemínský, 2009, 86)

V dospělosti je průběh virové hepatitidy A závažnější než u dětí. Podle nových poznatků není virus hepatitidy A cytopatický. Jaterní postižení způsobí imunitní reakce organismu, kterou navodí virová infekce. Diagnostika se opírá o klinický obraz onemocnění, laboratorní jaterní vyšetření (ALT, AST) a sérologickou diagnostiku. Přítomnost protilátek anti-HAV IgM znamená akutní infekci a po prodělané infekci doživotně zůstávají celkové protilátky anti-HAV, většinou třídy IgG. Léčba je symptomatická na infekčních odděleních. Nemocný se musí šetřit, má klidový režim, šetřící dietu. Virová hepatitida A nepřechází

do chronicity. K prevenci počítáme osobní i komunální hygienu, aktivní a pasivní imunizaci. (Beneš, 2009, 136 – 140)

U nás se dosud pravidelné očkování proti VHA neplánuje, nadále je možná pouze individuální vakcinace, někdy za spoluúčasti zdravotní pojišťovny. Na našem trhu máme k dispozici inaktivované vakcíny. Nejvýznamnější postavení má monovakcína Havrix a Avaxim. Vakcinovat lze všechny děti a mladistvé. Havrix se užívá od 1 roku věku, Avaxim od 2 let. Nechat se naočkovat je vhodné zejména před cestou do tropů a subtropů. K rizikovým skupinám počítáme děti imigrantů, romské etnikum, mladistvý intravenózní narkomany a pacienty s jaterními chorobami. Dlouhodobou, možná i celoživotní, ochranu zajistí aplikace dvou dávek. (Rožnovský, 2007, 228 – 230)

1.5.6 Virová hepatitida E

Původcem je virus hepatitidy E (HEV) řazený mezi kaliciviry. Příznaky infekce jsou značně podobné jako u virové hepatitidy A. Nákaza též nepřechází do chronicity. U dětí nemoc probíhá asymptomaticky. Diagnóza se určuje na základě klinického obrazu, anamnézy, sérologického průkazu protilátek. Nákaza se šíří prostřednictvím kontaminované vody, ryb, vzácně fekálně-orální cestou. Inkubační doba trvá 15 – 64 dní. Při prevenci je třeba pamatovat na kvalitní zásobení pitnou vodou a dodržování pravidel osobní hygieny. (Göpfertová, 2006, 151 - 153)

1.5.7 Listerióza

Je onemocnění postihující lidi i zvířata. Nákazu způsobuje celosvětově rozšířený mikrob *Listeria monocytogenes*. Mikrob je ubikviterní, může být přítomen v půdě, ve vodě, v rostlinách, v siláži, v lidském i zvířecím střevě. Listeriové infekce mohou probíhat pod obrazem několika klinických forem. Může se projevit jako febrilní gastroenteritida, vrozená listerióza, listerióza těhotných, novorozenců, dále listeriová meningitida a sepse dospělých osob. (Smíšková, 2010, 15 – 17)

Listerióza se může přenést z matky na plod nebo na novorozence. Člověk se nakazí konzumací zeleniny, nedostatečně tepelně upraveného masa, syrového mléka, mléčných výrobků. K manifestnímu průběhu dochází u lidí s oslabeným imunitním systémem, těhotných žen nebo starých osob. Inkubační doba trvá 14 – 21 dnů. Projeví se horečnatým stavem od lehkých bezpříznakových nákaz až po smrtelná onemocnění, záleží, o jakou osobu se jedná. Diagnostika se provádí izolací mikroba nejčastěji z hemokultury, mozkomíšního moku, atd. K léčbě se používá antibiotikum. Jako preventivní opatření provádíme dostatečnou tepelnou úpravu masa a mléka. Důležité je dodržování hygienických zásad při manipulování s potravinami a hotovými pokrmy. Specifická prevence proti listerióze neexistuje. (Husa, 2006, 52 - 53)

1.5.8 Alimentární intoxikace

K epidemiologicky významným původcům alimentárních intoxikací patří *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens* typ A, *Clostridium botulinum*, *Bacillus cereus* a *Vibrio parahaemolyticus*. Tyto střevní mikroorganismy produkují celou řadu bakteriálních toxinů. Ty mohou být vyprodukovány mikroby v potravinech buď ještě před jejím požitím, nebo až po požití kontaminované potraviny v trávicím traktu. Klinický obraz onemocnění způsobený různými patogeny je často hodně podobný, a proto neumožňuje přesné určení diagnózy, nejedná-li se o hromadné onemocnění s ověřeným původcem. Proto nelze stanovovat původce nákazy a diagnózu onemocnění z klinického průběhu. Ověření původce a stanovení diagnózy se provádí v mikrobiologické laboratoři. (Havlík, 2002, 67 – 69)

Aby nedocházelo k alimentárním intoxikacím, je třeba klást vysoké požadavky na dobrý zdravotní stav pracovníků v potravinářství a zvláště dbát na dodržování jejich osobní hygieny. Dohlížet na provoz stravovacích služeb a kontrolovat zásady osobní a provozní hygieny při činnostech epidemiologicky závažných je úlohou odborných pracovníků orgánu ochrany veřejného zdraví. Osoby, jež jsou činné v potravinářství, jsou povinny absolvovat vstupní lékařskou preventivní prohlídku dříve, než nastoupí do

zaměstnání. Musí vlastnit zdravotní průkaz pracovníka v potravinářství a dodržovat znalosti získané při školení tzv. hygienického minima. Samozřejmostí je umývání rukou, které provádíme před každým zahájením činnosti, vždy po znečištění rukou a při přechodu z jedné činnosti na druhou. Ruce si myjeme po každém použití toalety. K osušení rukou se instalují zásobníky s jednorázovými papírovými ručníky nebo elektrické osoušeče. Nehty musí být krátké a čisté. Pracovníci mají povinnost používat osobní ochranné pracovní pomůcky. Toto vše je nutné udržovat v čistotě a pravidelně prát. (Zákon č. 258/2000 Sb.)

K zabezpečení zdravotní nezávadnosti potravin a tím tedy předcházení zdravotním rizikům z potravy je třeba dodržovat určitá pravidla. Je důležité vybírat při nákupech takové potraviny, které jsou zdravotně nezávadné. Zabezpečit dokonalé provaření a propečení potravin. Nejlépe zkonsumovat stravu ihned po uvaření. Uchovat potraviny buď v teplém stavu (okolo 70 °C) nebo ve studenu (pod 10 °C). Jednou uvařené potraviny důkladně ohřívat. Patří to k nejúčinnější ochraně před mikroorganismy, které se pomnožily během uschování potravin po uvaření. Zabránit styku mezi syrovými a už uvařenými potravinami. Vždy si umývat ruce před začátkem přípravy potravin a při jakémkoliv přerušení kuchyňské práce, zvláště po použití záchodu. Udržovat všechno kuchyňské zařízení v naprosté čistotě, jinak by mohla hrozit kontaminace potravin z povrchů. Chránit potraviny před hmyzem, hlodavci a jinými zvířaty, protože jsou častými nositeli choroboplodné mikroflóry. Na přípravu potravin používat pouze pitnou vodu. (Sedlák, 2006, 101 – 102)

1.6 Vybrané infekce kůže a sliznic

Infekcím kůže a sliznic se podrobně věnuje Podstatová (2009, 81 - 84), ze které jsem vycházela. Pro původce infekcí kůže a sliznic je charakteristické, že se přenáší buď přímým stykem, např. při pohlavních nálezích nebo nepřímým stykem prostřednictvím předmětů, např. šatstvo, obuv, ručníky, ložní prádlo, nádobí. Původce nákazy nacházíme na nehtech, kůži, vlasech, spojivkách, sliznicích pohlavních orgánů a dutiny ústní. Zdrojem onemocnění je ve většině

případů nemocný člověk nebo nosič nebo se uplatní i zvíře. Některé infekce kůže a sliznic se více vyskytují u osob s nižší životní úrovní, protože nedodržují zásady osobní hygieny.

1.6.1 Svrab

Je kožní onemocnění, které se vyskytuje na celém světě. Nákaza postihuje všechny věkové skupiny a má sezónní charakter, s maximem výskytu na podzim a v zimě. Svrab má spíše sporadický nebo rodinný výskyt, ale může postihnout i lůžková oddělení nemocnic, noclehárny, apod. Nákazu způsobuje roztoč zvaný zákožka svrabová *Sarcoptes scabiei*. Samičky se zvrstávají do rohové vrstvy kůže, ve které dělají chodbičky a do nich ukládají vajíčka. Z vajíček se vyvíjí larvy a shlukují se kolem vlasových folikulů. Inkubační doba je v rozmezí 1 – 3 týdnů. V jemné kůži na zápěstí, mezi prsty, v třísech, v podpaží, kolem prsních bradavek, na skrotu a penisu najdeme typické chodbičky způsobené zákoškou. U dětí lze tyto kožní projevy nalézt kdekoliv. Postižená kůže svědí. Svrab se nejčastěji přenáší úzkým kontaktem, částečně i pohlavně a nepřímo prostřednictvím předmětů. Proto je důležitá prevence onemocnění, do které patří zásady správné pravidelné osobní hygieny, dále hygiena oděvu, ložního prádla, dodržování hygienických zásad v ubytovnách, hotelích a lázních. Mezi represivní opatření počítáme hlášení nákazy, izolaci a léčbu nemocného, ohniskovou dezinfekci v rodině a kolektivech. (Podstatová, 2009, 82)

1.6.2 Dermatomykózy

Jsou nakažlivá onemocnění probíhající pod různými klinickými obrazy. Onemocnění vyvolávají houby a postižena je kůže, vlasy, vousy, nehty. Původcem onemocnění jsou plísňe z rodu *Trichophyton*, *Epidermofyton*, *Mikrosporum*. Zdrojem nákazy je člověk nebo zvíře, může být i prostředí – půda. Inkubační doba trvá přibližně 2 týdny. Velmi často je postižení kůže v meziprstních prostorech na nohou, kůže mokvá a olupuje se. Jsou-li postiženy nehty, tak ztrácejí lesk, zesílí, zbarví se do žluta a mohou se deformovat. Plísňe ve vlasech a vousích rostou buď uvnitř, nebo na povrchu a vlasy se lámou,

nelesknou se a mohou i vypadávat. Dermatomykózy se přenáší přímým i nepřímým kontaktem. Nepřímý kontakt se děje prostřednictvím předmětů osobní potřeby. Proto je důležité děti poučit, aby používaly svoje vlastní osobní hygienické potřeby. Dále k prevenci patří dezinfekce a režimová opatření ve společných sprchách, umývárkách, lázních, saunách. Každé takovéto zařízení musí mít orgánem ochrany veřejného zdraví schválený provozní řád. (Sedlák, 2006, 42 - 46)

1.6.3 Kandidóza

Je kvasinková infekce, která postihuje kůži a sliznice. Onemocnění má několik klinických obrazů podle lokalizace. Kožními projevy jsou záněty jako vulvovaginitidy, intertriga, moučnivka v ústech. Záněty jsou na kůži, v podkoží, tříslech, kolem pupku, mezi prsty, na nehtech. Původcem infekce jsou různé druhy rodu *Candida*, nejčastěji kvasinka *Candida albicans*. Inkubační doba u dětí je nejčastěji 2 – 5 dnů. Nákaza se šíří přímým stykem, o něco méně vzdušnou cestou. K zabránění šíření infekce se provádí izolace nemocného a ohnisková dezinfekce (Podstatová, 2009, 82 - 83)

1.6.4 Bakteriální kožní infekce

Na kůži máme přirozeně určité množství normální kožní flóry. Infekce kůže může být příčinou kožní léze, která má několik projevů a původců nebo může sekundárně nasedat na jinou kožní nákazu. Mezi primární infekce počítáme impetigo, které způsobují stafylokoky nebo erysipel, které vyvolávají streptokoky. Časté jsou druhotné infekce rány, které vyvolává zlatý stafylokok. Jedná se o furunkly, karbunkly, pyodermie, impetiga, abscesy a záněty sliznic. Mikrobi jako např. *Proteus* nebo *Pseudomonas* způsobují záněty nehtů a okolí – panaricia a paronychia. Zdrojem infekcí je nemocný člověk nebo nosič onemocnění. Poznamenejme ještě, že nosičství stafylokoků se prokazuje u 20 – 40 % zdravé populace a v dětských kolektivech je až 50 % nosičů streptokoků. Stafylokoky mají delší inkubační dobu, přibližně 4 – 10 dnů, streptokoky 1 – 3 dny. Cesta přenosu je přímá i nepřímá. Velice častý je přenos kontaminovanými rukama,

předměty nebo inhalací sekretů sliznic. Preventivní opatření zaměřujeme na osvětu populace, zvláště na osobní hygienu, pravidelné mytí rukou, zneškodňování původců infekcí na předmětech a v prostředí, na vyšetřování osob na nosičství a jejich vyloučení z činností epidemiologicky závažných. Zajištění protiepidemického režimu ve všech zdravotnických zařízeních. Represivní epidemiologická opatření se týkají hlavně izolace nemocného a jeho léčení antibiotiky. (Podstatová, 2009, 83)

1.7 Vybrané infekce vyvolané parazity

K nemocem způsobených parazity mají děti větší vnímavost než dospělé osoby. V dnešní době se s dětmi více cestuje a hrozí nebezpečí zavlečení tropických a subtropických parazitóz. Parazitární nákazu určujeme v mikrobiologické laboratoři. Jako biologický materiál odebíráme nejčastěji malé množství stolice, krev, moč, likvor, bronchoalveolární laváž, respirační sekret a jiné. K diagnostice onemocnění používáme několik základních laboratorních metod. Na začátku se zjišťuje přítomnost parazitů makroskopicky. Hledáme články tasemnic, roupy a škrkavky. Má-li pacient střevní problémy a eozinofilii ke stanovení používáme koprologické metody. K zajištění správného objektivního výsledku se doporučuje vyšetřit tři vzorky trusu o velikosti holubího vejce odebírané po 4 až 7 dnech. Parazité nevylučují vajíčka pravidelně, ale objevují se u nich cyklické přestávky. Proto by mohlo být jednorázové vyšetření s negativním výsledkem falešně negativní. V laboratoři si připravujeme mikroskopický preparát z čerstvé stolice, kterou smícháme s fyziologickým roztokem. Poté preparát prohlédneme pod mikroskopem a hledáme vajíčka a larvy helmintů, cysty entaméb, střevní bičíkovce, oocysty střevních kokcií. Jako standardní parazitologické vyšetření se dělá tlustý nátěr stolice dle Heina a metoda s celofánovým proužkem dle Katoa a Katze. Prvky identifikujeme pomocí barvicích metod, např. Ziehl-Neelsenovo barvení, barvení safraninem s metylénovou modří. Další mikroskopické parazitologické vyšetření je koncentrační flotační Faustova metoda a sedimentační Telemannova metoda. Tyto dvě metody se využívají ke zvýšení diagnostické záchytnosti. Enterobiózu a teniózu diagnostikujeme perianálním

stěrem, protože vajíčka se ve stolici většinou neobjevují. Stěry se dělají s použitím Schüffnerovy tyčinky u dospělých, u dětí je vhodné použít perianální otisk dle Grahama za pomoci průhledné lepicí pásky. (Hrodek, 2002, 641 – 651)

1.7.1 Giardióza (lamblióza)

Jedná se o nejčastější endemickou protozoózu, která se více uplatňuje v dětském věku. Původcem onemocnění je bičíkovec *Giardia intestinalis*. Střevní parazit přežívá na střevní sliznici duodena a jejunu. Může proniknout do žlučníku a žlučových cest. Nákaza je spojována s nízkou hygienickou úrovní a větším seskupením osob v jednom místě, typicky v mateřských školách. Přenáší se alimentárně fekálně orální cestou, značně odolnými cystami. Inkubační doba je poměrně krátká 7 – 8 dní. Nákaza se manifestuje průjmovým onemocněním. Pacient má střevní potíže, pocity na zvracení, nízkou teplotu, vodnaté průjmy, plynatost a abdominální dispenzi. Ve stolici je značné množství hlenu a tuku. Cysty nemocný vylučuje stolicí a může dojít k fekálnímu znečištění pitné vody. K základním preventivním opatřením patří zdravotní výchova obyvatelstva, zejména edukace dětí k základním hygienickým návykům. Důležité je zabránit fekální kontaminaci potravy a pitné vody. Nakažené děti jsou vyřazovány z kolektivních zařízení. (Beneš, 2009, 329 – 330)

1.7.2 Kryptosporidióza

Je střevní infekce, jejímž původcem je kokcidie *Cryptosporidium parvum*. Šíří se orofekálně, někdy prostřednictvím kontaminované vody či nepasterizovaného mléka. *Cryptosporidium* působí průjmy. Parazit se množí v mikrokličích střevních buněk, kde způsobuje enterokolitidu. Inkubační doba je v rozmezí od 5 – 21 dnů. Pacient má silné kolikovitě bolesti střev a samovolně se upravující průjmy. Často onemocní malé imunosupresivní děti, u nichž může mít onemocnění závažné komplikace. U osob, které mají sníženou obranyschopnost, vzniká dlouhodobá až život ohrožující enteritida s výraznou dehydratací a malabsorpcí. Dosud není znám účinný lék. Oocysty prvoka jsou značně odolné na zevní vlivy i na běžné prostředky užívané k dezinfekci vody. Významnou

ochranou je prevence onemocnění, kdy je třeba eliminovat oocysty z vnějšího prostředí a eliminovat oocysty v pitné vodě. (Havlík, 2002, 82)

1.7.3 Toxoplazmóza

Je parazitární onemocnění, které způsobuje prvok *Toxoplasma gondii*. Nemoc se přenáší orofekální cestou, alimentárně a transplacentárně. Nákaza se projeví buď jako získaná nebo vrozená. Infekce probíhá u většiny lidí bez klinických příznaků nebo jen s mírnými příznaky. U dětí se nemoc projeví jako uzlinová forma, kdy jsou zvětšeny mizní uzliny v oblasti krku, šíje, podpažní a tříselné uzliny. Děti jsou více unaveni a mají lehce zvýšenou teplotu. Infekce je zvláště nebezpečná pro plod matky v prvním a druhém trimestru gravidity a pro pacienty se sníženou obranyschopností, jakou jsou HIV pozitivní osoby, lidé po ozáření a po transplantaci. Definitivním hostitelem *Toxoplasmy gondii* je kočka. Člověk se nakazí perorálně, tím že pozře oocysty, které pocházejí z trusu koček nebo z masa všech druhů zvířat, zejména pak masa vepřového. K vylučování oocyst dochází většinou při primární infekci mladých koček ve věku 3 - 8 měsíců. Mladé kočky vylučují výkaly oocysty pouze po dobu 1 - 3 týdnů, nicméně za tuto dobu může vyloučit až 150 miliónů oocyst. K opakovanému vylučování oocyst během dalšího života kočky dochází zcela výjimečně a probíhá ve velmi nízké intenzitě. Zdrojem infekce člověka může být ovoce a zelenina nebo voda kontaminovaná trusem kočky, která vylučuje oocysty. Nedostatečně tepelně upravené maso nebo požívání syrového masa obsahující tkáňové cysty je také velice nebezpečné. Nákaza člověka masem s tkáňovými cystami je často podceňovaná. Je třeba edukovat populaci, aby nepoužívali syrové nebo polosyrové maso, zejména vepřové a játra. Těhotným ženám se nedoporučuje přímý úzký kontakt s kočkou. O něco menší riziko představuje pes, který se značkuje kočičími výkaly. Likvidace kočičích výkalů. (Beneš, 2009, 332 – 335)

1.7.4 Izosporóza

Je parazitární nákaza, kdy původcem je *Isospora belli* a jediným známým hostitelem je člověk. Cesta nákazy je orofekálními oocystami, které se usídlí

v tenkém střevě a žlučových cestách. U dětí probíhá pod obrazem typické gastroenteritidy s průjmy a malabsorpcí. Nemoc je riziková u jedinců s AIDS nebo leukémií. Vyskytuje se v tropech a subtropích. (Hrodek, 2002, 641 – 651)

1.7.5 Cyklosporóza

Původcem je *Cyclospora cayentanensis*. Člověk se nakazí orofekálně oocystami, nejčastěji po požití zeleniny. Postihuje duodenum a jejunum. A dětem způsobí akutní a chronické průjmy a malabsorpci (poruchu vstřebávání živin). Při léčbě se užívá kotrimoxazol. Onemocnění je typické pro cestovatele. (Hrodek, 2002, 641 – 651)

1.7.6 Hymenolepióza

Je střevní endemická nákaza tasemnicí dětskou *Hymenolepis nana*. Zdrojem nákazy je člověk nebo myšovití hlodavci. Nemoc se přenáší fekálně orální cestou. Člověk, častěji děti, se nakazí vajíčky, která kontaminují potravu, vodu nebo ruce dítěte. Inkubační doba je od 12 – 22 dnů. Parazit *Hymenolepis nana* mechanicky ničí střevní sliznici a tím působí poruchy trávení. Onemocnění u větší části případů proběhne symptomaticky. Při větším počtu tasemnic ve střevě se může objevit nechutenství, anorexie, nevolnost, říhání, tupé bolesti břicha, zvracení a průjmy. Nemocný je podrážděný, trpí bolestmi hlavy a má závratě. Je třeba odmala dětem vštěpovat správné hygienické návyky. Je nutné pravidelně děti kontrolovat, zda si myjí ruce po použití toalety a před každým jídlem. V dětských kolektivech se nákaza snáze šíří. Dětské nočníky po každém použití vydezinfikovat horkou vodou. Ve společenských místnostech, mateřských školkách a základních školách uklízet na vlhko, prachovky a hadry na podlahy poté vyvařit. (Hrodek, 2002, 641 – 651)

1.7.7 Teniarynchóza (Tenióza hovězí)

Je způsobena tasemnicí bezbrannou *Taenia saginata*. U nás je v dětské populaci vzácná. Může k ní dojít po konzumaci potravy z polosyrového hovězího

nebo telecího masa. K terapii se používá niklosamid. Onemocnění lze zabránit, když nekonzumujeme tatarský a krvavý biftek nebo játra. (Havlík, 2002, 85)

1.7.8 Askarióza

Jde o parazitární onemocnění způsobené škrkavkou dětskou *Ascaris lumbricoides*. Zdrojem je člověk, který vylučuje vajíčka stolicí. Přenos je tedy orofekální cestou. Ve střevě člověka se z vajíček líhnou larvy. Pak jsou larvy krví zanášeny do plic. Poté jsou opětovně spolknuty zpět do střeva, kde dospívají. Škrkavky se pohybují šroubovitým pohybem proti střevní peristaltice a mohou se dostat do vývodu žlučových cest a pankreatu. Migrací škrkavek do žlučového nebo pankreatického vývodu může nastat obstrukční ikterus nebo pankreatitida. Klinický obraz je různorodý. U plicní formy může být zvýšená teplota, suchý kašel, prchavý plicní infiltrát a eozinofilie. Nejčastějším projevem jsou tupé bolesti v břiše, poruchy trávení, meteorismus, nechutenství, zvracení, průjmy. Nemoc je rozšířena celosvětově, více je rozšířena v rozvojových zemích s nízkým hygienickým standardem. V našich podmínkách je to více nákaza cestovatelů. (Bartošová, 2004)

Každý by měl chránit prostředí, půdu a vodní zdroje před kontaminací vajíčky z lidských výkalů. Žumpy by se neměly vypouštět na zahrádky. Základním preventivním opatřením je bezesporu mytí rukou, mytí ovoce a zeleniny. (Hrodek, 2002, 641 – 651)

1.7.9 Trichurióza (trichocefalóza)

Původcem je hlístice tenkohlavec lidský *Trichuris trichiura*. K onemocnění dojde orofekální cestou prostřednictvím vajíček. Působí patogenně, traumatizuje zažívací trakt spolu s toxoalergickým působením parazitů. V našich podmínkách je průběh symptomatický, postižený může mít trávicí problémy, nauzeu, bolesti břicha v pravém dolním kvadrantu, zvracení, chronické průjmy a ztrátu chuti k jídlu. Nákaza je často spojena s jinou střevní parazitózou. Preventivní opatření jsou založena na správných hygienických návycích, mytí rukou před jídlem a po

defekaci. Hygienické odstraňování lidských výkalů, zabránění dětem v defekaci v blízkosti dětských hřišť. (Bartošová, 2004)

1.7.10 Enterobióza (oxyuriáza)

Tato střevní helmintóza postihuje nejvíce děti předškolního a školního věku. Onemocnění způsobuje roup dětský *Enterobius vermicularis*. Enterobióza je typickou nemocí „špinavých rukou“, nákaza se šíří orofekální cestou. Roup dětský má nízkou patogenitu, onemocnění probíhá mírně. Tito přibližně 1 cm velcí hlísti parazitují jen v lidském střevě. Klinická manifestace nákazy má mírný průběh, děti bolí břicho, mají bolesti hlavy, průjmy, ubývají na hmotnosti. Typickým příznakem je anální pruritus, který způsobují migrující gravidní samice. Nákazu diagnostikujeme přímým průkazem parazita ve stolici a přímým mikroskopickým nálezem vajíček v perianálním stěru metodou dle Grahama nebo dle Schüffnera. Lékem první volby je Pyrvinium susp. Důležité je dodržování hygieny, protože vajíčka zůstávají na spodním a ložním prádle, na rukou za nehty, často jsou všudypřítomná v prachu. Děti musíme naučit častému mytí rukou, stříhat jim pravidelně nehty. Pravidelně měnit spodní prádlo a omývat anální krajiny. Úklid provádět vždy navlhko. (Förstl, 2002)

1.7.11 Toxokaróza

Nákazu způsobuje škrkavka psí *Toxocara canis* a vzácněji škrkavka kočičí *Toxocara cati*. Postižená zvířata vylučují vajíčka škrkavek svým trusem, který kontaminuje půdu a ta se stává vehikulem nákazy pro člověka. Onemocnění se šíří orofekálně a je častější u dětí. Ty se nakazí při hře na pískovišti nebo hřišti. Toxokaróza působí poruchy různých orgánů. Postižený může mít teplotu, bolesti hlavy, břicha, nauzeu, zvracení, hepatomegalii, vyrážky. Při postižení plic se objevuje bronchitida a kašel. Oční forma se projevuje jednostrannou chorioretinitidou, granulomem v sítnici, endoftalmitidou, která může vést k vážnému poškození až ztrátě zraku. Vzácně může dojít i k postižení centrální nervové soustavy a srdce. Psi, které chováme jako domácí mazlíčky, je třeba v pravidelných intervalech odčervovat. Je třeba hygienicky odstraňovat psí

výkaly. Dětská pískoviště a hřiště by se měla pravidelně kontrolovat na přítomnost vajíček helmintů a psům by mělo být zabráněno v přístupu na ně. Naučit děti základním hygienickým pravidlům, zvláště mytí rukou po hře venku, po hře v pískovišti a po hře se psem. (Bartošová, 2004)

1.7.12 Veš dětská (*Pediculosis capitis*)

Napadení vší je parazitární onemocnění označované jako pedikulóza. Veš žije ve vlasech a nejvíce se s ní setkáváme u dětí. Samička klade vajíčka pevně ke kořenu vlasu, za den jich naklade 3 – 4, žije tři týdny a za tu dobu naklade celkem až 150 vajíček. Veš dětská přežívá i mimo tělo přibližně 24 – 48 hodin. Živí se krví, kterou saje, kousnutí svědí a do kůže lze škrábáním zanést bakteriální infekci. Jejím jediným známým hostitelem je člověk. Nákaza působí psychické problémy, postižení cítí stud. Preventivní opatření nejsou, napadení vší dětskou nesouvisí s hygienickými návyky. Víme-li o výskytu vší v dětském kolektivu, je potřeba pravidelně dětem kontrolovat hlavu. (Hladík, 2008, 178)

Výskyt vší se v poslední době výrazně zvyšuje, příčinou je rezistence parazita k odlišivovacím přípravkům. Veš napadá nejvíce žáky základních škol, s nejvyšším výskytem kolem 9 let a může být ve všech sociálně ekonomických skupinách. K přenosu vší dochází při delším fyzickém kontaktu hlav dětí mezi sebou, letmé přiblížení hlav nestačí. K léčbě se používají odlišivovací přípravky, které obsahují insekticidy. Odpovědnost za odlišivnutí dětí mají rodiče, nikoliv lékař. Rupeš a Vlčková uvádí, že je možný přenos společným sdílením ručníků, hřebenů, pokrývek hlavy. (Rupeš, 2008, 15 – 18)

1.8 Některé nákazy přenášené poraněním zvířetem

Při hře dětí s domácími mazlíčky může dojít k poškrábání nebo pokousání dítěte kočkou nebo psem. Při poraněním zvířete může vzniknout bezvýznamné kožní infekce, i život ohrožující infekce. Jakékoliv poranění by mělo být ošetřeno. (Gregora, 2005, 101) Základním principem prevence proti infekčním nákazám je dodržování základních hygienických pravidel. Celé řadě infekčních nemocí domácích mazlíčků lze důkladnou péčí o ně předejít.

1.8.1 Felinóza (*Horečka z kočičího škrábnutí*)

Jedná se o zduření místních lymfatických uzlin v místě poškrábání nebo pokousání kočkou. Zduření nastane asi do 7 – 10 dnů od poškrábání. Původcem onemocnění je *Bartonella henselae*. V místě poranění může vzniknout malý vřídek. Zdrojem jsou kočky, vzácně pes, veverka, aj. Výskyt je celosvětový. Průběh je afebrilní nebo subfebrilní, během týdnů až měsíců se lymfadenitida zhojí i bez terapie. U komplikovaných forem se podává kotrimoxazol, penicilin je neúčinný. (Staňková, 2002, 69 – 70)

1.8.2 Tularémie

Je akutní infekční onemocnění, které postihuje především zajíce, hlodavce a je přenosné na ostatní volně žijící domácí zvířata a na člověka. Nákaza se vyskytuje celosvětově s typickou přírodní ohniskovostí. Původcem je bakterie *Francisella tularensis*. Členovci, jako např. klíšťata, mouchy, ovádi, se infikují sáním na nemocných zvířatech, která tularémii šíří dál. Mezi zvířaty nákazu přenáší nejvíce klíšťata. K infekci dochází vdechnutím aerosolu a prachu nebo přes trávicí trakt, přes spojivky nebo kůži nejčastěji při odchyту, stahování, porcování nemocných zvířat. U člověka se onemocnění vyskytuje ve více typech, podle toho jak se člověk nakazil. Nemocný je slabý a má zvýšenou teplotu. Nejčastějším klinickým obrazem je forma ulceroglandulární, pak forma glandulární a plicní. Abychom zabránili infekci, je třeba se vyvarovat styku s divokými zvířaty, která ztratila přirozenou plachost. Nikdy nepijeme vodu z neznámých zdrojů. (Sedlák, 2006, 53 – 56)

1.8.3 Leptospiróza

Je onemocnění, které je způsobeno patogenními leptospirami řady sérovarů bakterie *Leptospira interrogans*. Leptospiry jsou přenosné ze zvířete na člověka. U nás se nejvíce nachází *Leptospira grippotyphosa*, *Leptospira pomona*, *Leptospira icterohaemorrhagiae*. Inkubační doba trvá v rozmezí 6 – 21 dnů. Zdrojem nákazy jsou zejména myšovití hlodavci, ale i domácí a divoce žijící zvířata, ptactvo, které vylučuje leptospiry močí. Člověk se nakazí stykem

poraněné kůže či sliznice s kontaminovanou vodou, půdou nebo požitím kontaminované vody a potraviny. Nákaza může mít profesionální charakter nebo se získá při pobytu v přírodě, při rekreaci. (Chalupa, 2001, 39)

Onemocnění probíhá pod obrazem chřipkovitého onemocnění nebo serózní meningitidy. Nejtěžší průběh onemocnění je pod obrazem Weilovy choroby způsobenou většinou *Leptospira icterohaemorrhagiae*. Weilova nemoc se projevuje vysokou teplotou septického typu, postižením plicního parenchymu, meningeální příznaky, poruchy vědomí, známky ledvinového selhání, žloutenka a krvácivé projevy, někdy až multiorgánové selhání. Diagnostika vychází z klinického obrazu, epidemiologické anamnézy, sérologického vyšetření. Jako preventivní opatření je třeba dodržovat hygienická pravidla. Zabránit styku s močí infikovaných zvířat. Vyvarovat se koupání ve stojatých vodách a pití vody z neznámých zdrojů. (Bálint, 2008, 87 - 88)

1.9 Dětský očkovací kalendář

Pravidelné očkování dětí vychází ze dvou základních principů, a to z principu bezplatnosti a principu povinnosti se podrobit, která je v České republice dána legislativou.

1.9.1 Očkování ve vztahu k infekčním nemocem

Důslednou prevencí se snažíme předcházet onemocnění u dětí. Díky očkování došlo k výraznému poklesu onemocnění a úmrtí na infekční choroby. Očkování nás chrání před infekcí a plní u lidí dvě základní funkce - funkci individuální stimulace imunitního systému člověka a funkci kolektivní, tím že se snažíme o zvýšení proočkovanosti populace, je-li vysoká, mluvíme o kolektivní imunitě. V populaci musí být neustále zachován vysoký počet očkovaných osob. Je snaha o úplné vymýcení nemocí. Doposud se podařilo eradikovat jen pravé neštovice a blízko k tomuto úspěchu je dětská obrna. (Beran, 2008, 23 – 26)

1.9.2 Nedůvěra v očkování

Kvůli nedůvěře rodičů v očkovací látku se snižuje proočkovanost populace, z toho plyne zvyšování počtu nemocných a úmrtnosti na infekční choroby. Pokaždé když bylo očkování v populaci přerušeno, stouply počty nemocných osob. Rodiče mají v dnešní době často strach z očkování. Vlivem médií se obávají bezpečnosti očkovacích látek. Díky přemíře informací se dozvědí, že nemoci, proti kterým se očkuje, jsou na ústupu a nepředstavují takové riziko. Účinná očkovací látka může způsobit i nežádoucí reakci. Ta je ale většinou mírná a po chvíli odezní. Může nastat otok v místě vpichu, očkovanec může mít zvýšenou teplotu. Dnes se stalo samozřejmostí, že dítě na infekční chorobu neumírá, ale je to právě díky velké zásluze očkování. Očkování považujeme za nejefektivnější preventivní opatření v medicíně. (Mucha, 2011, 9 – 12)

1.9.3 Kontraindikace očkování

Okolnosti nebo stav pacienta vylučující očkování lze rozdělit na dvě skupiny. Absolutní znamená, že se očkovací látka nemůže nikdy aplikovat. Relativní znamená, že po uplynutí nějaké doby se může očkovat. O kontraindikaci rozhodne ošetřující lékař. Platí tři obecné kontraindikace. První je závažná reakce s poškozením celkového stavu po předchozí aplikaci očkovací látky. Do druhé řadíme anafylaktickou reakci na účinnou složku očkovací látky. A třetí obecnou kontraindikací je akutní onemocnění se středně těžkým nebo těžkým průběhem, nebere se ohled na přítomnost horečky. (Beran, 2008, 60)

1.9.4 Očkovací kalendář platný v ČR

Očkování je velice úspěšnou ochranou dětí i dospělých osob před nemocí a následky, které by infekce mohla způsobit. Každá očkovaná osoba nemůže dál šířit nakažlivé nemoci.

Očkovací kalendář platný v ČR obsahuje přehled všech povinných očkování, která by mělo absolvovat každé dítě a zároveň stanovuje termíny pro základní očkování i přeočkování. Povinné pravidelné očkování se v ČR provádí proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, invazivnímu onemocnění vyvolané

Haemophilus influenzae typu B, virové hepatitidě typu B, přenosné dětské obrně, spalničkám, příušnicím a zarděnkám. (Beran, 2008, 62 - 63)

Očkování je podle § 46 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, povinné. V současné době se řídíme očkovacím kalendářem dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem. Každé dítě má svůj očkovací průkaz, do kterého lékař zaznamenává datum, druh a název očkovací látky, číslo šarže podpis a razítko očkujícího lékaře. (Vyhláška č. 299/2010 Sb.)

Máme možnost i dalších nepovinných očkování: rotaviry, meningokok, hepatitida A, plané neštovice, klíšťová encefalitida, očkování proti rakovině děložního čípku, chřipka. (Cabrnchová, © 2007-2011)

Mezi nejběžnější nepovinné očkování patří onemocnění chřipkou. U nás máme určité skupiny osob, které mají toto očkování zdarma. Patří k nim osoby starší 65 let, pacienti po splenektomii, po transplantaci krvetvorných buněk, osoby s diabetem, po závažném onemocnění cév a srdce, ledvin a dýchacích cest. Po kauze, která proběhla minulý rok v souvislosti s pandemií, velká část i odborné veřejnosti přeceňuje kontraindikace, které by mohly nastat po očkování. Klíšťová meningoencefalitida se vyskytuje po celé Evropě, proto je důležité nechat se vakcinovat, zejména jestli člověk chodí často do lesa. HPV vakcinace je též důležitá pro mladé dívky, protože 15 lidských papilomavirů patří ke karcinogenům. Na trhu máme dvě vakcíny – Silgard a Cervarix. Na očkování je třeba pamatovat i při cestování do zahraničí. Jsou země, do kterých jsou některá očkování povinná a bez nich nelze vycestovat. Před cestou je vhodné se informovat i o dobrovolných doporučovaných očkování. Vakcinace je důležitá a významná z hlediska medicínského, ekonomického, pomáhá i v boji při snižování spotřeby v množství spotřebovaných antibiotik a chemoterapeutik. (Mucha, 2011, 9 – 12)

Tabulka č. 1: Očkovací kalendář pro rok 2011

Věk	Nemoc
Od 9. týdne (2 měsíce)	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané H. influenzae typu B, virová hepatitida typu B a očkování proti dětské přenosné obrně - Hexavakcína, 1. dávka
3 měsíce	Hexavakcína, 2. dávka
4 měsíce	Hexavakcína, 3. dávka
15 měsíců	Spalničky, příušnice, zarděnky, 1. dávka - Trivivac
do 18. měsíce	Hexavakcína, 4. dávka
21. - 25. měsíc	Spalničky, příušnice, zarděnky, 2. dávka
5. - 6. rok	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, přeočkování - Alteana
10. - 11. rok	Záškrt, tetanus, dávivý kašel, dětská přenosná obrna (od 12. 3. 2009 zrušeno vyhláškou přeočkování proti TBC)
12. - 13. rok	Virová hepatitida typu B (pouze u dětí, které nebyly očkovány v prvních měsících života) - tři dávky v rozestupu 0, 1 a 6 měsíců
13. -14. rok	Dětská přenosná obrna (přeočkování) pro děti, které nedostaly 5. dávku mezi 10. - 11. rokem
14. - 15. rok	Tetanus (přeočkování, další vždy po 10 - 15 letech), pro děti očkované proti tetanu mezi 10. - 11. rokem přeočkování až v 25 letech

Zdroj: Vyhláška č. 299/2010, v platném znění

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

1. Monitoring hygienických znalostí žáků ve věku 6 – 10 let.
2. Edukace žáků o významu dodržování hygienických pravidel a možných důsledcích v případě jejich porušování.
3. Vyhodnocení znalostí žáků o dané problematice po provedení edukace.

2. 2 Hypotézy

1. Žáci nemají podrobné informace o dentální hygieně.
2. Žáci mají základní znalosti o hygienických pravidlech.
3. Žáci si neuvědomují důsledky porušování hygienických pravidel.
4. Po edukaci dojde k navýšení objemu znalostí v dané oblasti.

3. METODIKA

3. 1 Použité metody a techniky sběru dat

Kapitola „Současný stav“ byla vypracována metodou sekundární analýzy dat, obsahovou analýzou dokumentů - monografické publikace, odborné časopisy a elektronické zdroje. Pro výzkumnou část práce byla použita kvantitativní výzkumná metoda. Data byla získána metodou dotazování, technikou dotazníku. Kvótou pro výběr byli žáci ve věku 6 – 10 let navštěvující Základní školu Hradská Humpolec v období od června 2010 do listopadu 2010. Dotazník I obsahuje 28 otázek, z nichž je 26 uzavřených a 2 otevřené. Dotazník II obsahuje 10 uzavřených otázek. Celkem bylo v 1. výzkumné části rozdáno 132 dotazníků, navraceno jich bylo 132, což představuje 100 %. V druhé výzkumné části jsem v listopadu uspořádala v jednotlivých třídách základní školy přednášku na téma - Prevence infekčních nemocí s nácvikem správné techniky mytí rukou. Sestavila jsem pro děti informační leták s názvem „Jak si správně umýt ruce“. Poté bylo rozdáno 142 dotazníků k ověření získaných znalostí, navraceno jich bylo 142, což představuje 100 %. Dotazníkové šetření probíhalo v červnu 2010 a v listopadu 2010. K prezentaci výsledků jsem využila grafické vyjádření. Všechna data jsem zpracovala pomocí tabulkového kalkulátoru MS Office Excel 2007. Dotazníky byly zaměřeny na získávání informací od žáků na jejich hygienické znalosti a důsledky porušování těchto znalostí.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro diplomovou práci tvořili žáci ve věku 6 – 10 let Základní školy Hradská Humpolec. Dotazníky jsem osobně distribuovala všem žákům 1. – 3. tříd základní školy. Šetření bylo zcela anonymní.

4. VÝSLEDKY

Grafy jsou uvedeny některé v absolutních číslech a většina v procentech a výsledná procenta jsou v celých číslech. Zdrojem všech použitých tabulek a grafů je vlastní výzkum.

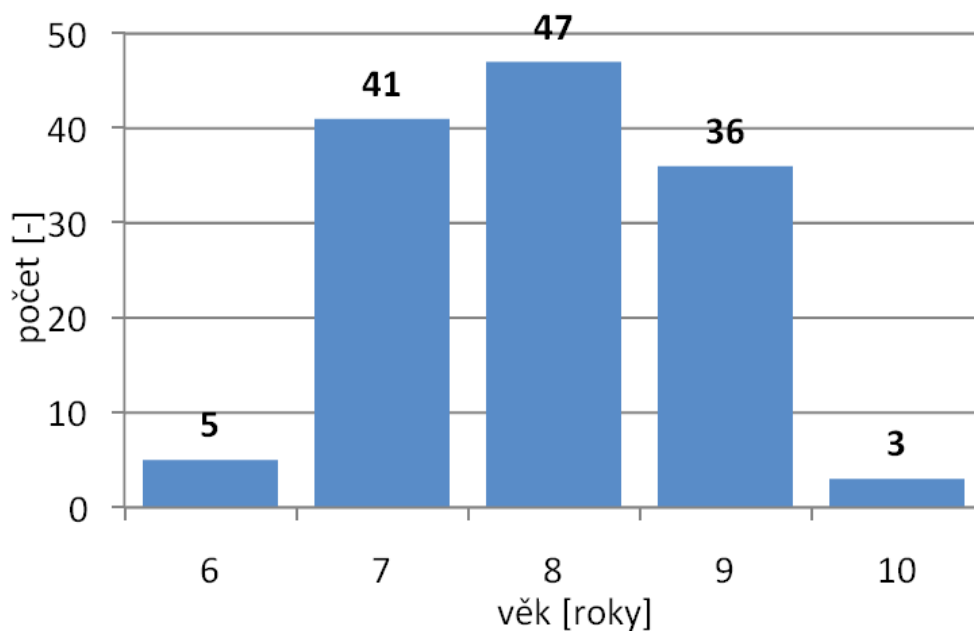
4.1 Otázka číslo 1 „Kolik je ti let?“

Graf číslo 1 znázorňuje rozdělení skupiny respondentů dle věku. Mezi respondenty bylo ve věku 6 let 5 dětí, ve věku 7 let 41 osob, ve věku 8 let 47 respondentů, ve věku 9 let 36 respondentů a věk 10 let uvedly 3 osoby.

Tabulka č. 2: Věk

Věk [roky]	Počet [-]
6	5
7	41
8	47
9	36
10	3
Celkový součet	132

Graf č. 1: Věk



Zdroj: Vlastní výzkum

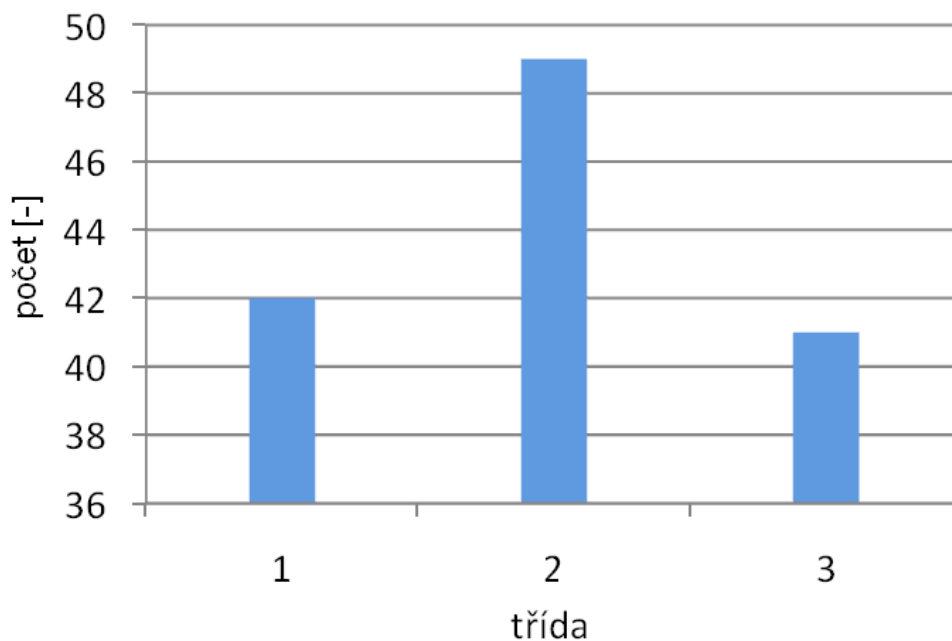
4.2 Otázka číslo 2 „Do které chodíš třídy?“

Graf číslo 2, se týká zastoupení dětí v jednotlivých ročnících. 42 respondentů uvedlo, že chodí do 1. třídy. Nejvíce osob 49 navštěvuje 2. třídu a 41 dětí chodí do 3. třídy.

Tabulka č. 3: Třída

Třída	Počet [-]
1	42
2	49
3	41
Celkový součet	132

Graf č. 2: Třída



Zdroj: Vlastní výzkum

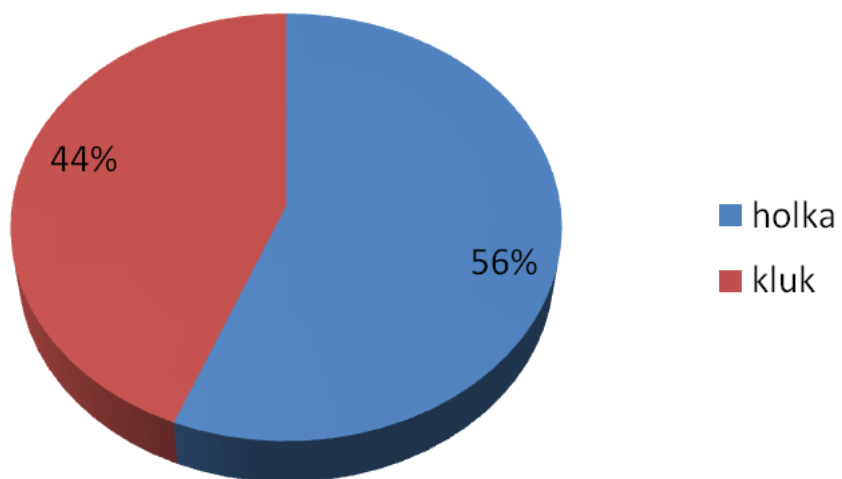
4.3 Otázka číslo 3 „Jsi holka nebo kluk?“

V otázce číslo 3 se ptám na pohlaví respondentů. Graf číslo 3 zobrazuje, že 56 % dotazovaných jsou ženy a 44 % dotazovaných jsou muži.

Tabulka č. 4: Pohlaví

holka	74
kluk	58
Celkový součet	132

Graf č. 3: Pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

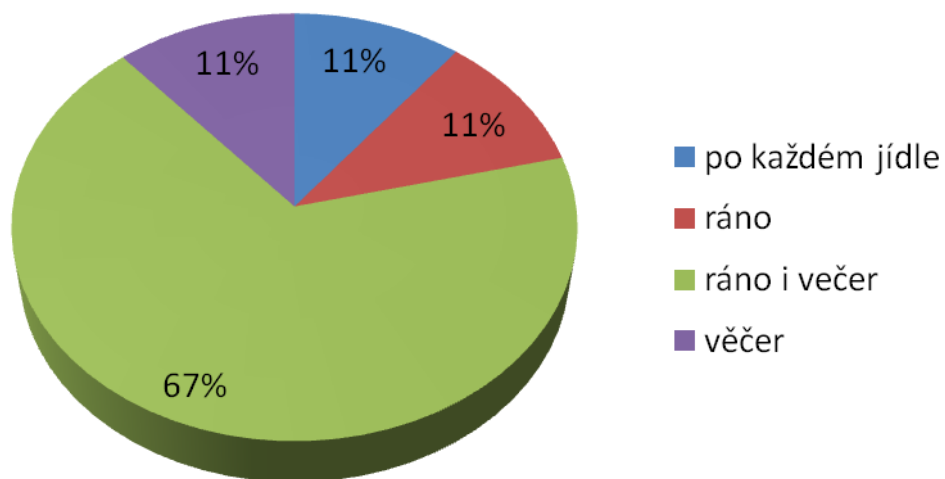
4.4 Otázka číslo 4 „Čistíš si zuby?“

Graf číslo 4 je grafickým znázorněním odpovědí na otázku jak často si děti čistí zuby. 67 % respondentů si čistí zuby ráno i večer. Po každém jídle, pouze ráno nebo pouze večer si zuby čistí pokaždé 11 % respondentů.

Tabulka č. 5: Zuby

po každém jídle	14
ráno	14
ráno i večer	89
večer	15
součet	132

Graf č. 4: Zuby



Zdroj: Vlastní výzkum

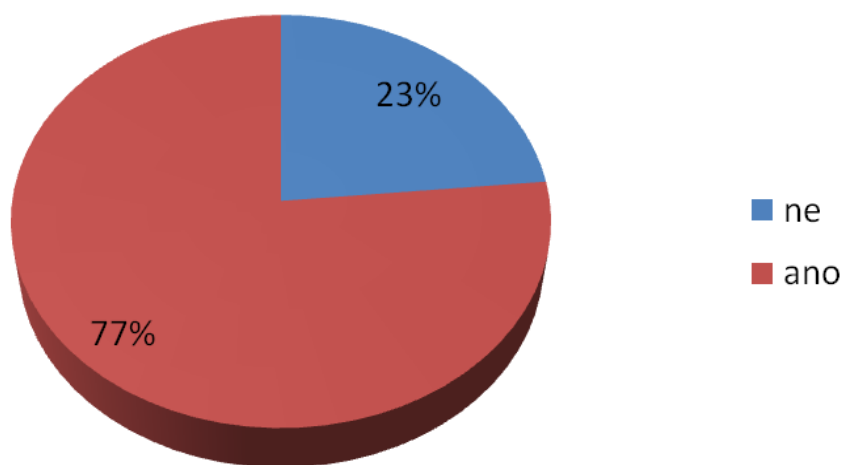
4.5 Otázka číslo 5 „Chodíš na prohlídky k zubaři?“

V grafu číslo 5, se zabývám otázkou, zda děti, chodí na preventivní prohlídky k zubaři. Celých 77 % dětí uvedlo, že chodí na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři. 23 % osob nechodí ke stomatologovi.

Tabulka č. 6: Preventivní prohlídky u stomatologa

ne	31
ano	101
součet	132

Graf č. 5: Preventivní prohlídky u stomatologa



Zdroj: Vlastní výzkum

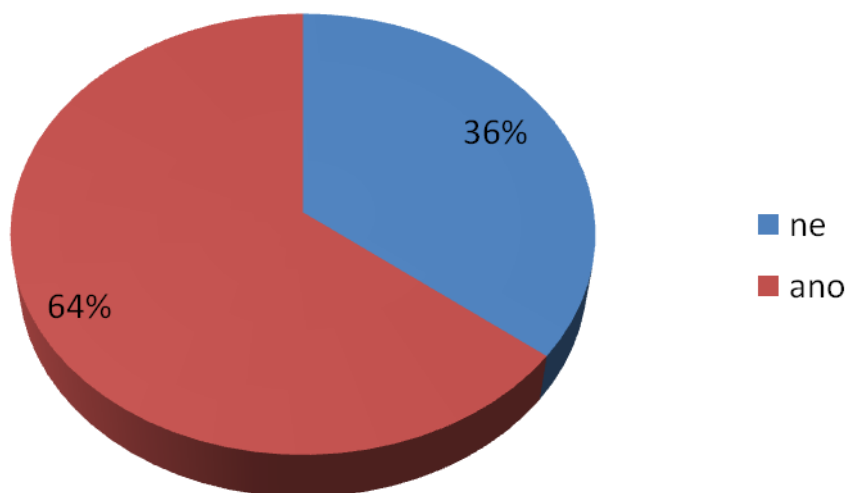
4.6 Otázka číslo 6 „Učil/a ses jak si správně čistit zuby?“

Graf číslo 6 je grafickým znázorněním odpovědí správného nácviku čištění zubů. 64 % respondentů odpovědělo, že se učili správně čistit zuby. 36 % dětí neznají správnou techniku čištění zubů.

Tabulka č. 7: Technika správného čištění zubů

ne	47
ano	85
součet	132

Graf č. 6: Technika správného čištění zubů



Zdroj: Vlastní výzkum

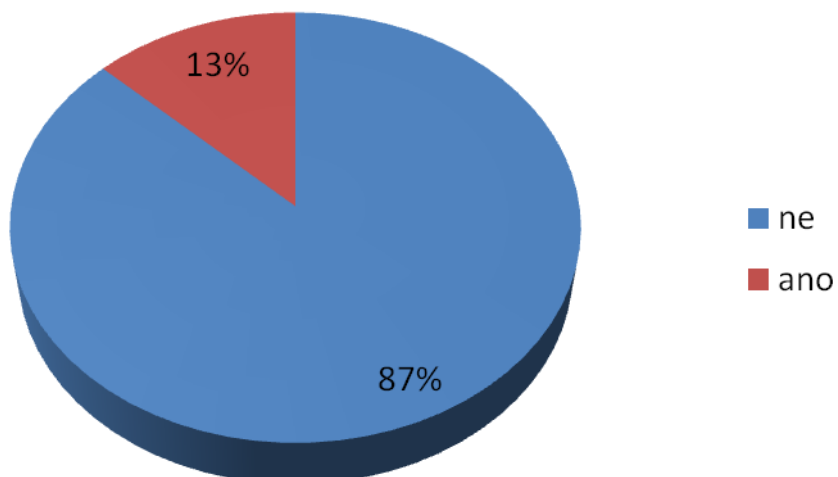
4.7 Otázka číslo 7 „Byl/a jsi u zubní hygienistky?“

Graf číslo 7 znázorňuje naprostou převahu dětí, které nikdy nebyly u dentální hygienistky, celých 87 %. Pouhých 13 % osob navštěvují zubní hygienistky.

Tabulka č. 8: Návštěva dentální hygienistky

ne	115
ano	17
součet	132

Graf č. 7: Návštěva dentální hygienistky



Zdroj: Vlastní výzkum

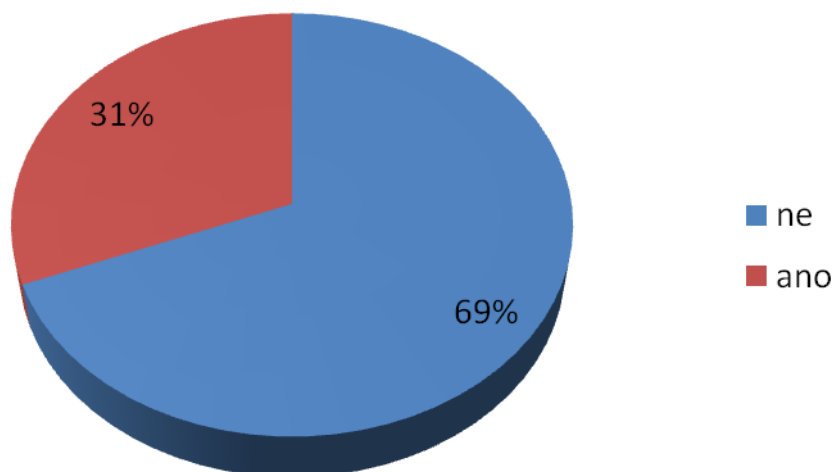
4.8 Otázka číslo 8 „Používáš zubní nit nebo mezizubní kartáček?“

69 % respondentů uvedlo, že nepoužívá zubní nit, ani mezizubní kartáček. Ostatní respondenti 31 % zubní nit nebo mezizubní kartáček používají.

Tabulka č. 9: Používání zubní nitě/mezizubního kartáčku

ne	91
ano	41
součet	132

Graf č. 8: Používání zubní nitě/mezizubního kartáčku



Zdroj: Vlastní výzkum

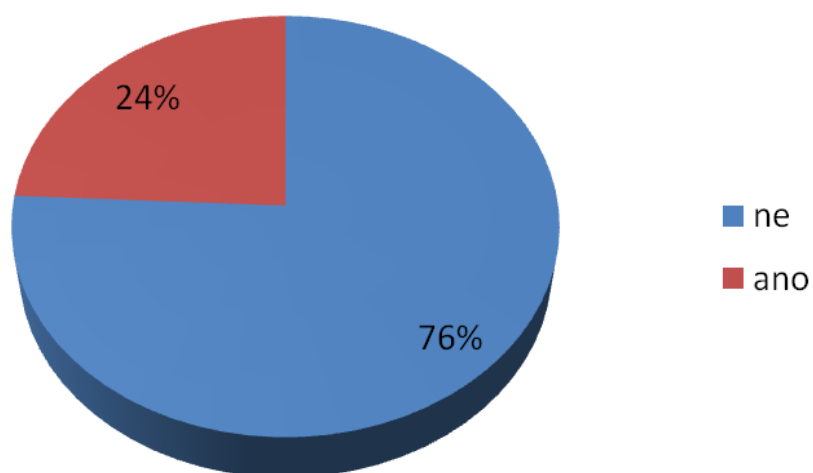
4.9 Otázka číslo 9 „Používáš po vyčištění chrupu ústní vodu?“

Více jak polovina respondentů (76 %) uvedlo, že nepoužívá ústní vodu po vyčištění zubů. 24 % dotazovaných osob ústní vodu používá.

Tabulka č. 10: Ústní voda

ne	100
ano	32
součet	132

Graf č. 9: Ústní voda



Zdroj: Vlastní výzkum

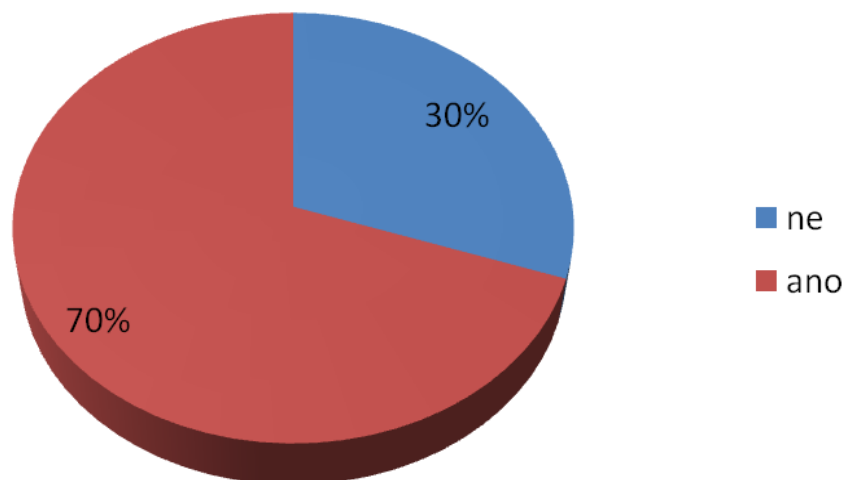
4.10 Otázka číslo 10 „Máš doma svůj ručník?“

Graf číslo 10 znázorňuje odpověď na otázku, jestli děti používají svůj ručník. 70 % respondentů odpovědělo ano, 30 % dotazovaných nemá svůj vlastní ručník.

Tabulka č. 11: Ručník

ne	40
ano	92
součet	132

Graf č. 10: Ručník



Zdroj: Vlastní výzkum

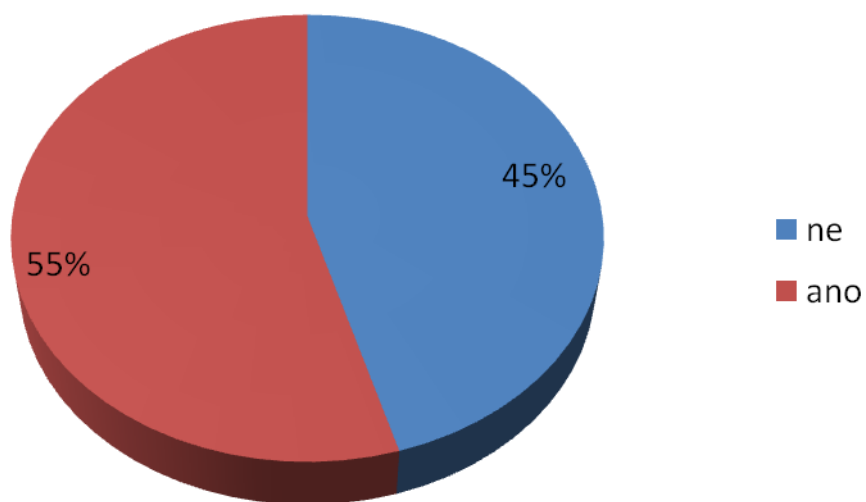
4.11 Otázka číslo 11 „Máš svůj hřeben?“

V otázce číslo 11 měly děti uvést, zda mají doma svůj osobní hřeben. 55 % dětí uvedlo ano, 45 % respondentů odpovědělo ne.

Tabulka č. 12: Vlastní hřeben

ne	60
ano	72
součet	132

Graf č. 11: Vlastní hřeben



Zdroj: Vlastní výzkum

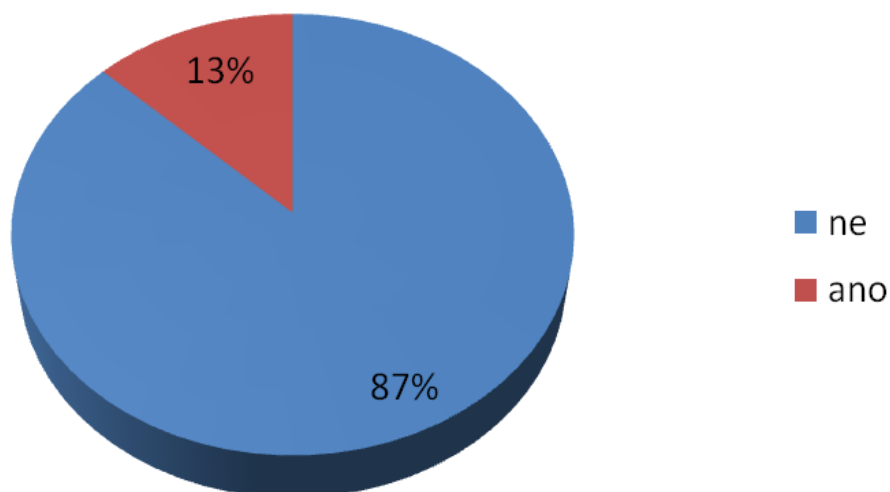
4.12 Otázka číslo 12 „Půjčuješ si od kamaráda nebo kamarádky čepici, čelenku, gumičky do vlasů, kartáč na vlasy?“

V otázce číslo 12 bylo zjišťováno, zda si mezi sebou děti půjčují své osobní věci, např. čepici, čelenku, gumičky do vlasů, kartáč na vlasy. Z grafického znázornění vyplývá, že 87 % respondentů své osobní věci nepůjčuje, 17 % respondentů ano.

Tabulka č. 13: Osobní věci

ne	115
ano	17
součet	132

Graf č. 12: Osobní věci



Zdroj: Vlastní výzkum

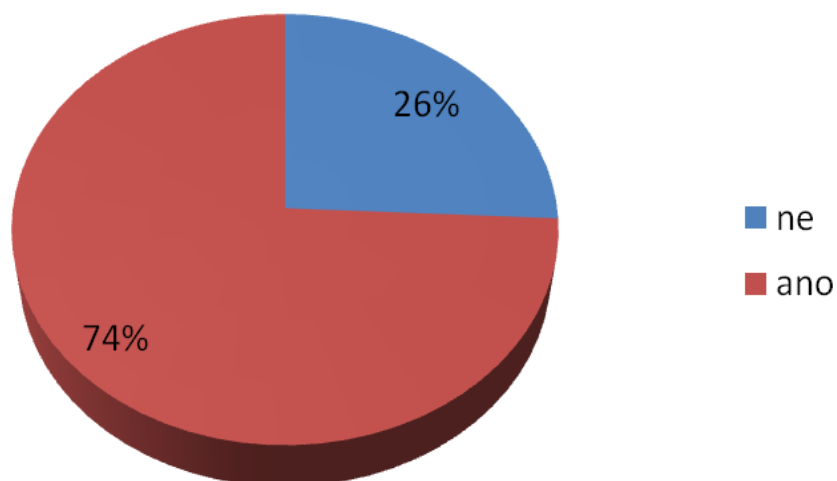
4.13 Otázka číslo 13 „Myješ si ruce před jídlem?“

Na otázku zabývající se mytím rukou před jídlem uvedlo 74 % dotazovaných ano a 26 % dotazovaných uvedlo odpověď ne.

Tabulka č. 14: Mytí rukou před jídlem

ne	34
ano	98
součet	132

Graf č. 13: Mytí rukou před jídlem



Zdroj: Vlastní výzkum

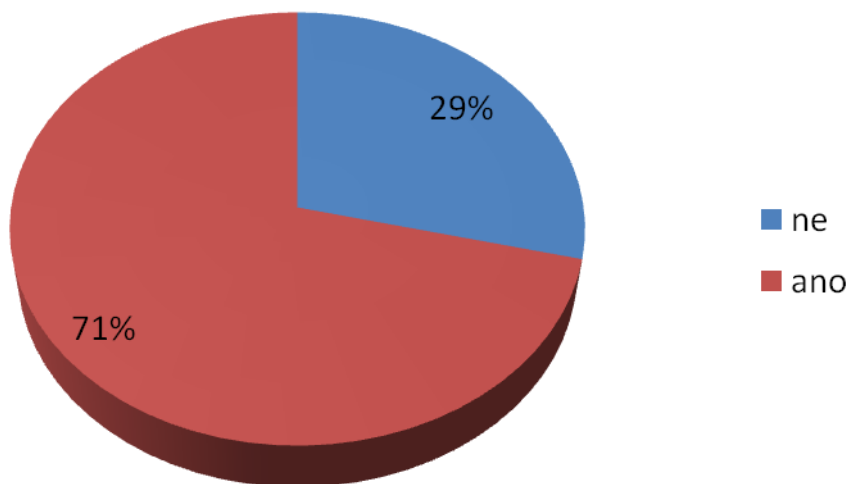
4.14 Otázka číslo 14 „Myješ si ruce po hraní venku?“

Respondenti v otázce číslo 14 byli tázáni, zda si myjí ruce po hře venku – 71 % uvedlo, že si ruce umyjí, 29 % napsalo, že si ruce neumyjí.

Tabulka č. 15: Mytí rukou po hře venku

ne	38
ano	94
součet	132

Graf č. 14: Mytí rukou po hře venku



Zdroj: Vlastní výzkum

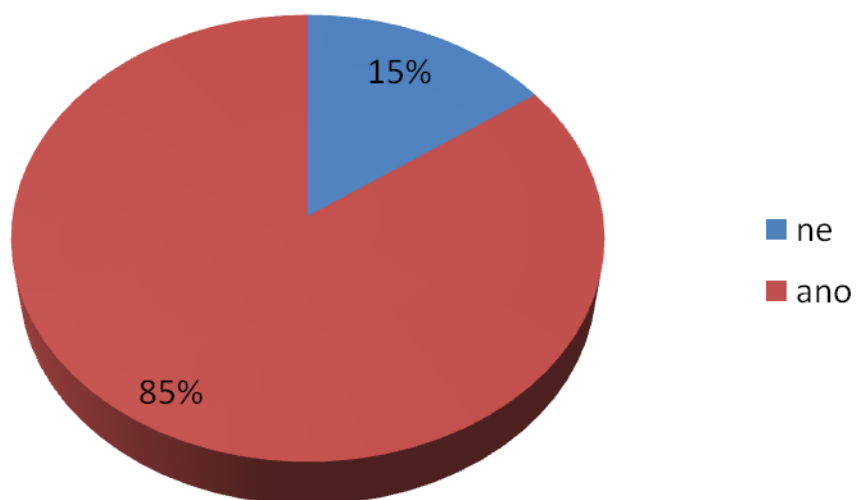
4.15 Otázka číslo 15 „Myješ si ruce po použití záchodu?“

Graf číslo 15 znázorňuje, že 85 % dětí si umyje ruce po použití toalety, 15 % dětí, ale tak neučiní.

Tabulka č. 16: Mytí rukou po použití WC

ne	20
ano	112
součet	132

Graf č. 15: Mytí rukou po použití WC



Zdroj: Vlastní výzkum

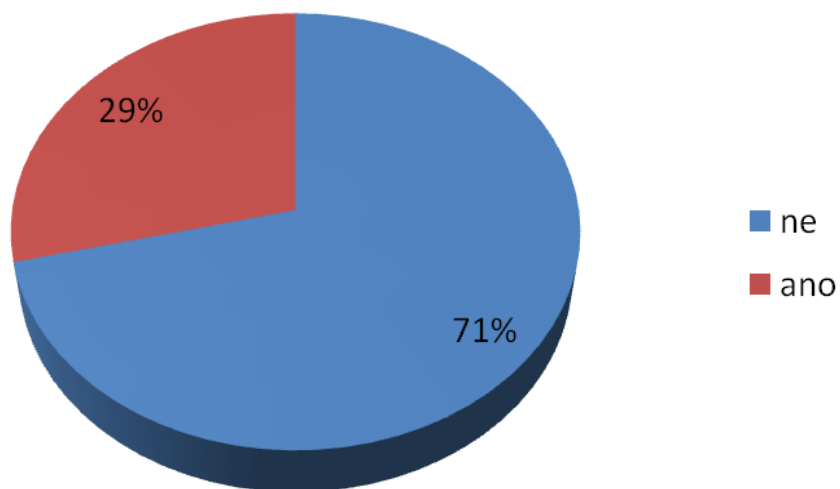
4.16 Otázka číslo 16 „ Piješ ze sklenice/láhve po rodičích, sourozenci nebo kamarádovi?“

Otázka číslo 16 se zabývala, jestli děti pijí z cizí láhve, sklenice, šálku. Ukázalo se, že 29 % dotazovaných ano a 71 % se ze sklenice po někom nenapije.

Tabulka č. 17: Používání cizí sklenice nebo láhve

ne	94
ano	38
součet	132

Graf č. 16: Používání cizí sklenice nebo láhve



Zdroj: Vlastní výzkum

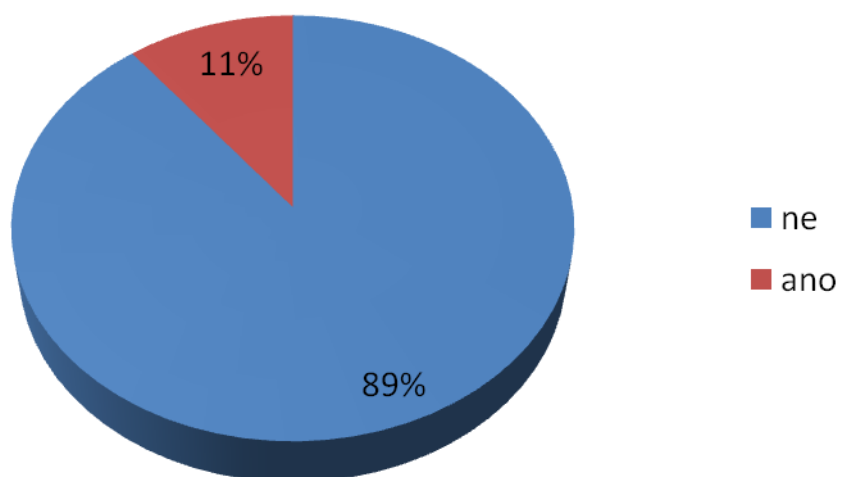
4.17 Otázka číslo 17 „Ochutnávaš od kamaráda nebo spolužáka svačinu/oběd?“

Graf číslo 17 znázorňuje převahu dětí, celých 89 %, kteří od druhých neochutnávají potraviny. 11 % dětí ano.

Tabulka č. 18: Ochutnávání potravin

ne	118
ano	14
součet	132

Graf č. 17: Ochutnávání potravin



Zdroj: Vlastní výzkum

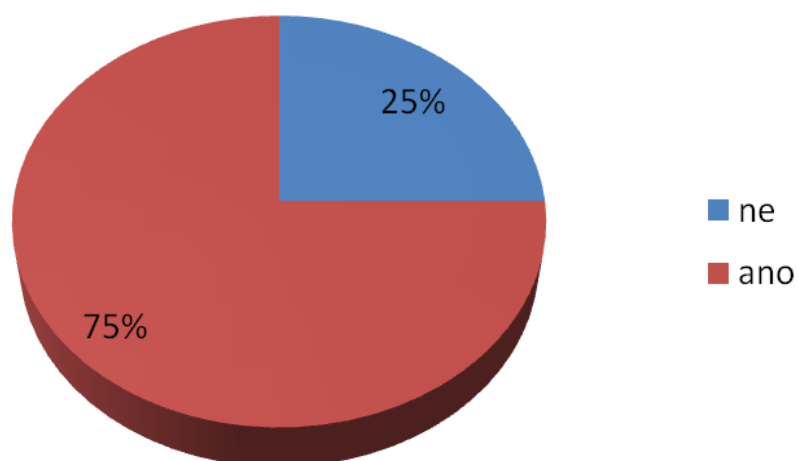
4.18 Otázka číslo 18 „Myješ si ovoce a zeleninu?“

V otázce číslo 18 se ptám, zda si děti umyjí před konzumací ovoce a zeleninu. Z grafického znázornění vyplývá, že 75 % ano, 25 % dětí nikoliv.

Tabulka č. 19: Mytí ovoce a zeleniny

ne	33
ano	99
součet	132

Graf č. 18: Mytí ovoce a zeleniny



Zdroj: Vlastní výzkum

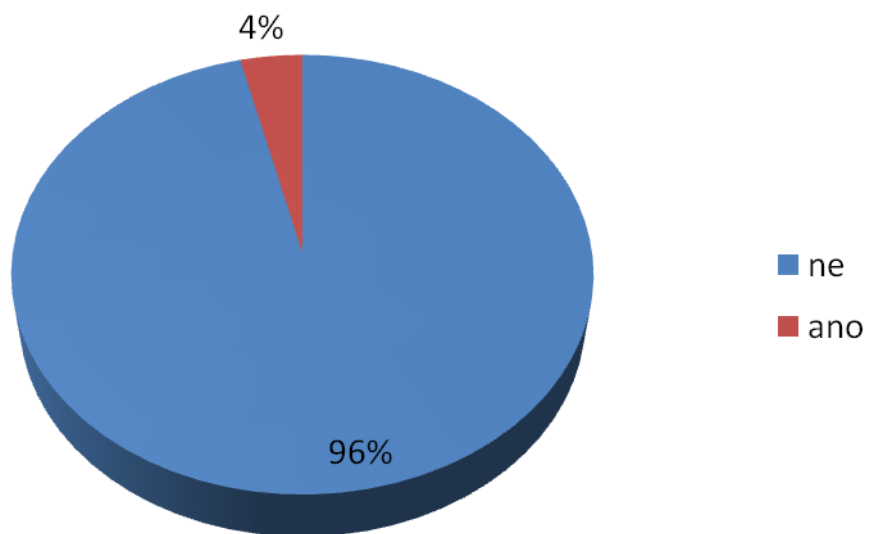
4.19 Otázka číslo 19 „Sníš jídlo nebo žvýkačku, která ti upadne na zem?“

Otázka číslo 19 zjišťovala, zda děti snědí jídlo, které jim upadne na zem. 96 % respondentů uvedlo nikoliv, 4 % osob označilo možnost ano snědí.

Tabulka č. 20: Jídlo ze země

ne	127
ano	5
součet	132

Graf č. 19: Jídlo ze země



Zdroj: Vlastní výzkum

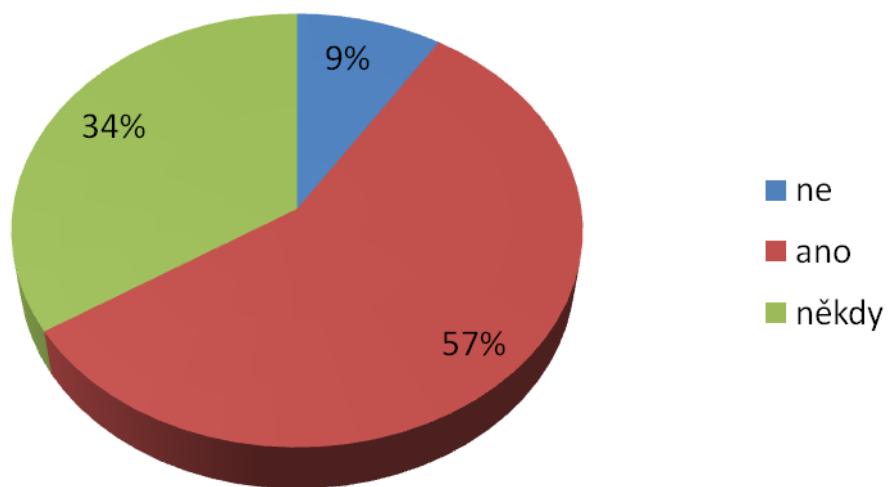
4.20 Otázka číslo 20 „Zakrýváš si ústa při kašlání?“

Při kašlání si pokaždé zakrývá ústa 57 % respondentů. 34 % respondentů si ústa zakryje někdy a 9 % osob si při kašli ústa nezakryje.

Tabulka č. 21: Kašel

ne	12
ano	75
někdy	45
součet	132

Graf č. 20: Kašel



Zdroj: Vlastní výzkum

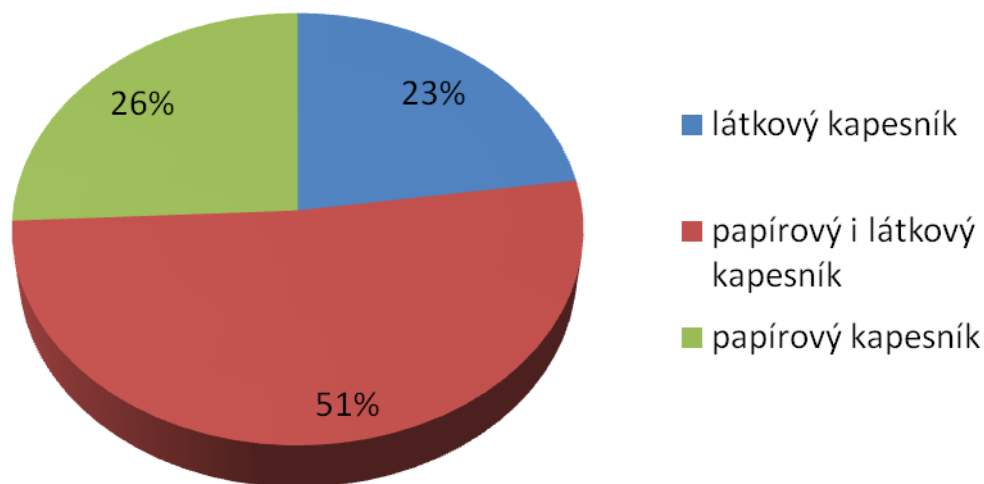
4.21 Otázka číslo 21 „Do jakého kapesníku smrkáš?“

Graf číslo 21 znázorňuje, že nejméně dětí 23 % používá látkový kapesník. 26 % osob využívá jen papírový kapesník a kombinaci těchto dvou možností označilo 51 % dotazovaných.

Tabulka č. 22: Kapesník

látkový kapesník	30
papírový i látkový kapesník	68
papírový kapesník	34
součet	132

Graf č. 21: Kapesník



Zdroj: Vlastní výzkum

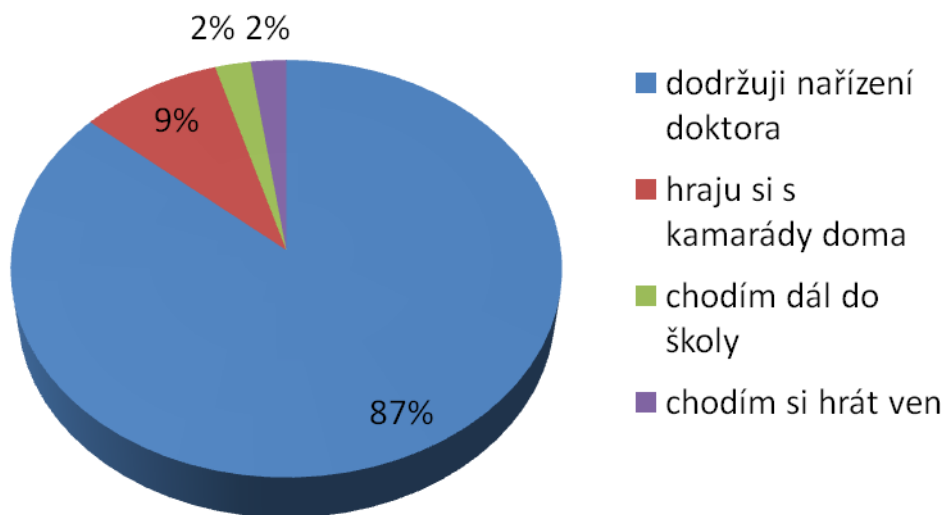
4.22 Otázka číslo 22 „Co děláš, když jsi nemocný?“

Výsledné hodnocení na otázku, jak se dítě chová, když je nemocné, je následující - nejvíce dětí dodržuje nařízení lékaře, celých 87 %, 9 % respondentů si hraje doma s kamarády, 2 % si chodí hrát ven a 2 % dětí chodí dál do školy.

Tabulka č. 23: Nemoc

dodržuji nařízení doktora	114
hraju si s kamarády doma	12
chodím dál do školy	3
chodím si hrát ven	3
součet	132

Graf č. 22: Nemoc



Zdroj: Vlastní výzkum

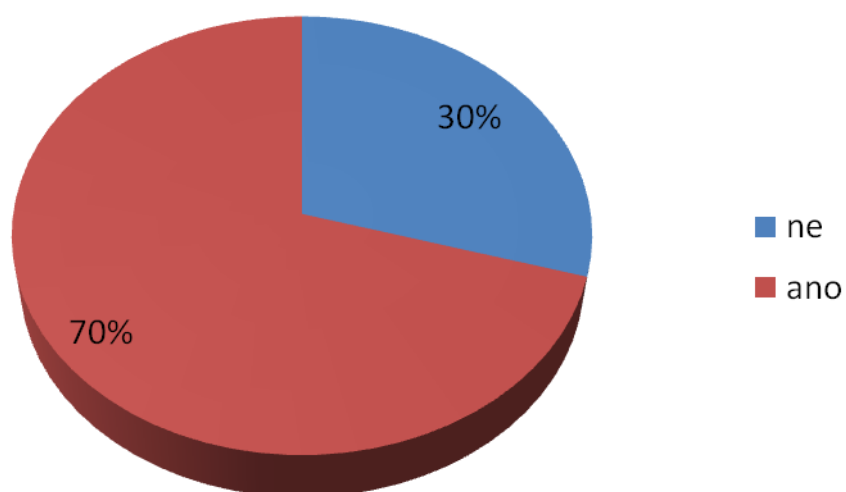
4.23 Otázka číslo 23 „Kupuješ si jídlo na pouti nebo u stánku?“

Graf číslo 23 znázorňuje, že 70 % respondentů si kupuje jídlo u stánků, na pouti, 30 % dotazovaných osob ne.

Tabulka č. 24: Rychlé občerstvení

ne	39
ano	93
součet	132

Graf č. 23: Rychlé občerstvení



Zdroj: Vlastní výzkum

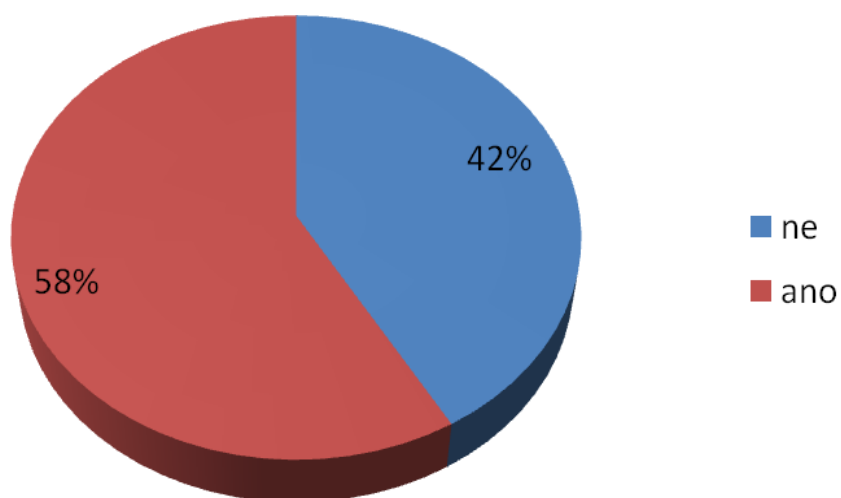
4.24 Otázka číslo 24 „Měl jsi někdy vší?“

58 % respondentů uvedlo, že prodělalo onemocnění vší dětskou a 42 % dotazovaných ne.

Tabulka č. 25: Veš dětská

ano	77
ne	55
Celkový součet	132

Graf č. 24: Veš dětská



Zdroj: Vlastní výzkum

Druhá část výzkumného šetření - od otázky číslo 24 uvádím většinou dva grafy k jedné otázce. První graf je znázorněním odpovědí z 1. dotazníku a druhý graf je zpracován z 2. dotazníku po odborné přednášce, kterou jsem přednesla v každé třídě v měsíci listopad 2010.

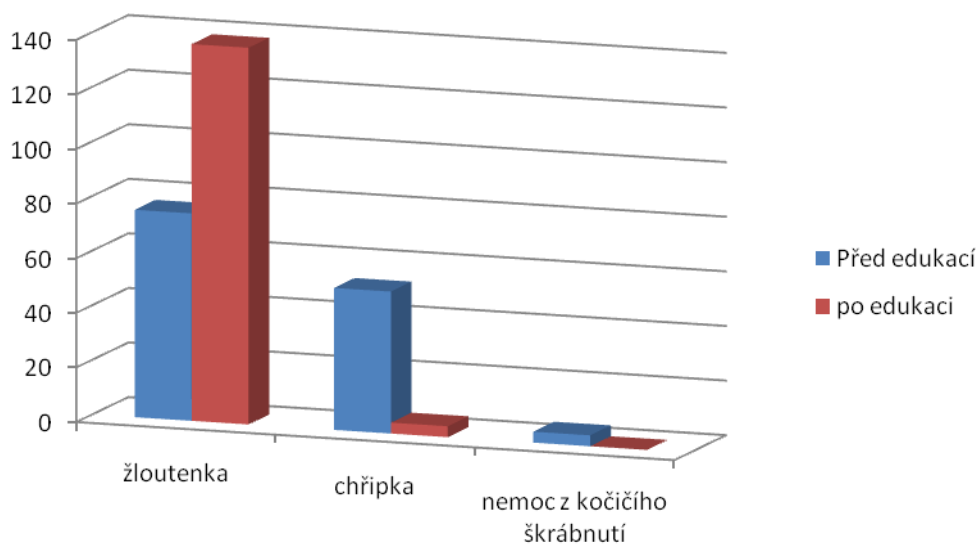
4.25 Otázka číslo 25 „Zaškrtni typickou nemoc špinavých rukou?“

Na otázku, jaká je typická nemoc špinavých rukou odpovědělo před edukací 76 respondentů žloutenka A, 52 respondentů chřipka a 4 respondenti nemoc z kočičího škrábnutí. Po edukaci – 138 respondentů označilo žloutenku A, 4 respondenti chřipku.

Tabulka č. 26: Nemoc špinavých rukou

	před edukací	po edukaci
žloutenka A	76	138
chřipka	52	4
nemoc z kočičího škrábnutí	4	0

Graf č. 25: Nemoc špinavých rukou



Zdroj: Vlastní výzkum

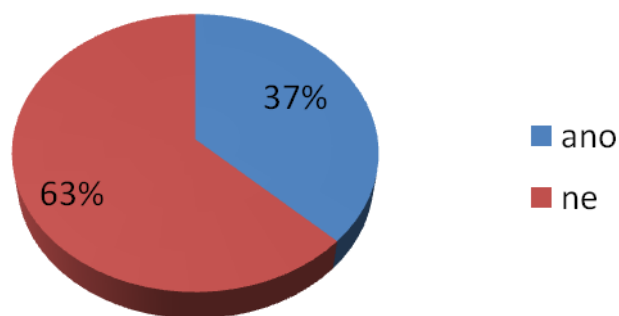
4.26 Otázka číslo 26 „Mohou být domácí mazlíčci zdrojem onemocnění?“

Před edukací, graf číslo 26 – více jak polovina 63 % dotazovaných odpověděla na otázku, že domácí mazlíčci nemohou být zdrojem onemocnění, 37 % dotazovaných si myslí, že mohou být zdrojem nákazy. Po edukaci – 100 % dětí ví, že domácí mazlíčci mohou být zdrojem onemocnění, graf číslo 27.

Tabulka č. 27: Domáci mazlíček

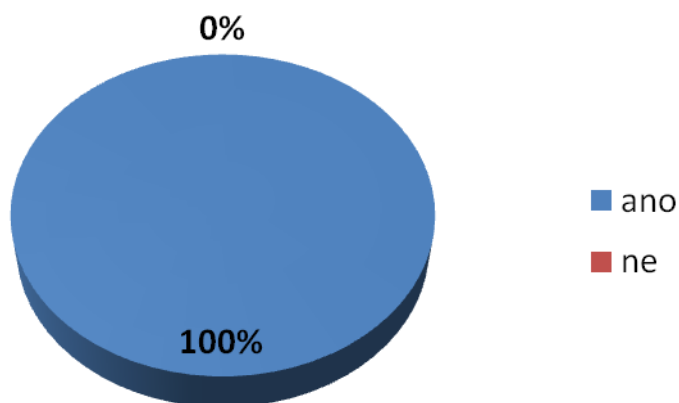
	před edukací	po edukaci
ano	49	142
ne	83	0

Graf č. 26 (1. dotazník): Domáci mazlíček



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 27 (2. dotazník): Domáci mazlíček



Zdroj: Vlastní výzkum

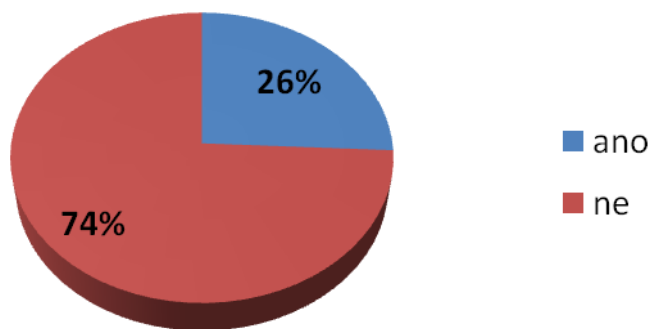
4.27 Otázka číslo 27 „Je rizikové pít vodu ze studánky?“

Před edukací, graf číslo 28 - V otázce číslo 26 bylo zjišťováno, zda si děti myslí, že je rizikové pít vodu ze studánky. 26 % respondentů odpovědělo ano, 74 % respondentů to za nebezpečné nepovažuje. Po edukaci – 95 % dětí by se vody ze studánky nenapilo, 5 % ano, graf číslo 29.

Tabulka č. 28: Voda

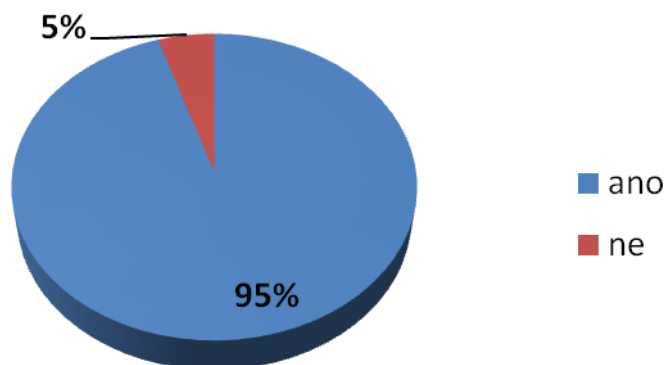
	před edukací	po edukaci
ano	34	135
ne	98	7

Graf č. 28 (1. dotazník): Voda



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 29 (2. dotazník): Voda



Zdroj: Vlastní výzkum

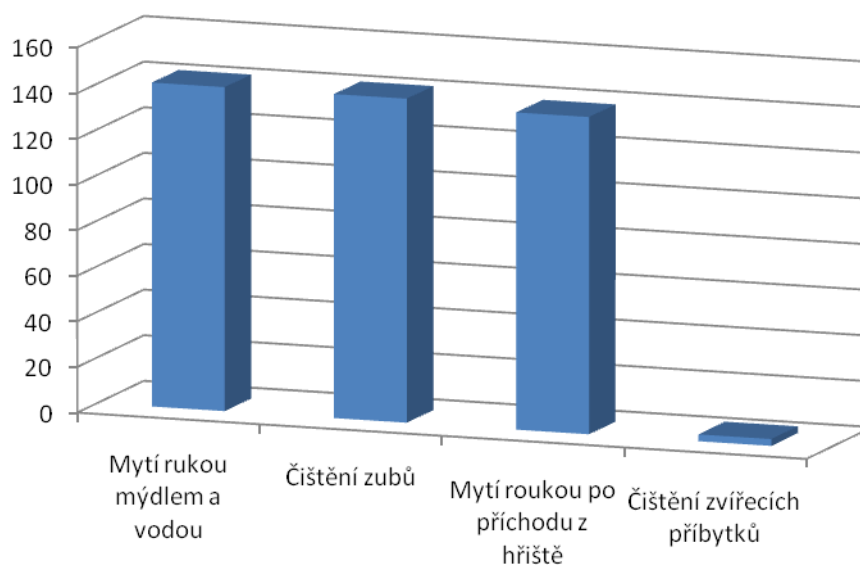
4.28 Otázka číslo 28 „Co je základem hygieny? Možnost více odpovědí.“

Po edukaci na otázku „Co je základem hygieny?“ uvedlo 142 respondentů mytí rukou mýdlem a vodou a čištění zubů, 139 respondentů mytí rukou po příchodu z hřiště, 3 respondenti označili čištění zvířecích příbytků.

Tabulka č. 29: Základní pravidla hygieny

	počet
Mytí rukou mýdlem a vodou	142
Čištění zubů	142
Mytí rukou po příchodu z hřiště	139
Čištění zvířecích příbytků	3

Graf č. 30 (2. dotazník): Základní pravidla hygieny



Zdroj: Vlastní výzkum

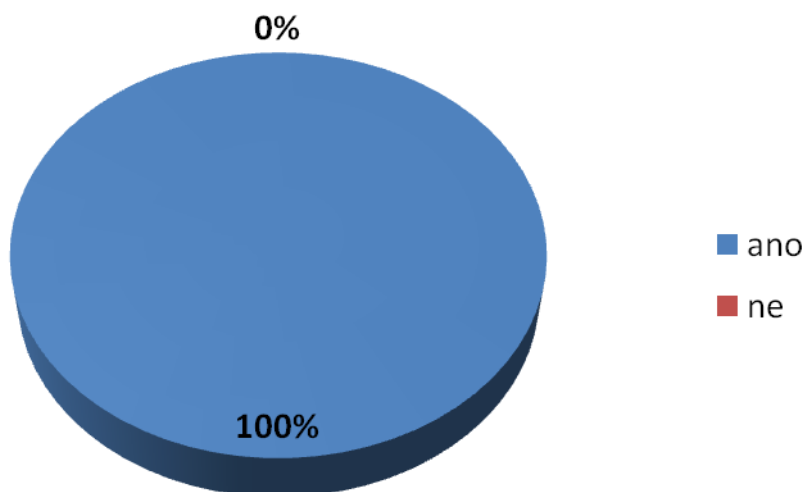
4.29 Otázka číslo 29 „Je správné umýt si ruce při příchodu domů, po hraní si na hřišti, po hraní s domácími mazlíčky?“

100 % respondentů považuje za správné umýt si ruce po příchodu domů, po hře na hřišti, po hře s domácími mazlíčky.

Tabulka č. 30: Mytí rukou

ano	142
ne	0

Graf č. 31 (2. dotazník): Mytí rukou



Zdroj: Vlastní výzkum

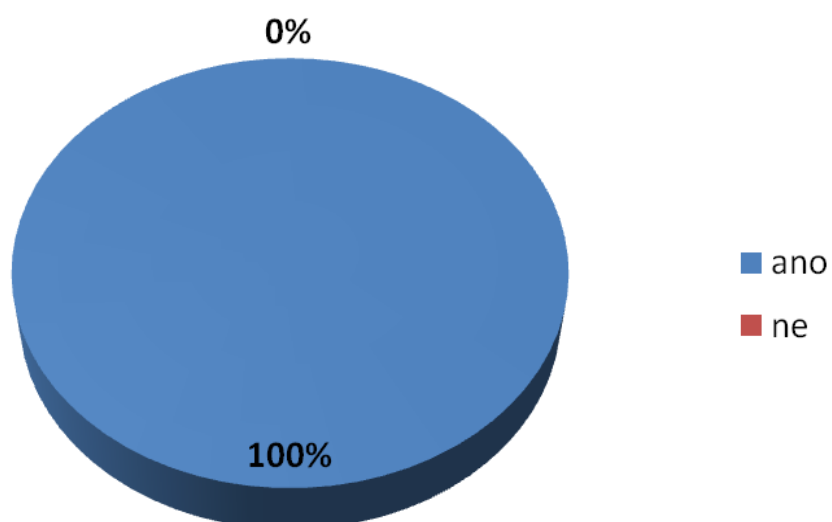
4.30 Otázka číslo 30 „Poprosíš doma rodiče o svůj vlastní ručník a hřeben?“

Z grafického znázornění vyplývá, že 100 % respondentů chce používat svůj vlastní ručník a hřeben.

Tabulka č. 31: Osobní ručník a hřeben

ano	142
ne	0

Graf č. 32 (2. dotazník): Osobní ručník a hřeben



Zdroj: Vlastní výzkum

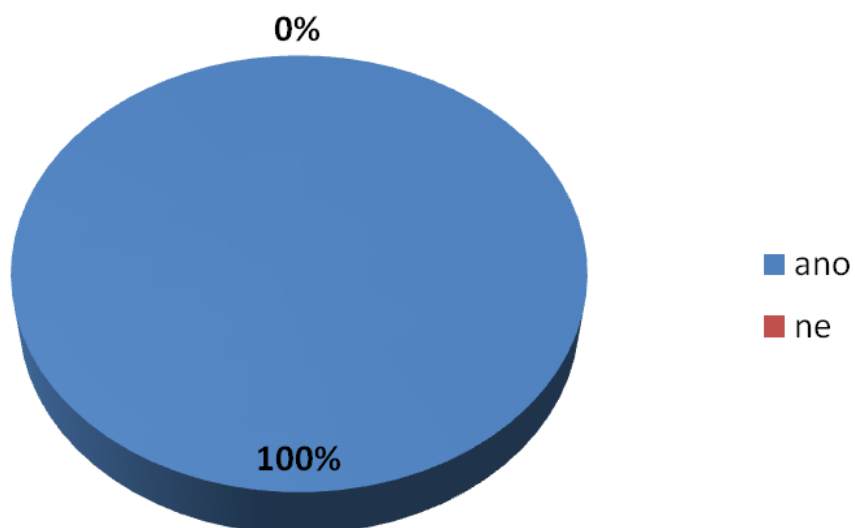
4.31 Otázka číslo 31 „Umyješ si vždy před konzumací ovoce a zeleninu, i ze zahrádky, kterou máte doma?“

100 % dětí uvedlo, že si před konzumací umyjí ovoce a zeleninu.

Tabulka č. 32: Mytí ovoce a zeleniny

ano	142
ne	0

Graf č. 33 (2. dotazník): Mytí ovoce a zeleniny



Zdroj: Vlastní výzkum

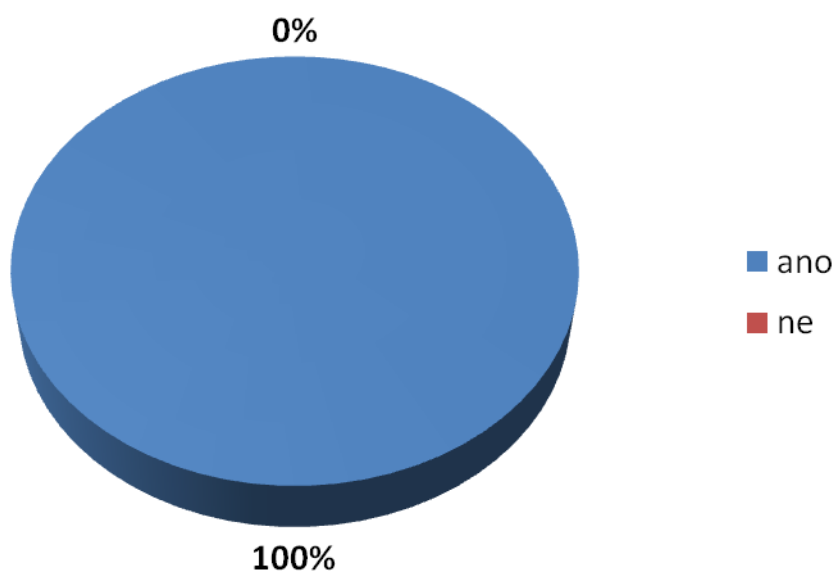
4.32 Otázka číslo 32 „Je správné si při kašlání zakrýt ústa rukou nebo kapesníkem?“

100 % dotazovaných dětí ví, že se při kašlání zakrývají ústa rukou nebo kapesníkem.

Tabulka č. 33: Kašel a hygiena

ano	142
ne	0

Graf č. 34 (2. dotazník): Kašel a hygiena



Zdroj: Vlastní výzkum

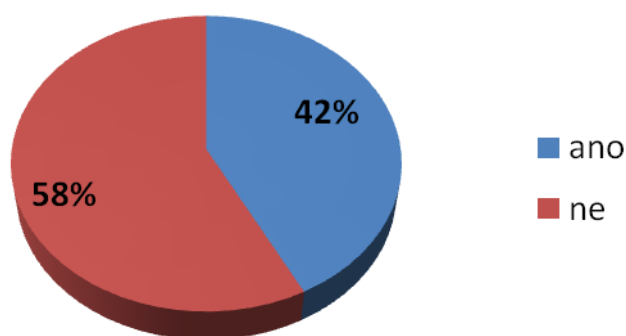
4.33 Otázka číslo 33 „Může se nemytými rukama přenášet kašel, rýma, chřipka?“

Před edukací, graf číslo 35 – 58 % dětí si myslí, že se nemůže nemytými rukama přenášet kašel, rýma, chřipka a 42 % respondentů uvedlo ano. Po edukaci – graf číslo 36 znázorňuje, že 100 % respondentů ví, že se může prostřednictvím nemytých rukou přenést chřipka, rýma, kašel.

Tabulka č. 34: Kontaminované ruce

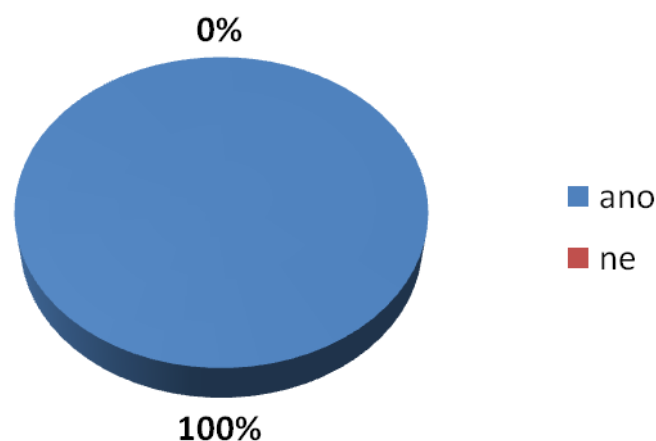
	před edukací	po edukaci
ano	56	142
ne	76	0

Graf č. 35 (1. dotazník): Kontaminované ruce



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 36 (2. dotazník): Kontaminované ruce



Zdroj: Vlastní výzkum

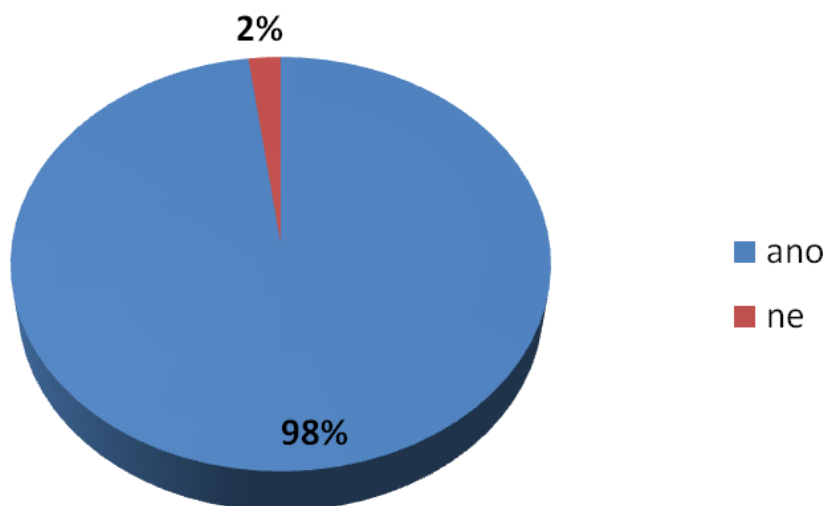
4.34 Otázka číslo 34 „Líbil se ti nácvik správné techniky mytí rukou?“

V poslední otázce měly děti uvést, zda se jim líbil nácvik správné techniky mytí rukou. Výsledné hodnocení bylo následující – nácvik správné techniky mytí rukou se líbil 98 % osob, 2 % respondentů ne.

Tabulka č. 35: Nácvik správné techniky mytí rukou

ano	139
ne	3

Graf č. 37 (2. dotazník): Nácvik správné techniky mytí rukou



Zdroj: Vlastní výzkum

4.35 Statistické testy

H4: Po edukaci dojde k navýšení objemu znalostí.

H0: Vliv edukace je nulový, odpovědi na otázku č. 25 „Zaškrtni typickou nemoc špinavých rukou?“ budou ve stejném poměru jako před edukací.

Pro potřeby chí kvadrát testu byly sloučeny správné a špatné odpovědi do konečných dvou kategorií.

Tabulka č. 36: Onemocnění špinavých rukou

onemocnění	pozorované	očekávané
žloutenka A	138	81,8
chřipka, nemoc z kočičího škrábnutí	4	60,2

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_i - \hat{f}_i)^2}{\hat{f}_i} = \sum_{i=1}^k \frac{(O-E)^2}{E}$$

Dosažená hladina významnosti byla menší než 0,001 (0,1 %). Hranice pro zamítnutí H0 je 5 %. Tudíž zamítáme H0 a platí Ha, která říká, že je rozdíl v odpovědích.

Pokud je předpokládaný počet = 0 (všechny odpovědi správné), nelze statisticky otestovat.

5. DISKUZE

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na získání základních informací o hygienických návycích dětí a na zdravotní edukaci, která byla přizpůsobena věku a znalostem dětí. Ve výzkumné části práce jsem zjišťovala, jaké mají děti ve věku 6 – 10 let hygienické znalosti a jestli si uvědomují, jaké mohou nastat důsledky v případě jejich porušování. Také jsem uspořádala přednášku v jednotlivých třídách základní školy na téma „Prevence infekčních nemocí s nácvikem správné techniky mytí rukou“. Ve věku šesti nebo sedmi let dítě nastupuje do školy povinnou školní docházkou. Je ve věku, kdy je schopno učit se novým poznatkům. Nástup do základní školy je pro dítě velmi náročným obdobím. Musí zvládnout udržení pozornosti po delší dobu, učí se pro něj úplně novým věcem, jako je psaní, čtení, počítání a mnoho dalších věcí. Proto bychom měli naše děti ve všech těchto věcech dostatečně podporovat. A pochválit je vždycky, když se jim něco povede. Dětem pomáhat při výběru mimoškolních aktivit, které jim rozvíjejí jejich dovednosti a schopnosti. Je správné povzbuzovat děti ke čtení, podporovat je ve sportu a v jiných dalších zálibách. Je třeba naučit své děti poslouchat a respektovat osoby, které jsou ve vztahu k nim v autoritativní pozici. V dětském věku by měli rodiče u dítěte vytvořit zásady osobní hygieny a péče o tělo. Ty si pak jedinec nese po celý svůj život. V důsledku nedodržení hygienických pravidel vzniká riziko infekcí, které se mohou šířit na ostatní děti, dospělé a seniory.

Respondenty jsem kontaktovala osobně ve výuce, za což děkuji vedení školy, na které mi byl výzkum umožněn. Všechny děti byly vstřícné, odpovídaly samy za sebe, bez konzultace s učitelem nebo mezi sebou. Spolupráce s nimi se mi líbila a bavila mě. S cíli diplomové práce souvisela i tvorba hypotéz. Na základě zjištěných výsledků jsem se snažila potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy. V komentářích k jednotlivým otázkám kvůli zjednodušení nezohledňuji pohlaví a rozdíl v počtech dětí v 1. výzkumné části (132 respondentů) a 2. výzkumné části (142 respondentů). Je zřejmé, že pokaždé jsou některé děti

nemocné a ve škole chybějí. V diskusi se zamýšlím nad výsledky vlastního výzkumu, porovnávám je s teoretickými poznatky a svým názorem.

V 1. dotazníku byly na začátku úvodní otázky zaměřeny na identifikační znaky dotazovaných respondentů. V úvodu byla zjišťována charakteristika zkoumaného souboru, jejich identifikační údaje. První otázka se týkala věku respondentů, který je vyjádřen pomocí grafického znázornění v grafu číslo 1. Otázka na věk byla otevřená a děti v ní uvedli svůj skutečný věk. Mezi respondenty bylo ve věku 6 let 5 dětí, ve věku 7 let 41 dětí, ve věku 8 let 47 respondentů, ve věku 9 let 36 respondentů a věk 10 let uvedly pouze 3 osoby. Z grafického znázornění je zřejmé, že nejvíce dětí uvádí věk 8 let. V tomto věku jsou už děti soběstačné a měly by mít znalosti o pravidlech hygieny, o péči o své tělo a dutinu ústní. Domnívám se, že hygienické znalosti by děti měly získat především od svých rodičů. V současné době probíhá v mateřských školkách výchova ke zdraví a poté se s ní pokračuje na základní škole, kam dítě nastupuje povinnou školní docházkou.

Pomocí otázky číslo 2 jsem zjišťovala zastoupení dětí v jednotlivých ročnících. Graf číslo 2 znázorňuje, že 42 dětí chodí do 1. třídy. Nejvíce osob 49 navštěvuje 2. třídu a 41 dětí chodí do 3. třídy. Rozložení dětí do tříd je na základní škole následující. Škola má otevřeny tři první třídy – 1. A, 1. B, 1. C, dvě druhé třídy – 2. A, 2. B a dvě třetí třídy – 3. A, 3. B.

V otázce číslo 3 se ptám na pohlaví respondentů, zda se jedná o chlapce či dívky. Graf číslo 3 zobrazuje, že 56 % dotazovaných respondentů jsou dívky a 44 % dotazovaných osob jsou chlapci. Dle výsledků z grafu číslo 3 vyplývá, že ve třídách je o něco málo více dívek 74 a chlapců je 58. Otázkou číslo 3 byl uzavřen okruh identifikačních údajů o respondentech na Základní škole Hradská Humpolec.

V rámci zjišťování všeobecných informací o dentální hygieně dětí byl do dotazníku číslo 1 zařazen soubor otázek sledujících pravidelnost čištění zubů a používání pomůcek k ústní hygieně. Snažila jsem se zjistit, s jakou pravidelností děti pečují o svůj chrup, zda byly poučeny, jak si správně čistit zuby, jaké

pomůcky k čištění používají a zda využívají prohlídky u stomatologa a dentální hygienistky.

Graf číslo 4 je grafickým znázorněním odpovědí na otázku s jakou pravidelností si děti čistí zuby. Z celkového počtu 132 respondentů, což představuje 100 % si ráno i večer čistí zuby 67 % dětí. Po každém jídle si vyčistí zuby 11 % dětí. 11 % osob si vyčistí svůj chrup pouze ráno. A pouze večer si zuby čistí také 11 % respondentů. Z těchto výsledků plyne, že je rozdíl ve frekvenci péče o dětský chrup. Více jak třetina dotazovaných dětí nemá vžitý návyk pravidelnosti čištění zubů 2x denně. Přitom je to nejvhodnější metoda prevence zubního kazu. Každodenní pravidelná ústní hygiena je nejlevnější způsob, jak si zachovat zdravé zoubky. Na prvním místě rodiče, pak zubní lékař a také i škola musí v dětech pěstovat správný návyk k pravidelnosti čištění zubů 2x denně – ráno a večer. Myslím si, že je třeba dodržovat správný a pravidelný návyk na ústní hygienu, protože je důležitá v prevenci zubního kazu a pro zachování ústního zdraví. Rodiče by se měli zamyslet a zvážit, co se jim více vyplatí. Zda naučit děti pravidelnosti správného čištění zubů, nebo pak investovat nemalé peníze do zubního ošetření u stomatologického lékaře. Řekla bych, že význam mléčného chrupu je rodiči často podceňován.

Graf číslo 5 znázorňuje odpovědi na otázku, zda děti chodí na preventivní prohlídky ke stomatologovi. 77 % dětí uvedlo, že chodí na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři. 23 % osob nechodí pravidelně ke stomatologovi. Při vyplňování dotazníku jsem se s dětmi domluvila, že pravidelnost návštěv u stomatologa by měla být 2x do roka, teprve poté děti otázku zodpovídaly. Výzkumem bylo zjištěno, že celkem 23 % dětí nepodstupuje pravidelné kontroly u svého stomatologa. V současné době má každý občan ze zákona nárok na preventivní zubní prohlídky a má i možnost je využívat. Domnívám se, že jde tedy pouze o nezáměr rodičů, ať už z jakéhokoliv důvodu. Dá se říci, že by bylo správné motivovat rodiče k návštěvám stomatologa. Pokud se podíváme zpět do minulosti, byl zubní lékař přítomen na základních školách a všechny děti u něj podstoupily pravidelné kontroly. Pravidelné prohlídky dutiny ústní lékařem umožňují včasnou

diagnostiku případného poškození zubů a s tím souvisejících komplikací. Mělo by se zvážit, zda ponechat dentální péči u dětí pouze na rodičích. Ne všichni jsou schopni odpovědně přistupovat k této problematice.

U respondentů jsem dále zkoumala nácvik správné techniky čištění zubů. Z grafu číslo 6 můžeme vyčíst, zda byl s dětmi někdy prováděn nácvik správného čištění zubů. 64 % respondentů odpovědělo, že se učili správně si vyčistit svoje zuby. 36 % dětí neznají správnou techniku čištění zubů. Tento výsledek znovu ukazuje poměrně vysoké procento osob, které vůbec nemají naučnou techniku čištění chrupu. Naučit děti správné technice při čištění jejich zoubků je velmi důležité v prevenci zubního kazu a zánětu dásní. Proto je třeba klást důraz na osvětu v této oblasti. Instruktaž správné techniky čištění zubů provádí dentální hygienistka, kterou by mělo navštívit každé dítě od věku 6- ti let. Dentální hygienistka zajišťuje komplexní nezbytnou péči o každého pacienta. Dá se říci, že rodiče podceňují možnost návštěv zubní hygienistky. Řekla bych, že to může souviset se socioekonomickými charakteristikami, např. pouze se základním vzděláním matek, finančními možnostmi rodin a podceňováním prevence jako účinného obranného nástroje. Bezsporně zubní kaz negativně ovlivňuje kvalitu života dítěte.

Otázka číslo 7 navazuje na předešlou a informuje nás o tom, zda děti se svými rodiči chodí na prohlídky k dentální hygienistce. Graf číslo 7 znázorňuje naprostou převahu dětí, které nikdy nebyly u zubní hygienistky, celých 87 %. Pouhých 13 % osob navštívilo nebo pravidelně navštěvují zubní hygienistku. Je zřejmé, že by měli být rodiče ze strany stomatologů směřováni se svými dětmi k návštěvě dentální hygienistky. Má znalosti a kompetence k nácviku správné techniky čištění zubů. Provede základní hygienické vyšetření, kterým zhodnotí stav dásní a dokáže konkrétně poradit, jak pečovat o svůj chrup. Starší děti učí používat zubní nit a mezizubní kartáčky. Dalším důvodem proč právě chodit k dentální hygienistce je zbavení se zbytečného strachu z návštěv u stomatologického lékaře.

Předposlední otázka z okruhu dentální hygieny se týkala používání zubních přípravků. Na otázku číslo 8 „Používáš zubní nit nebo mezizubní kartáček?“ uvedlo 69 % respondentů, že nepoužívá zubní nit, ani mezizubní kartáček. Ostatní respondenti 31 % zubní nit nebo mezizubní kartáček používají. Tuto skutečnost považují za poměrně důležitou. Bohužel opět poměrně vysoké % respondentů uvedlo, že nepoužívají další pomůcky k ústní hygieně. Nabízí se spojitost s předešlými otázkami, že nechodí na pravidelné preventivní prohlídky ke stomatologovi, že nikdy nebyly u dentální hygienistky. Je třeba klást zvláštní pozornost na čištění zubních plošek mezi zuby. Pomocí zubního kartáčku z těchto míst neodstraníme dokonale zubní plak a zbytky jídel. Proto je zapotřebí pravidelně používat mezizubní kartáček a zubní nit. Díky dentálním pomůckám předcházíme vzniku zubního kazu, a tak dokonale pečujeme o své zuby.

A nakonec jsem zjišťovala, kolik dětí používá po vyčištění chrupu ústní vodu. Z grafického znázornění vyplývá, že více jak $\frac{3}{4}$ dětí (76 %) nepoužívá ústní vodu. Pouze 24 % dotazovaných osob ze 100 % respondentů ústní vodu použije. Používání ústní vody u dětí je vhodné i z důvodu, že ne všechny děti umí správně používat mezizubní kartáček nebo dentální nit. Vypláchnout si ústa dětskou ústní vodou zvládnou však všechny děti. Správná ústní voda pomáhá zabránit vzniku zubního plaku a následně zubního kazu, chrání naše dásně a zanechává ústa čistá a zdravá. Zubní kaz má celou řadu komplikací, které mají na dítě vliv zdravotní, spojený s léčením, ale i vliv psychologický. Děti si pamatují negativní zkušenost u zubního lékaře a mnohdy si ji nesou po celý svůj život. Domnívám se, že je možnost, že se to může odrazit i na jejich dětech.

Další okruh otázek v dotazníku byl zaměřen na získávání informací z oblasti základních hygienických pravidel a neznalosti důsledků jejich porušování. Graf číslo 10 znázorňuje odpověď na otázku, jestli děti doma používají svůj osobní ručník. 70 % respondentů odpovědělo, že používá svůj vlastní ručník. 30 % dotazovaných dětí nemá doma k utírání svůj ručník. Tato skutečnost mě celkem překvapila, považovala jsem za samozřejmé, že ve všech dnešních domácnostech mají děti k dispozici osobní ručníky. Domnívám se, že by

bylo dobré, aby učitelé a pediatři, kteří pečují o děti, více dbali na připomínání důležitosti základních hygienických pravidel a možných cest přenosu nakažlivých nemocí. Ve vyučovacích hodinách při nácviku správné techniky mytí rukou jsem si všimla, že ve všech třídách jsou vedle umyvadel instalovány věšáky a děti mají možnost si k utírání rukou z domu donést svůj ručník, což je bezesporu velká výhoda.

Následující otázkou číslo 11 (graf č. 11) jsem zjišťovala, zda děti mají doma k dispozici svůj vlastní hřeben. 55 % dětí uvedlo, že má doma svůj hřeben. Skoro polovina dotazovaných dětí (45 %) nemá osobní hřeben. Předpokládala jsem, že na tuto otázku téměř všichni odpovědí, že mají doma svůj osobní hřeben. Při půjčování předmětů jako je např. hřeben může eventuelně dojít k nákaze vší dětskou. Vší přelézají z jedné hlavy na druhou, neskáčou a k nákaze dojde dotykem vlasů, popř. použitím cizích předmětů, jako hřebenů a kartáčů na vlasy. Nabízí se zde opodstatněná obava z neznalosti cest přenosu infekčních nemocí. Dá se říci, že děti tyto teoretické hygienické znalosti podceňují.

Další otázka se týkala půjčování cizích předmětů mezi sebou. Zajímalo mě, jestli si děti půjčují od kamaráda/kamarádky čepici, čelenku, gumičky do vlasů, kartáč na vlasy. Půjčování těchto věcí a pomůcek usnadňuje šíření nákazy vší dětskou prostřednictvím předmětů. Z grafu číslo 12 vyplývá, že 87 % dotazovaných respondentů své osobní věci nepůjčuje. 17 % žáků si své osobní věci mezi sebou půjčuje. Odpovědi na tento dotaz považuji za uspokojivé. Z výsledků je zřejmé, že v tomto směru jsou děti poučené.

Následuje série otázek zaměřených na základní hygienické pravidlo, kterým je zcela určitě mytí rukou. Dospělí by si měli klást za cíl zlepšení osobní hygieny u dětí a zlepšení znalostí o vhodném chování v průběhu infekční nemoci. Snažit se dětem zdůraznit, že mytí rukou mýdlem a vodou je základem hygieny.

Dotazníkovou položkou číslo 13 jsem zkoumala, zda si žáci myjí ruce před jídlem. Odpovědi na tuto dotazníkovou položku jsou následující: před jídlem si umyje ruce 74 % žáků, 26 % žáků tak neučiní. Hygienický návyk mytí rukou před jídlem má u dívek a chlapců velký význam. Dle mého názoru je 26 % celkem

vysoké procento osob, které nemají zažitá základní hygienická pravidla. Stačilo by, aby se rodiče stali příkladem pro své děti a pravidlo mytí rukou neporušovali. Dodržovat hygienu a zejména mytí rukou je důležité v prevenci různých infekčních nemocí. Rodiče by měli být ve všech případech dítěti vzorem. Dodržování hygienických standardů nás uchrání před onemocněním a to chce mít pokaždé na paměti. Čisté ruce jsou základem úspěchu moderní medicíny.

Mytím rukou po hře venku se zabývá otázka číslo 14 (graf č. 14). 71 % dotazovaných dětí zvolilo možnost, že si ruce po hře venku umyjí. 29 % dětí si nemyjí ruce po hraní venku, např. po hře na pískovišti. Domnívám se, že hodně záleží na výchově, pravidelnosti a systematičnosti rodičů, zda dokážou vést své dítě k mytí rukou po příchodu z venku. Mytím rukou po příchodu domů se staráme o své zdraví i o zdraví svých blízkých. 29 % dětí, které si neumyjí ruce po příchodu domů, se pak s klidným svědomím pustí do jídla. Zde vidím vysoké riziko přenosu nákazy prostřednictvím kontaminovaných rukou. Na svých rukou mají bakterie, které mohou být potenciálně nebezpečné. Také za nedostatečné je považováno pouhé opláchnutí rukou pod tekoucí vodou. Pro likvidaci bakterií je důležité mýdlo a teplá voda. Rodiče a učitelé musí děti naučit, že návštěva koupelny není v žádném případě „otrava“, naopak je to základ zdravého chování a prevence nemocí špinavých rukou.

Z grafu číslo 15 můžeme vyčíst, zda si děti umyjí ruce po použití toalety. 85 % dětí tak učiní, 15 % nikoliv. Myslela jsem, že alespoň na otázku týkající se mytí rukou po použití WC odpoví 100 % žáků kladně. Proto se domnívám, že je neustále potřeba dětem připomínat, že základem hygieny je mytí rukou, protože naše ruce používáme neustále při jídle, při práci, po použití toalety a také při hraní, ať už venku s kamarády nebo doma s domácími mazlíčky. Považuji za podstatné srozumitelnou a zábavnou formou učit děti již od předškolního věku, že nejúčinnější prevencí infekčních nemocí je dodržování základních hygienických návyků, klást důraz na správnou techniku mytí rukou. Zvyšovat vědomosti žáků o rozdíl mezi bakteriálním a virovým onemocněním, přenosu infekčních nákaz, zejména typických nemocí špinavých rukou. Otázky týkající se

hygieny rukou byly jednoduché s jednoznačnou odpovědí. Považovala jsem je za důležité. V každé otázce se našly děti, které nemají úplné hygienické návyky mytí rukou, proto jsem se rozhodla uskutečnit v rámci přednášky na téma „Prevence infekčních nemocí“ nácvik správné techniky mytí rukou. A pro děti jsem vytvořila informační leták s názvem „Jak si správně umýt ruce“, kde u každého obrázku je uveden popis techniky. Domnívala jsem se, že by bylo dobré tento leták vyvěsit u každého umyvadla ve třídě a i ve školní jídelně.

Následující otázka číslo 16 zněla „Piješ ze sklenice/láhve po rodičích, sourozenci nebo kamarádovi?“ Ukázalo se, že 29 % dotazovaných se napije z cizí láhve nebo sklenice a 71 % osob se ze sklenice po někom nenapije. Pití z láhve, sklenice nebo šálku po někom sebou přináší určité riziko např. vzniku různých oparů a aftů. Opar (herpes labialis) je virová nákaza, která se projevuje vytvořením bolestivého puchýřku na rtu. Nejčastěji se tvoří v oblasti kolem rtů, nosu a brady. Je naplněn tekutinou, která se po několika dnech zakalí. Po prasknutí puchýřku tekutina zaschne a vytvoří se nepříjemný stroupek. Proto je potřeba vyvarovat se přímého kontaktu s nemocnou osobou. Dle výsledků je patrné, že je třeba dětem připomínat informace o možném přenosu infekčních nákaz prostřednictvím různých předmětů.

Otázka číslo 17 navazovala na předchozí a pomocí ní jsem zjišťovala, zda děti ochutnávají od kamaráda/spolužáka svačinu nebo oběd jeho přiborem. Pouze 11 % respondentů uvedlo možnost ano, ostatní děti 89 % neochutnávají od cizích osob jídlo, což mě potěšilo. Z otázky číslo 16 a 17, které spolu souvisí, se dá vyvodit, že děti jsou poučeny, že mají používat své osobní předměty, jako jsou příbory, šálky, láhve, aby nevznikalo zbytečné riziko přenosných nemocí.

Dalším úsekem tvořící dotazník byly otázky zaměřeny na mytí ovoce a zeleniny, na jídlo ze země a další hygienické návyky a nemoci. Cílem otázky číslo 18 bylo dozvědět se, jestli si děti umyjí ovoce a zeleninu před konzumací. 75 % dětí uvedlo, že si umyje ovoce a zeleninu, 25 % dětí to ale neudělá. Je zarážející, že celá ¼ dětí si nemyje ovoce a zeleninu před jídlem. Umýt si

ovoce a zeleninu je třeba pokaždé, ne jen občas. Proto jsem i téma mytí ovoce a zeleniny zařadila do své přednášky.

Z grafu číslo 19 můžeme vyčíst, zda děti snědí jídlo nebo žvýkačku, která jim upadne na zem. Většina respondentů (96 %) by nikdy nesnědlo jídlo nebo žvýkačku ze země. Pouze 5 dětí (4 %) by jídlo ze země snědlo. Zde se mi naskytá otázka, proč tak málo lidí by jídlo ze země nesnědlo, ale ovoce a zeleninu, která není umytá, sní 25 % osob. Domnívám se, že si děti neuvědomují možná nebezpečí, která plynou z nemytého ovoce a zeleniny, zejména když pochází z vlastní zahrady. Je třeba dětem poskytnout dostatek srozumitelných informací o možnostech a způsobech jak předcházet nejruznějším onemocněním. Mít dostatek informací je důležité pro každého z nás. Mohou vést ke změně názorů a postojů a k lepšímu postoji ke svému zdraví.

Otázka číslo 20 jsem zkoumala, zda si děti při kašlání zakrývají ústa. Odpověď ano zvolilo 57 % dětí, odpověď ne označilo 9 % dětí a možnost někdy 34 % respondentů. Jasně zde převažuje odpověď ano a poté odpověď někdy. Pouze 9 % žáků si ústa nezakrývá vůbec. Rodiče mají dětem soustavně připomínat, že po smrkání, kašlání a kýčání by měly zamířit k umyvadlu, zejména pokud byly v domácnosti ve styku s infekčně nemocnou osobou. Za nejdůležitější považují osobní příklad a sdělení rodičů. Výchovné prostředky musíme vždy volit vzhledem k věku a znalostem dítěte.

Otázka číslo 21 navazuje na předchozí otázku a týká se informace, jaké kapesníky děti používají při smrkání. 51 % dětí označilo možnost, že při smrkání používají jak látkový, tak papírový kapesník. 26 % dotazovaných žáků používá pouze papírový kapesník a 23 % dětí smrká jen do látkového kapesníku. Očekávala jsem, že většina dětí používá pouze papírový kapesník, který je hygienický. Dítě se do něj vysmrká a kapesník zahodí, znovu ho již nepoužije, čímž znovu nevděchuje infekční aerosol. Papírový kapesník je i praktický, tím že se nemusí prát a jeho pořizovací cena je finančně nenáročná.

Co se týká činností, které děti dělají, když jsou nemocné, vyjadřuje graf číslo 22. Otázka konkrétně zněla „Co děláš, když jsi nemocný?“ Většina, celých

87 % žáků odpovědělo, že dodržuje nařízení lékaře. 9 % dotazovaných dětí si i přes nemoc hraje doma s kamarády. 2 % dětí si chodí hrát ven a další 2 % dětí chodí i přes nemoc dál do školy. Z absolutních čísel (tabulka číslo 23) je jasné, že pouhých 18 dětí ze 132 dotazovaných porušuje nařízení lékaře. Mým cílem bylo zlepšit znalosti o nejvhodnějším chování dětí v průběhu infekčního onemocnění. Proto si myslím, že výchova ke zdraví má nezastupitelnou roli ve školních osnovách. Musí být cílená vzhledem k věku, soustavná, komplexní a musí děti natolik zaujmout, aby se samy do výuky zapojily.

Následující otázka se týkala stravování dětí. Graf číslo 23 znázorňuje odpovědi na dotaz, zda si děti kupují jídlo u stánků nebo na pouti. 70 % žáků uvedlo, že si kupuje jídlo u stánku nebo na pouti. 30 % dětí si jídlo u stánku nekoupí. Příjem potravin je lepší v zařízeních používajících suroviny průmyslové výroby s garantovanou kvalitou a zázemím. Doporučovala bych rodičům, aby dětem jídlo ze stánků spíše nekupovali.

Dále se zabývám problematikou nákazy vší dětskou. Z grafického znázornění číslo 24 vyplývá, že 58 % dotazovaných respondentů prodělalo onemocnění vší dětskou. 42 % dětí nikoliv. Dětské kolektivy jsou pro veš dětskou tím nejlepším prostředím, kde se může přenášet. Šíření nákazy usnadňuje těsný kontakt s napadenou osobou, což dětské kolektivy ve škole zajisté splňují. Výzkum potvrzuje, že více než polovina dotazovaných osob prodělalo onemocnění vší dětskou.

Druhá výzkumná část mé diplomové práce probíhala na Základní škole Hradská v Humpolci v listopadu 2010. Mým hlavním cílem bylo dozvědět se, zda se dětem po přednášce na téma - Prevence infekčních nemocí s nácvičkou správné techniky mytí rukou navýšil objem znalostí. V přednášce jsem se hlavně zaměřila na témata týkající se hygieny rukou, na přenos základních infekčních nákaz, typické nemoci špinavých rukou a nemoci z pískovišť a na zásady chování domácích mazlíčků. V úvodu přednášky jsem dětem rozdala informační leták s obrázky a popisky, jak si správně umýt ruce. Poté jsem vedla cca 20-ti minutový výklad o prevenci. Snažila jsem se, aby děti věnovaly prevenci pozornost, jakou si

zaslouží. Zmiňovala jsem, jak je důležitá péče o hygienu rukou v prevenci infekčních chorob. Nemytýma rukama se přenáší řada infekčních onemocnění. Mytím rukou si každý sám aktivně chrání své zdraví. Nedostatečnou hygienou a dotykem se přenášejí i různé pupínky, afty, bradavice, plísňe a další onemocnění kůže. Často bývají zdrojem onemocnění veřejné bazény, společné sprchy nebo koupelny. Pokládala jsem žákům otázky, zda ví, co je rýma, kašel, chřipka, a zjišťovala jsem, kam sahají jejich znalosti. Věnovala se problematice domácích zvířat. Odjakživa žije člověk rád v kontaktu se zvířaty. Domácí mazlíčky chováme pro naše vlastní potěšení. Čtyřnohé kamarády máme doma jako členy rodiny. Důležité je vědět, že při těsném kontaktu se zvířátky může vcelku snadno docházet k předávání nejrůznějších infekčních onemocnění. Nemoci se šíří nepřímo špatně umytýma rukama, kontaminovanou stravou, vodou nebo vzduchem při čištění zvířecích příbytků. Pokud se budete snažit dodržovat určitá hygienická pravidla, riziko nákazy se minimalizuje. Měli bychom si dát pozor při mazlení, hře s koťaty a štěňaty. Snažila jsem se přednášku udělat pro děti zajímavou a zároveň děti do tématu zapojovat. Proto jsem pokládala otázky typu: „Kdo má doma pejska, kočičku, křečka, želvičku? A kdo si umyje ručičky po hře s nimi?“, atd. K onemocnění od zvířátek nejčastěji dochází např. při čištění kočičího záchodu, jakož i při společném jídle a pusinkování. Při nedostatečném umytí rukou nebo potravin pak může vzniknout onemocnění. Domácí mazlíčky nelíbejte na čumáček ani zobáček, přestože jsou tak rozkošní a čist'ouncí. Žákům jsem zmínila některá onemocnění, jako kampylobakteriózu, salmonelózu, nemoc z kočičího škrábnutí, toxokarózu, toxoplazmózu, enterobiózu, virovou hepatitidu A. Následně jsem zmínila doporučení týkající se pití vody z neznámých zdrojů. Voda ve studni nebo studánce může vypadat i chutnat výborně, a přesto může být závadná. Svými smysly člověk přítomnost mikroorganismů a většiny chemických látek nepozná. Na závěr jsem ještě jednou připomněla, že základem hygieny je mytí rukou mýdlem a vodou, protože ruce používáme neustále, jednak při jídle, při práci a také při hraní. Zmínila jsem se, že o zásadách správné hygieny je třeba poučit i mladší sourozence. A dětem navrhla, ať si doma vyzkouší hru na školu

a vše, co se dnes dozvěděly a zapamatovaly si, povědí doma mladším sourozencům.

Otázkou číslo 25 jsem chtěla zjistit, zda děti vědí, která nákaza je typickou nemocí špinavých rukou. Výběr měly z těchto nemocí: virová hepatitida A, chřipka, nemoc z kočičího škrábnutí. Předtím než proběhla přednáška, odpovědělo ze 132 dotazovaných respondentů, že typickou nemocí špinavých rukou je žloutenka - 76 dětí. 52 žáků označilo odpověď chřipka a 4 žáci uvedli nemoc z kočičího škrábnutí. Po edukaci ze 142 tázaných osob označilo správnou odpověď 138 dětí. Pouze 4 žáci vybrali možnost onemocnění chřipkou. Nikdo již neuvedl nemoc z kočičího škrábnutí. Dle mého názoru má edukace vliv na zlepšení úrovně znalostí v oblasti hygienických návyků a proto její provádění má význam. Řekla bych, že nelze měřit výchovu ke zdraví množstvím vydaných letáků, ale mnohem efektivnější je edukace přiměřená věku a znalostem posluchačů.

Ve výzkumu jsem také položila otázku číslo 26, zda mohou být domácí mazlíčci zdrojem onemocnění. Variantu, že domácí mazlíčci mohou být zdrojem onemocnění, označilo pouze 37 % žáků, ostatní 63 % uvedli, že nemůžou způsobit nemoc. Po skončení přednášky z dotazníku číslo 2 vyplývá z grafického znázornění číslo 27, že 100 % dotazovaných dětí už ví, že se mohou nakazit infekční chorobou od domácího zvířete. Preventivní opatření, jak se chovat k domácím zvířátkům, jsem dětem na přednášce vysvětlila. Domácí zvířátka, zejména pejsky a kočičky, je třeba nechat pravidelně očkovat a odčervovat. Nelíbat je na čumáček, úklid záchodu po kočce nechat na rodičích a po hře s nimi, zejména před jídlem si řádně umýt ruce mýdlem a teplou vodou. Dále zamezit vstupu zvířat tam, kde si hrají děti, a na vycházce uklízet zvířecí výkaly.

Na otázku číslo 27, kde jsem zjišťovala, jestli je rizikové pít vodu ze studánky, odpověděly děti následovně. Podle grafu číslo 28 (1. dotazník) si jen 26 % žáků myslí, že je to nebezpečné. Zbytek 74 % se domnívá, že je správné pít vodu z neznámých zdrojů. Děti neznají rizika a neuvědomují si potíže, které by mohly nastat. Proto jsem se také rozhodla této tématice okrajově věnovat ve své

přednášce. Další z důvodu byl, že v okolí města Humpolec máme poměrně dost přírodních studánek, kam lidé rádi chodí pro vodu. Upozornila jsem děti, že je sice u studánky tabulka, na které je uvedeno pitná voda, ale že tuto vodu pijeme doma až po převaření. Z výsledků, které jsou zaneseny v grafu číslo 29 (2. dotazník) vychází, že celkem 95 % žáků označilo správnou odpověď, že pití vody z neznámých zdrojů je rizikové. 5 % dětí (v absolutních číslech 7 osob ze 142 dotazovaných) uvedlo chybnou odpověď.

Další otázkou číslo 28 zjišťuji, co je podle žáků ve věku 6 – 10 let základem hygieny. Na výběr měli 4 možnosti. U otázky byla uvedena varianta zaškrtnutí více možností odpovědí. 142 žáků vybralo možnost, že základem hygieny je mytí rukou mýdlem a vodou. Stejný počet dětí 142 označilo také správně variantu čištění zubů. Také 139 dětí označilo za správnou odpověď mytí rukou po příchodu z hřiště. 3 odpovědi dětí byly špatné, označily za základ hygieny čištění zvířecích příbytků. Z výsledků je zřejmé, že je v otázce číslo 28 naprostá převaha správných odpovědí, což mě potěšilo. Tato značně vysoká čísla by mohla znamenat skutečnost, že žáci do budoucna ještě navýší svá hygienická pravidla, zejména v otázce pravidelnosti čištění zubů a mytí rukou.

Následující otázka číslo 29 navazovala na předchozí dotaz a zní „Je správné umýt si ruce po příchodu domů, po hraní si na hřišti, po hraní s domácími mazlíčky?“ Všichni z dotazovaných osob 100 % uvedli správnou variantu, že ano. Mytí rukou je banální záležitost, ale může výrazně ochránit naše zdraví. Děti mě svými odpověďmi v 2. dotazníku mile překvapily a potěšily. Snažila jsem se dětem doporučit, aby věnovaly více pozornosti hygieně rukou i v běžném životě. Určitě to ale neznamená, že by si měl člověk mýt ruce každých pět minut, po každém kýchnutí nebo zakašlání. Stačí dodržovat základní hygienické návyky, ke kterým patří mytí rukou před jídlem, po příchodu z venku, po použití záchodu. A když už si ruce myji, umět si je umýt správně.

Jestli děti požádají doma rodiče o svůj vlastní ručník a osobní hřeben jsem zjišťovala v otázce číslo 30. Z grafického znázornění číslo 32 z 2. dotazníku

vyplývá, že 100% tázaných žáčků poprosí po příchodu domů rodiče o své vlastní hygienické potřeby.

Graf číslo 33 z 2. dotazníku znázorňuje, zda si respondenti pokaždé před konzumací umyjí ovoce a zeleninu. Otázka se týkala i ovoce a zeleniny, kterou rodiče pěstují doma na vlastní zahradě. Opět 100 % dotazovaných žáků uvedlo, že si umyjí ovoce a zeleninu. Požadavkem chutného a hygienického jídla je samozřejmě omytí a očištění ovoce a zeleniny před konzumací.

V 1. dotazníku jsem zjišťovala informaci, zda si děti zakryjí ústa při kašlání. Prvně děti odpověděly následovně - ano odpovědělo 57 % dětí, ne 9 % dětí a někdy 34 % respondentů. Při přednášce jsme si vysvětlili, proč je tak důležité zakrývat si ústa, aby nedocházelo k šíření nákazy dále. 100 % dětí v 2. dotazníku v otázce číslo 32 správně označilo hygienický návyk zakrývání si úst při kašli nebo kýchání. Jedná se o reflex, který je způsoben drážděním receptorů nosní sliznice a slouží k udržení průchodnosti nosní dutiny. Nahromadění hlenu nebo např. prachu nebo různých alergenů podráždí receptory a po mohutném nádechu se díky silnému výdechu nosní dutina většinou uvolní. Poté se uvolní sekrece z nosu, proto většinou po kýchnutí potřebujeme ihned kapesník. I tento hygienický poznatek by měly děti znát a hlavně používat.

Předposlední otázka číslo 33 zjišťuje, co si děti myslí o nepřímém přenosu rýmy, kašle, chřipky prostřednictvím kontaminovaných rukou. V první výzkumné části odpovědělo 58 % dotazovaných osob, že takový přenos není možný a méně jak polovina dětí 42 % uvedla, že prostřednictvím rukou lze přenést chřipku, kašel, rýmu. V druhé výzkumné části po edukaci ví 100 % žáků, že onemocnění lze přenášet i prostřednictvím nemytých kontaminovaných rukou.

V poslední otázce číslo 34 z druhého dotazníku (graf číslo 37) měli respondenti zhodnotit, zda se jim líbil nácvik správné techniky mytí rukou. Jako nejvíce častou odpověď označilo 98 % žáků odpověď ano, 2 % vybralo možnost ne (v absolutních číslech 3 děti ze 142). Po přednášce jsem dětem ukázala, jak si správně umýt ruce a poté si to každé dítě vyzkoušelo samo. Zjistila jsem, že ne každý si umí ruce správně umýt. Moje osobní zkušenost s dětmi byla velice

pozitivní, dětem se nácvik líbil, bavil je, zaujal a myslím, že i přednáška byla poučná. Žákům se líbilo, že si každý osobně mohl vyzkoušet správnou techniku a postup mytí rukou. Informační leták s názvem „Jak si správně umýt ruce“ jsem nechala vyvěšený v každé třídě vedle umyvadla a další jsem dala k umyvadlům ve školní jídelně. Podle doporučení hygieniků se mají ruce mýt mýdlem pod tekoucí teplou vodou. Ruce se nejprve namočí, pak se alespoň deset sekund mydlí mimo proud vody. Silnější účinek mají mýdla antibakteriální, které jsme používali při nácviku ve škole. Mýdlo dětem příjemně vonělo. Důležité je dětem připomenout, aby nezapomínaly umýt i prostor mezi prsty, kolem nehtů, bříška prstů, palec, dlaně a hřbety rukou. Ruce se nakonec řádně osuší papírovým ručníkem nebo svým látkovým ručníkem. Domnívám se, že především rodiče by se měli zapojit do výchovy ke zdraví, sledovat své děti při práci a výuce a také poznat prostředí, ve kterém děti tráví podstatnou část svých všedních dnů. Významné je i školní prostředí, vybavení jednotlivých prostor, zázemí pro výuku a volnočasové aktivity. Chceme, aby se naše děti ve škole cítily dobře. Na závěr bych chtěla říct, že účinnou prevencí lze zabránit řadě infekcí, nesmíme podceňovat hygienická pravidla. Ani s mytím rukou se to samozřejmě nesmí přehánět, ostatně jako se vším. Na rukou máme vytvořenou ochrannou vrstvu, která z části chrání naše tělo před přenosem nebezpečných infekčních onemocnění. V našich podmínkách postačí dodržovat základní hygienické návyky, které je třeba dětem vštěpovat od útlého věku.

6. ZÁVĚR

Účelem mé diplomové práce bylo analyzovat úroveň hygienických znalostí na Základní škole Hradská Humpolec a zároveň žáky edukovat o zásadách správné hygieny. Stanovila jsem si tři cíle. Aby bylo vytyčených cílů dosaženo, použila jsem metodu kvantitativního výzkumu, techniku dotazníku.

Prvním dílčím cílem práce bylo zmapování hygienických znalostí žáků ve věku 6 – 10 let. Cíl práce byl splněn. Ke splnění došlo na základě výsledků plynoucích z dotazníků, kde jsem zjišťovala základní všeobecné informace o dentální hygieně, dále základní hygienická pravidla, která děti dodržují, a zda si žáci dostatečně uvědomují důsledky, které mohou vzniknout v případě nedodržování hygieny. Na základě získaných výsledků jsem se snažila potvrdit nebo vyvrátit hypotézy. V první hypotéze jsem se domnívala, že žáci nemají podrobné informace o dentální hygieně. 33 % dětí uvedlo, že si zuby nečistí pravidelně ráno a večer, 23 % žáků nechodí na preventivní prohlídky, 36 % nezná správnou techniku čištění chrupu, 87 % dětí nikdy nebylo u zubní hygienistky, 69 % nepoužívá mezizubní kartáček ani zubní nit a 76 % respondentů nepoužívá ústní vodu. Na základě výsledků, které jsem získala z otázek týkajících se hygieny dutiny ústní, se mi hypotéza potvrdila.

Poté jsem si zvolila hypotézu, že žáci mají základní znalosti o hygienických pravidlech. Prokazovala jsem ji na otázkách č. 10 - 22 týkajících se informací z oblasti hygieny. Svoji domněnku jsem testovala na základě jednoduchých otázek zaměřených na osobní hygienické potřeby, mytí rukou, používání cizích předmětů, mytí ovoce a zeleniny a správné hygienické návyky. Toto tvrzení jsem se snažila opřít o statistické výsledky výzkumu. Ve všech otázkách pokaždé více jak 50 % dětí odpovědělo správně. Druhá hypotéza se mi potvrdila.

Ve třetí hypotéze jsem se domnívala, že si žáci neuvědomují důsledky, které mohou vzniknout porušováním hygienických pravidel. Tuto hypotézu jsem testovala pomocí otázek č. 23 – 27 zaměřených na běžné každodenní činnosti. Z výsledků je zřejmé, že 70 % osob si kupuje jídlo na pouti, 58 % respondentů

prodělalo nákazu vší dětskou, 56 dětí z celkového počtu 132 označilo špatně typickou nemoc špinavých rukou, 63 % dětí si myslí, že domácí mazlíčci nemohou být zdrojem onemocnění, 74 % respondentů nepovažuje za nebezpečné pít vodu z neznámých zdrojů. Tyto výsledky potvrzují mojí hypotézu.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo informovat žáky o významu dodržování hygienických pravidel a možných důsledcích, které mohou nastat v případě jejich porušování. Cíl práce byl dosažen uspořádáním přednášek na téma „Prevence infekčních nemocí s nácvikem správné techniky mytí rukou“ v jednotlivých 1. – 3. třídách základní školy.

V posledním cíli práce jsem vyhodnotila znalosti žáků o dané problematice po provedení edukace. Potěšilo mě, že z výsledků je zřejmé, že děti pozitivně změnilo své nahlížení na problematiku nakažlivých nemocí. S třetím cílem souvisela i tvorba poslední čtvrté hypotézy, že po edukaci dojde k navýšení objemu znalostí v dané oblasti. Tuto hypotézu jsem testovala pomocí otázky, kterou jsem se dotazovala na typickou nemoc špinavých rukou. V nulové hypotéze jsem předpokládala, že vliv edukace je nulový, odpovědi na otázku č. 25 týkající se typické nemoci špinavých rukou budou ve stejném poměru jako před edukací. Dosažená hladina významnosti byla menší než 0,1 %. Hranice pro zamítnutí H_0 je 5 %. Tudíž zamítám H_0 a platí H_a , která říká, že je rozdíl v odpovědích před zdravotní výchovou a po ní. Pokud je předpokládaný počet = 0 (všechny odpovědi jsou správné), nelze statisticky otestovat a z následujících otázek č. 26 - 33 je tedy zřejmé, že došlo k navýšení objemu znalostí. Poslední hypotéza se mi také potvrdila.

Na základě výsledků vyplývajících z výzkumu a potvrzených hypotéz mohu konstatovat, že žáci ve věku 6 – 10 let mají základní znalosti o péči o tělo, vědí, jaké hygienické návyky mají dodržovat. Bohužel, ne vždy tak činí. Děti by měly zlepšit svojí dentální hygienu a techniku mytí rukou. Dodržování hygieny je důležité v prevenci infekčních onemocnění a bezesporu také proto, aby se každý cítil dobře. Důsledná hygiena pozitivně přispívá k začlenění se do společnosti. Proto si myslím, že by měli rodiče pravidelně učit své děti základům správné

osobní hygieny. Ve všech případech by měli být dítěti vzorem. Domov by měl být vždy čistý a pěkně uklizený.

Dle mého názoru a potvrzených výsledků si myslím, že edukace má vliv na úroveň znalostí v oblasti hygienických návyků, a proto bych tuto metodu volila. Pomocí podobných přednášek se zlepšuje osobní hygiena dětí zejména ve správné technice a pravidelnosti mytí rukou, dále hygiena při respiračních a alimentárních infekcích, s tím souvisí i správné zacházení s potravinami, zvyšuje se povědomí o způsobu přenosu infekčních onemocnění a prevenci infekčních chorob. Bylo by určitě zajímavé a přínosné provádět podobné přednášky na základních školách v rámci naší odborné praxe. Možnost zlepšení situace vidím i v osvětě rodičů a pedagogů.

Myslím si, že výsledky výzkumu mohou sloužit jako podkladový a informační materiál pro práci v dané oblasti. Mohou být využity při zvyšování úrovně znalostí žáků v osobní hygieně, proto tuto práci osobně předám vedení Základní školy Hradská v Humpolci. Dále mohou sloužit jako informační zdroj pro rodiče a laickou veřejnost. Dále i jako příručka pro asistenty ochrany veřejného zdraví a výchovy ke zdraví. Jsem názoru, že organizování preventivních programů má pro nás velký přínos. Výsledky výzkumu budou prezentovány v publikaci Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, konkrétně v časopise Kontakt.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AMBROŽOVÁ, H. *Salmonelózy a kampylobakteriózy*. Lékařské listy. 2010. č. 13. 12 – 14 s. ISSN 0044-1996.
2. BÁLINT, O., ROTHOVÁ, J. *Základy infektologie pre študentov ošetrovateľstva*. 1. vyd. Bratislava: Polygrafické stredisko UK v Bratislave. 2008. 136 s. ISBN 978-80-223-2422-9.
3. BARTOŠOVÁ, D. *Dětské infekční nemoci*. 1. vyd. Praha: Galén. 2003. 284 s. ISBN 80-7262-206-4.
4. BARTOŠOVÁ, D. et al. *Infekční lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 2005. 142 s. ISBN 80-210-3791-1.
5. BARTOŠOVÁ, D. *Nemoci z pískovišť*. [online]. 2004 [cit.2010-12-29]. Dostupné z <http://files.rolass.webnode.cz/2000006124a3e24b37d/PED2005_03_03.pdf>.
6. BÁRTŮ, V. *Kašel – symptom mnoha tváří*. Lékařské listy. 2010. č. 3. ISSN 0044-1996.
7. BENEŠ, J. *Infekční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén. 2009. 649 s. ISBN 978-80-7262-644-1.
8. BERAN, J. et al. *Lexikon očkování*. 1 vyd. Praha: Maxdorf s.r.o. 2008. 352 s. ISBN 978-80-7345-164-6.
9. BLECHOVÁ, Z. *Chřipka u dětí*. [online]. 2007, č. 6. [cit.2010-12-22]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/06/12.pdf>>.

10. CABRNOCHOVÁ, H. *Proti kterým nemocem je vhodné vaše dítě očkovat.* [online]. © 2007-2011 [cit.2011-02-22]. Dostupné z <<http://www.cabrnochova.cz/i-ockovaci-kalendar-2011.html>>.
11. FÖRSTL, M. et al. *Roup dětský.* [online]. 2002 [cit.2010-12-29]. Dostupné z <<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2002/03/06.pdf>>.
12. GÖPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)* 1. vyd. Praha: Karolinum. 2006. 299 s. ISBN 80-246-1232-1.
13. GREGORA, M. *Očkování a infekční nemoci dětí.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005. 128 s. ISBN 80-247-1126-5.
14. GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. 140 s. ISBN 978-80-247-2030-2.
15. HAVLÍK, J., et al. *Infekční nemoci.* 2. rozšířené vyd. Praha: Galén. 2002. 186 s. ISBN 80-7262-173-4.
16. HLADÍK, M. *Dětské lékařství pro studenty ošetrovatelství.* 1. vyd. Opava: Ediční středisko FPF SU. 2008. 222 s. ISBN 978-80-7248-472-0.
17. HRODEK, O., VAVŘINEC, J., et al. *Pediatric.* 1. vyd. Praha: Galén. 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
18. HUSA, P., KRBKOVÁ, L., HOLČÍKOVÁ, A. *Infectious diseases.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2006. 91 s. ISBN 80-210-4116-1.

19. CHALUPA, P. et al. *Infekční lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 2001. 48 s. ISBN 80-210-2576-X.
20. KOSTŘICOVÁ, K. *Základní škola Humpolec Hradská 894, okres Pelhřimov*. [online]. ©2008 [cit. 2011-01-01]. Dostupné z <http://www.zshradska.cz/index.php?include=informace_o_skole&id_informace_o_skole=historie_skoly>.
21. MAĎAR, R. *Epidemiologie vybraných přenosných nemocí*. 1. vyd. Zvolen: Medistar s.r.o. 2007. 77 s. ISBN 978-80-969842-3-7.
22. MERGLOVÁ, V., IVANČAKOVÁ, R. *Příčiny a prevence zubního kazu v časném dětství*. *Lékařské listy*. 2010. č. 22. 6 – 9 s. ISSN 0044-1996.
23. MUCHA, C. *Nové trendy v očkování*. *Lékařské listy*. 2011. č. 1. ISSN 0044-1996.
24. PAZDIORA, P. *Význam rotavirových infekcí, současné možnosti očkování*. [online]. 2010 [cit. 2010-12-27]. Dostupné z <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/01/02.pdf>>.
25. PODSTATOVÁ, H. *Základy epidemiologie a hygieny*. 1. vyd. Praha: Galén. 2009. 158 s. ISBN 978-80-7262-597-0.
26. ROŽNOVSKÝ, L. *Virové hepatitidy u dětí a mladistvých a jejich prevence vakcinací*. [online]. 2007, č. 4. [cit. 2010-12-29]. Dostupné z <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2606&magazine_id=4>.

27. RUPEŠ, V., VLČKOVÁ, J. *Veš dětská v praxi*. [online]. 2008, č. 3. [cit.2010-12-27]. Dostupné z <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/03/09.pdf>>.
28. SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
29. SEDLÁK, K., TOMŠÍČKOVÁ, M. *Nebezpečné infekce zvířat a člověka*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Scientia. 2006. 167 s. ISBN 80-86960-07-2.
30. SOKOL, P. *Výlet do historie hygieny v Čechách*. [online]. [cit.2010-12-29]. Dostupné z <<http://www.revprirody.cz/data/0306/hygiena.htm>>.
31. SMÍŠKOVÁ, D. *Listeriové infekce*. Lékařské listy. 2010. č. 13. ISSN 0044-1996.
32. STAŇKOVÁ, M., MAREŠOVÁ, V., VANIŠTA, J. *Infekční lékařství – minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton. 2002. 220 s. ISBN 80-7254-236-2.
33. STAŇKOVÁ, M., MAREŠOVÁ, V., VANIŠTA, J. *Repetitorium infekčních nemocí*. 1. vyd. Praha: Triton. 2008. 207 s. ISBN 978-80-7387-056-0.
34. STOŽICKÝ, F. et al. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2006. 359 s. ISBN 80-246-1067-1.
35. VACULA, R. *Historie mytí*. [online]. 21.12.2005 [cit.2010-12-29]. Dostupné z: <<http://www.postreh.com/phprs/view.php?cislocclanku=2005122001>>.
36. VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6.

37. VIGUÉ, J. *Zdraví dítěte*. 1. vyd. Praha: A. R. Garamond s.r.o. 2006. 293 s. ISBN 80-7234-535-4.
38. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatric II*. 3. vyd. Praha: Tiskárna VS. 2003. 240 s. ISBN 80-7333-023-7.
39. Vyhláška č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem.
40. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Hygiena

Infekce

Očkování

Preventivní opatření

Průjem

Zvracení

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1- Informační leták „Jak si správně umýt ruce“

Příloha č. 2- Dotazník č. 1

Příloha č. 3- Dotazník č. 2

Příloha č. 4- Základní škola Hradská Humpolec

JAK SI SPRÁVNĚ UMÝT RUCE

1.



Nejprve si ruce opláchni teplou vodou.

2.



K mytí rukou použij mýdlo.

3.



Teď musíš třít dlaněmi o sebe.

4.



Polož dlaň jedné ruky na hřbet druhé s propletenými prsty.

5.



Spoj ruce dlaněmi k sobě s propletenými prsty.

6.



Skrč prsty jedné ruky a umyj je o dlaň druhé ruky.

7.



Jednou rukou chyt' palec druhé ruky a promni ho.

8.



Konečky prstů zatoč na dlani druhé ruky.

9.



Na závěr ruce důkladně opláchni pod tekoucí vodou.

Příloha č. 2- Dotazník č. 1

1. Jsi?

Holka

Kluk

2. Kolik je ti let?

3. Do které chodíš třídy?

4. Čistíš si zuby?

Ráno

Večer

Ráno i večer

Po každém jídle

5. Chodíš na prohlídky k zubaři?

Ano

Ne

6. Učil/a ses jak si správně čistit zuby?

Ano

Ne

7. Byl/a jsi u zubní hygienistky?

Ano

Ne

8. Používáš zubní nit nebo mezizubní kartáček?

Ano

Ne

9. Používáš po vyčištění chrupu ústní vodu?

Ano

Ne

10. Máš doma svůj ručník?

Ano

Ne

11. Máš svůj hřeben?

Ano

Ne

12. Půjčuješ si od kamaráda nebo kamarádky čepici, čelenku, gumičky do vlasů, kartáč na vlasy?

Ano

Ne

13. Myješ si ruce před jídlem?

Ano

Ne

14. Myješ si ruce po hraní venku?

Ano

Ne

15. Myješ si ruce po použití záchodu?

Ano

Ne

16. Piješ ze sklenice/láhve po rodičích, sourozenci nebo kamarádovi?

Ano

Ne

17. Ochutnáváš od kamaráda nebo spolužáka svačinu/oběd?

Ano

Ne

18. Myješ si ovoce a zeleninu?

Ano

Ne

19. Sníš jídlo nebo žvýkačku, která ti upadne na zem?

Ano

Ne

20. Zakrýváš si ústa při kašlání?

Ano

Ne

Někdy

21. Do jakého kapesníku smrkáš?

Papírový kapesník

Látkový kapesník

Papírový i látkový kapesník

22. Co děláš, když jsi nemocný?

- Dodržuji nařízení doktora
- Hraju si s kamarády doma
- Chodím dál do školy
- Chodím si hrát ven

23. Kupuješ si jídlo na pouti nebo u stánku?

- Ano
- Ne

24. Měl jsi někdy vši?

- Ano
- Ne

25. Zaškrtni typickou nemoc špinavých rukou?

- Žloutenka A
- Chřipka
- Nemoc z kočičího škrábnutí

26. Mohou být domácí mazlíčci zdrojem onemocnění?

- Ano
- Ne

27. Je rizikové pít vodu ze studánky?

- Ano
- Ne

28. Může se nemytýma rukama přenášet kašel, rýma, chřipka?

- Ano
- Ne

Příloha č. 3- Dotazník č. 2

1. Zaškrtni typickou nemoc špinavých rukou.

- Žloutenka A
- Chřipka
- Nemoc z kočičího škrábnutí

2. Mohou být domácí mazlíčci zdrojem onemocnění?

- Ano
- Ne

3. Je rizikové pít vodu ze studánky?

- Ano
- Ne

4. Co je základem hygieny? Možnost více odpovědí.

- Mytí rukou mýdlem a vodou
- Čištění zubů
- Mytí rukou po příchodu z hřiště
- Čištění zvířecích příbytků

5. Je správné umýt si ruce při příchodu domů, po hraní si na hřišti, po hraní s domácími mazlíčky?

- Ano
- Ne

6. Poprosíš doma rodiče o svůj vlastní ručník a hřeben?

- Ano
- Ne

7. Umyješ si vždy před konzumací ovoce a zeleninu, i ze zahrádky, kterou máte doma?

Ano

Ne

8. Je správné si při kašlání zakrýt ústa rukou nebo kapesníkem?

Ano

Ne

9. Může se nemytýma rukama přenášet kašel, rýma, chřipka?

Ano

Ne

10. Líbil se ti nácvik správné techniky mytí rukou?

Ano

Ne

Příloha č. 4- Základní škola Hradská Humpolec

Škola byla budována v letech 1936 – 1937, budova se nachází v blízkosti zříceniny hradu Orlick. Z oken je krásný výhled na něj. Všechny náklady, které vznikly s výstavbou, byly dotovány z pokladny města Humpolec. Dne 5. 9. 1937 byla slavnostně otevřena. Projev pronesl ředitel škol Dr. Quido Vetter. Do roku 1975 byla Základní škola součástí Gymnázia Dr. Aleše Hrdličky. V této době ji navštěvovalo 567 žáků a učilo zde 27 učitelů. Žáků bylo stále více, a tak škola musela rozšířit svoje prostory. Začala využívat i třídy v přilehlých obcích: ve Světlici od roku 1977, v Budíkově 1979 a do roku 1987 v ulici Husova v Humpolci. Koncem osmdesátých let byla zahájena rekonstrukce a přístavba v ulici Komenského Humpolec. V roce 1987/1988 zde studovali žáci prvních a druhých tříd. V letech 1990/1991, kdy byla stavba dokončena, se sem přestěhoval celý I. stupeň. II. stupeň zůstal v budově Hradská spolu s Gymnáziem. Na podzim roku 1993 byl ujednáno s vedením města Humpolce přesun žáků II. stupně zpět do ulice Hradská a Gymnázium Dr. Aleše Hrdličky se nastěhovalo do ulice Komenského. V roce 1991 byl ředitelem Základní školy zvolen Mgr. Pavel Bílek, který tu působí dodnes. Škola má krásný sportovní areál, který je k dispozici nejen pro žáky, ale i pro veřejnost. Také zde byla zavedena metoda výuky v prostoru školní zahrady, zejména biologie, kdy žáci využívají názorných pomůcek z přírody. Celkový počet žáků je 500. (Kostřicová, 2008)



Zdroj: propagační materiál ZŠ Hradská Humpolec



Zdroj: propagační materiál ZŠ Hradská Humpolec