

Světová zdravotnická organizace, Kodaň Dánsko  
Ústav zdraví dítěte při Universitě v Bristolu, Velká Británie  
Výzkumný ústav zdraví dítěte v Brně, Česká republika

organizují a provádějí

v ý z k u m

**EVROPSKÁ LONGITUDINÁLNÍ STUDIE TĚHOTENSTVÍ A DĚTSTVÍ  
(ELSPAC)**



# **ZDRAVÍ VAŠEHO DÍTĚTE**

## **(Dotazník T 5)**

Vážená paní,  
tento dotazník je určen osobě, která v největší míře vykonává každodenní péči o Vaše tříleté dítě. Jsme přesvědčeni, že téměř vždy jste to Vy, jeho matka .

Dotazník obsahuje otázky, které jsou zaměřeny na podrobný popis zdraví a tělesného vývoje dítěte. Je rozdělen na několik tematických částí, ve kterých najdete otázky o zdravotních potížích a nemocech, nehodách a úrazech, způsobech léčení a zdravotních projevech Vašeho dítěte.

Dotazník číslo :

T 5					
-----	--	--	--	--	--

Některé otázky o Vašem dítěti vyžadují údaje za dlouhé období. Víme, že odpovědi budou náročné na Vaši paměť a pozornost. Předem vám děkujeme za trpělivost. Aby se vám lépe odpovídalo, setřídili jsme tématicky stejné dotazy do dvou časově méně náročných dotazníků T2 a T5. Vaše pravdivé odpovědi mají pro nás velkou cenu. Umožní poznat, co skutečně v našich podmínkách ovlivňuje zdravotní stav malých dětí.

## Průvodce dotazníkem

- Na většinu otázek odpovíte **zakroužkováním** číslice, označující odpověď, kterou pokládáte za správnou. Přehled odpovědí, ze kterých vybíráte, je uveden pod každou otázkou.

**Příklad :**

**Jak často jste za uplynulý měsíc uskutečnili s partnerem následující činnosti ?**

**Možné odpovědi :**

- |          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| <b>1</b> | <b>nikdy</b>                    |
| <b>2</b> | <b>méně než jednou za měsíc</b> |
| <b>3</b> | <b>méně než jednou za týden</b> |
| <b>4</b> | <b>nejméně jednou za týden</b>  |

- |                                      |          |          |          |          |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>a. Zašli si na oběd či večeři</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>b. Zašli si do kina</b>           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>c. Navštívili příbuzné</b>        | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| <b>d. Navštívili přátele</b>         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |

- Některé otázky začínají slovy „pokud“, „jestliže“ apod. Jejich vyplňování nebo vynechání zpravidla závisí na Vaší předcházející odpovědi. Pokud je takových otázek několik za sebou, jsou pro větší přehlednost umístěny v rámečku.
- V dotazníku je několik otázek, na které máte odpovědět vlastními slovy. Řádek pro odpověď je vyznačen tečkami.
- U otázek, kde očekávanou odpovědí je číselný údaj, jsou vytištěna **prázdná** políčka. Do každého napište jen jednu číslici, a to tak, aby na pravé straně nezůstalo žádné políčko volné.
- Na otázky, které jsou zaměřeny na Vaše názory a postoje, odpovídejte, prosím, zcela samostatně. Zajímá nás právě Váš názor.

## A. ZDRAVÍ VAŠEHO DÍTĚTE

### A 1. Jak byste hodnotila zdraví svého dítěte :

i. ii.

**za poslední za poslední**

**měsíc rok**

Je naprosto zdravé, bez problémů 1 1

Zdravé, s několika menšími problémy 2 2

Někdy je dost nemocné 3 3

Skoro stále je nemocné 4 4

### A 2. Kolikrát bylo dítě očkováno proti následujícím nemocem ?

(Pokud nevíte, napište, prosím, 9)

Počet očkování

a. Proti tuberkulóze

  

b. Proti záškrtu, tetanu a černému kašli  
(trojkombinace)

  

c. Proti záškrtu a tetanu (bez černého kašle)

  

d. Proti dětské obrně

  

e. Proti spalničkám, příušnicím

  

f. Proti zarděnkám

  

g. Proti chřipce

  

### h. Mělo některé jiné očkování ? 1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. A 3.*

Pokud ano, uveďte, prosím, proti čemu a kolikrát:

(i.)(1-2)

.....

  

.....

**A 3. Mělo po některém očkování zvýšenou teplotu nebo jiné potíže ?**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, prosím, přejděte k ot. A 4.*

<b>Pokud ano, prosím, popište nejzávažnější stav:</b>		(a)
a. Po kterém očkování ? .....		<input type="text"/>
b. Jaký mělo dítě věk ? <input type="text"/> roků a <input type="text"/> <input type="text"/> měsíců		
c. Za jak dlouho po očkování potíže začaly ?		
1 za méně než 3 hodiny		
2 za 3 až 24 hodiny		
3 za jeden až dva dny		
4 za 3 až 6 dní		
5 za týden nebo víc		
9 nevím		(1-2)
d. Jaké mělo potíže ? .....		<input type="text"/>
.....		<input type="text"/>

**A 4. Dostalo dítě v posledních 18 měsících fluoridové tablety ?**

1 ano 2 ne 9 nevím

*Pokud ne, nebo neví, prosím přejděte k ot. A 5.*

<b>Pokud ano,</b>	
a. Jak dlouho je dostávalo ?	
1 méně než 1 měsíc	4 6 až 11 měsíců
2 1 až 2 měsíce	5 víc než 12 měsíců
3 3 až 5 měsíců	9 nevím
b. Jak bylo dítě staré, když dostalo fluoridové tablety naposledy ? (Pokud je dosud dostává, napište 66)	
	<input type="text"/> <input type="text"/> měsíců

**A 5. Volala jste od 18 měsíců dítěte někdy k němu lékaře domů,**

**protože bylo nemocné ?**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. A 6.*

<b>Pokud ano,</b>	
a. Kolikrát ?	
1 jednou	3 tři až čtyřikrát
2 dvakrát	4 pět a vícekrát
	(1-3)

b. Proč ? ..... ..... .....	.	.
	.	.
	.	.

**A 6. Mělo dítě od svých 18 měsíců některou z těchto potíží ?**

Odpovědi : 1 - ano a bylo u lékaře

2 - ano, ale u lékaře nebylo

3 - ne, nemělo

a. Průjem 1 2 3

b. Krev ve stolici 1 2 3

c. Zvracení 1 2 3

d. Kašel 1 2 3

e. Zvýšenou teplotu či horečku 1 2 3

f. Rýmu, nachlazení 1 2 3

g. Bolest uší 1 2 3

h. Hnisavý výtok z ucha (ne maz) 1 2 3

i. Záchvaty křečí 1 2 3

j. Bolesti břicha 1 2 3

k. Vyrážku 1 2 3

l. Sípání 1 2 3

m. Dušnost 1 2 3

n. Chvilkovou zástavu dechu 1 2 3

o. Úraz / otravu 1 2 3

p. Bolesti hlavy 1 2 3

**q. Mělo dítě jiné potíže ? 1 ano 3 ne**

*Pokud n e, přejděte k ot. A 7. (1-5)*

Pokud a n o, uveďte je a označte, zda bylo u lékaře:

.....	1	2
.....	1	2
.....	1	2
.....	1	2
.....	1	2

.	.
.	.
.	.
.	.
.	.

**A 7. Bylo Vaše dítě od svých 18 měsíců přijato do nemocnice ?**

1 ano 2 ne

*Pokud n e, přejděte k ot. A 9.*

Pokud a n o,			
a. Kolikrát ?	<input type="text"/>	krát	
<b>A 8. Uveďte, prosím, pro tři přijetí, která považujete za nejzávažnější :</b>			
	první (i.)	druhé (ii.)	třetí (iii.)
a. Věk dítěte (v měsících)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b. Důvod pobytu .....		.....	.....
.....		.....	.....
c. Počet nocí strávených v nemocnici	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Jak často jste dítě navštěvovala, když bylo v nemocnici ?			
Vůbec ne	1	1	1
Dost často	2	2	2
Každý den	3	3	3
Zůstala jsem v nemocnici s dítětem	4	4	4
(i.b)	.	.	.
(ii.b)	.	.	.
(iii.b)	.	.	.

### A 9. Mělo dítě nějakou operaci ?

ano ne

- a. Operaci kýly 1 2
- b. Operaci šilhavosti 1 2
- c. Píchaný bubínek při zánětu středního ucha 1 2
- d. Jinou operaci 1 2

Pokud ano, uveďte, jakou : (1)

.....

### A10. Mělo dítě od svých 18 měsíců někdy období, kdy sípalo nebo při dýchání mu pískalo na hrudníku ?

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. A 11.*

<b>Pokud a n o,</b>	
<b>a. Kolik takových stavů od svých 18 měsíců mělo ?</b>	
1 jeden	4 pět a více
2 dva	9 nevím
3 tři nebo čtyři	
<b>b. Odhadněte, kolik dnů celkem od svých 18 měsíců těžce dýchalo ?</b>	
1 jeden den	4 10 až 19 dní
2 2 až 3 dny	5 20 a více
3 4 až 9 dnů	9 nevím
<b>c. Bylo při některém z těchto stavů bez dechu ?</b>	



koupele, mýdlem, oblečením z vlny nebo umělých vláken ?

1 ano

2 ne

**A12a. Mělo dítě suchou a svědivou vyrážku na rukou ?**

1 ano 2 ne

**b. Mělo suchou a svědivou vyrážku na nohou ?**

1 ano 2 ne (1)

**Pokud a n o,**

na kterých částech nohou : ..... [ ]

**A13. Když se dítě zapotí, začne ho kůže svědit ? (Např. v horké místnosti, při hře apod.)**

1 ano 2 ne

**A14. Mělo dítě někdy reakci (například zčervenání nebo svědění kůže), o níž jste si myslela, že může být způsobena jídlem?**

1 ano 2 ne

*Pokud n e, přejděte k ot. A 15.*

**Pokud a n o,**

**a. Jaké jídlo to bylo ?**

(1-5)

.....

.	.
---	---

.....

.	.
---	---

.....

.	.
---	---

.....

.	.
---	---

.....

.	.
---	---

**b. Za jakou dobu po požití jídla se tato reakce objevila ?**


hodin


dnů

**c. Kde reakce byla ?**

1 na hlavě

2 na trupu



- |   |                     |
|---|---------------------|
| 3 | na rukou nebo nohou |
| 4 | po celém těle       |

**A15. Zvracelo dítě od svých 18 měsíců ?**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. A 16.*

<b>Pokud ano,</b>			
<b>a. Kolikrát ?</b>			
1	jednou		
2	dvakrát		
3	tři až devětkrát		
4	desetkrát a víc		
<b>b. Bylo zvracení spojeno s :</b>			
	<b>(i.)</b>	<b>(ii.)</b>	
	<b>Průjmem</b>	<b>Dechovými potížemi</b>	
		<b>(sípání, kašel, chrčení)</b>	
	vždy	1	1
	často	2	2
	někdy	3	3
	zřídka	4	4
	nikdy	5	5

**A16. Pokašlávalo Vaše dítě více než dva dny za posledních 18 měsíců ?**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. A 17.*

<b>Pokud ano,</b>			
<b>a. Kolikrát se to stalo za uplynulých 18 měsíců ?</b>			
1	jednou	3	3 až 9 krát
2	dvakrát	4	10 nebo vícekrát
<b>b. Mělo dítě při těchto příhodách horečku ?</b>			
1	ano, vždy		
2	ano, někdy		
3	ne, nikdy		
<b>c. Mělo při těchto příhodách rýmu ?</b>			
1	ano, při všech		
2	ano, při některých		
3	ne, při žádné		

**A17. Kolikrát za 24 hodin má v současnosti dítě stolici ?**

1 více než třikrát 4 jednou za dva až čtyři dny

2 dva až třikrát 5 jednou za týden

3 jednou 9 nevím, nemohu říci

**A18. Jaká stolice je ?**

Odpovědi : 1 - obvykle

2 - někdy

3 - nikdy

a. Tuhá 1 2 3

b. Kašovitá 1 2 3

c. Řídká 1 2 3

d. S příměsí (hlen, krev) 1 2 3

e. Zelená 1 2 3

f. Hnědá 1 2 3

g. Černá 1 2 3

h. Velmi světlá, žlutá 1 2 3

**A19. Mělo dítě od svých 18 měsíců někdy průjem nebo katar žaludku či střev ?**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. A 21.*

Pokud ano,		
a. Kolikrát ?	<input type="text"/>	krát
b. Jak dlouho trval nejhorší případ ?	<input type="text"/>	dní
		ano    ne
c. Zavolala jste domů lékaře ?	1	2
d. Šla jste ke svému lékaři ?	1	2
e. Léčila jste dítě sama ?	1	2
f. Udělala jste něco jiného ?	1	2
Pokud ano, uveďte, prosím, co :		

..... (1)

.	.	.

**A20. Pokračovala jste v podávání obvyklé stravy ?**

1 ano 2 ne

*Pokud a n o, přejděte k ot. A 21.*

**Pokud n e,**

**a. Na jak dlouho byla normální strava přerušena ?**

1 méně než jeden den 4 tři až čtyři dny  
2 jeden den 5 pět či více dní  
3 dva dny

**b. Bylo dítě léčeno pitím zavodňovacího roztoku ?**

1 ano 2 ne 9 nevím

**c. Pokud ano, jak dlouho byl roztok podáván ?**

1 méně než jeden den 4 tři až čtyři dny  
2 jeden den 5 pět či více dní  
3 dva dny

**d. Jak jinak bylo dítě léčeno ?**

(1-3)

.....

.	.	.

.....

.	.	.

.....

.	.	.

**A21. Mělo dítě od svých 18 měsíců období, kdy se zdálo, že má bolesti břicha ?**

1 ano 2 ne

*Pokud n e, přejděte k ot. A 22.*

**a. Pokud ano, kolik takových jednotlivých období v posledních 18 měsících bylo ?**

1 jedno 4 pět a více

2 dvě 9 nevím

3 tři nebo čtyři

*Další otázky se týkají uší nebo sluchu Vašeho dítěte*

**A22. Naslouchá nyní lidem kolem sebe a tomu, co se kolem něho děje ?**

1 obvykle ano 4 obvykle ne

2 často ano 9 nevím

3 někdy

**A23. Otáčí hlavu za zvuky ?**

1 obvykle ano

2 někdy ano

3 jenom za velmi hlasitými zvuky

4 za zvuky se nikdy neotáčí

9 nevím

**A24. Slyší dítě při nachlazení nebo po něm hůře než obvykle ?** 1 ano, mnohem hůře

2 ano, trochu hůře

3 ne, přibližně stejně

7 nebylo nikdy nachlazené

9 nevím

**A25. Má při nachlazení rýmu ?** Nebylo - li dítě nikdy nachlazené, zakroužkujte, prosím, číslici " 7 ".

ano ne nevím

a. Čirou 1 2 9

b. Poněkud zbarvenou do běla 1 2 9

c. Hustou, silně žlutou nebo zelenou 1 2 9

d. Mívá velice slabou rýmu 1 2 9

**A26. Tahá se za uši, škrábe se v nich nebo šťourá ?**

1 dost často

2 jen tehdy, když je rozmrzelé nebo má bolesti

3 skoro nikdy

4 ne

9 nevím

**A27. Vytékal Vašemu dítěti někdy z ouška hnis nebo lepkavý hlen?**

(ne ušní maz)

1 nikdy

2 jedenkrát

3 víc než jednou

9 nevím

**A28. Dýchá dítě spíš ústy než nosem ?**

1 pořád

2 většinou

3 zřídka

4 nikdy

9 nevím

**A29. Když spí, zdá se Vám, že přestává na několik sekund dýchat nebo zadržuje dech ?**

1 ano, často

2 ano, někdy

3 ne

9 nevím

**A30. Chrápe někdy dítě nepřetržitě déle než několik minut ?**

1 většinu nocí

2 dost často

3 jen zřídka

9 nevím

**A31. Mělo dítě někdy po 1. roce věku křeče, záškuby, záchvaty, při nichž některá část jeho těla dělala neobvyklé pohyby nebo dítě ztratilo vědomí ?**

1 ano 2 ne 9 nevím

*Pokud n e nebo nevíte, přejděte k ot. A 35.*

<p>Pokud a n o , A32. Popište, prosím, první záchvat po 1. roce věku :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>a. Mělo dítě v té době teplotu ?</p> <p>1 ano                      2 ne                      9 nevím</p> <p>b. Jak bylo tehdy dítě staré ?</p>	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.
.	.		

- 1 12 - 17 měsíců
- 2 18 - 23 měsíce
- 3 2 roky
- 4 3 roky

**A33.a. Kolik mělo od 1. roku života záchvatů celkem ?**

- 1 jeden
- 2 dva
- 3 tři nebo čtyři
- 4 pět a více

**b. Kdo dítě kvůli záchvatům vyšetřoval ?**

*(Uveďte vše, co odpovídá)*

	ano	ne	nevím
i. Lékař doma	1	2	9
ii. Lékař v ordinaci	1	2	9
iii. Lékař v nemocniční ambulanci	1	2	9
iv. Bylo přijato do nemocnice	1	2	9

**c. Pokud byla prováděna nějaká vyšetření a víte jaká, uveďte je :**

(1-3)

.....

.....

.....

.	.
.	.
.	.

**d. Jak se lišily další záchvaty od prvního ?**

(1-3)

.....

.....

.....

.	.
.	.
.	.

**A34. Co bylo považováno za příčinu těchto záchvatů ?**

Uveďte, prosím, všechny odpovídající možnosti.

	ano	ne	nevím
a. Křeče z horečky	1	2	9
b. Mdloba a přechodná ztráta vědomí	1	2	9
c. Epilepsie (padoucnice)	1	2	9
d. Zadržetí dechu	1	2	9
e. Reakce na očkování	1	2	9

**f. Jiné**

Pokud ano, uveďte blíže :

(1-2)

.....

.....

.	.	.	.
.	.	.	.

**A35. Mělo někdy dítě některou z následujících infekčních nemocí ?**

ano ne

a. Plané neštovice 1 2

b. Spálu 1 2

c. Zánět mozkových blan 1 2

d. Afty, zánět dásní 1 2

e. Jinou infekční nemoc 1 2

Pokud ano, uveďte ji, prosím : (1-5)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.

**A36. Kolikrát přibližně za posledních 12 měsíců:**

(Pokud ani jednou, pište 00)

a. Přišel k Vám domů dětský lékař,  
protože dítě bylo nemocné ?


krát

b. Viděl dětský lékař dítě v ordinaci,  
protože bylo nemocné ?


krát

c. Bylo dítě u lékaře na preventivní prohlídce ?


krát

**B. NEHODY A ÚRAZY**

*At' je rodič jakkoliv pečlivý, většině dětí se čas od času stane nějaká nehoda. Sdělte nám, prosím, na následujících stránkách, kolikrát mělo Vaše dítě nějakou nehodu, bez ohledu zda se při ní zranilo či ne.*

**B 1. Spálilo se nebo opařilo od svých 18 měsíců ?**

1 ano 2 ne

Pokud ne, přejděte k B 3.

**B 2. Pokud ano,**  
**Kolikrát ?**

--

krát

Popište, prosím, u každého případu spálení nebo opaření,  
co se stalo :

(i.)

1. n e h o d a

**a. Místo, kde k nehodě došlo**  
(např. kuchyň, jesle, zahrada) .....

**b. Čím se spálilo, opařilo ?**  
(např. čaj, žehlička, spotřebič) .....

**c. Datum nehody** (měsíc a rok)   19  9

**d. K jakému zranění došlo ?**  
(nedošlo-li, napište n e) .....  
.....

**e. Kdo byl s dítětem ?** .....

**f. Co tato osoba s dítětem udělala ?**

Nic	1	
Ošetřila je sama	2	
Vzala je k lékaři	3	
Vzala je do nemocnice	4	
Něco jiného	5	(1)

Uveďte, prosím, co : .....

**g. Jaké ošetření mu tato osoba poskytla ?** .....

**h. Jakého dalšího ošetření se dítěti dostalo ?** .....

**k. Popište, prosím, jak ke každé nehodě došlo :**  
.....  
.....

<p><b>2. nehoda</b> (ii.)</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>		<p><b>3. nehoda</b> (iii.)</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
--	--	---



.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5			(1)		5			(1)	
.....		<input type="checkbox"/>			.....		<input type="checkbox"/>		
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....					.....				
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**B 3. Upadlo někdy dítě (samo nebo někomu) od svých 18 měsíců ?**

(Uveďte jen vážnější případy)

1 ano 2 ne

Pokud ne, přejděte k ot. B 5.

**B 4. Pokud ano,**

**Kolikrát ?**

krát

Pro každý jednotlivý pád, prosím, uveďte, co se stalo :

**1. pád**

**(i.)**

**a. Místo, kde k pádu došlo**

(kuchyň, jesle, zahrada)

.....

**b. Odkud spadlo nebo upadlo**

(stůl, kočárek, náruč, postýlka)

.....

**c. Datum pádu**

(měsíc, rok)

19  9

**d. K jakému zranění došlo**

(nebylo - li napište NE)

.....

**e. Kdo byl s dítětem**

.....

**f. Co s dítětem udělal ?**

- Nic 1
- Ošetřil je sám 2
- Vzal je k lékaři 3
- Vzal je do nemocnice 4
- Něco jiného 5 (1)

Uveďte, prosím, : .....

**g. Jaké ošetření mu tento člověk poskytl ?** .....

**g1. Jaké další ošetření se dítěti dostalo ?** .....

**h. Popište, prosím, jak se pád stal :**

.....  
.....

**2. pád (ii.)**

**3. pád (iii.)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

(1)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

(1)

.....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
.....		.....	
.....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>

**B 5. Spolklo nebo vypilo Vaše dítě od svých 18. měsíců něco, co nemělo ? (např. pilulky, knoflíky, desinfekční prostředek)**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. B 7.*

**B 6.** Pokud **a n o**,  krát

Uvedte, prosím, jednotlivě pro každý z těchto případů, co se stalo :

**1. nehoda**  
**(i)**

**a. Místo, kde k nehodě došlo**  
(doma, v jeslích, u známých) .....

**b. Co dítě spolklo nebo vypilo ?** .....

**c. Datum nehody**  
(měsíc, rok)  19

**d. Kdo byl s dítětem ?** .....

**e. Co přítomná osoba s dítětem udělala ?**

Nic	1	
Ošetřila je sama	2	
Vzala je k lékaři	3	
Vzala je do nemocnice	4	
Něco jiného	5	(1)

Prosím, popište : .....

**f. Jak dítě ošetřila ?** .....

**g. Jak bylo dále dítě ošetřeno ?** .....

h. Popište, prosím, jak se nehoda stala :

.....

.....

.	.
---	---

2. nehoda  
(ii.)

3. nehoda  
(iii.)

.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.	.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.					
.	.											
.	.											
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.	.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.					
.	.											
.	.											
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 19 <table border="1"><tr><td>9</td><td></td></tr></table>			9			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 19 <table border="1"><tr><td>9</td><td></td></tr></table>			9			
9												
9												
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.	.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.					
.	.											
.	.											
1		1										
2		2										
3		3										
4		4										
5	(1)	5	(1)									
.....	<table border="1"><tr><td>.</td></tr></table>	.	.....	<table border="1"><tr><td>.</td></tr></table>	.							
.												
.												
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.	.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.					
.	.											
.	.											
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.	.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.					
.	.											
.	.											
.....		.....										
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.	.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td></tr></table>	.	.					
.	.											
.	.											

**B 7. Mělo dítě od svých 18 měsíců ještě jinou nehodu či úraz ?**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, prosím, přejděte k sekci C*

**B 8. Pokud ano,**  **kolikrát ?**  **krát**

Uveďte, prosím, pro každou nehodu nebo úraz, co se stalo :

**1. p ř í p a d**  
(i.)

**a. Místo, kde k tomu došlo**  
(kuchyně, zahrada, jesle) .....

**b. Co se stalo :** .....

**c. Datum příhody :**   19   9

(měsíc, rok)

**d. K jakému zranění došlo :**  
(nebylo - li, pište NE) .....

**e. Kdo byl s dítětem ?** .....

**f. Co s dítětem udělal ?**

Nic	1	
Ošetřil je sám	2	
Vzal je k lékaři	3	
Vzal je do nemocnice	4	
Něco jiného	5	(1)

Uveďte, prosím, co : .....

**g. Jak dítě ošetřil ?** .....

**g1. Jakého dalšího ošetření se dítěti dostalo ?** .....

**h. Uveďte, prosím, jak k případu došlo :**

.....

.....

2. p ř í p a d  
(ii.)

3. p ř í p a d  
(iii.)

.....

.....

.....

.....

--	--

 19 

9	
---	--

--	--

 19 

9	
---	--

.....

.....

.....

.....

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

(1)

(1)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### C. ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY A JEJICH LÉČENÍ

#### C 1. Děti mají často nějakou nemoc nebo nehodu, která vyžaduje

léčení. Sdělte nám, prosím, které z následujících léků

dítě dostalo od svých 18 měsíců. Uveďte plný název léčiva, pokud jej znáte.

Možné odpovědi: 1 - nikdy

2 - ano, jen v průběhu 1 onemocnění

3 - ano, v průběhu 2 či více onemocnění

(1)

název léčiva

a. Léky proti kašli 1 2 3 .....

b. Antibiotika (penicilin) 1 2 3 .....

c. Léky proti bolesti v krku  
(kloktadla, pastilky) 1 2 3 .....

d. Vitaminy 1 2 3 .....

e. Léky proti teplotě  
(např. Paralen) 1 2 3 .....

f. Kožní masti 1 2 3 .....

g. Oční masti 1 2 3 .....

h. Léky proti průjmům 1 2 3 .....

i. Kapky do uší 1 2 3 .....

j. Oční kapky 1 2 3 .....

k. Nosní kapky 1 2 3 .....

l. Projímadla 1 2 3 .....

m. Něco jiného 1 2 3 .....

(a1-c1)

.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
						(m1)	.	.	.

(d1-f1)

(g1-i1)

(j1-l1)

#### C 2a. Dostávalo Vaše dítě v posledních třech měsících denně nebo

skoro denně nějaké pilulky, masti nebo léky (včetně vitaminů, kožních mastí, projímadel nebo antibiotik apod)?

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k ot. C 3.*

**b. Pokud ano, uveďte je: (1-2)**

.....

.	.	.
.	.	.

.....

*V prvních letech života děti se často objevují různé potíže, při jejichž dalším vyšetřování se ukáže, že nebyly zdravotním problémem. Zde se ptáme na tyto obtíže, které se mohly vyskytnout i u Vašeho dítěte.*

*D o l n í k o n č e t i n y*

**C 3. Bylo Vaše dítě vyšetřováno pro podezření, že má něco v nepořádku s kyčlemi, nožkami nebo chodidly?**

1 ne

2 ano, ale problém nebyl zjištěn

3 ano, byl zjištěn zdravotní problém

*Pokud n e, přejděte k ot. C 4.*

<b>Pokud byl zjištěn problém:</b>									
<b>a. Uvedte, jaký:</b>									
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	.	.	.	.				
.	.	.	.						
<b>b. Jak bylo dítě staré?</b>									
1 méně než 1 rok									
2 jeden rok									
3 dva roky									
4 tři roky									
<b>c. Jak bylo léčeno?</b>	(1-2)								
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td><td>.</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	.	.	.					
.	.	.							
.....	<table border="1"><tr><td>.</td><td>.</td><td>.</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	.	.	.					
.	.	.							

*S l u c h*

**C 4. Myslel si někdo, že Vaše dítě má potíže se sluchem ?**

1 ano 2 ne

*Pokud n e, přejděte k ot. C 7.*





Z r a k

**C 7. Měl někdo podezření, že Vaše dítě má problém se zrakem ?**

1 ano 2 ne

*Pokud n e, přejděte k ot. C 9.*

**Pokud a n o,**

**a. Kdo na to přišel první ?**

- 1 já sama
- 2 můj manžel
- 3 jiný příbuzný mebo známý
- 4 zdravotní sestra
- 5 lékař
- 6 někdo jiný

(1)

uveďte, prosím, kdo .....

**b. Jaký to byl problém ?**

- 1 šilhání
- 2 něco jiného
- 9 nevím

(1)

uveďte, prosím .....

**C 8. Bylo dítě někdy odesláno k očnímu lékaři?**

1 ano 2 ne

*Pokud n e, přejděte k ot. C 9.*

**Pokud a n o,**

**a. Ve kterém věku?**

- 1 méně než 1 rok
- 2 jeden rok
- 3 dva roky
- 4 tři roky

<b>b. Co bylo zjištěno?</b>	
.....	.   .   .   .
<b>c. Jak to bylo léčeno?</b>	(1-2)
.....	.   .   .
.....	.   .   .

*Z u b y*

**C 9. Navštívilo dítě někdy zubního lékaře ?**

1 ano, bylo léčeno

2 ano, jen kvůli prohlídce

3 ne, nenavštívilo

*Pokud n e, přejděte k ot. C 12.*

<b>Pokud bylo léčeno, bylo to :</b>		
	ano	ne
a. Plombování	1	2
b. Vytržení zubu	1	2
c. Jiné léčení	1	2
Uved'te, prosím, jaké : .....		.
<b>C10. Užívá Vaše dítě zubní kartáček ?</b>		
1 ano, každý den	2 ano, někdy	3 ne
<b>C11. Čistí si zuby zubní pastou ?</b>		
1 ano	2 ne	
<i>Pokud n e, přejděte k ot. C 12.</i>		
<b>Pokud a n o,</b>		
<b>a. Kolik mu jí nyní dáváte na kartáček ?</b>		
1 plný kartáček		
2 na půl kartáčku		
3 méně než na půl kartáčku		
<b>b. Kolikrát denně ji používá ?</b>		krát
<b>c. Polyká ji nebo vyplivuje ?</b>		

- 1 polyká
- 2 vyplivuje
- 3 je to různé

d. **Jaký druh zubní pasty obvykle používáte ?** (uvedte přesný název)

(d.)

.....

.	.
---	---

**C12. Mělo někdy dítě rentgen chrupu ?**

1 ano 2 ne

**C13. Vyskytly se nějaké jiné problémy, kvůli nimž bylo dítě u odborného lékaře ?**

1 ano 2 ne

*Pokud ne, přejděte k sekci D*

Pokud <b>a n o</b> ,		
<b>C14. Kolik bylo jiných problémů ?</b>		<input type="text"/>
Uvedte, prosím, ke třem nejzávažnějším problémům:		
(i.) Problém č.1		
a. Co bylo pokládáno za problém?	.....	
b. Navštívili jste specialistu ?	1 ano	2 ne
c. Kolik bylo dítěti let, když bylo s problémem poprvé u odborníka ? (pište 0, pokud méně než 1 rok)	<input type="text"/>	roky
d. Co se zjistilo?	.....	
e. Jak bylo léčeno?	.....	
	.....	
i.	a.	. . . . .
	d.	. . . . .
	e1.	. . . . .
	e2.	. . . . .

(ii.) Problém č. 2	(iii.) Problém č. 3
a. ....	.....
b. 1 ano 2 ne	1 ano 2 ne
c. <input type="text"/> roky	<input type="text"/> roky
d. ....	.....
e. ....	.....

.....   .....														
ii.	a.	.	.	d.	.	.	.	.	e1.	.	.	e2.	.	.
iii.	a.	.	.	d.	.	.	.	.	e1.	.	.	e2.	.	.

## D. SPÁNEK A PLÁČ

### D 1. Má Vaše dítě nyní pravidelný režim spánku?

1 ano 2 ne

### D 2. Kolik hodin obvykle spí v průběhu dne ?

1 vůbec

2 méně než 1 hodinu

3 1 až 2 hodiny

4 více než 2 hodiny

9 nevím

### D 3a. V kolik hodin večer chodí Vaše dítě obvykle spát ?

Uveďte ve 24 hodinové soustavě.


### D 3b. V kolik hodin se ráno obvykle probouzí?

Uveďte ve 24 hodinové soustavě


### D 4a. Jak často se dítě v noci budí?


krát

### D 4b. Kolikrát během dne spí?


krát

### D 5. Ve které místnosti dítě spí?

(i). (ii.)

**Když je Když se**

**ukládáte na noc ráno probouzí**

samo ve svém pokoji 1 1

v pokoji s ostatními

děťmi 2 2

ve Vaší ložnici 3 3

v místnosti s jinými

dospělými 4 4

jinde 5 5

uved'te, prosím, kde:

.....

..... (a.)

..... (a.)

### **D 6. Kde Vaše dítě spí ?**

**(i.) (ii.)**

**Když je Když se**

**ukládáte ráno probouzí**

ve vlastní postýlce 1 1

v posteli s jinými dětmi 2 2

ve Vaší posteli s Vámi 3 3

v posteli s jinými

dospělými 4 4

jinde 5 5

uved'te, prosím, kde:

.....

..... (a.)

..... (a.)

### **D 7. Jak obvykle spí?**

1 na zádech

2 na boku

3 na břicho

4 různě

### **D 8. V místnosti, kde dítě spí většinu noci:**

Možné odpovědi: 1 - ano, vždycky

2 - ano, někdy

3 - ne, nikdy

a. Se během noci topí 1 2 3

b. Je v noci otevřené okno 1 2 3

c. Spává ve spacím pytlí 1 2 3

d. Má elektricky vyhřívanou deku 1 2 3

e. Spává s polštářem 1 2 3

**D 9. Máte pocit, že jeho spánek je :**

- 1 lepší než u jiných dětí stejného věku
- 2 stejný jako u jiných dětí stejného věku
- 3 horší než u jiných dětí stejného věku
- 9 nevím

**D10. Za posledních 12 měsíců Vaše dítě zpravidla:**

Možné odpovědi: 1 - ano, ale neznepokojovalo mě to

2 - ano a trochu mě to znepokojovalo

3 - ano a velice mě to znepokojovalo

4 - nestalo se to

a. Odmítalo jít do postele 1 2 3 4

b. Probouzelo se velmi časně 1 2 3 4

c. Mělo potíže s usínáním 1 2 3 4

d. Mělo zlé sny (noční děsy) 1 2 3 4

e. Pořád vstávalo poté,co bylo

dáno do postele 1 2 3 4

f. Probouzelo se v noci 1 2 3 4

g. Probouzelo se již po několika

hodinách spánku 1 2 3 4

**D11. Jak moc podle Vašeho názoru Vaše dítě pláče ve srovnání**

**s jinými dětmi téhož věku?**

1 pláče víc než ostatní děti

2 pláče stejně jako ostatní děti

3 pláče méně než ostatní děti

9 nevím

**D12. Všechny děti někdy pláčou. Některé navíc naříkají nebo kňourají. Jak často se to stává u Vašeho dítěte?**

1 dlouhou dobu každý den

2 krátkou dobu každý den

3 několikrát za týden

4 někdy

5 nikdy nebo jen velmi zřídka

**D13. Mé dítě pláče bez zřejmého důvodu:**

1 velmi často

2 často

3 někdy

4 nikdy nebo jen velmi zřídka

**D14. Daří se Vám obvykle dítě utišit, když pláče?**

1 ne

2 ano, po velké námaze

3 ano, ale chvíli to trvá

4 ano, dost snadno

5 dítě nikdy nepláče

**D15. Máte pocit, že je pláč Vašeho dítěte problémem?**

1 ano 2 ne

**D16a. Jak často dáváte dítěti sladkosti nebo jiné potraviny**

**k utišení pláče nebo křiku?**

1 nejméně jednou denně

2 několikrát týdně

3 málokdy

4 nikdy

*Pokud n i k d y, přejděte k sekci E .*

**b. Jaké potraviny dáváte dítěti, aby přestalo plakat či křičet?**

ano ne

i. sladkosti 1 2

ii. čokoládu 1 2

iii. křupky, smažené lupínky 1 2

iv. ovoce 1 2

v. mléko 1 2

vi. jiný nápoj 1 2

vii. jinou potravinu 1 2

Pokud a n o, uveďte, prosím, jakou:

.....

(a.) 

.	.



## E. RŮST

**E 1. Sledovala jste za uplynulých 18 měsíců hmotnost a výšku svého dítěte ?**

1 ano 2 ne

**E 2. Pokud a n o, prosím, uveďte :**

**(i.) (ii.) (iii.)**

**Věk Hmotnost Výšku**

(měsíce) (kg) (cm)

a.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
b.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
c.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

## F. ZÁVĚR

### F 1. Dotazník vyplnil(a):

ano ne

a. Matka dítěte 1 2

b. Otec dítěte 1 2

c. Někdo jiný 1 2

prosím, uveďte kdo : ..... (1)

F 2. Datum vyplnění dotazníku :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----	----------------------	----------------------

den měsíc

F 3. Mohl(a) byste uvést pro účely statistické kontroly Vaše datum narození ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----	----------------------	----------------------

den měsíc

F 4. **DĚKUJEME VÁM ZA VAŠI POMOC.** Chtěl(a) byste nám napsat něco navíc, zejména pokud jde o věci, které ovlivnily zdraví Vaší rodiny ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### **Garance výzkumu**

*Všechny informace, které jste nám poskytla, jsou zcela důvěrné a budou zpracovány pouze hromadně. Nikdo nebude mít možnost žádným způsobem spojit informace obsažené v tomto dotazníku s vaším jménem.*

*Prof. Dr. Jean Golding - hlavní koordinátor projektu  
Central Survey Office,  
Department of Child Health,  
University of Bristol  
Great Britain*

*Prof. MUDr. Jaroslav Stejskal, DrSc. – národní koordinátor  
MUDr. Lubomír Kukla, CSc. - odpovědný řešitel  
Výzkumný ústav zdraví dítěte, Brno*

### **Zpětná adresa**

**Výzkumný ústav zdraví dítěte  
Odd. preventivní a sociální pediatrie.  
602 00 Brno, Cejl 91  
Telefon: 05 / 45 21 21 25 ~ 05 / 45 21 15 29 ~ 05 / 45 21 15 58**

**Kodér:**

--	--

**Operátor:**

--	--

**Kód spolupráce:**

--	--