

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

PORUCHY NOČNÍHO SPÁNKU U DĚTÍ

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Linda Maříková

Jméno vedoucího práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

Datum odevzdání práce: 18.8.2008

Abstract

This dissertation deals with night insomnia in children. With the growing number of complaints of parents about insomnia in particular in infants and toddlers, this problem becomes very topical and frequently discussed not only among parents themselves but also among the medical workers involved in the child care. No unambiguous cause of why some children sleep well and other children do not has been yet proven. However, experts dealing with these problems present an opinion in the literature that the main cause lies in the incorrect approach of parents to creating sleep habits in their children. They supplement their opinion by a set of recommendations how to avoid or possibly solve the problems by applying the appropriate approach. Our dissertation thus aims at ascertaining how parents' approach affects creating of incorrect sleep habits in infants and toddlers. The other objective consisted in subsequent drawing up of the nursing diagnosis and nursing care plan by means of which the nurses could independently solve the problems related to insomnia in children. A qualitative research based on the contingent valuation method has been carried out. The methods of data collection included the structured interview performed with two small sets of mothers of children. The first set comprised mothers of children with no sleep problems and the second set was composed of mother of children suffering from sleep problems. The prepared questions related in particular to children's sleep habits. Both sets were compared and the data were also subject to the Fisher's exact test. Although it was not possible to prove that inappropriate approach of parents to creating sleep habits in children is the unambiguous cause of the children's sleep problems, we believe that such inappropriate approach is a related factor. This assumption is supported also by the result of the other part of the research, a non-structured interview. This interview from which casuistry was subsequently created was performed by one of the mothers whose child had suffered from sleep problems. The said mother was willing to try to implement the recommended measures and she subsequently described to us how her son's sleep problems attenuated significantly. On the basis of our hypothesis that creation of correct sleep habits

might help children suffering from insomnia, despite the fact that no direct relation between the sleep habits of children and their sleep problems has been proven, as the output of this dissertation we have drawn up the above mentioned nursing diagnosis and nursing care plan which could help the nurses independently solve the children's sleep problems. We also believe that it would be appropriate to carry out research in the future dealing with direct evaluation of success or failure of the recommended measures in solving insomnia in infants and toddlers.

Interpreter's Clause:

I, the interpreter of the English language appointed by resolution of the Regional Court in Pilsen of 23rd November, 2005, Reg. No. Spr 1358/2005 hereby certify that the translation is consistent with the text of the attached document. The interpreter's act has been recorded into the interpreter's diary under the Serial No -290-.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Poruchy nočního spánku u dětí“ 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.

V Českých Budějovicích.....

.....

Bc. Linda Maříková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu této práce prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za vedení a cenné rady, které mi při psaní diplomové práce poskytnul.

.....
Bc. Linda Maříková

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav	9
1.1 Fyziologie spánku u dětí.....	9
1.1.1 Definice spánku.....	9
1.1.2 Význam spánku.....	9
1.1.3 Stádia spánku	10
1.1.3.1 Non-REM spánek	10
1.1.3.2 REM spánek	11
1.1.4 Spánkové vzorce	12
1.1.4.1 Spánkové vzorce u dospělých.....	12
1.1.4.2 Spánkové vzorce u dětí.....	12
1.1.4.3 Vývoj spánkových vzorců u dětí.....	13
1.1.5 Řízení spánku	15
1.1.6 Délka spánku u dětí	15
1.2 Klasifikace a incidence poruch spánku	17
1.2.1 Mezinárodní klasifikace poruch spánku.....	17
1.2.2 Nejčastější poruchy spánku u dětí.....	18
1.3 Příčiny poruch spánku.....	18
1.3.1 Ztráta jistoty a bezpečí kojence a batolete	19
1.3.2 Nesprávně zavedený režim dne a noci.....	20
1.3.3 Nevhodné návyky při usínání	21
1.3.4 Častá noční probuzení dítěte.....	22
1.3.5 Uspávání a spaní v posteli s rodiči	23
1.4 Doporučení odborníků.....	24
1.4.1 Kde najít pomoc.....	24
1.4.2 Zavádění správného režimu dne a noci.....	24
1.4.2.1 Pravidelný denní režim	24
1.4.2.2 Rituály.....	26
1.4.3 Náprava nevhodných návyků při usínání.....	28

1.4.4	<i>Omezení častých nočních probuzení.....</i>	31
1.4.5	<i>Usínání a spaní ve vlastní postýlce.....</i>	32
1.5	<i>Ošetrovatelský proces.....</i>	32
1.5.1	<i>Ošetrovatelství a ošetrovatelský proces.....</i>	32
1.5.2	<i>Potřeby člověka.....</i>	33
1.5.3	<i>Charakteristika ošetrovatelského procesu.....</i>	33
1.5.4	<i>Stručná historie ošetrovatelského procesu.....</i>	34
1.5.5	<i>Legislativa a ošetrovatelský proces.....</i>	34
1.5.6	<i>Výhody ošetrovatelského procesu.....</i>	35
1.5.7	<i>Fáze ošetrovatelského procesu.....</i>	35
1.5.7.1	<i>Posuzování.....</i>	36
1.5.7.2	<i>Diagnostika.....</i>	36
1.5.7.3	<i>Plánování.....</i>	37
1.5.7.4	<i>Realizace.....</i>	38
1.5.7.5	<i>Hodnocení.....</i>	39
2.	<i>Cíle práce a výzkumné otázky.....</i>	40
2.1	<i>Cíle práce.....</i>	40
2.2	<i>Výzkumné otázky.....</i>	40
3.	<i>Metodika.....</i>	41
3.1	<i>Metodika a technika výzkumu.....</i>	41
3.2	<i>Charakteristika výzkumných souborů.....</i>	42
4.	<i>Výsledky.....</i>	43
4.1	<i>Výsledky standardizovaného rozhovoru.....</i>	43
4.2	<i>Kasuistika č. 1.....</i>	74
4.3	<i>Ošetrovatelská diagnóza.....</i>	76
5.	<i>Diskuse.....</i>	81
6.	<i>Závěr.....</i>	90
7.	<i>Použité zdroje.....</i>	91
8.	<i>Klíčová slova.....</i>	96
9.	<i>Přílohy.....</i>	97

Úvod

Spánek je důležitou součástí života nás všech. Většinou lidí je považován za cosi samozřejmého. Nastávající rodiče zpravidla tuší, že jejich životní styl se po narození potomka trochu změní, často si však neumí představit jak hodně. Po prvotním překvapení se snaží vydržet s nadějí, že se dítě brzy naučí přizpůsobit běžnému 24hodinovému rytmu a především jeho noční spánek se upraví. Někteří mají štěstí a z jejich miminka se rychle stane dobrý spáček. Jiní na příznivou změnu čekají marně. Otázkou, proč jsou některé děti vytrvalými spáči a jiné ne, se zabývalo již mnoho autorů. Jednoznačná příčina zatím nalezena nebyla. Nejčastěji jsou poruchy spánku u kojenců a batolat dávány do souvislosti s nevhodným přístupem rodičů k utváření spánkových návyků u jejich dětí.

Když jsem dostala možnost zabývat se touto problematikou ve své diplomové práci, neváhala jsem. Myslím si, že s ohledem na vzestup počtu dětí, které podobné problémy mají, se jedná o téma velmi aktuální, a že poznatky nabyté při psaní práce v budoucnu jistě využiji nejen ve svém profesním životě, ale i v tom soukromém.

Za cíl této diplomové práce jsme si určili zjistit, jak přístup rodičů k dětem ovlivňuje vytváření nesprávných spánkových návyků. Protože se domníváme, že pomáhat rodičům v řešení problémů se spánkem jejich dětí by mělo každopádně patřit do kompetence dětské sestry, měl by výstupem této práce být určitý „návod“ pro sestry ve formě ošetrovatelského procesu. Ten má sestrám pomoci zmíněnou problematiku samostatně a pokud možno úspěšně řešit.

1. Současný stav

1.1 Fyziologie spánku u dětí

1.1.1 Definice spánku

O tom, co to vlastně spánek je, má každý z nás svou vlastní představu. Pohledů na spánek je tedy mnoho. Většina lidí považuje tento stav pouze za období odpočinku, jež odděluje období naší aktivity. Den tedy končí ulehnutím na lůžko a nový den začíná ranním vstáváním, kdy jsme osvěženi a nabiti novými silami, připraveni pokračovat v aktivitách naší existence. Nad tím, co se děje během noci, zpravidla ti z nás, jež nemají se spánkem žádné problémy, příliš nepřemýšlejí. (1, 14)

Odborníci pokládali v minulosti spánek za typ bezvědomí. Nyní je spánek již považován za aktivní děj, funkční stav organismu. V odborné literatuře můžeme najít několik různých definic spánku, lišících se úhlem pohledu. Spánek může být definován např. polysomnograficky nebo neurofyziologicky. „Behaviorálně je spánek definován jako stav klidu s minimální pohybovou aktivitou v typické poloze (a ve vhodném místě), s omezeným působením na vnější prostředí a s mentální činností mozku zcela odlišnou od bdělého stavu přicházející v závislosti na cirkadiánním rytmu.“ (19, s. 14) Spánek je tedy funkční stav organismu odlišný od bdění. Také řízení funkcí organismu je během spánku jiné než během bdění. (1, 19, 34)

1.1.2 Význam spánku

Spánek má pro organismus význam zcela zásadní. Každý z nás stráví spánkem alespoň třetinu svého života, bez spánku nikdo žít nemůže. Tento stav slouží především k celkové regeneraci organismu a k načerpání nové energie, potřebné pro další den. Ve spánku klesá bazální metabolismus o čtvrtinu, dále klesá spotřeba kyslíku, srdeční frekvence a tělesná teplota, což umožňuje organismu šetřit své energetické zdroje. Dítě během spánku roste. Obrovský význam má spánek také pro mozek a celý nervový systém, jelikož během spánku dochází k ukládání nově nabytých informací a zážitků

do paměti. Kvalita a délka spánku jsou tedy důležitými faktory, ovlivňujícími naši fyzickou i psychickou výkonnost, náladu a osobní pohodu. Souhrnně lze říci, že spánek má zásadní význam pro kvalitu našeho života. (1, 7, 19, 20)

Není-li spánek kojence a malého dítěte dostatečně dlouhý a dostatečně kvalitní, bývá důsledkem špatná nálada dítěte, mrzutost, vznětlivost, častý pláč a vyžadování neustálé pozornosti rodičů. U rodičů se následky nedostatečného a nekvalitního spánku projeví především únavou, rozvojem chronické spánkové deprivace, pocitu nejistoty, selhání a frustrace. Ke vzájemnému obviňování, partnerské krizi, narušení vztahu k dítěti či dokonce agresivnímu chování pak může být již jen krůček. (7, 33)

1.1.3 Stádia spánku

Znalosti lidstva o spánkových stádiích a rytmech se výrazně prohloubily především po zavedení elektroencefalografických přístrojů do praxe a jejich využití ve spánkových laboratořích pro výzkum spánku. Dnes již tedy víme, že spánek není během celé noci stejný. Rozlišujeme dva základní typy spánku, a to tzv. Non-REM neboli klidný spánek a REM neboli snový či paradoxní spánek. Každý z nich se projevuje svými specifickými vegetativními, endokrinními, elektrofyziologickými a behaviorálními změnami. Rozpoznání těchto dvou stavů je většinou možné za použití pouhého pozorování. Pro podrobnější a odbornější analýzu však můžeme použít polysomnografické techniky. Celonoční polysomnografické vyšetření se provádí právě ve spánkových laboratořích a jedná se o vyšetření, při kterém vzniká souběžný záznam elektroencefalogramu (EEG), elektrookulogramu (EOG), povrchního elektromyogramu (EMG) svalů brady a dalších ukazatelů fyziologických funkcí, podle kterých se jednotlivé fáze spánku odlišují. (4, 14, 19, 34, 35)

1.1.3.1 Non-REM spánek

Základní charakteristikou klidného a hlubokého Non-REM nebo také ortodoxního spánku je, že se během této fáze téměř nehýbeme, máme zavřené oči a oční bulby jsou pod víčky v klidu. Dýcháme pravidelně. Pokud přece jen k nějakým

pohybům dochází, mají tyto naše pohyby charakter úlekové reakce, jsou rychlé a krátké. Touto fází spánek začíná. (2, 4, 14, 35)

Podle hloubky se Non-REM spánek rozděluje do dalších čtyř stádií, kterými při usínání postupně procházíme. Během prvního stádia se cítíme ospalí a procházíme stavem tzv. polovědomí. Můžeme vnímat pocity vznášení se, plování nebo propadání se. Tímto stádiem spánek začíná. Trvá však jen velmi krátce. Poté následuje druhé stádium, které je v podstatě prvním stádiem opravdového spánku. Během posledních dvou stádií spíme již velmi klidně, téměř bez motorických projevů. Spánek je hluboký a dochází při něm k nejintenzivnější regeneraci organismu. Nezdají se nám žádné sny. V poslední fázi Non-REM spánku je nejsložitější nás probudit. Probouzíme se pouze na velmi hlasitý podnět a potřebujeme čas na zorientování se. (2, 4, 14, 19, 35)

Klidný Non-REM spánek trvá obvykle dvě až tři hodiny, poté přechází ve spánek snový (REM). (35)

1.1.3.2 REM spánek

REM spánek, neboli spánek paradoxní je odlišný od předchozích čtyř stádií Non-REM spánku. Jeho nejtypičtější projevem jsou rychlé, nepravidelné pohyby očních bulbů, patrné přes zavřená oční víčka, což nám napovídá již samotný název (REM - rapid eye movement). Tyto rychlé pohyby očí jsou zřetelné zvláště u dětí. Také dýchání a srdeční činnost již nejsou tak pravidelné a zrychlují se, zvyšuje se i průtok krve mozkem. Během REM spánku ležíme stále klidně, svaly jsou uvolněné. Někdy je možné pozorovat pouze drobné záškuby svalů v obličeji a na končetinách. To má pravděpodobně souvislost s dalším jevem, typickým pro REM spánek. V této fázi spánku je totiž mozek aktivnější a zdají se nám sny. Vzbudí-li nás někdo ve fázi REM spánku, jsme obvykle schopni poměrně přesně poslední sen vyprávět. (2, 14, 19, 35)

1.1.4 Spánkové vzorce

1.1.4.1 Spánkové vzorce u dospělých

Spánková stádia Non-REM a REM se během noci několikrát střídají. U dospělých jedinců začíná spánek první fází Non-REM spánku a postupně se prohlubuje. Nastupuje druhá, třetí a čtvrtá fáze a člověk upadá do hlubokého klidného spánku. Poté se na krátkou chvíli vrátí opět druhá nebo první fáze či dokonce bdělost a člověk přechází do stádia REM spánku. Po skončení REM spánku se celý cyklus opakuje, během jedné noci přibližně pětkrát až šestkrát. U prvního cyklu však dochází k rychlejšímu prohlubování spánku a doba hlubokého spánku je delší než v cyklech následujících. Naopak stádium REM spánku je během prvního cyklu krátké a během dalších cyklů se prodlužuje. Dospělý člověk stráví průměrně v REM stádiu spánku asi 20 – 25 % noci. (2, 19)

1.1.4.2 Spánkové vzorce u dětí

Spánek dětí na rozdíl od spánku dospělého obsahuje větší podíl REM složky. Třileté dítě stráví v REM stádiu asi 30 %, novorozenec 50 % a nedonošený novorozenec dokonce 80 % z celkového času spánku. Větší podíl REM stadia u malých dětí má dle výzkumu pravděpodobně souvislost s dozráváním mozku. REM stádiem u novorozenců spánek také začíná. Takto malé děti přecházejí, na rozdíl od dospělých, často z fáze bdění přímo do REM spánku, který označujeme u této věkové kategorie také jako spánek aktivní. Non-REM fáze, označovaná u malých dětí jako spánek klidný, se na počátku spánku začíná objevovat až u kojenců od tří měsíců věku. (14, 35)

Mimo tento rozdíl probíhá spánkový vzorec u malého dítěte podobně jako u dospělého. Dítě po usnutí poměrně rychle tvrdě spí. Dále následuje střídání REM spánku a lehkého Non-REM spánku. Po každé fázi REM se dítě na krátkou dobu probudí (tzv. poloviční probuzení) podobně jako dospělý. To je fyziologické a dítě pravděpodobně pouze změní polohu, možná se rozhlédne, chytne si hračku, ale stejně jako dospělý zase rychle usne. Některé děti se ovšem probudí úplně, nedokáží samy

znovu usnout a začnou plakat. To se může opakovat mnohokrát za noc, probudí-li se dítě úplně po každé REM fázi spánku. (35)

1.1.4.3 Vývoj spánkových vzorců u dětí

Učít spánkovému rytmu se začíná již nenarozené dítě v průběhu těhotenství. V tomto období během pobytu v matčině děloze prospívá většinu času, avšak je také ovlivňováno biorytmem matky. Dokonce bylo zjištěno, že plod v sedmém měsíci těhotenství již reaguje, někdy libě někdy nelibě, na světlo a zvuky zvenčí. (35)

Po narození si novorozenec musí nejprve odpočinout a zpracovat zážitky, které má z porodu. Poté se dostává do fáze bdělosti, začíná vnímat okolní prostředí a reagovat na něj.

„U novorozenců je šest snadno rozpoznatelných fází spánku:

- hluboký spánek,
- lehký spánek (nazývá se také REM spánkem),
- stav mezi spánkem a bdělostí,
- bdělost,
- hravá fáze (možno fáze hraní),
- fáze křiku, pláče.“ (35, s. 18)

Střídat fáze spánku a fáze bdělosti se dítě naučí velmi rychle. Jelikož na něj působí mnoho různých podnětů, které jsou pro něj nové, mohlo by snadno dojít k jeho přetížení. Jako obrana před přijímáním dalších nových stimulů mu slouží přechod do fáze hlubokého spánku nebo do fáze křiku. Když jsou informace zpracovány, dítě se probudí a je opět připraveno přijímat nové podněty. Spánek novorozence není tedy příliš předvídatelný. Jak se dítě postupem času adaptuje, jeho spánek se stává pravidelnějším. (14, 35)

Během několika prvních týdnů se spánkový vzorec kojence mění a ustaluje se. Doby mezi krmeními se prodlouží přibližně na 3 hodiny. Rodiče již v této době své dítě lépe znají a měli by umět rozlišit, zda dítě pláče z hladu nebo z jiného důvodu. Přibližně kolem třetího týdne věku některé děti k večeru „fňukají“. Krátké „fňukání“ je dobré

pro uvolnění nervového systému. Proto není chybou nechat dítě krátkou chvíli nařikat. Musíme si však být jisti, že dítě nemá hlad a že ho nic nebolí.

Okolo čtyř měsíců věku se zpravidla prodlužuje doba, po kterou je dítě schopno spát v noci bez přestávky na jídlo. Vhodným oddalováním dalšího krmení, a to i přes den, mohou rodiče tento vývoj podpořit. Přes den prospí čtyřměsíční dítě ve dvou až třech úsecích zhruba čtyři nebo pět hodin. Prodlužuje se také samotné krmení, neboť dítě se již nesoustředí pouze na jídlo, ale jeho pozornost upoutává velké množství různých podnětů z okolí. Proto pití často přerušuje, otáčí se za zvukem a sleduje, co se zajímavého v místnosti děje. Tato jeho zvědavost a zájem o okolí působí i na jeho spánek. Když se dítě v noci probouzí z hlubokého spánku a uslyší nějaký zvuk, probudí se většinou úplně a začne plakat. Pro udržení vhodného spánkového režimu by rodiče pokud možno neměli dítě za této situace z postýlky vyndávat.

Další nárůst počtu nočních probuzení je u sedmi až osmiměsíčních dětí. Takové dítě již umí lépe používat své tělo a své nové dovednosti v podobě sezení a lezení si chce procvičovat i během noci. Problém může nastat také v situaci, kdy chtějí rodiče večer někam odejít. Sedmi nebo osmiměsíční dítě již umí rozlišit své rodiče od ostatních členů rodiny a pokud bylo do té doby zvyklé na pomoc rodičů při usínání a na jejich přítomnost během noci, je nespokojené, a tak pláče.

Desetiměsíční dítě, které se již umí postavit v postýlce, budí také v noci rodiče pláčem. A to zpravidla z důvodu, že se po probuzení z hlubokého spánku automaticky postaví, ale neumí se ještě z této pozice dostat zpět. Potřebuje, aby mu rodiče pomohli a znovu ho uložili.

Přibližně od jednoho roku prospí děti v průběhu noci kolem jedenácti až dvanácti hodin. Během dne je spánek rozdělen do dvou úseků. Pozornost je třeba věnovat bezpečnosti dítěte a to zvláště od okamžiku, kdy dokáže přelézt zábrany své postýlky.

Také batolata a předškolní děti, když se v noci probudí, stále ještě mohou k opětovnému usnutí vyžadovat přítomnost rodičů. U předškolních dětí bývá důvodem jejich bujná fantazie. Při nočním probuzení vidí někdy ve svém pokoji různá strašidla.

K opětovnému usnutí potřebují pocit jistoty a bezpečí, který jim nejlépe poskytnou právě jejich rodiče. (35)

1.1.5 Řízení spánku

Spánek je řízen mnoha složitými mechanismy, z nichž některé nejsou dosud plně prozkoumány nebo nejsou známy vůbec. Střídání spánkových stádií a bdění je zajištěno souhrou více faktorů, především neurofyziologických, humorálních, homeostatických a cirkadiálních. Při usínání, tedy během Non-REM spánku, má důležitou roli hypotalamus. Na řízení REM spánku se podílí soustava nervových buněk mozkového kmene, hypotalamo-hypofyzární systém a cirkadiálně řízené humorální vlivy. K těmto vlivům řadíme večerní pokles hladiny adrenalinu a kortikosteroidů, který umožňuje organismu lepší využití růstového hormonu, jehož hladina v krvi během noci naopak stoupá. Dalším hormonem, podílejícím se na řízení rytmu spánku a bdění je melatonin. Tento hormon bývá někdy označován také jako tzv. „spánkový hormon“. Odborníci diskutují o tom, že na produkci melatoninu má vliv přítomnost světla, strava a užívání některých druhů léčiv. (3, 14, 19)

1.1.6 Délka spánku u dětí

Spánkové potřeby lidí se v průběhu jejich života mění, a to jak v potřebném množství spánku, tak i v jeho rozložení na den a noc. Děti mají odlišné potřeby spánku v každé věkové kategorii. Se stoupajícím věkem prospí celkově kratší dobu, zato však spí bez přerušení ve stále delších časových intervalech. (viz. Tabulka č. 1) Zatímco novorozenec prospí celkem během dne více než 16 hodin, šestnáctiletý adolescent prospí v průměru již jen 8,1 hodin, zato však v jednom kuse. (14, 35, 38)

Tabulka č. 1 - Průměrná potřeba spánku a jeho rozložení na noc a den u jednotlivých věkových kategorií

	1 týden	1 měs.	3 měs.	6 měs.	9 měs.	12 měs.	18 měs.	2 roky	3 roky	4 roky	5 let	6 let	7 let	8 let	9 let	10 let
noc	8,5	8,5	10	10,5	10,5	10,75	10,75	10,5	10,5	11,5	11	10,75	10,5	10,25	10	9,75
den	8,5	7	5	3,75	3,5	3	2,75	2,5	1,5	0	0	0	0	0	0	0
celkem	16,5	15,5	15	14,25	14	13,75	13,5	13	12	11,5	11	10,75	10,5	10,25	10	9,75
% noc	50	55	67	74	75	78	80	81	87	100	100	100	100	100	100	100
% den	50	45	33	26	26	22	20	19	13	0	0	0	0	0	0	0

(35, s. 45)

Novorozenec má dobu spánku rozdělenou ještě rovnoměrně mezi den a noc. Se stoupajícím věkem dítěte se doba, kterou prospí během dne, zkracuje a naopak v noci spí dítě bez přerušení delší dobu. Při správném postupu rodičů by mělo půlroční dítě prospat v noci až jedenáct hodin bez přestávky na krmení. Denní spánek bývá v období od půl do jednoho či jednoho a půl roku rozdělen do dvou úseků. Od osmnácti měsíců přibližně do pěti let věku potřebuje dítě během dne již jen jeden spánek, a to odpolední.

Naplnění těchto doporučení však nelze očekávat u všech dětí. Každé dítě je individuum, je více nebo méně aktivní a má větší či menší potřebu spánku. Obecně lze říci, že dítě by mělo délku spánku dle doporučení odborníků dodržovat s odchylkou plus minus dvě hodiny. Pro správné hodnocení potřeby spánku u konkrétního dítěte je však nutné také sledovat, zda má dítě projevy únavy – je mrzuté, nespokojené, není schopno se zabavit, mne si oči, apod. nebo zda je naopak aktivní, spokojené a žádné známky únavy na něm nezpozorujeme.

Pro dlouhý a kvalitní spánek dítěte je tedy důležitý především správný přístup ze strany rodičů. Ti by měli být informováni o tom, jaké návyky v jakém věku a jakým způsobem mají u svého dítěte pěstovat. (35)

1.2 Klasifikace a incidence poruch spánku

1.2.1 Mezinárodní klasifikace poruch spánku

První klasifikace poruch spánku byla vypracována v roce 1979 týmem odborníků z Asocičního centra pro výzkum spánku. Nazývala se Diagnostická klasifikace poruch spánku a probuzení a obsahovala čtyři základní skupiny, do kterých byla onemocnění zařazována. Do první skupiny se řadily insomnie, do druhé zvýšená denní spavost, do třetí poruchy rytmu spánků-bdění a do čtvrté parasomnie. Tato klasifikace byla s prospěchem využívána přes deset let. Protože se však stále objevovala nová onemocnění, která nebylo možno v původní klasifikaci nikam přiřadit, musela být zrevidována a přepracována. (19)

Jako výsledek společného úsilí Americké asociace pro poruchy spánku, Evropské společnosti pro výzkum spánku, Japonské společnosti pro výzkum spánku a Latinsko-americké spánkové společnosti byla v roce 1990 představena Mezinárodní klasifikace poruch spánku (International Classification of Sleep Disorders – ICSD). Tato nová klasifikace řadí poruchy spánku do tří základních kategorií:

- 1. kategorie - dyssomnie zahrnuje potíže s usínáním, opakované noční probouzení a časně probouzení (souhrnně - insomnie) a potíže s nadměrnou denní spavostí (hypersomnie). Dyssomnie se dále dělí podle etiologie vzniku na dyssomnie z vnitřních příčin, dyssomnie ze zevních příčin a poruchy cirkadiální rytmicity.
- 2. kategorie - parasomnie zahrnuje poruchy, při kterých se u klienta během spánku vyskytují abnormální projevy (např. somnambulismus, pavor nocturnus, mluvení ze spánku, a další). I tuto kategorii lze dále dělit podle vztahu k fázi spánkového cyklu na poruchy probouzení, poruchy přechodu spánku a bdění, parasomnie související s REM spánkem a jiné parasomnie.
- 3. kategorie – poruchy spánku související se somatickým nebo duševním onemocněním. Dále se dělí na poruchy spánku u osob s duševním

onemocněním, poruchy spánku u osob s neurologickým onemocněním a poruchy spánku u osob s jinou somatickou poruchou. (19, 32)

1.2.2 Nejčastější poruchy spánku u dětí

Poruchami spánku trpí podle studií některých odborníků přibližně 25-30 % dětí. V kojeneckém a batolecím věku je nejvyšší výskyt insomnií, tedy obtížného usínání, častého nočního probouzení a příliš časného ranního probouzení. Právě tyto poruchy bývají výsledkem nedůsledného denního a nočního režimu dětí a nevhodného přístupu rodičů. Děti předškolního a mladšího školního věku trpívají spíše některou z forem parasomnie, nejčastěji náměsícností (somnambulismus), nočními děsy (pavor nocturnus), nočními můrami, nočním pomočováním (enuresis nocturna), dále mohou během spánku skřípat zuby (bruxismus) nebo ve spánku provádějí rytmické pohyby (úderý hlavou, kolébání celého těla). V adolescenci se pak nejčastěji můžeme setkat s poruchami cirkadiánní rytmicity, především se syndromem zpožděného usínání. (20, 32)

1.3 Příčiny poruch spánku

Tato diplomová práce je zaměřena především na poruchy spánku u kojenců a batolat, které by sestra měla být schopna samostatně řešit. Takovými poruchami jsou poruchy řazené mezi insomnie. Jelikož incidence těchto poruch oproti minulosti značně stoupá, jsou problémy se spánkem považovány za civilizační chorobu. Příčina jejich vzniku není zcela jasná. Nejčastěji však bývá za příčinu považován chybný přístup rodičů k dítěti především v souvislosti s podporováním jeho nevhodných spacích návyků. Důsledkem takového chybného přístupu rodičů může být ztráta nezbytného pocitu jistoty a bezpečí u dítěte a nesprávné zavedení denního a nočního režimu, jinak řečeno „*nesprávné nastavení vnitřních hodin*“, což spánek dítěte negativně ovlivňuje. (32, 36)

Jen malé procento spánkových poruch je v kojeneckém a batolecím věku způsobeno somatickým onemocněním dítěte. K onemocněním, která problémy

se spánkem u dětí mohou způsobit, patří např. potravinová alergie, chronický zánět středouší, gastroesofageální reflux či atopický ekzém. Mimo to se potíže se spánkem často vyskytují také u kojenců a batolat, u kterých je v pozdějším věku diagnostikována hyperkinetická porucha, neboli ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). (6, 32)

1.3.1 Ztráta jistoty a bezpečí kojence a batolete

Pocit jistoty a bezpečí potřebuje ke kvalitnímu spánku každý z nás. Bez něj se nespí dobře nikomu. Spánek pro malé dítě znamená, že se ponoří do tmy a nad okolním světem ztratí na čas kontrolu. Proto i kojeneček nebo batole potřebuje cítit jistotu, potřebuje vědět, že vše, co se děje kolem něj má určitý řád, že jednotlivé děje budou probíhat tak, jak je očekává. Musejí pro něj být předvídatelné. Večer před usínáním by měl probíhat stejný rituál, ve stejný čas, na stejném místě, apod. Tímto způsobem získává dítě jistotu věcnou. Jsou-li při ukládání dítěte ke spánku přítomni vždy stejní lidé, kteří vytvářejí dítěti pohodovou atmosféru při usínání, získává jistotu mezilidskou. S pocitem jistoty velmi úzce souvisí i pocit bezpečí. Dítě má pocit bezpečí, když ví, že se u jeho postýlky objeví vždy stejný člověk, který na něj mluví stejným hlasem, poznává jeho stejnou vůni, stejný pohled, když cítí, že je bez výhrad přijímáno a že je o něj pečováno s láskou. Čím menší dítě je, tím je pro něj neměnnost okolí důležitější. Bezpečí nemůže existovat bez jistoty. Jistota je předpoklad pro vznik pocitu bezpečí. (11, 22, 35)

Jistota musí být vždy stoprocentní, občasné snahy o udržování předvídatelnosti dějů nestačí. Jistota buď je, anebo není. Chybu tedy dělají rodiče, kteří přistupují k dítěti příliš svobodomyšlně, nestanoví žádná pravidla a snaží se v každé situaci plnit přání dítěte. Mnohá přání jsou spíše projevem okamžité nálady a snaží-li se je rodiče ihned uspokojovat bez ohledu na stanovený režim, výsledkem bývá stoupající stres a neklid pro obě strany. Dítě potřebuje spoléhat na něco stabilního, stále stejného. Nejistota a bezradnost rodičů spolu se záplavou mnoha různých podnětů, kterými se snaží plnit přání svého potomka, mu na klidu nepřidají. S tím souvisí i fakt, že není možné se ve výchově dítěte řídit každý den jiným názorem. Zvláště mladým matkám, které

si nejsou při péči o dítě samy sebou příliš jisté, radí někdy jeden den babička, druhý den tetička, další den kamarádka a příští týden vyzkouší cosi, co se dočetly v časopise. Dítě je pak zmatené, nemůže se spolehnout na nic a pocit jistoty a bezpečí snadno ztratí.

S pocitem bezpečí a jistoty částečně souvisí i schránka, ve které je dítě uloženo. Výraz „schránka“ vyjadřuje nejen místo, ve kterém dítě leží, ale také obklopení jeho těla. Před narozením je onou schránou děloha matky, v níž je dítě obklopeno velmi těsně a má značně omezený pohyb. Po narození může být schránkou dítěte dětská postýlka, kolébka, zavinovačka, peřinka, apod. Dopřávají-li rodiče dítěti velmi časně volný pohyb, může být u některých dětí pocit jistoty a bezpečí také narušen, jelikož pro dítě je volný pohyb v prostoru neznámý. Naopak těsná schránka mu připomíná matčinu dělohu a tím ho uklidňuje. Na druhou stranu nelze opomenout argumenty ortopedů, že pevné balení dětí může negativně ovlivnit vývoj kyčelního kloubu, pro který je třeba, aby dítě mělo končetiny volně pohyblivé. Optimálním řešením se zdají být zavinovačky z dutého vlákna, které jsou v současné době na trhu k dispozici. Tyto zavinovačky poskytují dítěti vhodnou schránku, která pro něj neznamena ztrátu jistoty a bezpečí, neomezují pohyb dolních končetin a poskytují adekvátní tepelný komfort. (22, 35)

1.3.2 Nesprávně zavedený režim dne a noci

Novorozenec mezi dnem a nocí ještě nerozlišuje. Jeho cyklus spánku a bdění je řízen především jeho biologickými potřebami. Kojenec kolem třetího nebo čtvrtého měsíce života začíná svůj proces přechodu od ultradiánního cyklu k cirkadiánnímu, tedy 24hodinovému cyklu, který využívají dospělí. Vnitřní hodiny bývají u dítěte vyvinuty kolem šestého měsíce věku, kdy se jeho spánek přesouvá především do období noci, trvá déle a je méně přerušovaný. V tomto věku by dítě již mělo umět rozlišovat mezi dnem a nocí a mělo by v noci prospat přibližně jedenáct hodin bez krmení. Noční naprogramování organismu dítěte na spánek způsobuje během noci pokles tělesné teploty, změny hladin některých hormonů a pokles fyzických funkcí. Méně známým faktorem, který souvisí s nastavením vnitřních hodin u dítěte, je melatonin. (3, 7, 23, 35)

Při nastavování správného režimu dne a noci u dítěte mají důležitou úlohu rodiče. Jsou to právě oni, kteří svým chováním při usínání a nočních probuzeních dítěte vytváří atmosféru noci. Pomáhají tak svému dítěti vnímat rozdíly mezi dnem a nocí a utvořit si o těchto časových úsecích správnou představu. (23)

Chyb se dopouštějí především při nedodržování pevného denního režimu, nedodržování každodenního provádění stejných rituálů či v podporování dítěte v provozování denních aktivit v noci. Někteří zvláště velmi pracovně vytižení rodiče narušují noční rytmus svého dítěte následovně. Díky zaměstnání si mohou společnost dítěte užívat někdy pouze v noci. Neuvědomují si však, že nadměrné noční kontroly a pozornost, kterou dítěti v noci věnují, dokonce i povídání si s dítětem při nočním krmení mají také neblahý vliv na vývoj jeho spánkového cyklu a mohou mu v budoucnu přivodit potíže se spánkem. (9, 22, 35)

Kromě zmíněného denního rytmu existuje ještě jiný význam výrazu rytmus, který se spánkem zvláště nejmenších dětí úzce souvisí. Jedná se o rytmicky se opakující pohyb. Před narozením bylo dítě zvyklé na houpavý pohyb dělohy, proto se většině dětí houpání líbí a uklidňuje je. Současný trend ukládání dětí do statických postýlek bohužel houpavý pohyb dítěti nedopřeje. Jako ne vždy dostatečná náhrada je tedy používán dudlík. Ten umožní dítěti vytváření vlastních rytmických pohybů, kterými částečně uklidňuje samo sebe. Dětem, kterým dudlík k uklidnění nestačí, je přece jen vhodnější nabídnout pohupující se schránku, např. kolébku nebo závěsnou síť. (35)

1.3.3 Nevhodné návyky při usínání

Naučí-li se dítě některým nevhodným návykům, které jsou spojeny s jeho usínáním, je pravděpodobné, že dodržování těchto návyků bude vyžadovat pokaždé, když se v noci probudí. Proto je důležité naučit co nejdříve dítě usínat samostatně, bez nevhodných podpurných návyků. Dítě, které umí večer usínat samostatně, se při nočním probuzení nedovolává zdaleka tak často pozornosti rodičů a pravděpodobně opět usne samo, aniž by rodiče vzbudilo. Mezi nevhodné návyky, pěstované v souvislosti s usínáním, patří uspávání dítěte za přítomnosti nebo s pomocí

rodičů (kolébání dítěte v náručí apod.), uspávání dítěte při kojení či za pomoci láhve a další. Rodiče by si měli předem dobře rozmyslet, zda budou tyto návyky u svého dítěte podporovat, jelikož jejich pozdější odnaučování není jednoduché. (32, 35)

Nejzávažnější je v této souvislosti problematika tzv. „křičících dětí“, Důvod, ze kterého jsou některé děti výrazně neklidnější a neztišitelně pláčou častěji než ostatní, nebyl zatím zcela objasněn. Častý pláč malých kojenců byl v minulosti připisován především poruchám funkce žaludku a trávicího ústrojí, tzv. kojenecké kolice. Tato příčina pláče však dle nových výsledků práce odborníků nemá zdaleka takový vliv, jak se předpokládalo. „Křičící dítě“ pláče nejčastěji k večeru a v první polovině noci. Jeho pláč je velmi obtížně ztišitelný. Obvyklé metody jako chování, houpání, přebalení, krmení ani jízda v kočárku zpravidla nepomohou. Rodiče vynakládají velkou snahu na utišení pláče svého dítěte. S opakujícím se neúspěchem však stále více stoupá v rodině nervozita. Rodiče jsou frustrovaní a neustále s hrůzou očekávají, kdy znovu začne jejich potomek plakat. Tento jejich stres má samozřejmě opět negativní účinky na dítě. (32, 35)

1.3.4 Častá noční probuzení dítěte

Jak již bylo napsáno, častá noční probuzení kojenců a batolat jsou v podstatě fyziologickým jevem. I děti považované za dobré spáče se mnohokrát za noc probudí (po každé REM fázi spánku), avšak dovedou velmi rychle opět usnout, a to bez pláče a nutnosti probuzení rodičů. Jiné děti při každém svém probuzení probudí i rodiče a vyžadují obvykle obdobnou pomoc při usínání jako večer. Důsledkem pak bývá narušený spánek dítěte i rodičů.

K poměrně častým nevhodným návykům, které ruší spánek dětí i rodičů, patří uspávání dítěte u prsu nebo za pomoci láhve. Od šestého měsíce věku by kojeneček měl být schopen prospat noc bez nočního krmení. Požadavek nočního krmení je v tomto věku ze strany dítěte motivován spíše potřebou uklidnění, pozornosti a tělesného kontaktu s rodičem než hladem. Dítě v takovém případě používá stravu v podstatě jako „drogu.“ Některé děti se například v noci dožadují častého kojení nebo krmení z láhve,

avšak poté, co je jim vyhověno, rychle pít přestanou. Jiné děti jsou v noci hladové jen proto, že si již zvykly být v tuto dobu hladové. To pro dítě také není dobré nejen z důvodu, že si tímto způsobem vytváří naprosto nevhodnou představu o režimu noci a dne, ale také z důvodu, že během noci není jeho organismus nastaven na aktivitu a noční krmení zatěžuje jeho zažívací i vylučovací trakt, což spolu s promočenou plenkou, dalším důsledkem nočního krmení, narušuje kvalitu jeho spánku. (9, 35)

1.3.5 Uspávání a spaní v posteli s rodiči

Tato metoda, používaná při uspávání dětí, je rovněž dosti rozšířená. Dítě usíná buď v posteli s jedním nebo oběma rodiči, nebo rodiče leží v posteli vedle dětské postýlky a pomáhají dítěti při usínání svou přítomností či fyzickým kontaktem. Rodiče si tuto metodu oblíbili, protože pro ně zdánlivě není náročná. Lehnout si vedle dítěte dokud neusne, případně ho po tuto dobu držet za ruku, hladit po zádech, nechat ho hrát si s matčiny vlasy nebo otcovými vousy jim připadá jako snesitelná varianta uspávání. Problém však nastává, když se dítě při každém nočním probuzení dožaduje přesunu do postele rodičů, pozornosti nebo navyklého fyzického kontaktu. Další problém nastane v případě, že je rodič v časové tísní a čekání na spánek dítěte ho zdržuje. Zvedne-li se z postele předčasně, následuje obvykle silný křik dítěte a uspávání může začít znovu. Nervozita rodiče tak stoupá. A jelikož se jeho emoční stav snadno přenáší na dítě, přibude tak další faktor, který ve spánku dítěti brání. Nevhodným jevem je také to, že dítě, které již špatné návyky získalo, může jakoukoliv snahu rodičů o odnaučení takového návyku a nácvik samostatného usínání ve vlastní posteli vnímat jako trest. (32, 35)

1.4 Doporučení odborníků

1.4.1 Kde najít pomoc

Prevence vzniku poruch spánku, zvláště u malých dětí, screening těchto poruch, diagnostika i léčba patří plně do kompetence praktického lékaře pro děti a dorost. Jedná-li se o komplikovanější poruchu s nutností podrobného cíleného vyšetření, je možné toto vyšetření absolvovat v Centru pro poruchy spánku a bdění a ve specializované spánkové laboratoři, zabývající se diagnostikou a léčbou poruch spánku a bdění v dětském věku. Síť těchto laboratoří, věnujících se konkrétně problematice poruch spánku u dětí, je zatím bohužel značně omezená. (21, 23)

1.4.2 Zavádění správného režimu dne a noci

Doporučení pro zavedení správného režimu dne a noci, jinak řečeno správné nastavení vnitřních hodin, je možno shrnout do několika základních bodů. Nejdůležitější je stanovení si určitého denního rytmu a jeho důsledné dodržování. Většině dětí dává dodržování pravidelného režimu pocit bezpečí. Dalším významným bodem je dodržování určitých rituálů. Nejvýznamnějším je rituál večerní. Tento rituál velmi úzce souvisí také s výukou samostatného usínání a odstraňování nevhodných návyků při usínání. (14, 35)

1.4.2.1 Pravidelný denní režim

Přestože s cílenou výukou samostatného usínání začínáme přibližně až kolem pátého měsíce věku dítěte, se stanovením si a dodržováním pravidelného denního a nočního rytmu včetně určitých rituálů můžeme začít již brzy po narození dítěte. I velmi malé děti potřebují ve svých činnostech jistou pravidelnost. Tato pravidelnost a předvídatelnost jim poskytuje pocit jistoty a je důležitá rovněž proto, aby si své „vnitřní hodiny“ mohly pozvolna nastavit běžný denní a noční režim.

Důležitý je mimo jiné pravidelný rytmus krmení dítěte. Již od prvních týdnů věku dítěte je vhodné určit si pevnou hodinu posledního večerního krmení. Tato doba by měla být přibližně mezi dvaadvacátou hodinou a půlnocí, chvíli před tím než chodí matka spát. Pokud dítě několikrát v tuto hodinu vzbudíme, pravděpodobně se rychle naučí, že má být právě v tuto stanovenou dobu hladové. Časový úsek do dalšího krmení je pak možné pozvolna prodlužovat. Během nočního krmení by také mělo být použito pouze nezbytné množství tlumeného světla. Celý proces by měl proběhnout v klidu a tichu, na dítě není vhodné ani hovořit. (35)

Nejen při krmení dítěte, ale všeobecně by se rodiče měli během noci při péči o dítě chovat pokud možno tiše, používat jen tolik světla, kolik je nezbytně nutné a manipulovat s dítětem, např. ho přebalovat jen v případě, že je to nevyhnutelné. Osvětlení, používané v noci, má být tlumené proto, že větší množství světla ovlivňuje hladinu melatoninu v krvi dítěte a tím negativně ovlivňuje jeho spánek. V noci by si rodiče s dítětem neměli v žádném případě hrát. Dítěti chceme všítipit, že pro hru je určen den a v noci se odpočívá. Nejsou vhodné ani přehnané kontroly u postýlky dítěte. Takové kontroly mohou dítě rušit a neklid nebo nervozitu rodičů dítě snadno vycítí, což může negativně ovlivnit délku i kvalitu jeho spánku. Pláče-li dítě po nočním krmení, pokusíme se ho utišit, ne však opětovným přiložením k prsu nebo jiným způsobem krmení. Dítě se má naučit být v noci vzhůru pouze když má hlad. Je-li najezené, nemělo by znovu prs dostat, přesto, že dodržení tohoto pravidla bývá pro matku velmi obtížné. U dítěte by tímto způsobem mohl vzniknout nevhodný návyk, při kterém by využívalo matčin prs jako „drogu“ pro uklidnění a ne pouze jako zdroj potravy. (3, 28, 35)

Ve dne, na rozdíl od noci, by mělo dítě spát v nezatemněné místnosti a ani zvuky domácnosti by neměly být příliš tlumené. Opět tak u dítěte fixujeme představu, že světlo a hluk patří ke dni a tma a ticho k noci. Během dne by si rodiče také měli udělat čas na hraní si či povídání s dítětem. (7, 35)

Pro nastavení správného režimu dne a noci je rovněž vhodné, aby dětskou postýlku využívalo dítě pouze ke spaní. Ke všem ostatním účelům, především ke hraní a dalším aktivitám, by mělo dítě využívat jiný prostor, například dětskou ohrádku.

Stejně tak jako postýlku i ostatní předměty, které má dítě v postýlce během spánku a které se spánkem souvisí, není vhodné používat jindy a k jinému účelu než ke spánku. Po šestém měsíci věku by dítě mělo být před každým spánkem přibližně tři hodiny vzhůru. Je-li dodržování režimu dne a noci dobře zaběhnuté, neměla by ho ohrozit ani občasná vyjímka, např. příležitostné přespání dítěte u babičky nebo odjezd rodiny na návštěvu či dovolenou. (7, 35)

1.4.2.2 Rituály

Rituály jsou z psychologického úhlu pohledu „často opakované vzorce chování vyskytující se v určitém čase.“ (12) Mimo jiné mají význam také pro zavedení a podporu správného režimu dne a noci. Nejdůležitější je rituál předspánkový. Takový rituál provozují rodiče s dítětem pravidelně každý večer ve stejnou dobu krátce předtím, než má dítě usnout. Dítě mu většinou rychle přivykne. Předspánkový rituál mu pomáhá zapomenout na starosti a případné nepříjemné prožitky z uplynulého dne, připravuje ho na spánek, usnadňuje mu usínání a posiluje vzájemný vztah dítěte s rodiči. Rituály mohou být různé. Mnohem důležitější než konkrétní činnosti, ze kterých se rituál skládá, je, aby byl dodržován opravdu pravidelně. (14, 28, 35)

Rituál se má tedy skládat ze stejných činností, vykonávaných ve stejnou dobu na stejném místě. Součástí večerního rituálu je i přítomnost všech předmětů, které jsou určené pouze pro spaní (oblečení na spaní, postýlka se zavěšenými hračkami, oblíbená hračka, dudlík,...). Rituál musí být přiměřený věku dítěte. Příkladem základního rituálu je, že rodiče ve stanovený čas připraví všechny pomůcky na koupání, dítě je nakrmeno, vykoupe se, převlékne do oblečení určeného na spaní, rodiče mu vyčistí zoubky, poté si užívá příjemnou chvíli s rodiči a za stejných podmínek jako každý večer se stejnou oblíbenou hračkou je uloženo do své postýlky a usíná. (7, 35)

Již samotné koupání je především pro batolata a předškolní děti velmi příjemný zážitek. Dává jim totiž příležitost ke hraní ve vodě za plné pozornosti rodičů. Některé děti se při koupání uvolní a uklidní a usínají poté velmi dobře. Jiné se však naopak mohou rozdovádět a místo uklidnění spíše ožijí. Vhodnou dobu, určenou pro koupání,

by tedy rodiče měli určit podle toho, jak právě jejich potomek na koupání reaguje. (14, 28)

Příjemný čas, strávený kontaktem dítěte s rodiči, je velice důležitou součástí večerního rituálu. Tento čas poskytuje dítěti pocit jistoty a bezpečí, protože cítí, že rodiče jsou tady a mají ho rádi. S takovým pocitem se dítěti usíná snadněji. Čas, určený pro pozitivní kontakt, lze využít různými způsoby. Výběr vhodné aktivity je ovlivňován především věkem dítěte. U malého dítěte využívají rodiče nejčastěji krátké pomazlení se s dítětem a zpívání nebo vypravování. Časem se přidává další oblíbená činnost, kterou je prohlížení obrázkových knížek. Některé starší děti si rády s rodiči povídají o tom, co během uplynulého dne prožily. A v rodinách, kde jsou děti vedeny k víře v Boha, může k uspávacím rituálům patřit také modlitba. Nejčastější součástí večerního rituálu je však zejména u předškolních dětí stále čtení pohádek. Některé děti se na večerní pohádku tak těší, že samy, plně očekávání nového příběhu, šťastně spěchají do své postýlky. Děti školního věku si mohou v rámci večerního rituálu hrát před spaním samy. Velmi důležité je však dítěti vždy pevně stanovit mantinely. Rodiče musí určit přesný čas, jak dlouho si před spaním může dítě hrát i kolik pohádek se každý večer před spaním přečte. Na dodržování těchto limitů musí rodiče dohlédnout a důrazně na nich trvat. Dítě by jinak využilo situace a dožadovalo se druhé, třetí, čtvrté pohádky jen proto, aby oddálilo spánek. Kromě zmíněných předspankových aktivit rodičů a jejich dětí doporučují někteří autoři jako prostředek ke zklidnění rozváděných dětí relaxační masáže. Masáže jsou užívány v mnoha oblastech světa, např. v Africe, Indii a Asii. (8, 14, 28, 29, 35)

Večerní rituál by měl být také zřetelně ukončen. Příkladem ukončení rituálů může být pusa na dobrou noc, položení dítěte do postýlky, zhasnutí světla či zaklapnutí knížky po dočtení pohádky. Měl by to tedy být určitý náznak, podle kterého dítě pozná, že rituál končí a je čas jít spát. Při ukončování rituálu musí rodiče působit rozhodně a sebejistě. Jejich případnou nejistotu dítě vycítí a ihned se pokusí využít situace a spánek pozdržet. (35)

1.4.3 Náprava nevhodných návyků při usínání

Jak již bylo řečeno, nevhodnými návyky spojenými s usínáním je myšleno především usínání dítěte za významné pomoci rodičů svou přítomností nebo fyzickým kontaktem a uspávání dítěte u prsu či za pomoci láhve. Vzniku těchto návyků by se mělo v první řadě předcházet. Pokud však již vznikly a působí rodině problémy, je pro kvalitní spánek dítěte i rodičů vhodné je odstranit a naučit dítě usínat samostatně, bez nutnosti účasti rodičů.

K zahájení aktivní výuky samostatného usínání by mělo být dítě alespoň pět až šest měsíců staré a zdravé. Je-li dítě nemocné nebo v průběhu výuky onemocní, je nezbytné výuku přerušit. Nemocné dítě své rodiče potřebuje v kteroukoliv denní či noční dobu. (35)

Než s výukou samostatného usínání rodiče začnou, měli by své plány důkladně prodiskutovat. Výuka samostatnému usínání musí probíhat koordinovaně, to znamená, že všichni, kdo o dítě pečují, musí mít v každé situaci stejný názor a stejnou reakci. Je to záležitost velmi náročná na výdrž, proto by si rodiče a případně i další osoby, které se na výuce budou podílet, měli být jisti, že to zvládnou. Ustoupí-li rodiče dítěti během výuky, ukáží mu tím, že jeho pláč má smysl a že za něj bude odměněno. Každý další pokus o odstranění nevhodných návyků pak bude těžší. Je-li si jeden z rodičů (častěji otec) vědom toho, že situaci není schopen zvládnout, je lepší když se na inkriminovanou dobu ubytuje někde mimo domácnost, např. u svých rodičů, popř. odjede na služební cestu. (7, 35)

Při výuce samostatného usínání vycházíme z již zažitého režimu a rituálů. Do své postýlky by dítě mělo být ukládáno vždy bdělé. Rodiče by neměli být v časové tísní, měli by působit klidně a odhodlaně. Při ukládání dítěte by si též měli být jisti, že dítě nemá hlad nebo žízeň. Do postýlky je vhodné dítěti vložit nějaký předmět, nejlépe oblíbenou hračku, případně dudlík, který si dovede v postýlce samo najít, přitulit se k němu nebo si strčit dudlík do pusy. Tyto předměty pak plní funkci určitých orientačních bodů, podle kterých dítě, když se v noci probudí, pozná, že je všechno v pořádku, a které mu tedy dávají pocit jistoty, když rodiče nejsou přítomni. (28, 35)

Po zakončení večerního rituálu se rodiče s dítětem rozloučí, odejdou z pokoje a zavřou za sebou dveře. Po jejich odchodu dítě pravděpodobně začne plakat, aby si opět vynutilo jejich pomoc při usínání, a tím dodržení svého návyku. Názory na to, jak na pláč dítěte reagovat, jsou různé. Někteří odborníci radí nechat dítě plakat tak dlouho, dokud neusne, což může první den trvat i několik hodin. Pokud by plačící dítě dostalo, co chce, bylo by za svůj pláč odměněno a využívalo by ho pro dosažení svých cílů i nadále. Na druhou stranu, pokud rodiče najednou nechají své dítě usínat samotné, bez pomoci a na jeho pláč nijak nereagují, dítě je zmatené a neví, co se stalo. Dříve rodiče byli u něj, zejména když začalo plakat. Najednou však zůstalo samo a nikdo si ho nevšímá. V takovéto situaci prožívá dítě strach z toho, že ho rodiče opustili a cítí se osaměle. Tyto pocity mu ke klidnému spánku příliš nepomohou. Ani rodiče zpravidla nevydrží ignorovat pláč svého potomka příliš dlouho. Nakonec to vzdají a dítě dostane, co chtělo. Je odměněno za pláč a výuka samostatného usínání je u konce. (35)

Určitou střední cestou by mohla být jiná metoda, doporučovaná odborníky na poruchy spánku u dětí. Je to metoda relativně jednoduchá a účinná. Základem je stanovení si konkrétního plánu postupu a jeho dodržení. Plán opět využívá již naučený režim dne a noci a naučené rituály, obzvláště ten večerní. Důležité jsou radostné chvíle, strávené kontaktem s rodiči před uložením dítěte do postýlky. Poté, co se rodič s dítětem rozloučí a uloží ho, odejde z místnosti. Dítě, které nemá při usínání naučené a tedy očekávané podmínky, začne plakat. Rodiče se poté v plánu přesně stanovených intervalech do místnosti vrací, na dítě klidně a rozhodně mluví, utěšují ho, pokud vstalo, mohou ho znovu uložit. V žádném případě však rodiče nesmí dítě z postýlky vyndat a poskytnout mu požadovanou pomoc. Pouze s ním po dobu přibližně dvou minut zůstanou v místnosti a uklidňují ho svým hlasem. Dítě sice po vstupu rodiče do místnosti svůj pláč pravděpodobně zintenzivní, nezískává však pocit, že ho rodiče opustili. Časový úsek, po kterém se rodiče poprvé do pokoje vrací, vychází z předem určeného plánu a měl by trvat asi tři minuty. Znovu se rodiče k plačícímu potomkovi vrací po pěti minutách. Pláče-li dítě dál, vrátí se po sedmi minutách. Od té doby je časový interval stanoven pevně na sedm minut. Rodiče se tedy do pokoje vrací vždy

po sedmi minutách, dokud dítě neusne. Druhý den se již nezačíná na třech minutách, ale rovnou na pěti, druhý návrat následuje po sedmi minutách, třetí a každý další po devíti minutách. Třetí den se intervaly opět prodlužují. První návrat se má konat po sedmi minutách, druhý po devíti, třetí a každý další po deseti minutách. Od čtvrtého dne jsou stabilně zavedeny již pouze desetiminutové intervaly. Od začátku výuky by rodiče měli pro správné dodržení plánu používat k měření času hodinky. Subjektivní odhad může být v takovéto náročné a stresující situaci značně nepřesný. Návrat do místnosti, kde dítě leží, je doporučen pouze v situaci, kdy dítě opravdu silně pláče. Pokud pouze poňukává, je naděje, že se uklidní samo a rodič by měl s dalším návratem počkat. V prvních nocích se chování dětí obvykle zhorší, během několika málo dalších dní se však situace většinou výrazně vylepší. Děti se učí rychle a tak si také rychle uvědomí, že námaha, vynaložená při pláči, je zbytečná, protože tím ničeho nedosáhnou. Zároveň si dítě postupně zvyká na to, že situace, kdy je samo v postýlce, je běžná. (8, 28, 35)

Zdá-li se rodičům tento plán přece jen ještě příliš náročný, je možné výuku samostatného usínání rozdělit do dvou stupňů. Prvním stupněm je dodržování plánu při usínání během dne s ponecháním nevhodných návyků v noci. Druhým stupněm je rozšíření používání plánu na každé usínání, tedy i noční. (35)

Problematika „křičících“ dětí se týká především novorozenců a malých kojenců. Rodiče by se neměli snažit uklidnit takové dítě za každou cenu. Přílišná manipulace s dítětem, např. nošení, houpání, apod. dítě zatěžuje záplavou nových informací a vjemů, které bude muset zpracovat. Rodiče by si především měli být jisti, že dítě není hladové ani mokré. Vhodnějším způsobem uklidňování, než je složitá manipulace, je nechat dítě v klidu, pouze ho hladit a klidným hlasem na něj mluvit. U novorozenců a kojenců do šesti týdnů věku někdy pomůže pevnější zabalení dítěte do pleny či ručníku, které mu dává větší pocit jistoty a bezpečí. (viz příloha č. 1) Další metodou, jak uklidnit křičící dítě, je pochovat ho ve vhodnější poloze, tzv. „klubíčko“. (viz příloha č. 2) Tato poloha připomíná dítěti dobu strávenou v matčině děloze a opět mu tak dodává větší pocit jistoty a bezpečí.

Základem péče o neklidné dítě je však také stanovení si a dodržování pevného denního a nočního rytmu. Když se činnosti pravidelně střídají, nové prostředí i okolní dění se pro dítě stává předvídatelnějším a snadněji si na něj zvykne. V tomto režimu si rodiče samozřejmě musí vyhradit také čas určený ke hraní a příjemným chvílkám stráveným s dítětem. Dítě by nemělo získávat pocit, že se mu rodiče věnují pouze pokud pláče. (35)

1.4.4 Omezení častých nočních probuzení

Jelikož příčinou častých nočních probuzení a následného komplikovaného opětovného usínání dítěte bývají jeho nevhodné usínací návyky, je nejlepším řešením problému naučit dítě usínat samostatně, bez vyžadování pomoci, na kterou bylo dosud zvyklé. V souvislosti s tím je také nutné posoudit vhodnost nočního kojení/krmení. Pro posouzení vhodnosti nočního pití je důležité vědět, zdá má dítě opravdu hlad nebo zda se jedná jen o závislost na matčině prsu. Tento nevhodný návyk se projevuje především tak, že dítě se vzbudí mnohokrát za noc, pláče a domáhá se jídla. Když je mu matkou vyhověno, jen si několikrát cucne a ztrácí zájem. Stejný návyk jako na matčin prs vzniká také na kojeneckou láhev.

Při odstraňování tohoto nevhodného návyku musíme jídlo oddělit od spánku. Proto by mezi každým jídlem a spánkem měl být dodržován alespoň půlhodinový odstup. Pokud během nočních probuzení vidíme, že dítě evidentně nemá hlad, nemělo by mu být vyhověno a nemělo by prs ani láhev dostat. Dítě se musí naučit správný rytmus krmení. Jeho křik mohou rodiče tišit především mluvením, popř. s pomocí dudlíku. Časové úseky mezi jednotlivými jídly je vhodné pozvolna zvětšovat. Pokud trpí dítě tímto typem závislosti a dovoluje-li to rodinná situace, je někdy lepší, když při jejím odnaučování pečuje v noci o dítě otec. Dítě tak není v kontaktu s matčinými prsy.

Má-li dítě skutečně hlad, je vhodné zavést stabilní pozdní noční kojení nebo krmení a to v době, která těsně předchází času, ve kterém chodí matka spát. (35)

1.4.5 Usínání a spaní ve vlastní postýlce

Aby dítě usínalo a spalo jen ve své postýlce a nevyžadovalo přesun do postele rodičů, musí i ve své postýlce cítit jistotu a bezpečí. Při této změně by rodiče měli taktéž působit sebejistě a odhodlaně. Dítě by však nemělo takový přesun vnímat jako trest. Je-li to s ohledem na jeho věk možné, je vhodné mu situaci vysvětlit a zdůvodnit. Po noci, strávené ve vlastní postýlce, neuškodí ani pochvala či malá odměna. U velmi malých dětí je možné použít postup popsany dříve jako výuku samostatného usínání. (35)

1.5 Ošetrovatelský proces

1.5.1 Ošetrovatelství a ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ (18, s. 2) Významným charakteristickým rysem ošetrovatelství je tedy individualizovaná péče o klienta. Ošetrovatelství má své vlastní pole působnosti v ústavní, ambulantní i komunitní péči. Ošetrovatelský personál pracuje samostatněji než v minulosti, kdy byla ošetrovatelská péče založená převážně na rutině a zajišťování výkonů. (27, 30)

Aby bylo možno zmíněnou individualizovanou péči poskytovat, stal se základním metodickým postupem práce ošetrovatelského personálu se zdravým i nemocným klientem ošetrovatelský proces. Sestra pracující metodou ošetrovatelského procesu vnímá člověka jako celek, bio-psycho-sociální neboli holistickou bytost. Vnímá každého jedince jako individualitu, která má své vlastnosti, názory, postoje a potřeby. (18, 34)

1.5.2 Potřeby člověka

Teoretickým základem pro aplikaci ošetrovatelského procesu v nemocnici i v domácí péči jsou právě poznatky o lidských potřebách. Potřeba je projevem nedostatku něčeho a startuje v člověku proces motivace. Lidské potřeby nejsou stále stejné, ale během života se mění a vyvíjí. Každý jedinec má vlastní způsob, kterým své potřeby vyjadřuje i uspokojuje.

Dle hierarchické teorie potřeb amerického psychologa Abrahama H. Maslowa můžeme potřeby rozdělit na nižší a vyšší. Do skupiny nižších potřeb řadíme potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí. Do skupiny vyšších potřeb můžeme zařadit potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, kognitivní potřeby, estetické potřeby a potřeby seberealizace. Spánek je jednoznačně základní lidskou potřebou společnou pro všechny lidské bytosti. (viz příloha č. 3) (34)

1.5.3 Charakteristika ošetrovatelského procesu

„Ošetrovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra.“ (27, s. 7) Je to cyklický proces, jehož fáze se neustále opakují a vzájemně prolínají. Skládá se z činností, které mají přinést nemocnému prospěch a možnost jeho aktivního zapojení do individualizované ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces umožňuje sestře, aby samostatně vybrala nejvhodnější způsob péče o klienta a později také zhodnotila, zda dosáhla očekávaného pokroku. Vyžaduje tedy od sestry znalosti, aktivní a tvůrčí přístup, přizpůsobivost a zaujetí. Je obecně použitelný ve všech typech zdravotnické péče pro pacienty všech věkových skupin. (5, 10, 27, 31)

Aby mohl ošetrovatelský proces dobře fungovat, je třeba vést v rámci zdravotnické dokumentace klienta také dokumentaci ošetrovatelskou, kam lze zaznamenat informace o stavu a vývoji potřeb a problémů klienta. Mimo to je třeba zajistit kvalitní a pravidelnou výměnu informací o klientech nejlépe formou krátkých porad ošetrovatelského týmu při předávání služby. Za realizaci ošetrovatelského procesu ve zdravotnickém zařízení odpovídá hlavní sestra. (18, 26)

1.5.4 Stručná historie ošetrovatelského procesu

Samotný termín ošetrovatelský proces byl poprvé použit L. Hallovou v roce 1955. Od té doby popsalo ošetrovatelský proces mnoho sester různými způsoby. V roce 1967 uvedla 5 kroků ošetrovatelského procesu Západní mezinárodní komise pro vyšší vzdělávání (Western Interstate Commission on Higher Education - WICHE). Ve stejném roce Fakulta ošetrovatelství Katolické americké univerzity představila 4 součásti ošetrovatelského procesu. V praxi se ošetrovatelský proces začal používat až v roce 1973, když jej Americká asociace sester (ANA) představila jako „Standard ošetrovatelské praxe“, skládající se z pěti součástí: posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení. Další státy následně začaly těmto pěti aspektům své ošetrovatelské praxe přizpůsobovat. (13, 16)

Pojem ošetrovatelská diagnóza se jako označení problémů a potřeb pacientů začal používat také v 50. a 60. letech 20. stol. V roce 1973 proběhla na půdě Katedry ošetrovatelství Univerzity v St. Louis první národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz. V roce 1982 byla na jedné z mnoha následujících podobných konferencí založena Severoamerická asociace pro ošetrovatelské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA) (13)

V současné době je ošetrovatelský proces součástí koncepce učebních osnov i právní definice ošetrovatelské péče v mnoha státech světa. (5)

1.5.5 Legislativa a ošetrovatelský proces

I v naší legislativě je zakotvena povinnost *všeobecných sester a porodních asistentek* zajišťovat klientům/klientkám základní i specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. *Zdravotnický asistent* pak poskytuje základní i specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu tak, že se podílí na získávání informací potřebných k určení ošetrovatelských diagnóz, plní ošetrovatelský plán a pod odborným dohledem provádí ošetrovatelské výkony. Také *ošetrovatel* se podílí na poskytování základní i specializované ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského procesu, a to zejména v oblastech péče o hygienu, stravování

a vyprazdňování klientů. Dále mají být do ošetřovatelského procesu zapojeni taktéž studenti, připravující se na zdravotnické povolání. (18, 37)

Péči o klienty plánuje ve zdravotnickém zařízení dle místního organizačního systému práce *primární* nebo *skupinová sestra*. V terénu provádí ošetřovatelský proces setra ve spolupráci s lékařem primární péče. (18)

1.5.6 Výhody ošetřovatelského procesu

„pro pacienta:

- kvalitní plánovaná péče pro uspokojení potřeb jednotlivce, rodiny nebo společnosti
- soustavná péče
- účast pacienta na péči

pro sestru:

- důsledné a systematické ošetřovatelské vzdělání
- uspokojení z práce
- odborný růst
- vyhýbání se rozporům se zákonem
- splnění odborných ošetřovatelských norem
- splnění norem akreditovaných nemocnic“ (10, s. 62)

1.5.7 Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces a tedy průběh ošetřovatelské činnosti se skládá z pěti fází:

1. posuzování
2. diagnostika
3. plánování
4. realizace
5. hodnocení

(10) (viz příloha č. 4)

1.5.7.1 Posuzování

Posuzování je prvním velmi důležitým krokem ošetrovatelského procesu. Jeho význam spočívá zejména v tom, že všechny ostatní kroky z něj vycházejí. Je to nepřetržitý proces, který prolíná všechny fáze ošetrovatelského procesu. Posuzování nám umožňuje identifikovat individuální problémy a potřeby klienta a poskytnout mu péči, která je „ušíta na míru“, vede taktéž k vytvoření důvěry a spolupráce mezi sestrou a klientem. (10, 25)

Důležitými zdroji informací jsou: sám nemocný (s ohledem na věk a zdravotní stav), blízké osoby, zdravotničtí pracovníci, zdravotní záznamy (lékařská a ošetrovatelská překladová zpráva, ambulantní karta apod.), spolupacienti, výsledky vyšetření včetně vyšetření s použitím různých měřících technik a testů a literatura (odborná ošetrovatelská literatura, standardy, metodické pokyny, hodnotící škály apod.). Hlavními metodami, které sestra ke shromažďování informací používá jsou pozorování, rozhovor a vyšetření. (10, 24, 25)

1.5.7.2 Diagnostika

Ošetrovatelská diagnostika navazuje na zhodnocení stavu nemocného a úkolem sestry v této fázi je identifikovat potřeby nemocného, které nejsou uspokojeny, a které byly onemocněním vyvolány. Za stanovení ošetrovatelských diagnóz je plně odpovědná sestra. Ošetrovatelská diagnóza by tedy měla zahrnovat pouze takové stavy, které je sestra schopna samostatně řešit. (10)

Definice ošetrovatelské diagnózy vznikla od 50. let celá řada. Dle NANDA „je ošetrovatelská diagnóza klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů pro dosažení výsledků, za které je zodpovědná sestra.“ (13, s. 190)

Ošetrovatelská diagnóza by neměla kopírovat diagnózu lékařskou. Neměla by tedy označovat nemoc nebo poruchu zdraví, tak jako lékařská, ale měla by určovat, do jaké míry nemoc ovlivňuje život člověka, jak mění jeho soběstačnost a jaké další

problémy mu přináší. (25) „Ošetřovatelské diagnózy jsou determinovány individuálními potřebami a problémy jednotlivců, kteří potřebují péči, nikoli stanovenou lékařskou diagnózou. Ošetřovatelský proces je vždy zaměřen více na celostní bytost člověka než na nemoc samotnou.“ (17, s. 13)

Proces stanovení ošetřovatelské diagnózy začíná zpracováním dostupných informací, pokračuje zhodnocením klientových zdravotních problémů, rizik a pozitiv a dokončen je formulací ošetřovatelské diagnózy. Formulované ošetřovatelské diagnózy je možné stanovit jako jednosložkové (vyjadřují pouze problém), dvousložkové (vyjadřují problém a etiologii), avšak nejvýhodnější je používat formulaci tříložkovou, (vyjadřuje problém, etiologii a symptom). Podle počátečních písmen slov problém, etiologie, symptom bývá tříložková ošetřovatelská diagnóza někdy označována zkratkou (PES). (10, 24)

Taxonomii neboli klasifikační systém, který nám ulehčuje práci s ošetřovatelskými diagnózami, a ze kterého mohou čerpat představitelé všech ošetřovatelských specializací, vyvinula NANDA. V tzv. NANDA taxonomii jsou názvy ošetřovatelských diagnóz uspořádány v jednotlivých doménách a jsou doplněny číselným kódem obdobně jako je tomu u diagnóz lékařských. Stanovené ošetřovatelské diagnózy je vhodné na konci diagnostického procesu seřadit podle závažnosti a tedy naléhavosti jejich řešení. (15, 25)

Ošetřovatelské diagnózy mohou vyjadřovat skutečné zdravotní problémy klienta, které již nastaly (aktuální diagnóza), dále zdravotní problémy, které lze očekávat (potenciální diagnóza) nebo se může jednat o diagnózu orientovanou na podporu zdraví (edukační diagnóza). Edukační diagnóza souvisí s potřebou, která je funkční, avšak edukací je možné její funkci ještě zlepšit. (10, 15)

1.5.7.3 Plánování

Plánování je třetí fází ošetřovatelského procesu. Výstupem této fáze by měl být plán intervencí, vycházejících z ošetřovatelských diagnóz, kterými hodlá sestra individuální problémy klienta řešit. Plán ošetřovatelské péče má nabízet komplexní

pohled na individuální péči. Měly by z něj být patrné vazby mezi potřebami klienta, očekávanými výsledky, naplánovanými intervencemi, jejich realizací a hodnocením jejich účinku. Ošetřovatelský plán by měl být srozumitelný pro všechny členy týmu a jeho skladba by měla umožňovat doplňování a provádění změn. Na plánování péče se má podílet sestra, pacient, jeho rodina a další podpůrné osoby či ostatní zdravotničtí pracovníci (10, 25)

Celý proces plánování probíhá v několika etapách. Jejich počet se liší podle úhlu pohledu různých autorů, avšak jejich praktická aplikace je totožná. Prvním úkolem je určit si pořadí priorit, tedy pořadí, ve kterém se mají klientovy problémy řešit. Dalším úkolem sestry je stanovení cílů a výsledných kritérií. Cílem je vyjádřena změna, které chceme dosáhnout. Výsledná kritéria doplňují cíl o specifické, pozorovatelné a měřitelné formulace odezvy klienta na poskytnutou péči. Díky formulaci výsledných kritérií je později možné snadněji rozhodnout, zda bylo cíle dosaženo. Dále následuje naplánování a sepsání ošetřovatelských intervencí a vytvoření plánu ošetřovatelské péče. „Ošetřovatelské zásahy/intervence jsou plánovány proto, aby pomocí nich bylo dosaženo očekávané změny stavu pacienta a představují činnost sester, která musí být provedena.“ (16, s. 131) Ošetřovatelské intervence mají být stanoveny jasně a konkrétně. Jejich formulace má začínat akčním slovesem. Poslední etapou, patřící do fáze plánování je konzultování problémů, cílů a navržených opatření s ostatními členy týmu a dalšími odborníky. (10, 16)

1.5.7.4 Realizace

Realizací je myšleno uplatnění ošetřovatelských strategií v praxi. Provádí ji sestra prostřednictvím nezávislé ošetřovatelské činnosti (činnost, kterou samostatně iniciuje sestra), závislé ošetřovatelské činnosti (činnost, kterou iniciuje lékař nebo je nutná pro dodržení stanovených norem) či součinné ošetřovatelské činnosti (činnost, kterou sestra vykonává ve spolupráci s jinými členy zdravotnického týmu).

Během realizace je třeba znovu opakovaně posuzovat klienta, ověřovat si platnost stanoveného ošetřovatelského plánu, posuzovat klientovu potřebu asistence

a o vykonaných ošetrovateľských činnostiach činiť záznamy do ošetrovateľskej dokumentácie. (10)

1.5.7.5 Hodnocení

Poslední fází ošetrovateľského procesu je hodnocení účinnosti poskytovanej péče. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je hodnocení založeno „na použití specifických kritérií, která umožní určit stupeň dosažení vytyčených cílů. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, kterou můžeme využít k identifikaci dalších potřeb jedince. Týká se výsledků, tj. stavu, kterého dosáhl pacient na základě ošetrovateľských zákroků, stanovených v ošetrovateľských plánech.“ (25, s. 56) Hodnocení účinnosti poskytovanej péče provádí sestra i klient. (25)

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak ovlivňuje přístup rodičů vytváření nesprávných spánkových návyků u dětí v kojeneckém a batolecím věku.
2. Vypracovat ošetrovateľskou diagnózu a plán ošetrovateľské péče, s jejichž pomocí by sestry mohly samostatně řešit problematiku poruch spánku u dětí.

2.2 Výzkumné otázky

1. Mají děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, zajištěn pocit věcné i mezilidské jistoty a pocit bezpečí?
2. Pomáhají rodiče dětem, které problémy se spánkem nemají, a dětem, které problémy se spánkem mají, v nastavení „vnitřních hodin“?
3. Za jakých okolností jsou ukládány ke spánku děti, které se spánkem problémy nemají a děti, které se spánkem problémy mají?
4. Jaké nevhodné usínací návyky se vyskytují u dětí, které problémy se spánkem nemají a u dětí, které problémy se spánkem mají?
5. Spí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, někdy v posteli s rodiči?
6. Jak často se v noci budí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají?
7. Umí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, při nočním probuzení opět samy usnout?
8. Za jakých okolností spí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, během dne?

3. Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

V praktické části této diplomové práce byla použita kvalitativní metoda výzkumu. Data byla získána metodou dotazování. Technikou sběru dat byl standardizovaný rozhovor (viz příloha č. 5) a nestandardizovaný rozhovor. Standardizovaný rozhovor byl zcela anonymní a jeho cílem bylo zjistit rozdíly v přístupu rodičů k vytváření spánkových návyků jejich dětí, které problémy se spánkem nemají, a dětí, které problémy se spánkem mají. Realizace výzkumu touto technikou probíhala v květnu 2008. Standardizovaný rozhovor obsahoval celkem 23 otázek, z toho bylo 18 otázek uzavřených (8 dichotomických a 10 polytomických) a 5 otázek polouzavřených. 4 otázky byly filtrační a tudíž otázky, které na ně navazovaly, byly podotázkami. U 4 otázek bylo možné vybrat více odpovědí. Díky osobnímu kontaktu s respondentkami jsem měla při rozhovorech možnost význam některých otázek podrobněji vysvětlit a také získat pro spolupráci respondentku pro nestandardizovaný rozhovor.

Data získaná ze standardizovaného rozhovoru byla kategorizována a statisticky zpracována s použitím počítačového programu Microsoft Excel 2002. V praktické části této diplomové práce jsou výsledky prezentovány prostřednictvím tabulek. Tabulky znázorňují nejprve absolutní a relativní četnosti zastoupení jednotlivých souborů podle identifikačních údajů respondentek a jejich dětí a následně absolutní a relativní četnosti odpovědí na jednotlivé otázky, odděleně pro každý soubor respondentek. Možné varianty odpovědí, které si nikdo nevybral, nejsou v tabulkách uvedeny. V tabulkách č. 15 a 28 zdánlivě součet relativních hodnot netvoří 100 %. To je však dáno pouze zaokrouhlením, které provedl program. U některých otázek byl vypočítán rovněž Fisherův exaktní test.

Sběr dat technikou nestandardizovaného rozhovoru proběhl ve druhé polovině měsíce července 2008, tedy přibližně s dvouměsíčním odstupem od prvního rozhovoru. Z dat získaných při nestandardizovaném rozhovoru byla následně vytvořena kasuistika.

3.2 *Charakteristika výzkumných souborů*

Výzkum proběhl ve městě Plzeň a přilehlém okolí a ve městě Hořovice a přilehlém okolí. Soubor respondentů mělo tvořit celkem 20 osob, pečujících o kojence nebo batole. Zda se má jednat o matky nebo otce dětí nebylo předem určeno. Nakonec se však výzkumu zúčastnily pouze matky. (viz tabulka č. 2) Respondentky byly pro výzkum vybírány záměrně podle odpovědi na první otázku rozhovoru (Myslíte si, že Vaše dítě má problémy se spánkem?) tak, aby bylo možno vytvořit dva stejně velké soubory, z nichž jeden se skládal z 10 (100 %) matek dětí, které problémy se spánkem nemají, a druhý z 10 (100 %) matek dětí, které problémy se spánkem mají. Jelikož rozhovory byly realizovány během osobního kontaktu s respondentkami a bylo tedy možné jednotlivé otázky doplnit a vysvětlit, nebylo třeba žádný uskutečněný rozhovor ze zpracování vyřadit.

Respondentkou pro nestandardizovaný rozhovor byla 1 z respondentek prvního rozhovoru, patřící do souboru matek dětí, které mají problémy se spánkem. Po prvním rozhovoru se mnou měla zájem o doporučení vhodnějšího přístupu k vytváření správných spánkových návyků u jejího syna. Doporučení vyzkoušela a s přibližně dvouměsíčním odstupem mi během nestandardizovaného rozhovoru poskytla informace o tom, jak se problematická situace se spánkem jejího syna změnila.

4. Výsledky

4.1 Výsledky standardizovaného rozhovoru

Tabulka č. 2 - Pohlaví respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	10	100 %	10	100 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 2 znázorňuje pohlaví respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu. Celkem se výzkumu zúčastnilo 20 respondentů.

Soubor respondentů pečujících o děti, které se spánkem problémy nemají, tvořilo 10 (100 %) žen.

Soubor respondentů, pečujících o děti, které se spánkem problémy mají, tvořilo také 10 (100 %) žen. Výzkumu se tedy zúčastnily výhradně matky posuzovaných dětí.

Tabulka č. 3 – Věk respondentek, které se zúčastnily průzkumu

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
24 – 26 let	4	40 %	3	30 %
27 – 29 let	3	30 %	2	20 %
30 – 32 let	2	20 %	3	30 %
33 – 35 let	1	10 %	2	20 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 3 znázorňuje věk respondentek, které se zúčastnily průzkumu. Respondentky byly dle věku rozřazeny do 4 věkových kategorií.

V souboru matek pečujících o děti, které se spánkem problémy nemají, spadaly z celkového počtu 10 (100 %) respondentek 4 (40 %) do kategorie 24 – 26 let, 3 (30 %) do kategorie 27 – 29 let, 2 (20 %) do kategorie 30 – 32 let a 1 (10 %) respondentka do kategorie 33 – 35 let.

V souboru matek pečujících o děti, které se spánkem problémy mají, spadaly z celkového počtu 10 (100 %) respondentek 3 (30 %) do kategorie 24 – 26 let, 2 (20 %) do kategorie 27 – 29 let, 3 (30 %) do kategorie 30 – 32 let a 2 (20 %) respondentky do kategorie 33 – 35 let.

Tabulka č. 4 – Vzdělání respondentek, které se zúčastnily průzkumu

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Učňovské	-	-	1	10 %
Středoškolské	7	70 %	4	40 %
Vyšší odborné	1	10 %	-	-
Vysokoškolské	2	20 %	5	50 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 4 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek, které se zúčastnily průzkumu.

V souboru matek pečujících o děti, které se spánkem problémy nemají, má z celkového počtu 10 (100 %) matek 7 (70 %) středoškolské vzdělání, 1 (10 %) maminka má vyšší odborné vzdělání a 2 (20 %) maminky dosáhly vysokoškolského vzdělání.

V souboru respondentek pečujících o děti, které se spánkem problémy mají, je z celkového počtu 10 (100 %) matek 1 (10 %) maminka vyučená, 4 (40 %) maminky mají středoškolské vzdělání a 5 (50 %) maminek dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Tabulka č. 5 – Povolání respondentek, které se zúčastnily průzkumu

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní sestra	5	50 %	4	40 %
Zdravotní laborantka	-	-	1	10 %
Ošetřovatelka	1	10 %	-	-
Administrativní pracovnice	2	20 %	2	20 %
Prodavačka	1	10 %	1	10 %
Právnička	-	-	1	10 %
Učitelka	-	-	1	10 %
Obchodní zástupkyně	1	10 %	-	-
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 5 znázorňuje povolání respondentek, které se zúčastnily průzkumu.

V souboru matek pečujících o děti, které se spánkem problémy nemají, je z celkového počtu 10 (100 %) respondentek 5 (50 %) zdravotních sester, 1 (10 %) ošetřovatelka, 2 (20 %) administrativní pracovnice, 1 (10 %) prodavačka a 1 (10 %) obchodní zástupkyně.

V souboru matek pečujících o děti, které se spánkem problémy mají, jsou z celkového počtu 10 (100 %) respondentek 4 (40 %) zdravotní sestry, 1 (10 %) zdravotní laborantka, 2 (20 %) administrativní pracovnice, 1 (10 %) prodavačka, 1 (10 %) právnička a 1 (10 %) učitelka.

Tabulka č. 6 – Pohlaví posuzovaných dětí

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Děvče	7	70 %	4	40 %
Chlapec	3	30 %	6	60 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 6 znázorňuje pohlaví posuzovaných dětí.

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, je z celkového počtu 10 (100 %) dětí 7 (70 %) děvčat a 3 (30 %) chlapci.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, jsou z celkového počtu 10 (100 %) dětí 4 (40 %) děvčata a 6 (60 %) chlapců.

Fisherův exaktní test je NS.

Tabulka č. 7 – Věk posuzovaných dětí

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
4 – 8 měsíců	3	30 %	1	10 %
9 – 13 měsíců	3	30 %	5	50 %
14 – 18 měsíců	2	20 %	3	30 %
19 – 24 měsíců	2	20 %	1	10 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 7 znázorňuje věk posuzovaných dětí. Děti byly dle věku rozřazeny do 4 věkových kategorií.

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, spadají z celkového počtu 10 (100 %) dětí 3 (30 %) děti do kategorie 4 – 8 měsíců, 3 (30 %) děti do kategorie 9 – 13 měsíců, 2 (20 %) děti do kategorie 14 – 18 měsíců a 2 (20 %) děti do kategorie 19 – 24 měsíců.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, spadá z celkového počtu 10 (100 %) dětí 1 (10 %) dítě do kategorie 4 – 8 měsíců, 5 (50 %) dětí do kategorie 9 – 13 měsíců, 3 (30 %) děti do kategorie 14 – 18 měsíců a 1 (10 %) dítě do kategorie 19 – 24 měsíců.

Tabulka č. 8 – Problémy se spánkem

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	-	-	10	100 %
Ne	10	100 %	-	-
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 8 znázorňuje odpovědi na první otázku: Myslíte si, že má Vaše dítě problémy se spánkem? Dle odpovědí na tuto otázku byly děti rozřazovány do souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, nebo do souboru dětí, které se spánkem problémy mají. Respondentky, které se výzkumu zúčastnily, byly dle odpovědi na tuto otázku záměrně vybrány tak, aby v souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, i v souboru dětí, které se spánkem problémy mají, byl shodný počet 10 (100 %) respondentů.

Tabulka č. 9 – Prostředí, ve kterém dítě spí

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dětská postýlka	9	90 %	10	100 %
Postel rodičů	1	10 %	-	-
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 9 znázorňuje odpovědi na druhou otázku: V jakém prostředí spí Vaše dítě?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, spí z celkového počtu 10 (100 %) dětí 9 (90 %) dětí v dětské postýlce a 1 (10 %) dítě v manželské posteli rodičů.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, spí všech 10 (100 %) dětí v dětské postýlce.

Tabulka č. 10 – Pravidelnost v ukládání dětí ke spánku

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	80 %	8	80 %
Ne	2	20 %	2	20 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 10 znázorňuje odpovědi na třetí otázku: Ukládáte dítě ke spánku každý večer ve stejnou dobu?

V obou souborech je z celkového počtu 10 (100 %) dětí 8 (80 %) dětí ukládáno ke spánku každý večer ve stejnou dobu a 2 (20 %) děti ne.

Tabulka č. 11 – Čas ukládání dítěte k nočnímu spánku

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
19 hod.	5	62,50 %	4	50 %
20 hod.	3	37,50 %	4	50 %
Celkem	8	100 %	8	100 %

Tabulka č. 11 znázorňuje odpověď na čtvrtou otázku (podotázka otázky č. 3):
V kolik hodin ukládáte večer dítě ke spánku?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, je z celkového počtu 8 (100 %) dětí, které jsou ke spánku ukládány každý večer ve stejnou dobu, 5 (62,5 %) dětí ukládáno v 19 hod. a 3 (37,5 %) děti jsou ukládány ve 20 hod.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, jsou z celkového počtu 8 (100 %) dětí, které jsou ke spánku ukládány každý večer ve stejnou dobu, 4 (50 %) děti ukládány v 19 hod. a 4 (50 %) děti ve 20 hod.

Tabulka č. 12 – Průběh ukládání dětí ke spánku

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
koupání, krmení, položení do postýlky, mazlení se s dítětem, povídání si s dítětem	4	40 %	1	10 %
koupání, krmení, položení do postýlky, povídání si s dítětem	2	20 %	-	-
koupání, krmení, čtení pohádky	1	10 %	-	-
koupání, krmení, mazlení se s dítětem, zapnutí TV, povídání si s dítětem, prohlížení si knížky	1	10 %	-	-
koupání, položení do postýlky, mazlení se s dítětem	1	10 %	-	-
koupání, krmení, povídání si s dítětem	1	10 %	-	-
koupání, krmení, zpívání	-	-	1	10 %
koupání, krmení, zpívání, položení do postýlky, mazlení se s dítětem, čtení pohádky	-	-	1	10 %
koupání, krmení, zpívání, položení do postýlky, mazlení se s dítětem	-	-	2	20 %

koupání, krmení, zpívání, položení do postýlky	-	-	2	20 %
koupání, krmení, zpívání, mazlení se s dítětem, povídání si s dítětem	-	-	1	10 %
koupání, krmení, položení do postýlky, mazlení se s dítětem	-	-	1	10 %
koupání, krmení, položení do postýlky, povídání si s dítětem, zpívání	-	-	1	10 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 12 znázorňuje odpovědi na pátou otázku: Jak probíhá ukládání Vašeho dítěte ke spánku? U této otázky respondentky uváděly všechny činnosti, které při ukládání dítěte ke spánku dělají. V tabulce jsou tedy uvedeny všechny kombinace činností, které se v odpovědích vyskytly.

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, probíhá ukládání dětí ke spánku z celkového počtu 10 (100 %) dětí u 4 (40 %) dětí kombinací činností (koupání, krmení, položení do postýlky, mazlení se s dítětem, povídání si s dítětem), u 2 (20 %) dětí kombinací činností (koupání, krmení, položení do postýlky, povídání si s dítětem), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, čtení pohádky), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, mazlení se s dítětem, zapnutí TV, povídání si s dítětem, prohlížení si knížky), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, položení do postýlky, mazlení se s dítětem) a u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, povídání si s dítětem).

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, probíhá ukládání dětí ke spánku z celkového počtu 10 (100 %) dětí u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, položení do postýlky, mazlení se s dítětem, povídání si s dítětem), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, zpívání), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, zpívání, položení do postýlky, mazlení

se s dítětem, čtení pohádky), u 2 (20 %) dětí kombinací činností (koupání, krmení, zpívání, položení do postýlky, mazlení se s dítětem), u 2 (20 %) dětí kombinací činností (koupání, krmení, zpívání, položení do postýlky), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, zpívání, mazlení se s dítětem, povídání si s dítětem), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, položení do postýlky, mazlení se s dítětem) a u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (koupání, krmení, položení do postýlky, povídání si s dítětem, zpívání).

Tabulka č. 13 – Dodržování shodných podmínek při ukládání dítěte

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	80 %	8	80 %
Ne	2	20 %	2	20 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 13 znázorňuje odpovědi na šestou otázku: Má Vaše dítě při ukládání ke spánku každý večer stejné podmínky (stejná osoba/y, stejné místo, stejný čas, stejný postup)?

V obou souborech má z celkového počtu 10 (100 %) dětí 8 (80 %) dětí při ukládání ke spánku každý večer stejné podmínky a 2 (20 %) děti stejné podmínky nemají.

Tabulka č. 14 – Potřeby dětí při usínání

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Usíná samo	4	40 %	2	20 %
Vyžaduje přítomnost rodičů	3	30 %	1	10 %
Vyžaduje pomoc rodičů	3	30 %	7	70 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 14 znázorňuje odpovědi na sedmou otázku: Umí dítě usnout večer samo, bez Vaší přítomnosti a pomoci?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, usínají z celkového počtu 10 (100 %) dětí 4 (40 %) děti samostatně, 3 (30 %) děti vyžadují přítomnost rodičů a 3 (30 %) děti vyžadují pomoc rodičů.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, usínají z celkového počtu 10 (100 %) dětí 2 (20 %) děti samostatně, 1 (10 %) dítě vyžaduje přítomnost rodičů a 7 (70 %) dětí vyžaduje pomoc rodičů.

Fisherův exaktní test je NS.

Tabulka č. 15 – Druhy pomoci poskytované dětem při usínání

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Chování	2	66,67 %	1	14,29 %
Hlazení	1	33,33 %	1	14,29 %
Držení za ruku	-	-	4	57,14 %
Chování a usínání u prsu	-	-	1	14,29 %
Celkem	3	100 %	7	100 %

Tabulka č. 15 znázorňuje odpovědi na osmou otázku (podotázka otázky č. 7):
Jakou pomoc při usínání dítě vyžaduje?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, vyžadují z celkového počtu 3 (100 %) dětí 2 (66,67 %) děti chování a 1 (10 %) dítě hlazení.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, vyžaduje z celkového počtu 7 (100 %) dětí 1 (14,29 %) dítě chování, 1 (14,29 %) dítě hlazení, 4 (40 %) děti držení za ruku a 1 (14,29 %) dítě chování a usínání u prsu.

Tabulka č. 16 – Spaní dětí v posteli rodičů

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	40 %	8	80 %
Ne	6	60 %	2	20 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 16 znázorňuje odpovědi na devátou otázku: Spí s Vámi někdy dítě ve Vaší posteli?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, spí z celkového počtu 10 (100 %) dětí 4 (40 %) děti někdy s rodiči v manželské posteli a 6 (60 %) dětí ne.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, spí z celkového počtu 10 (100 %) dětí 8 (80 %) dětí někdy s rodiči v manželské posteli a 2 (20 %) děti ne.

Fisherův exaktní test je NS.

Tabulka č. 17 – Předměty v postýlce při usínání

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dudlík	2	20 %	3	30 %
Hračka	2	20 %	2	20 %
Žádný předmět	-	-	1	10 %
Dudlík a hračka	4	40 %	4	40 %
Dudlík a láhev	1	10 %	-	-
Dudlík, hračka a láhev	1	10 %	-	-
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 17 znázorňuje odpovědi na desátou otázku: Jaké předměty má dítě při usínání v postýlce?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, mají z celkového počtu 10 (100 %) dětí 2 (20 %) děti v dětské postýlce dudlík, 2 (20 %) děti hračku, 4 (40 %) děti dudlík a hračku, 1 (10 %) dítě dudlík a láhev a 1 (10 %) dítě dudlík, hračku i láhev.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, mají z celkového počtu 10 (100 %) dětí 3 (30 %) děti v dětské postýlce dudlík, 2 (20 %) děti hračku, 1 (10 %) dítě nemá žádný předmět a 4 (40 %) děti mají dudlík i hračku.

Tabulka č. 18 – Četnost kontrol dítěte rodiči během spánku

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1x za hod.	6	60 %	4	40 %
vícekrát za hod.	-	-	2	20 %
nechodím ho kontrolovat	4	40 %	4	40 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 14 znázorňuje odpovědi na jedenáctou otázku: Jak často chodíte dítě kontrolovat, když klidně spí?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, chodí respondentky kontrolovat z celkového počtu 10 (100 %) dětí 6 (60 %) dětí 1x za hodinu a 4 (40 %) děti kontrolovat nechodí.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, chodí respondentky kontrolovat z celkového počtu 10 (100 %) dětí 4 (40 %) děti 1x za hodinu, 2 (20 %) děti vícekrát za hodinu a 4 (40 %) děti kontrolovat nechodí.

Tabulka č. 19 – Četnost nočních probuzení dětí

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Většinou se neprobudí, výjimečně 1x	7	70 %	-	-
2x - 3x	3	30 %	4	40 %
4x - 6x	-	-	5	50 %
7 a vícekrát	-	-	1	10 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 19 znázorňuje odpovědi na dvanáctou otázku: Jak často se dítě v noci probudí?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, se z celkového počtu 10 (100 %) dětí 7 (70 %) dětí většinou neprobudí, výjimečně 1x a 3 (30 %) děti se probudí 2x – 3x.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, se z celkového počtu 10 (100 %) dětí 4 (40 %) děti probudí 2x – 3x, 5 (50 %) dětí se probudí 4x – 6x a 1 (10 %) dítě se probudí 7 a vícekrát.

Fisherův exaktní test je NS.

Tabulka č. 20 – Reakce rodičů na noční probuzení dětí

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ujistím ho, že jsem na blízku, ale nevyndávám ho z postýlky	6	60 %	-	-
Vyndám ho z postýlky a chovám ho dokud neusne	1	10 %	-	-
Kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky	3	30 %	-	-
Nechám ho usnout u prsu	-	-	1	10 %
Nechám ho usnout v manželské posteli	-	-	1	10 %
Vyndám ho z postýlky a chovám ho dokud neusne, kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky	-	-	1	10 %
Ujistím ho, že jsem na blízku, ale nevyndávám ho z postýlky, poskytnu mu stejnou pomoc jako při večerním usínání	-	-	1	10 %
Kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky, nechám ho usnout u prsu	-	-	1	10 %
Ujistím ho, že jsem na blízku, ale nevyndávám ho z postýlky, kojím/nakrmím ho a uložím zpět	-	-	2	20 %

do postýlky				
Vyndám ho z postýlky a chovám ho dokud neusne, kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky, nechám ho usnout u prsu	-	-	1	10 %
Kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky, poskytnu mu stejnou pomoc jako při večerním usínání	-	-	2	20 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 20 znázorňuje odpovědi na třináctou otázku: Jak reagujete, když se Vaše dítě probudí? U této otázky respondentky uváděly všechny činnosti, které při nočním probuzení dítěte dělají. V tabulce jsou tedy uvedeny všechny kombinace činností, které se v odpovědích vyskytly.

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, probíhá reakce respondentek na noční probuzení dětí u 6 (60 %) dětí činností (ujistím ho, že jsem na blízku, ale nevyndávám ho z postýlky), u 1 (10 %) dítěte činností (vyndám ho z postýlky a chovám ho dokud neusne) a u 3 (30 %) dětí činností (kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky). Celkový počet dětí v této skupině je 10 (100 %).

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, probíhá reakce respondentek na noční probuzení dětí u 1 (10 %) dítěte činností (nechám ho usnout u prsu), u 1 (10 %) dítěte činností (nechám ho usnout v manželské posteli), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (vyndám ho z postýlky a chovám ho dokud neusne, kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (ujistím ho, že jsem na blízku, ale nevyndávám ho z postýlky, poskytnu mu stejnou pomoc jako při večerním usínání), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky, nechám ho usnout u prsu), u 2 (20 %) dětí kombinací činností (ujistím ho, že jsem na blízku, ale nevyndávám ho z postýlky, kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky), u 1 (10 %) dítěte kombinací činností (vyndám ho z postýlky a chovám ho dokud neusne, kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky,

nechám ho usnout u prsu) a u 2 (20 %) dětí kombinací činností (kojím/nakrmím ho a uložím zpět do postýlky, poskytnu mu stejnou pomoc jako při večerním usínání). Celkový počet dětí v souboru dětí, které se spánkem problémy mají, je 10 (100 %).

Tabulka č. 21 – Četnost nočního kojení/krmení

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
V noci nekojím/nekrmím	7	70 %	2	20 %
1x - 2x	3	30 %	4	40 %
3x - 4x	-	-	3	30 %
4 a vícekrát	-	-	1	10 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 21 znázorňuje odpovědi na čtrnáctou otázku: Jak často dítě v noci kojíte/krmíte?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, není v noci z celkového počtu 10 (100 %) dětí 7 (70 %) dětí kojeno vůbec a 3 (30 %) děti jsou kojeny 1x – 2x.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, nejsou v noci z celkového počtu 10 (100 %) dětí 2 (20 %) děti kojeny vůbec, 4 (40 %) děti 1x – 2x, 3 (30 %) děti 3x – 4x a 1 (10 %) dítě 4 a vícekrát.

Fisherův exaktní test je NS.

Tabulka č. 22 – Množství požití stravy v noci v porovnání s množstvím požití stravy ve dne

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Menší množství	1	33,33 %	5	62,50 %
Stejně množství	2	66,67 %	3	37,50 %
Celkem	3	100 %	8	100 %

Tabulka č. 22 znázorňuje odpovědi na patnáctou otázku (podotázka otázky č. 14): Když ho v noci kojíte/krmíte, jaké množství vypije v porovnání s kojením/krmením během dne?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, vypije z celkového počtu 3 (100 %) dětí 1 (33,33 %) dítě menší množství mléka než během dne a 2 (66,67 %) děti vypijí stejné množství mléka jako během dne.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, vypije z celkového počtu 8 (100 %) dětí 5 (62,5 %) dětí menší množství mléka než během dne a 3 (37,5 %) děti vypijí stejné množství mléka jako během dne.

Tabulka č. 23 – Posouzení rodičů, zda má jejich dítě v noci skutečně hlad

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	100 %	4	50 %
Ne	-	-	4	50 %
Celkem	3	100 %	8	100 %

Tabulka č. 23 znázorňuje odpovědi na šestnáctou otázku (podotázka otázky č. 14): Máte pocit, že má dítě v noci skutečně hlad?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, mají dle matek z celkového počtu 3 (100 %) dětí všechny 3 (100 %) děti v noci skutečně hlad.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, mají dle matek z celkového počtu 8 (100 %) dětí 4 (50 %) děti v noci skutečně hlad a 4 (50 %) děti v noci ve skutečnosti hlad nemají.

Tabulka č. 24 – Schopnost dětí při nočním probuzení opět samostatně usnout

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	90 %	1	10 %
Ne	1	10 %	9	90 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 24 znázorňuje odpovědi na sedmnáctou otázku: Umí při nočním probuzení dítě opět samo usnout?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, umí z celkového počtu 10 (100 %) dětí 9 (90 %) dětí opět samo usnout a 1 (10 %) dítě samo usnout neumí.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, umí z celkového počtu 10 (100 %) dětí 1 (10 %) dítě opět samo usnout a 9 (90 %) dětí znovu samo usnout neumí.

Fisherův exaktní test: $p = 0,001$ ***

Tabulka č. 25 – Četnost spánku dětí během dne

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Během dne nespí	-	-	1	10 %
1x	4	40 %	3	30 %
2x	6	60 %	4	40 %
3 a vícekrát	-	-	2	20 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 25 znázorňuje odpovědi na osmnáctou otázku: Kolikrát spí dítě během dne?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, spí z celkového počtu 10 (100 %) dětí 4 (40 %) děti 1x a 6 (60 %) dětí 2x.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, nespí z celkového počtu 10 (100 %) dětí během dne vůbec 1 (10 %) dítě, 3 (30 %) děti spí během dne 1x, 4 (40 %) děti 2x a 2 (20 %) děti 3 a vícekrát.

Tabulka č. 26 – Počet hodin, prospaných dětmi během dne

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - 3 hod.	8	80 %	7	77,78 %
4 - 6 hod.	2	20 %	2	22,22 %
Celkem	10	100 %	9	100 %

Tabulka č. 26 znázorňuje odpovědi na devatenáctou otázku (podotázka otázky č. 18): Kolik hodin prospí dítě během dne?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, prospí z celkového počtu 10 (100 %) dětí 8 (80 %) dětí 1 – 3 hod. a 2 (20 %) děti 4 – 6 hod.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, prospí z celkového počtu 9 (100 %) dětí 7 (77,78 %) dětí 1 – 3 hod. a 2 (20 %) děti 4 – 6 hod.

Tabulka č. 27 – Uspávání dětí během dne

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stejně jako večer	3	30 %	3	33,33 %
Odlišně	7	70 %	6	66,67 %
Celkem	10	100 %	9	100 %

Tabulka č. 27 znázorňuje odpovědi na dvacátou otázku (podotázka otázky č. 18):
Jak probíhá uspávání dítěte během dne?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, jsou z celkového počtu 10 (100 %) dětí 3 (30 %) děti uspávány stejně jako večer a 7 (70 %) dětí je uspáváno odlišně.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, jsou z celkového počtu 9 (100 %) dětí 3 (33,33 %) děti uspávány stejně jako večer a 6 (66,67 %) dětí je uspáváno odlišně.

Tabulka č. 28 – Délka bdění dětí mezi odpoledním a večerním spánkem

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 - 2 hod.	-	-	1	11,11 %
3 - 4 hod.	4	40 %	4	44,44 %
5 a více hod.	6	60 %	4	44,44 %
Celkem	10	100 %	9	100 %

Tabulka č. 28 znázorňuje odpovědi na jednadvacátou otázku (podotázka otázky č. 18): Kolik hodin je dítě vzhůru mezi odpoledním a večerním spánkem?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, jsou z celkového počtu 10 (100 %) dětí 4 (40 %) děti vzhůru 3 – 4 hod. před večerním spánkem a 6 (60 %) dětí je vzhůru 5 a více hod. před večerním spánkem.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, je z celkového počtu 9 (100 %) dětí 1 (11,11 %) dítě vzhůru 1 – 2 hod. před večerním spánkem, 4 (44,44 %) děti jsou vzhůru 3 – 4 hod. a 4 (44,44 %) děti jsou vzhůru 5 a více hod. před večerním spánkem.

Tabulka č. 29 – Pobyt dětí během dne v dětské postýlce v době kdy nespí

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	-	-	1	10 %
Ne	10	100 %	9	90 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 29 znázorňuje odpovědi na dvaadvacátou otázku: Necháváte přes den dítě v postýlce, i když nespí?

V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, odpovědělo všech 10 (100 %) respondentek, že nenechávají své dítě přes den v postýlce, když nespí.

V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, je z celkového počtu 10 (100 %) dětí 1 (10 %) dítě ponecháváno matkou v postýlce, i když nespí. 9 (90 %) dětí není ponecháváno v postýlce, když nespí.

Fisherův exaktní test je NS.

Tabulka č. 30 – Pocit jistoty respondentů při péči o dítě

	Děti, které se spánkem problémy nemají		Děti, které se spánkem problémy mají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cítím se jistě	7	70 %	5	50 %
Cítím se spíše jistě	3	30 %	5	50 %
Celkem	10	100 %	10	100 %

Tabulka č. 30 znázorňuje odpovědi na třináctou otázku: Jak jistě se cítíte při péči o dítě?

V souboru respondentek pečujících o děti, které se spánkem problémy nemají, se z celkového počtu 10 (100 %) respondentek 7 (70 %) respondentek cítí při péči o dítě jistě a 3 (30 %) respondentky se cítí spíše jistě.

V souboru respondentek pečujících o děti, které se spánkem problémy mají, se z celkového počtu 10 (100 %) respondentek 5 (50 %) respondentek cítí při péči o dítě jistě a 5 (50 %) respondentek se cítí spíše jistě.

Fisherův exaktní test je NS.

4.2 *Kasuistika č. 1*

Cyril, 12 měsíců

Cyril se od narození v noci velmi často budil. Rodiče očekávali, že se sám naučí rozeznávat den a noc po šestinedělí. Situace se však sama nezměnila ani ve třech měsících, ani v šesti, ani v osmi měsících.

Chlapec byl večer ukládán ke spánku přibližně v 19 hodin. Ani v deseti měsících neuměl sám usnout. Matka ho uspávala nejčastěji chováním a opětovným příkládáním k prsu. Chlapec téměř nikdy neusínal ve své postýlce. Nejčastěji usínal v náručí matky nebo přímo u prsu. Když ho matka uložila do postýlky, začal křičet a vydržel to i déle než hodinu, dokud ho jeden z rodičů z postýlky opět nevyndal. Když se povedlo Cyrila uspat a uložit spícího do postýlky, vydržel spát 2 – 3 hodiny, poté se poprvé probudil. Od té doby se budil téměř každou hodinu, celkem přibližně 6x za noc, a vyžadoval obdobnou pomoc při usínání jako večer. Matka Cyrila pokaždé vyndala z postýlky a kojila ho, přestože si dítě často jen několikrát „cuclo“ a matka tušila, že asi nemá hlad. Snažila se ho u prsu rychle uspat. Někdy se jí to povedlo, jindy ho musela dlouho chovat, aby usnul. Občas se stalo, že při kojení usnula matka, a tak Cyril zůstal v posteli rodičů, kde nejen spal, ale často jí během noci také různě prolézal. Ve dne usínal Cyril bez problémů, avšak spal pouze asi 30 minut dopoledne a 30 minut odpoledne. Ke spánku nebyl během dne ukládán pravidelně vždy ve stejnou dobu. Mezi odpoledním a večerním spánkem měl tedy různě dlouhé intervaly bdělosti, nejčastěji přibližně 2 – 3 hodiny. Matka byla z těchto dlouhotrvajících problémů se spánkem jejího syna velmi unavená a frustrovaná.

V té době, tedy když bylo Cyrilovi 10 měsíců, jsem kontaktovala jeho matku. Ta se stala jednou z respondentek, se kterými jsem dělala rozhovor, týkající se spánku jejich dětí. Po našem rozhovoru se chlapcova matka rozhodla zkusit zavést doma opatření, která jsem jí doporučila pro odstranění nevhodných spacích návyků jejího syna. Zavedla tedy pravidelný denní režim, během kterého se stejné činnosti opakovaly pravidelně ve stejnou dobu každý den. Den se tak stal pro Cyrila předvídatelnějším. Dále zavedla a dodržuje pravidelný večerní rituál, skládající se z krmení, koupání,

uložení dítěte do postýlky s oblíbeným „spacím medvídkem“, zazpívání písničky, políbení dítěte na dobrou noc a odchodu z místnosti. Noční kojení matka zredukovala z počtu 4 a více na 2. Přestala také Cyrila brát do manželské postele a postupně ho naučila usínat v jeho postýlce. Denní spánek matka přeorganizovala ze 2 krátkých na jeden delší - odpolední.

V současné době (po 2 měsících) je tedy chlapec ukládán ke spánku pravidelně v 19 hodin. Když ho matka po večerním rituálu uloží do postýlky, je prý klidný, ospalý a v rozmezí 5 – 30 minut od položení do postýlky sám bez problémů usíná. Dvakrát za noc ho matka kojí. Poprvé přibližně ve 22.30 hodin, podruhé v 5.00 hodin. Kromě probuzení na kojení se v noci vzbudí ještě asi 2x, postaví se, několik minut pláče a poté si sám opět lehne a usne. Ráno vstává Cyril v 6.30 hodin a znovu usíná až po obědě, přibližně ve 12.00 hodin. Obvykle odpoledne vydrží spát i déle než 2 hodiny.

Matka se v současné době cítí mnohem lépe. Přesto, že při odnaučování syna nevhodným spacím návykům musí překonávat nesouhlas otce, který ji obviňuje, že syna trápí hlady, když ho v noci nekojí tak často jako dřív, je matka odhodlaná ve svém snažení pokračovat a v nejbližší době vynechat ještě jedno noční kojení.

4.3 Ošetrovatelská diagnóza

Nedodržení zdravých (správných) spánkových návyků - 00079

Související faktory:

- nevhodný přístup rodičů k péči o dítě

Charakteristické projevy:

- Dítě:
 - je po uložení do postýlky neklidné, nechce usnout, pláče, sedá si, stoupá si, někdy i za přítomnosti rodičů, ale především bez ní
 - vyžaduje při usínání dlouhodobou přítomnost nebo pomoc rodičů
 - se nedovede uklidnit a vyhledává mnoho různých aktivit, které nesouvisí se spánkem (včetně opakovaného přísunu stravy kojením nebo krmením láhví), aby spánek oddálilo
 - se během noci opakovaně budí, pláče, vyžaduje obdobnou pomoc jako večer
 - používá stravu „jako drogu“
 - zdánlivě nepotřebuje spát, v noci se probudí, i několik hodin si hraje a nejeví známky únavy
 - spí pouze v posteli rodičů, je-li po usnutí přeneseno do vlastní postýlky, při nočním probuzení vyžaduje opět přesun do postele rodičů

Plán ošetrovatelské péče

Cíl:

- Dítě samostatně usíná a spí klidně celou noc.

Výsledná kritéria:

- Dítě:
 - je po uložení do postýlky klidné, nepláče, zůstane ležet
 - přibližně do 30-ti minut od uložení do postýlky usíná
 - usíná samostatně bez přítomnosti a pomoci rodičů

- během noci prospí 11 hodin bez přerušení (dítě starší šesti měsíců)
- se během noci vzbudí pouze když má skutečně hlad, má zlé sny nebo nesnáší mokré pleny
- při nočním probuzení (po kojení/krmení, přebalení, apod.) znovu samostatně usne
- neprojevuje známky únavy

Ošetřovatelské intervence

- Pátřej po příčině narušeného spánku u dítěte!
- Zjisti, jaké názory a zvyklosti v oblasti péče o dítě jsou v rodině preferovány!
- Zjisti, jaká je úroveň vědomostí o problematice spánku u dětí v rodině!
- Zjisti, v jakém prostředí dítě žije, zda má rodina k dispozici dostatečné prostorové a materiální vybavení, aby mohla nové poznatky zrealizovat!
- Zjisti, kolik času tráví rodiče (popř. jiné osoby pečující o dítě) s dítětem a zda je organizačně možné nové poznatky v rodině aplikovat!
- Zjisti, zda je alespoň některá z osob pečujících o dítě schopna nové informace správně pochopit a využít!
- Zjisti, jak velká je motivace rodiny ke změně!
- Dle získaných informací si stanov konkrétní cíle a priority edukace!
- Vytvoř si edukační plán!
- Vyčleň si pro edukaci osob pečujících o dítě dostatek času a zajisti klidné místo!
- Motivuj osoby pečující o dítě ke změně jeho spánkových návyků!
- Dodej jim připravené edukační materiály nebo doporuč vhodnou odbornou literaturu!
- Edukuj rodiče (popř. jiné osoby pečující o dítě)!
 - Vysvětli rodičům význam dodržování pravidelného denního režimu včetně pravidelného režimu krmení!
 - Seznam je s možností zavést stabilní čas pozdního nočního krmení přibližně mezi 22 – 24 hodinou, má-li dítě v noci hlad!

- Doporuč, aby si rodiče během dne udělali čas na hraní s dítětem, neboť dítěti dává čas strávený s nimi pocit větší jistoty a bezpečí!
- Vysvětli, že časté změny názorů a postupů, používaných při péči o dítě, mohou snižovat jeho pocit jistoty a bezpečí.
- Informuj rodiče o vhodnosti zavedení (u dítěte staršího šesti měsíců) takového denního režimu, aby bylo před každým spánkem alespoň čtyři až pět hodin vzhůru!
- Vysvětli rodičům, že postýlku by dítě mělo vnímat jako místo ke spaní, proto není vhodné ji během dne využívat ke hře!
- Zdůrazni význam dodržování pravidelného večerního rituálu (např. příprava oblečení a pomůcek určených pro spaní, krmení, koupání, obléknutí pyžamka, vyčištění zoubků, uložení dítěte do postýlky s oblíbenou hračkou nebo dudlíkem)!
- Doporuč provádění večerního rituálu bez stresu, klidně, avšak s odhodláním!
- Doporuč vhodné aktivity pro krátké společné chvíle rodičů s dětmi před spaním (zpívání, vypravování, prohlížení obrázkových knížek atd.)!
- Zdůrazni však nutnost pevně si stanovit mantinely pro večerní rituál a znatelně jej ukončit!
- Doporuč rodičům vhodnost ukládání dítěte do postýlky dokud je ještě bdělé, ospalé, nemělo by však být přetažené!
- Zdůrazni, že je třeba se před ukládáním dítěte ke spánku přesvědčit, zda je zdravé, nemá hlad nebo mokré pleny!
- Doporuč rodičům, aby ponechali otevřené dveře do místnosti, kde dítě usíná!
- Doporuč možnost tlumení křiku dítěte klidným mluvením, hračkou nebo dudlíkem!
- Vysvětli rodičům, že přílišná manipulace s „křičícím dítětem“ k jeho uklidnění obvykle nepomůže!
- Zdůrazni význam klidného hlasu a hlazení „křičícího dítěte“!
- Doporuč rodičům také možnost uklidnit dítě mladší šesti týdnů jeho pevnějším zabalením do pleny nebo ručníku!

- Zdůrazni možnost uklidnit dítě také vhodnou polohou – tzv. „klubíčko“!
 - Doporuč rodičům, aby plačící dítě chodili v pozvolna se prodlužujících několikaminutových intervalech kontrolovat, ujistit, že jsou nablízku a že je vše v pořádku, avšak aby dítě nevyndávali z postýlky!
 - Vysvětli, že není vhodné dítěti vyhovět, pokud je u něj vyžadování matčina prsu nebo láhve „drogovou závislostí“ a ne projevem hladu! V takovém případě doporuč, aby se prozatím o dítě v noci staral místo matky otec!
 - Vysvětli, že pro odnaučení „drogové závislosti“ na matčině prsu je třeba postupně prodlužovat intervaly mezi jednotlivými jídly a snižovat dávky!
 - Doporuč rodičům, aby naučili dítě oddělovat jídlo od spánku. (Mezi jídlem a spánkem by měla být minimálně půlhodinová prodleva.)
 - Vysvětli význam používání minimálního množství světla a tlumení hluku během nočního kojení/krmení!
 - Doporuč omezení noční manipulace s dítětem pouze na nevyhnutelné situace a vysvětli důvody nevhodnosti podporování dítěte v noční hře!
 - Vysvětli rodičům, že také příliš časté noční kontroly dítěte mohou jeho spánek narušovat!
 - Doporuč rodičům, aby nespěchali k dítěti ihned potom, co začne plakat, ale vyčkali několik minut, jestli se dítě neuklidní samo!
 - Zdůrazni význam trpělivosti a důslednosti rodičů pro úspěšné odstranění nevhodných spánkových návyků u dětí!
- Průběžně si ověřuj, zda rodiče novým informacím porozuměli!
 - Nejdůležitější informace opakuj!
 - Trvale podporuj rodiče ve snaze o změnu spánkových návyků dítěte!
 - Poskytni rodičům kontakt, kde mohou v případě potřeby nalézt pomoc!
 - Domluv si s rodiči termín společného zhodnocení výsledků edukace!
 - Za každý úspěch rodiče i dítě pochval!

Hodnocení

Ke zhodnocení úspěšnosti použitých ošetrovatelských intervencí mohou sestře posloužit následující otázky:

- Je dítě po uložení do postýlky klidné, nepláče, zůstane ležet?
- Usíná přibližně do 30-ti minut od uložení do postýlky?
- Usíná samostatně bez přítomnosti a pomoci rodičů?
- Prospí během noci 11 hodin bez přerušení (dítě starší šesti měsíců)?
- Vzbudí se během noci pouze když má skutečně hlad, zlé sny nebo mokré pleny?
- Umí při nočním probuzení (po kojení/krmení, přebalení, apod.) znovu samostatně usnout?
- Projevuje známky únavy?

Je-li odpověď na některou otázku (s výjimkou poslední) negativní, je třeba začít ošetrovatelský proces znovu od začátku.

5. Diskuse

Problematika poruch spánku u kojenců a batolat se stává důležitým společným tématem a oblastí zájmu mnoha rodičů i mnoha zdravotnických pracovníků, zabývajících se péčí o klienty dětského věku. Počet dětí, které mají se spánkem dlouhodobé problémy, totiž značně stoupl. Potíže s usínáním, časté noční probouzení dětí a další obdobné problémy negativně ovlivňují nejen spánek dětí, ale i rodičů a mohou mít za následek únavu a snížení pozornosti rodičů nebo také zhoršení vztahů uvnitř rodiny.

Jaká je příčina toho, že některé děti spí velmi dobře a jiné mají se spánkem obrovské problémy nebylo zatím jednoznačně objasněno. Mnozí odborníci (Estivill, Nevšímalová, Příhodová, Štěpánová, Velemínský), kteří se touto problematikou zabývají, označují za hlavní příčinu poruch spánku u kojenců a batolat nesprávný přístup rodičů k vytváření spánkových návyků u jejich dětí. Proto se v této diplomové práci pokoušíme zmapovat spánkové návyky dětí, které problémy se spánkem nemají, i dětí, které problémy se spánkem mají, aby bylo možno říci, zda jsou poruchy spánku u kojenců a batolat opravdu způsobeny chybným přístupem jejich rodičů.

První část výzkumu byla provedena technikou standardizovaného rozhovoru, vedeného s respondenty ze dvou souborů, a to s rodiči dětí, které problémy se spánkem nemají a s rodiči dětí, které problémy se spánkem mají.

Vyhodnocením indentifikačních údajů respondentů jsme zjistili, že ač to nebylo předem plánované, v obou skupinách tvořily 100 % respondentů ženy, tedy matky dětí. Věkový rozsah respondentek byl 24 - 35 let. Nejvíce, tj. 40 %, respondentek, pečujících o děti, které nemají se spánkem problémy spadalo do věkové kategorie 24 - 26 let. Ve druhé skupině matek, pečujících o děti, které se spánkem problémy mají, patřil největší podíl matek, tj. 30 %, do dvou věkových kategorií, a sice do kategorie 24 - 26 let a do kategorie 30 - 32 let. Nejvyšší dosažené vzdělání mělo v souboru matek pečujících o děti, které problémy se spánkem nemají, 70 % respondentek středoškolské. V souboru matek pečujících o děti, které problémy se spánkem mají, dosáhla největší část, tj. 50 % respondentek, vzdělání

vysokoškolského. Nejčastějším povoláním respondentek obou souborů je povolání zdravotní sestry. V souboru matek, pečujících o děti, které problémy se spánkem nemají, bylo 50 % zdravotních sester. V souboru matek, pečujících o děti, které problémy se spánkem mají, jich bylo 40 %. Tento fakt lze snadno vysvětlit tím, že velká část respondentek byla vybrána z okruhu mých kolegyně z předchozího studia a mých bývalých spolupracovnic ze zaměstnání. (viz tabulky č. 2 – 5)

Vyhodnocením identifikačních údajů dětí bylo zjištěno, že v souboru dětí, které problémy se spánkem nemají bylo více dívek, tj. 70 %. Ve druhém souboru dětí, které problémy se spánkem mají, bylo více chlapců, tj. 60 %. Věkové rozmezí dětí bylo od 4 měsíců do 2 let. V souboru dětí, které problémy se spánkem nemají, spadalo největší zastoupení, tj. 30 % dětí do dvou věkových kategorií, a sice do kategorie 4 – 8 měsíců a do následující kategorie 9 – 13 měsíců. V souboru dětí, které problémy se spánkem mají, měla největší zastoupení, tj. 50 % dětí, kategorie 9 – 13 měsíců. (viz tabulky č. 6 a 7) Z vyhodnocení identifikačních údajů respondentek a jejich dětí nelze stanovit žádnou významnou závislost mezi těmito údaji a kvalitou spánku dětí.

Podle odpovědí na první otázku rozhovoru (Myslíte si, že Vaše dítě má problémy se spánkem?) byly respondentky rozřazeny do zmíněných souborů matek, pečujících o děti, které problémy se spánkem nemají, a souboru matek, pečujících o děti, které problémy se spánkem mají. Logicky tedy na první otázku odpovědělo 100 % respondentek z prvního souboru ne a 100 % respondentek z druhého souboru ano. (viz tabulka č. 8)

Výzkumná otázka č. 1 - Mají děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, zajištěn pocit věcné i mezilidské jistoty a pocit bezpečí? Data potřebná ke zodpovězení první výzkumné otázky jsme získali z odpovědí respondentek na otázky z rozhovoru č. 2, 3, 4, 6, 10 a 23.

V otázce č. 2 z rozhovoru jsme se chtěli dozvědět, v jakém prostředí děti spí? Jelikož dětská postýlka je podle některých autorů (Prekopová, Velemínský) vynálezem, který zcela nesplňuje kritéria pro vhodnou „schránku“, protože neumožňuje dítěti houpání, a tím nemusí být dostačující pro zajištění pocitu bezpečí, zajímalo nás, zda děti z jednotlivých souborů využívají ke spánku dětskou postýlku nebo jiné, více

doporučované varianty jako kolébku, síť, košík popř. jinou možnost. Zjistili jsme však, že 90 % dětí, které problémy se spánkem nemají a 100 % dětí, které problémy se spánkem mají, spí v dětské postýlce. (viz tabulka č. 9)

Dále jsme se chtěli dozvědět, zda jsou děti ukládány ke spánku každý večer ve stejnou dobu či ne. Pravidelnost v době ukládání dítěte ke spánku mu poskytuje pocit věčné jistoty. (35) Průzkum však ukázal, že 80 % dětí je shodně v obou souborech ukládáno ke spánku pravidelně ve stejnou dobu a 20 % ne. (viz tabulka č. 10)

Z navazující podotázky jsme se dozvěděli doplňující informaci o čase, kdy jsou děti ukládány ke spánku. Matky, které ukládají děti ke spánku pravidelně, vybraly pouze dva časy, a to v 19 hod. nebo ve 20 hod. V souboru dětí, které problémy se spánkem nemají, je 62,5 % z nich ukládáno ke spánku v 19 hod. Z dětí, které problémy se spánkem mají, je v 19 hod. ukládáno 50 % a ve 20 hod. také 50 %. (viz tabulka č. 11)

Zda má dítě pro zajištění pocitu jistoty a vhodné nastavování vnitřních hodin kromě pravidelného času usínání vytvořeny ještě další podmínky, jako např., že ho ukládá stejná osoba/y, usíná na stejném místě a je použit stejný postup, zjišťovala v rozhovoru otázka č. 6. Z odpovědí maminek vyplývá, že 80 % dětí má shodně v obou souborech při usínání vytvořeny všechny jmenované podmínky každý den stejně. (viz tabulka č. 13)

Jistotu dodává dítěti také přítomnost nějakého předmětu, který má každý večer v postýlce, a který si může také kdykoliv během noci snadno nahmatat. Může to být hračka, popř. dudlík, pokud ho již dítě umí v noci samo najít. (35). Z 10. otázky, kterou jsem se na předměty v dětské postýlce během rozhovoru ptala, jsme se dozvěděli, že v souboru dětí, které problémy se spánkem nemají, mají všechny děti, tj. 100 %, při usínání v postýlce k dispozici jeden nebo více podobných předmětů. Ve druhém souboru dětí, které problémy se spánkem mají, má při usínání v postýlce nějaké podobné předměty 90 % dětí. (viz tabulka č. 17)

Hodnotili jsme také, jak jistě se matky při péči o dítě cítí. Subjektivní pocity rodičů jsou při péči o dítě důležité, neboť známky nejistoty, stresu či bezradnosti dítě vycítí a nejistota se snadno přenesení na něho. (22, 35) Dle našeho průzkumu se 70 % matek pečujících o děti, které problémy se spánkem nemají, cítí při péči o dítě

jistě. V souboru matek pečujících o děti, které problémy se spánkem mají, se jistě při péči o dítě cítí 50 % matek a zbylých 50 % matek se cítí spíše jistě. (viz tabulka č. 30)

Shrneme-li všechna tato data, vidíme, že mezi oběma soubory nejsou žádné významné rozdíly a opět tedy nelze říci, že by mezi snahou rodičů o zajištění pocitu jistoty a bezpečí a kvalitou spánku dětí byla prokazatelná závislost.

Výzkumná otázka č. 2 - Pomáhají rodiče dětem, které problémy se spánkem nemají, a dětem, které problémy se spánkem mají, v nastavení „vnitřních hodin“? Potřebné informace nám poskytují odpovědi na otázky z rozhovoru č. 11 a č. 22. Dále s touto výzkumnou otázkou úzce souvisí i některé další již zmíněné výsledky, např. vyhodnocení otázek č. 3, 4 a 6.

Pro správné nastavení vnitřních hodin se dítě musí naučit, že aktivita patří ke dni a klid a spánek k noci. Každý zvuk v místnosti, kde dítě spí, také vnímá. Jsou-li kontroly rodičů, kteří se neustále chtějí přesvědčovat, že je jejich potomek v pořádku, nebo se chtějí s dítětem v noci potěšit, příliš časté, mohou mít pak na spánek dítěte negativní vliv. (35) My jsme se v této souvislosti od respondentek dozvěděli, že 60 % matek dětí, které nemají se spánkem problémy, chodí své dítě kontrolovat přibližně 1x za hodinu, i když dítě klidně spí, zbylých 40 % matek děti kontrolovat nechodí. Ve druhém souboru matek dětí, které mají se spánkem problémy, chodí 40 % matek děti kontrolovat přibližně 1x za hodinu, 40 % děti kontrolovat nechodí, zbylých 20 % však děti kontroluje dokonce vícekrát za hodinu. (viz tabulka č. 18)

Dle názoru některých autorů je nevhodné nechávat dítě v dětské postýlce i v době kdy nespí. Postýlka je určena ke spánku a dítě ji tak musí také vnímat. V době, kdy je dítě vzhůru by si mělo hrát v jiném prostoru, např. v dětské ohrádce. (7, 35) Náš průzkum ukázal, že žádná z matek dětí, které nemají se spánkem problémy, své dítě, když je vzhůru, v postýlce nenechává. Ze skupiny matek dětí, které mají se spánkem problémy, nechává své dítě hrát si v postýlce pouze 1 matka, tj. 10 %. (viz tabulka č. 29)

Podíváme-li se na výsledky průzkumu, týkající se pomoci rodičů při nastavování „vnitřních hodin“ dětí, je třeba opět konstatovat, že rozdíly mezi oběma soubory nejsou výrazné, a že se zde tedy nevyskytuje žádná prokazatelná závislost.

Výzkumná otázka č. 3 - Za jakých okolností jsou ukládány ke spánku děti, které se spánkem problémy nemají a děti, které se spánkem problémy mají? Tato otázka má spíše doplňující význam. V tabulce číslo 12 je možné nalézt všechny kombinace činností, které rodiče při ukládání dětí ke spánku používají. Tyto kombinace jsou různorodé, avšak žádný překvapivý výsledek se zde neobjevil.

Výzkumná otázka č. 4 - Jaké nevhodné usínací návyky se vyskytují u dětí, které problémy se spánkem nemají, a u dětí, které problémy se spánkem mají? Na nevhodné usínací návyky dětí se v rozhovoru zaměřujeme otázkami č. 7, 8, 13, 14, 15 a 16.

Naučí-li se dítě usínat pouze za přítomnosti nebo s pomocí rodičů, popř. si zvykne usínat při kojení/krmení, je pravděpodobnost, že bude dítě stejné návyky vyžadovat opakovaně při každém nočním probuzení, vysoká. Dítě pak může v noci vyžadovat opakované kojení/krmení nikoliv z hladu, ale jako uklidňující prostředek. Vzniká tak „drogová závislost“ na prsu/na láhvi. (35)

Maminek jsme se tedy zeptali, zda umí jejich dítě usnout samo nebo zda vyžaduje přítomnost či pomoc rodičů. Z dětí, které problémy se spánkem nemají, vyžaduje 30 % přítomnost rodičů a 30 % pomoc rodičů. U dětí, které problémy se spánkem mají, vyžaduje přítomnost rodičů pouze 10 %, zato však jejich pomoc vyžaduje celých 70 % dětí. K tomuto výsledku bych ráda doplnila jeden vlastní postřeh, jež z rozhovorů mám. A to, že děti, které nemají dle maminek se spánkem problémy, avšak vyžadují při usínání přítomnost či pomoc rodičů, většinou po poskytnutí žádané pomoci do několika minut usínají. Děti z druhého souboru, které podle maminek problémy se spánkem mají, naopak i při poskytnutí žádané pomoci zůstávají nadále vzhůru podstatně delší dobu. (viz tabulka č. 14)

Na téma vyžadování pomoci rodičů při usínání navazujeme následujícím textem. Ten konkretizuje, jakou pomoc jednotlivé soubory dětí preferují. Průzkum ukázal, že děti, které se spánkem problémy nemají, preferují jako pomoc při usínání v 66,7 %

chování a ve zbylých 33,3 % hlazení, zatímco děti, které se spánkem problémy mají, preferují nejvíce držení za ruku, a to v 57,14 %. (viz tabulka č. 15)

Reakcí rodičů na noční probuzení dětí se v rozhovoru zabývala otázka č. 13. Z výsledků lze poukázat pouze na to, že při nočním probuzení dětí, které se spánkem problémy nemají, reagují rodiče v 60 % případů pouze ujištěním dítěte, že jsou nablízku, avšak z postýlky je nevyndávají. Reakce rodičů dětí, které se spánkem problémy mají, jsou převážně složeny z více různých činností. (viz tabulka č. 20)

Nočním kojením/krmením a případným zneužíváním prsu/láhve jako „drogy“ se zabýváme v následujících otázkách. V souboru dětí, které se spánkem problémy nemají, není v noci 70 % z nich kojeno vůbec, ostatní 1x – 2x. Ve druhém souboru dětí, které se spánkem problémy mají, není v noci kojeno pouze 20 % dětí, ostatní v noci kojeny jsou a 10 % dětí dokonce 4 a vícekrát. V souvislosti s touto problematikou je dle mého názoru třeba vzít v úvahu také fakt, že ve skupině dětí, které se spánkem problémy nemají, je větší podíl dětí nejmladší věkové kategorie, z nichž některé by s ohledem na nízký věk i v noci kojeny být ještě měly. (viz tabulka č. 21)

Z dětí, které se spánkem problémy nemají, a jsou během noci kojeny/krmeny, vypije 66,7 % během nočního kojení/krmení stejné množství stravy jako během dne. Z dětí, které se spánkem problémy mají, vypije během nočního kojení/krmení stejné množství stravy jako během dne jen 37,5 %. 62,5 % dětí vypije v noci množství menší. (viz tabulka č. 22)

Dle názoru matek, všechny děti, které se spánkem problémy nemají, a jsou krmené i v noci, mají v noci skutečně hlad. Z dětí, které se spánkem problémy mají, má dle názoru matek opravdu hlad jen 50 % dětí a 50 % dětí ve skutečnosti hlad nemá. (viz tabulka č. 23)

Ač jsou mezi odpověďmi matek dětí, které se spánkem problémy nemají, a dětí, které se spánkem problémy mají, patrné rozdíly, k tomu, aby bylo možné negativní vliv nočního kojení na spánek dítěte jednoznačně potvrdit, to nepostačí.

Výzkumná otázka č. 5 - Spí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, někdy v posteli s rodiči?

Usínání kojenců a batolat v posteli s rodiči je relativně nenáročný a oblíbený způsob uspávání. Odborníky však není z několika důvodů pokládáno za vhodné. (35) Zeptali jsme se zda děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, spí někdy v posteli s rodiči?

Některé děti z obou souborů skutečně čas od času v poseli s rodiči spí. Avšak v souboru dětí, které problémy se spánkem nemají, spí někdy v posteli s rodiči 40 % dětí, kdežto v souboru dětí, které problémy se spánkem mají, spí někdy s rodiči v posteli celých 80 % dětí. Ačkoliv je zde určitý rozdíl patrný, k jednoznačnému prokázání závislosti mezi spaním dítěte v posteli s rodiči a kvalitou jeho spánku to opět nestačí. (viz tabulka č. 16)

Výzkumná otázka č. 6 - Jak často se v noci budí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají?

Dle našeho šetření se z dětí, které problémy se spánkem nemají, neprobudí, popř. vyjímečně jednou probudí 70 % dětí. Ostatní děti se dle maminek probudí během noci 2x – 3x. Ve druhém souboru dětí je situace podle předpokladu horší. Všechny děti se v noci budí vícekrát než jednou. 40 % dětí se budí 2x – 3x, 50 % dětí se budí 4x – 6x a 10 % dětí se budí dokonce 7 a vícekrát. (viz tabulka č. 19)

Výzkumná otázka č. 7 - Umí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, při nočním probuzení opět samy usnout?

Z odpovědí na tuto otázku jsme se dozvěděli, že 90 % dětí, které se spánkem problémy nemají, dovede po nočním probuzení znovu samostatně usnout. V souboru dětí, které se spánkem problémy mají, umí naopak samostatně usnout pouhých 10 % dětí, zbylých 90 % dětí samostatně usnout neumí. U této jediné otázky je rozdíl hodnot v obou skupinách takový, že po ověření Fisherovým testem můžeme říci, že závislost zde existuje, což lze považovat za logické.

Výzkumná otázka č. 8 - Za jakých okolností spí děti, které problémy se spánkem nemají, a děti, které problémy se spánkem mají, během dne? Data k poslední výzkumné otázce jsme získali vyhodnocením otázky z rozhovoru č.18 a k ní vztahujících se podotázek č. 19, 20 a 21.

S nočním spánkem dětí souvisí také spánek denní. S rostoucím věkem dítěte se mění nejen celková doba spánku, ale rovněž jeho rozložení mezi den a noc. Denní spánek by měl být u dětí přibližně od 6 do 18 měsíců rozdělen na dvakrát, na dopolední a odpolední spánek, přičemž je vhodné, aby před každým spánkem bylo dítě alespoň 3 hod. vzhůru. Aby bylo dítě před večerním ukládáním ke spánku přiměřeně unavené a ospalé, mělo by období bdělosti před večerním spánkem trvat dokonce 4 – 5 hod. Přes den by taktéž na rozdíl od noci nemělo dítě spát v příliš zatemněné místnosti za absolutního ticha. Dítě má vnímat, že ke dni patří světlo, stejně jako k noci tma. (35)

Z výsledků našeho průzkumu je patrné, že 60 % dětí, které se spánkem problémy nemají, spí během dne 2x. Ostatní děti z tohoto souboru spí během dne pouze 1x. V souboru dětí, které problémy se spánkem mají, je rozložení četnosti denního spánku členitější. 2x spí během dne 40 % dětí, 1x spí 30 % dětí, 3 a vícekrát spí 20 % dětí a 10 % dětí nespí během dne vůbec. (viz tabulka č. 25)

Celkem během dne prospí 80 % dětí ze souboru dětí, které problémy se spánkem nemají, 1 – 3 hodiny, zbylých 20 % během dne prospí 4 – 6 hodin. V souboru dětí, které problémy se spánkem mají, je v tomto případě situace obdobná. 1 – 3 hodiny prospí celkem během dne 77,8 % dětí. Ostatní děti, tj. 22,2 %, prospí během dne 4 – 6 hodin. (viz tabulka č. 26)

Z dětí, které problémy se spánkem nemají, je během dne ke spánku ukládáno 70 % odlišným způsobem než večer, 30 % dětí je během dne ukládáno stejně jako večer. Děti, které problémy se spánkem mají, jsou rovněž během dne ukládány ke spánku častěji odlišně než večer. Tedy odlišně je ke spánku během dne ukládáno 66,7 % z nich. Zbylých 33,3 % dětí z tohoto souboru je ke spánku během dne ukládáno za stejných podmínek jako večer. (viz tabulka č. 27)

Když jsme se zaměřili na dobu, po kterou jsou děti vzhůru mezi odpoledním a večerním spánkem, zjistili jsme, že 60 % dětí, které problémy se spánkem nemají, je před večerním spánkem vzhůru 5 a více hodin a 40 % dětí z tohoto souboru je vzhůru 3 – 4 hod. V souboru dětí, které problémy se spánkem mají, je shodně 44,44 % dětí

před večerním spánkem vzhůru 5 a více hodin a 44,45 % dětí je vzhůru 3 – 4 hodiny. Pouze 11,1 % dětí je vzhůru 1 – 2 hodiny (viz tabulka č. 28)

Ani u poslední výzkumné otázky nebyla závislost usínacích a spánkových návyků dětí během dne a kvality jejich spánku v noci jednoznačně prokázána.

Když se na celý výzkum podíváme komplexně, jediná závislost, kterou se podařilo prokázat je, že děti, které problémy se spánkem nemají, umí při nočním probuzení samostatně usnout a děti, které problémy se spánkem mají, to neumí. Bližší pohled na jednotlivé výsledky však u části dat jistou souvislost mezi přístupem rodičů k dětem a kvalitou spánku dětí přece jen naznačuje. Proto se domníváme, že přestože bylo prokázáno, že nevhodné spánkové návyky, vznikající chybným přístupem rodičů k dětem, nejsou jednoznačnou příčinou problémů dětí se spánkem, jsou tyto návyky určitým souvisejícím faktorem a jejich odstranění by dětem, které problémy se spánkem mají, mohlo pomoci. Této naší hypotéze odpovídá také výsledek nestandardizovaného rozhovoru, pořízeného s matkou jednoho z dětí. Zmíněná matka se rozhodla, že se dle našich rad pokusí nevhodné spánkové návyky u svého syna odstranit. Dle jejích slov se po zavedení navržených opatření spánek jejího syna značně zlepšil. (viz kasuistika č. 1)

Na závěr diskuze bych ráda uvedla jednu poznámku týkající se terminologie. Názory na to, jak nejlépe problémy dětí se spánkem nazývat, se různí. Z rozhovorů s jednotlivými maminkami vím, že ony nepoužívají výrazy jako porušený spánek ani nevhodné spánkové návyky. Maminky, které hovoří o této problematice, zásadně hovoří o „nespavosti dětí“. Když jsme se však my snažili ke zmíněné problematice vybrat v NANDA taxonomii vhodnou ošetrovatelskou diagnózu, nebylo to vůbec snadné. Názory na to, zda se jedná či nejedná o porušený spánek, se značně lišily. Nejlepším řešením situace se nakonec ukázala být ošetrovatelská diagnóza Nedodržení, patřící do domény životní princip. Po bližší specifikaci zní přesný název diagnózy *Nedodržení zdravých (správných) spánkových návyků – 00079*.

6. Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak přístup rodičů k dětem ovlivňuje vytváření jejich nesprávných spánkových návyků. Výsledky výzkumu, provedeného metodou dotazování, technikou standardizovaného rozhovoru ukázaly, že jediná závislost, kterou je možné považovat za prokázanou, je, že děti, které problémy se spánkem nemají, umí při nočním probuzení samostatně usnout, a děti, které problémy se spánkem mají, to neumí.

Detailnější pohled na výsledky, prezentované ve 4. kapitole, však u části dat nějakou souvislost mezi přístupem rodičů k dětem a kvalitou spánku dětí přece jen naznačuje. Taktéž je tato souvislost patrná v kasuistice, jež byla zpracována na podkladě záznamu nestandardizovaného rozhovoru pořízeného s matkou jednoho z posuzovaných dětí. Té se s využitím doporučených opatření úspěšně podařilo spánkové návyky svého syna zlepšit. Zmíněné informace nás vedou k vytvoření hypotézy, že změna přístupu rodičů k dětem ve smyslu podporování vzniku správných spánkových návyků může dětem, trpícím poruchami spánku, i samotným rodičům pomoci. A to i přesto, že dle výsledků výzkumu nevhodný přístup rodičů k vytváření spánkových návyků u dětí za jednoznačnou příčinu poruch spánku u kojenců a batolat považovat nelze.

Vzhledem k této naší hypotéze jsme do praktické části diplomové práce zařadili zpracovanou ošetrovatelskou diagnózu včetně navrženého plánu ošetrovatelské péče, vztahující se ke zmíněné problematice. Naším cílem je, aby tato zpracovaná ošetrovatelská diagnóza byla spolu s plánem ošetrovatelské péče pro dětské sestry určitým návodem, jak postupovat při řešení dětských problémů se spánkem. Jako podrobnější zdroj informací pro dětské sestry by mohl sloužit například text, obsažený v teoretické části této diplomové práce. Zda byla naše hypotéza platná, bude možné zjistit případným dalším, navazujícím výzkumem, který by se mohl zabývat přímo hodnocením úspěchu či neúspěchu doporučených opatření při řešení poruch spánku u kojenců a batolat.

7. Použité zdroje

1. ANDERS, M. *Nespavost*. 1.vyd. Praha: nakl. Jan Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-181-3.
2. BRUNO, F. J. *Hezky se vyspěte: Pochopte svou nespavost a navždy se jí zbavte*. přeložili ČERNÁ, K. ČERNÝ, J. Praha: Lidové noviny, 2003. 100 s. přeloženo z Get a good Night s Sleep. Understand Your Sleepless – and Banish It Forever!. ISBN 80-7106-593-5.
3. DILEO, H. REITER, R. TALIAFERRO, D. Chronobiology, Melatonin, and Sleep in Infants and Children. *Pediatric Nursing*. 2002, Vol. 28. No. 1. pg. 35.
4. DITTRICHOVÁ, J. PAPOUŠEK, M. PAUL, K. et al. *Chování dítěte raného věku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 192 s. ISBN 80-247-0399-8.
5. DOENGES, M. MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Přel. I. Suchardová. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. Přel. z Nurse's Pocket Guide. ISBN 80-247-0242-8.
6. DRTÍLKOVÁ, I. *Hyperaktivní dítě: Vše co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. 2 vyd. Praha: Galén, 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.
7. ESTIVILL, E. *Dětská nespavost*. 1. vyd. Praha: Práh, 2004. 81 s. ISBN 80-7252-089-X.
8. FORBES, E. Behavioral and massage treatments for infant sleep problems. in *Medicine and Health Rhode Island*. 2006. Vol. 89. No. 3. pg. 97.

9. GRAVILLON, I. *Spánek malých dětí.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 111 s. ISBN 80-7178-720-5.
10. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
11. KARGER, P. AŠENBRENEROVÁ, I. PŘÍHODOVÁ, I. Malí nespavci. in *maminka*. 2008. roč. 8. č. 7. s. 58. ISSN 1213-5100.
12. kol. autorů a konzultantů Encyklopedického domu. Slovníky on-line: Encyklopedie Heuréka. [online]. [cit. 2008-08-03]. © LEDA spol. s r.o., 2007. Dostupné z www: <<http://www.leda.cz/slovniky-on-line/encyklopedie-heureka.php#mid>>.
13. KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I díl.* 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
14. LAVERY, S. *Léčivá síla spánku.* 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1998. 160 s. ISBN 80-7176-656-9.
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, profimedia.cz/CORBIS, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: Systémový přístup.* Praha: Karolinum, 2004. 188 s. ISBN 80-246-0429-9.
17. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví.* 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.

18. Metodické opatření č. 21581/04/VVO MZ ČR. *Koncepce ošetřovatelství*. Věstník č. 9 MZ ČR 2004 [online]. [cit. 2008-08-03]. Dostupné z: <http://www.nspm.cz/koncepce_ospece.asp>.
19. NEVŠÍMALOVÁ, S. ŠONKA, K. et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, 1997. 256 s. ISBN 80-85800-37-3.
20. NEVŠÍMALOVÁ, S. Poruchy spánku. in *Medicína po promoci*. 2006. roč. 7. č. 3. s. 71. ISSN 1212-9445.
21. NEVŠÍMALOVÁ, S. PŘÍHODOVÁ, I. Nepodceňujme poruchy spánku u dětí. in *Medical Tribune*. 2007. roč. 3. č. 18. s. C6. ISSN 1214-8911.
22. PREKOPOVÁ, J. *Když dítě nechce spát*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 92 s. ISBN 80-7178-142-8.
23. PŘÍHODOVÁ, I. Nespavost v dětském věku a dospívání. in *Medical Tribune*. 2006. roč. 2. č. 14. s. 14. ISSN 1214-8911.
24. SEDLÁŘOVÁ, P. et al. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
25. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*. Edice Praktické příručky pro sestry. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
26. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Edice Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.

27. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Edice Praktické příručky pro sestry. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 40 s. ISBN 80-7013-282-5.
28. STIEFENHOFER, M. *55 dobrých rad když vaše dítě nechce spát*. přeložila Špalová, E. 1 vyd. Praha: Fragment, 2002. 47 s. přeloženo z 55 tipps... wenn Ihr Kind nicht schlafen kann. ISBN 80-7200-650-9.
29. STIEFENHOFER, M. *Výchova dítěte*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2006. 120 s. ISBN 80-253-0230-X.
30. Světová zdravotnická organizace: Regionální úřadovna pro Evropu. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
31. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
32. ŠTĚPÁNOVÁ, I. Poruchy spánku v dětském věku. in *Pediatric po promoci*. 2005. roč. 2. č. 2. s. 47. ISSN 1214-6773.
33. ŠTĚPÁNOVÁ, I. Často opomíjená diagnóza. in *Medical Tribune*. 2005. roč. 1. č. 5. s. 1. ISSN 1214-8911.
34. TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

35. VELEMÍNSKÝ, M. *Naše dítě špatně spí: nesprávné nastavení vnitřních hodin*. 1. vyd. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7254-936-8.
36. VELEMÍNSKÝ, M. VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Dítě: 3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0.
37. Vyhláška MZČR 424/2004 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2008-08-03]. Dostupné z: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=424%2F2004&refid=0&key=20040916DSG6ZQW7TDqqWGOL&zdroj=sb04424&cd=76&typ=r>>.
38. WELLBERY, C. Sleep patterns in infants, children, and adolescents. in *American Family Physician*. 2003. Vol. 67. No. 3. pg. 2397.

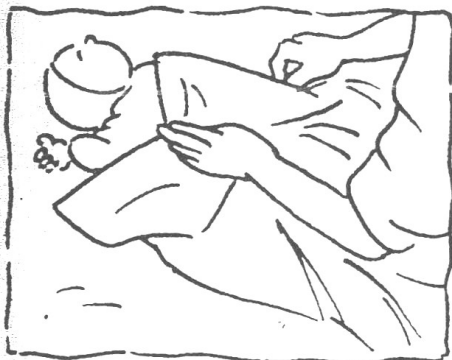
8. Klíčová slova

- Porušený spánek
- Nevhodné spánkové návyky
- Jistota a bezpečí
- Vnitřní hodiny
- Ošetrovatelský proces

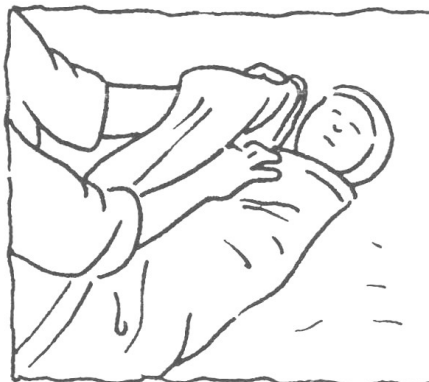
9. Přílohy

- Příloha č. 1** - Obrázek č. 1: Těsné balení kojence
- Příloha č. 2** - Obrázek č. 2: Poloha kojence „klubíčko“
- Příloha č. 3** - Maslowova hierarchie potřeb
- Příloha č. 4** - Fáze ošetrovatelského procesu
- Příloha č. 5** - Otázky pro standardizovaný rozhovor

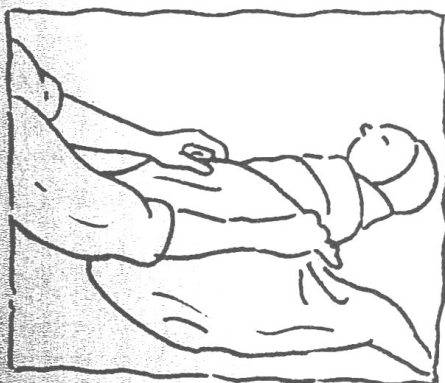
Příloha č. 1 - Obrázek č. 1: Těsné balení kojence



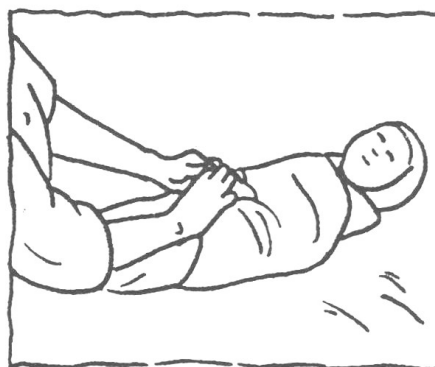
Obr. 1
Levý cíp šátku se přes rameno
vsune pod pravé podpaždí.



Obr. 2
S pravou stranou se postupuje
jako na obr. 1.



Obr. 3
Celá dolní strana šátku se vyhrne
nahoru až k bříšku.



Obr. 4
Oba cípy se překříží vzadu za zády
a na přední straně se uvážou na uzel.

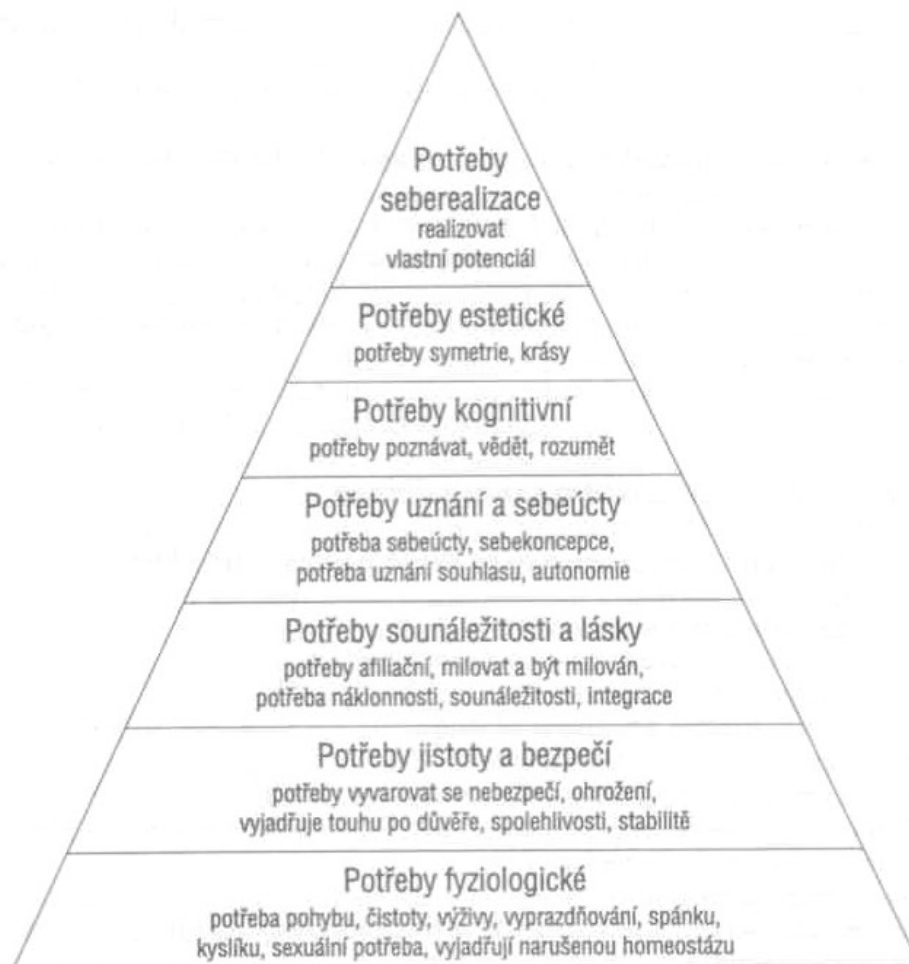
Zdroj: (22, s. 27)

Příloha č. 2 - Obrázek č. 2: Poloha kojence „klubíčko“



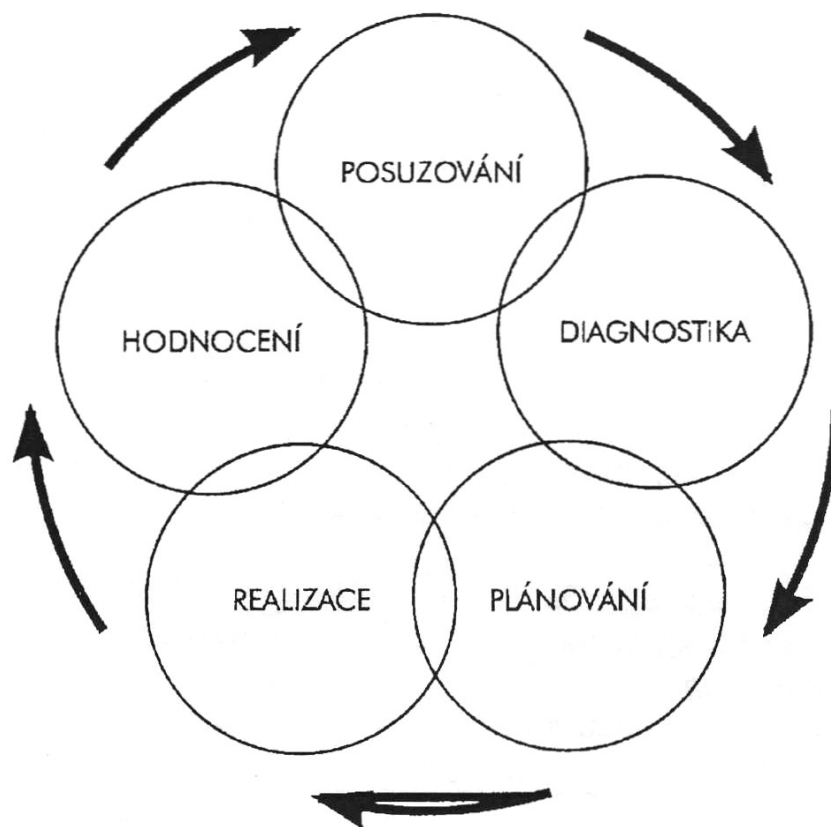
Zdroj: vlastní šetření

Příloha č. 3 - Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: (34, s. 15)

Příloha č. 4 - Fáze ošetrovatelského procesu



Zdroj: (10, s. 63)

Příloha č. 5 - Otázky pro standardizovaný rozhovor

Identifikační údaje:

pohlaví respondenta/ky: žena muž

věk respondenta/ky:

vzdělání respondenta/ky:

základní učňovské středoškolské vyšší odborné vysokoškolské

zaměstnání:.....

pohlaví dítěte: děvče chlapec

věk dítěte:.....

1. Myslíte si, že Vaše dítě má problémy se spánkem?

ano ne

2. V jakém prostředí spí Vaše dítě?

dětská postýlka kolébka síť košík

jiné

3. Ukládáte dítě ke spánku každý večer ve stejnou dobu?

ano ne

4. V kolik hodin ukládáte večer dítě ke spánku?

18 hod. a dříve 19 hod. 20 hod. 21 hod. a déle

5. Jak probíhá ukládání Vašeho dítěte ke spánku?

koupání povídání si s dítětem

krmení zpívání

položení do postýlky prohlížení si knížky

mazlení se s dítětem čtení pohádky

zapnutí TV

jiné.....

15. Když dítě v noci kojíte/krmíte, jaké množství vypije v porovnání s kojením/krmením během dne?

- menší stejné větší

16. Máte pocit, že má dítě v noci skutečně hlad?

- ano ne

17. Umí při nočním probuzení dítě opět samo usnout?

- ano ne

18. Kolikrát spí dítě během dne?

- během dne nespí 1x 2x 3 a vícekrát

- pokud dítě během dne nespí, přeskočit na otázku č. 22

19. Kolik hodin prospí dítě během dne?

- 1 – 3 hod. 4 – 6 hod. 7 – 8 hod. 9 a více hod.

20. Jak probíhá uspávání dítěte během dne?

- stejně jako večer
 odlišně

21. Kolik hodin je dítě vzhůru mezi odpoledním a večerním spánkem?

- 1 – 2 hod. 3 – 4 hod. 5 a více hod.

22. Necháváte přes den dítě v postýlce, i když nespí?

- ano ne

23. Jak jistě se cítíte při péči o dítě?

- jistě spíše jistě spíše nejistě nejistě