



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Použití zavinovaček v péči o novorozence a kojence**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Ivana Fučíková

**Vedoucí práce:** doc. Mária Boledovičová, PhDr., PhD.

České Budějovice 2017



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem Použití zavinovaček v péči o novorozence a kojence jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 15.5. 2017

.....



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce, paní doc. PhDr. Márii Boledovičové, PhD., za vedení práce, odbornou konzultaci, pomoc a ochotu spolupracovat. Velké díky patří rodičům dětí, kteří se účastnili výzkumu a svědomitě odpovídali na kladené otázky. Poděkování patří taktéž přáteli a rodině za podporu a pomoc po celou dobu studia.

## **Použití zavinovaček v péči o novorozence a kojence**

### **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá používáním zavinovaček vhodných pro novorozence a kojence.

Zavinovačka neboli schránka slouží zejména k uspávání, utišení dětí. Jelikož zavinutí dítěte imituje pevnost a těsnost jako mělo v matčině děloze, cítí se většina z nich v zavinovačce klidně, bezpečně. Na trhu je mnoho zavinovaček, mezi které řadíme rychlozavinovačky, klasické šněrovací zavinovačky, kokony a speciálně vyvinuté zavinovačky pro neklidné a plačtivé děti.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké znalosti mají rodiče o zavinování dětí do zavinovaček, jaké zavinovačky používají a jak zavinování působí na děti. Snažili jsme se ověřit účinky zavinování v praxi.

V diplomové práci jsme použili kombinaci kvalitativně – kvantitativní metody technikou rozhovoru a akčního výzkumu. Kvalitativní část výzkumu probíhala formou nestrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek byl tvořen 33 matkami, kterým byly kladeny otevřené otázky. Výsledky z rozhovoru byly ručně zapisovány do vytištěných záznamových archů. S dotazovanými respondentkami jsme se jednotlivě setkávali v jejich domácnosti, v kavárnách či dětských hernách. Nejdříve jsme vyplnili základní údaje respondentky, které se týkaly věku, dosaženého vzdělání, bydliště, počtu dětí a věku v prvním těhotenství. Dále pak probíhal rozhovor týkající se zavinování dětí do různých typů zavinovaček. Ptali jsme se na otázky související s typem používaných zavinovaček, stylem zavinování, dobou používání zavinovaček. Zajímalo nás také, jak zavinování působilo na dítě, zda se uklidnilo, usnulo nebo bylo nadále plačtivé. Zjištěné osobní informace jsme nechali statisticky zpracovat, aby nám pomohly určit odpovědi na naše hypotézy.

Akční výzkum byl prováděn u 4 dětí a jednoho páru dvojčat, a to v jejich domácím prostředí. Rodiče s provedením výzkumného šetření souhlasili. Byli jsme domluveni, že při výzkumu bude přítomen vždy alespoň jeden z rodičů. Rodiče dostali záznamový arch, do kterého si zapisovali problémy se spánkem, usínáním, plačtivostí dítěte. Na základě jejich výpovědí a poznámek jsme vymysleli způsob, jak dítěti pomoci s usínáním nebo uklidněním. Rodičům jsme doporučili odbornou literaturu týkající se zavinování, kterou si mohli prostudovat. K zavinování jsme měli možnost využít více druhů zavinovaček, podle přání rodičů a zejména s ohledem na dítě, jelikož je každé individuální a potřebuje

specifický postup zavínování i rozdílné zavínovačky. Společně s rodiči jsme vybrali zavínovačku a během dne nebo večer jsme do ní dítě zavínuli a pozorovali, jak na něj působí. Rodiče pak další dny dítě zavínovali sami a informovali nás o tom, jak se v zavínovačce chová a zda dochází k požadovanému efektu. Po měsíci jsme se s rodiči opět osobně setkali a shrnuli působení zavínovačky na jejich dítě a změny, které u nich po zavínování nastaly.

**Výsledky:** V rámci kvalitativního šetření jsme zjistili, že rodiče používají zavínovačky nejvíce na uspávání a uklidnění dítěte. Matky upřednostňovaly používání rychlozavínovaček, klasických šněrovacích zavínovaček nebo kombinaci obou. Polovina dotazovaných matek uvedla, že používáním zavínovaček docházelo ke zklidnění dítěte. Zbýlá třetina ze všech matek uvedla klidný spánek dítěte po zavínutí. Děti zbývajících respondentek se po opakovaném zavínutí necítily dobře, byly více plačtivé a neklidné.

Zjištěné údaje, které se týkaly věku, vzdělání a bydliště ukázaly, že nejmladší matce bylo v době výzkumu 21 let, nejstarší byla ve věku 38 let, průměrný věk matek byl 28,2 let. Více jak polovina respondentek má vzdělání zakončené maturitou, třetina matek má vysokoškolské vzdělání. V otázce týkající se bydliště jsme zjistili, že 19 matek z celkového počtu dotazovaných žije ve městě a zbylých 14 jich žije na vesnici. U statistického zpracování se nám jedna ze dvou předem zvolených hypotéz nepotvrdila. Avšak výsledky byly i tak zajímavé. Zjistili jsme, že některé typy zavínovaček se používají průkazně častěji. Jedná se zejména o rychlozavínovačky a klasické šněrovací zavínovačky.

Výzkumným šetřením jsme přišli na to, že preference pro určitý typ nebo účel použití zavínovačky ani délku jejího používání však nelze vysvětlit věkem, vzděláním ani bydlištěm matky. Doba používání zavínovačky průkazně nezávisí na jejich vzdělání, věku ani bydlišti.

**Závěr a využití pro praxi:** Velkou roli v našem výzkumu hrála neznalost matek o způsobech zavínování. Použitím vhodné odborné literatury týkající se zavínování jsme pomohli doplnit potřebné informace, které rodičům chyběly. Pomocí diplomové práce se nám povedlo edukovat rodiče o používání zavínovaček, pomohli jsme jim najít způsob uspávání a uklidnění jejich plačících dětí použitím zavínovaček, zlepšili jsme psychiku unavených rodičů.

**Klíčová slova**

Zavinování; zavinovačky; uklidnění dítěte; uspávání dítěte; potřeby novorozence a kojence; spánek; klidné usínání,

## Using swaddling in the care of newborns and infants

### Abstract

The use of wraps in the care of newborns and infants. The thesis deals with the use of wraps suitable for newborns and infants. Wraps are used particularly to calm children down. Because swaddling of a child imitates the strength and tightness of their mother's womb, children feel calm and safe. There are many wraps on the market, like blankets, classic lace-wraps, cocoons and wraps specially developed for restless and tearful children.

The goal of the thesis was to find out what knowledge parents of small children have about swaddling, which wraps they use and the effect of swaddling on children. We have tried to verify the effects of swaddling in practice. In this thesis, we used a combination of qualitative and quantitative methods, interview techniques, and action research. The qualitative part of the research took the form of an unstructured interview. The sample for this interview was 33 mothers who had to answer open questions. The answers to the interview questions were written on the printed record sheets. The respondents were interviewed individually in their homes, in cafes and children's clubs. First the basic respondent information was completed like their age, education level, place of residence and number of children and their age during their first pregnancy. Then we proceeded to talk about swaddling children in various types of wraps. We asked questions related to the type of wraps used, swaddling style, usage time of wraps. We also asked about what kind of effect swaddling had on a child, whether the child calmed down, slept or remained tearful. The collected personal information was processed statistically to help us determine the answer to our hypothesis.

**Action** research was applied on 4 children and one pair of twins in their home environment. Prior to that, their parents agreed with the research. We agreed that at least one parent would be present during the research. Parents received a record sheet on which they could write down when the child had trouble sleeping, or falling asleep and how much the child cried. Based on their statements and notes we have devised a way to help the child fall asleep or calm down. Parents were recommended specialized literature on swaddling, which they could later study. For swaddling we had the opportunity to use more types of wraps, according to the parents' wishes, especially with regard to the child, because each individual requires a specific type of swaddling and different wraps.

Together with parents, we chose a wrap for the day or night and we wrapped the baby up and observed how it worked. The following days parents swaddled the children themselves and told us about how the child behaved during swaddling and whether the desired effect was achieved. After a month, we met the parents again and summarized the effects of wraps for their baby and the changes that occurred after swaddling.

Results: In the qualitative survey, we found that most parents use wraps to calm down and soothe the child. Most mothers reported using quick wraps, classic lace wraps or a combination of both. Half of the surveyed mothers said that after using wraps their children were calmer. A third of the mothers said that swaddling helped let their children sleep better. Children of the remaining respondents did not feel well during swaddling and they were more tearful and restless.

**Questions** regarding age, education and place of residence showed that more than half of the respondents graduated from school, a third of mothers had a university degree. The youngest mother was 21 years old at the time of our research, the oldest was 38 years of age, the average age of mothers was 28.2 years. On the question regarding residence, we found that 19 of the interviewed mothers were living in a town and the remaining number, 14, were living in a smaller village.

From statistical processing neither of the two pre-selected hypotheses were confirmed. But the results were really interesting. We found that some types of wraps are used significantly more often, especially blanket and classic lace- up wraps.

In the research survey, we found out that the preference for a certain type of wrap or the use purpose or duration of use cannot be explained by age, education or place of residence of the mother. The time of using wraps doesn't depend significantly on education, age or place of residence of mothers.

**Conclusion and use for practice:** what played a big role in our research was a lack of mothers' knowledge concerning possibilities of swaddling their children. Using appropriate literature related to swaddling we have helped to give them the necessary information, that was missing. Using this thesis, we managed to educate the parents about swaddling, we helped them find a way to soothe crying children and help them to fall asleep while swaddled, we improved the mindset of tired parents.

Keywords: swaddling, wraps, calming a child, getting child to sleep, needs of newborns and infants, sleep, peaceful sleep



**Key words**

Swaddle; wraps; sedated child; calming the child; needs of newborns and infants; sleep; quiet sleep

## **Obsah**

Úvod.....	12
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>13</b>
1.1 Charakteristika novorozence a kojence .....	13
1.1.1 Charakteristika novorozence .....	13
1.1.2 Charakteristika kojence .....	15
1.2 Potřeby novorozence a kojence.....	18
1.2.1 Potřeba výživy .....	18
1.2.2 Potřeba vyprazdňování .....	19
1.2.3 Potřeba spánku a odpočinku .....	20
1.2.4 Potřeba jistoty a bezpečí .....	22
1.3 Zavinovačka .....	24
1.3.1 Historie zavínování.....	24
1.3.2 Druhy zavinovaček .....	27
1.3.3 Zásady zavínování .....	28
1.3.4 Pláč dítěte .....	29
1.3.5 Zavínování podle Karpa aneb 5 zásad k utišení dítěte .....	31
1.3.6 Metoda tišení plačtivých dětí podle Rii Blom .....	32
1.3.7 Neonatologie a péče o novorozence .....	33
1.3.8 Ošetrovatelské úlohy dětské sestry.....	33
<b>2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>37</b>
2.1 Cíl práce.....	37
2.3 Výzkumné otázky .....	37
2.3 Hypotézy.....	37
2.4 Operacionalizace hypotéz .....	37
<b>3 METODIKA</b> .....	<b>39</b>
3.1 Metodika a forma výzkumu .....	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
<b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>41</b>
4.1 Analýza rozhovorů s matkami.....	41
4.1.1 Verzifikace hypotéz .....	49

4.2 Výsledky akčního výzkumu .....	54
<b>5 DISKUSE .....</b>	<b>65</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>69</b>
6. 1 Využití pro praxi.....	70
<b>7 SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ .....</b>	<b>71</b>
<b>8 SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>79</b>
<b>9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>.....</b>

## ÚVOD

Největším a nejnebezpečnějším dobrodružstvím v životě člověka je narození, kdy se dostává z bezpečného lůna matky do nového prostředí. Po celou dobu těhotenství bylo dítě zvyklé na teplo, neustálé hučení tepen, tlukot srdce a hlasy zvenčí, což ho uklidňovalo. I přes těsné prostředí se cítilo bezpečně, po porodu však o bezpečí a teplo přišlo. Většina rodičů správně očekává, že jejich dítě bude často plakat, nepřipouští si však, jak moc frustrující a vyčerpávající pro ně i pro dítě může pláč být. Rodiče si často s plačtivým novorozencem nevědí rady a podnikají mnohé kroky vedoucí k utišení pláče a uspaní. K navrácení pocitu bezpečí lze použít různé druhy zavinovaček. Díky zavinování se dítě uklidní, je soustředěné na další kroky vedoucí k utišení a uspaní.

Po porodu je novorozenec zcela závislý na péči svého okolí, ať již ze strany matky či dětské sestry. V prvních dnech po porodu se matka s dítětem seznamuje, učí se zvládnout správnou techniku kojení a celkovou péči o novorozence. Kontakt matky s dítětem je velice důležitý pro jeho další duševní vývoj. Dětská sestra by se měla stát oporou a pomocníkem matky v prvních dnech života dítěte. Svou odborností pomáhá rodičům, jak o dítě pečovat a svým profesionálním přístupem přispívá ke zdárnému vývoji dítěte a k navázání citových vazeb. Učí matku správnému kojení, oblékání dítěte, přebalování, přenášení dítěte a mnoha dalším činnostem spojenými s péčí o dítě. Ke správné edukaci lze zařadit i poradenství týkající se použití zavinovaček, které mohou matky využít nejen v porodnici, ale i po příchodu domů (Blom, 2005).

Zavinování dítěte se v současné době vytrácí, zavinovačky jsou nahrazené dupačkami a obdobnými typy oblečení, přesto pro mnoho rodičů představují zavinovačky nepostradatelnou součást vybavení pro novorozence. Mnoho ortopedů však zavinovačky kritizuje a nedoporučuje. Zde se mnohé názory rozcházejí.

„Nejlepší výchovná metoda je obstarat dítěti dobrou matku.“

(Christian Morgenstern)

## **1 Současný stav**

Používání zavinovaček se pojí s rodinnými zvyklostmi zejména našich prarodičů. V současné době nejsou děti zavinovány v takové míře jako v první polovině dvacátého století. Nyní jsou zavinovačky spíše doménou křtů a rodinných slavností, avšak pro některé rodiče a jejich děti jsou velkou pomocí při uspávání nebo utěšování (Čapková, Hak, 2007).

I přes to, že se novodobé pediatricky zaměřené texty zavinovačkami do velké míry nezabývají, snažili jsme se tuto problematiku zmapovat v naší diplomové práci. Zabývali jsme se zejména používáním zavinovaček a působením zavinování na dítě.

### ***1.1 Charakteristika novorozence a kojence***

V následující kapitole charakterizujeme novorozenecký a kojenecký věk. Zabýváme se zejména vývojovou stránkou dítěte a ošetrovatelskými intervencemi, které jsou od narození u dítěte vykonávány.

#### ***1.1.1 Charakteristika novorozence***

Do novorozeneckého období lze zahrnout dobu od narození dítěte do ukončení 28. dne života. Zdravý a donošený novorozenec je dítě s dobrou poporodní adaptací. Narodil se po nekomplikovaném těhotenství ve 37. – 41. týdnu. Novorozence lze rozdělit podle gestačního věku na donošené, nedonošené a přenošené. Nedonošený novorozenec se narodil před 37. týdnem gravidity. Přenošený novorozenec byl porozen ve 42. týdnu gravidity a později. Podle porodní hmotnosti se novorozenci rozdělují na novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností, což je hmotnost pod 999 gramů, dále na novorozence s velmi nízkou porodní hmotností vážící 1000–1499 gramů a na novorozence s nízkou porodní hmotností. Tou je označováno novorozené dítě vážící pod 2499 gramů.

Donošený novorozenec je dítě, jehož hmotnost odpovídá gestačnímu věku, váží 3300 gramů a měří v průměru 50 centimetrů. Jeho hlavička dosahuje obvodu 31 – 35,5

centimetrů. Obvod hrudníku je 30,5 – 33 centimetrů. Dětská sestra hodnotí fyziologické funkce a tělesné proporce. Nejprve hodnotí vědomí a poporodní adaptaci pomocí Apgar scóre. Hodnotí se tělesná teplota, která by měla být okolo 36,5 – 37 °C, měřená v rektu (Sedlářová, 2008).

Po porodu nastává u dítěte poporodní adaptace, od které se pak odvíjí jeho další vývoj. Největší změny lze pozorovat na krevním oběhu a dýchání. Plíce plodu v děloze matky jsou nevzdušné, málo prokrvené a dýchací cesty jsou vyplněny tekutinou. Po porodu dochází k nástupu chladu, dráždění kůže, klesající hladině kyslíku a stoupající koncentrace oxidu uhličitého, všechny tyto skutečnosti stimulují dítě k prvnímu nádechu. Frekvence dechu u dobře adaptovaného novorozence je 40 dechů za minutu. Křik dítěte by měl být hlasitý a jasný. Dobře adaptovaný novorozenec má růžovou barvu a klidovou tepovou frekvenci přibližně 130–160 za minutu. Úplná adaptace oběhu krve bývá dokončena přibližně do dvou týdnů po narození. Trávicí trakt novorozence je připravený k přijímání mateřského mléka. U dítěte je přítomen pátrací, sací a polykací reflex. Sací a hledací reflex je pro novorozence v životě velice důležitý díky nimž je dítě schopno přijímat stravu. Hledací reflex se objevuje již v 28. gestačním týdnu. U novorozence ho můžeme vyvolat po dotyku na tváři, po němž se otočí ústy za dráždícím podnětem. Sací reflex lze vidět u hladového novorozence, který si intenzivně saje zatnuté pěstičky. Kůže dítěte je po porodu pokryta tzv. plodovým mázkem, až u poloviny novorozenců je kůže v období druhého až třetího dne žlutého nádechu, což značí novorozeneckou žloutenku. U novorozence je hodnota bilirubinémie 85–120  $\mu\text{mol/l}$ . Fyziologická žloutenka dosahuje třetí den svého maxima. Zmizet by měla do druhého týdne života dítěte (Klíma a kol, 2016).

Novorozenec je po porodu a primárním kontaktu s matkou ošetřen dětskou sestrou a osušen suchou plenou či dekou. Následně je důležitá identifikace dítěte, kdy je na ruku matky a dítěte připnut identifikační náramek se jménem, datem narození, oddělením a pořadovým číslem. Dítěti je ošetřen pupeční pahýl a je sterilně překryt. Osušené dítě je ponecháno v matčině náručí, pokud to její zdravotní stav dovoluje. Je-li matka unavená, je dítě uloženo do pojízdného vyhřívaného lůžka v blízkosti matky, popřípadě obou rodičů. V prvních hodinách je dítě přikládáno k prsu za pomoci sestry. Je též provedeno vážení, měření, ošetření očí a lékařské ošetření (Gregora, 2016).

Podle Bacusové (2005) je pláč a křik jediným projevem, kterým dává dítě najevo pocity libosti a nelibosti. Pláč je jedním z prvních pokusů o komunikaci s rodiči

a okolím. Matka se naučí postupem času rozeznávat druhy pláče a tím rozpozná, která z potřeb není naplněna.

Nejdůležitější činnost pro matku je kojení. Sestry matce poradí správnou techniku a polohu, která jí kojení usnadní. Avšak každá matka a dítě si najdou později svou polohu, která jim vyhovuje. Zdravý novorozenec a kojeneček se zvládne přisát sám. Jestliže matka z nějaké příčiny nemůže kojít, dítě krmí umělou výživou (Hanáková, 2015).

Koupelel novorozence zpočátku předvádí matce dětská sestra. Matka může ovšem dítě umýt sama a sestry se pouze ptát na dotazy či nejasnosti. Sestra nejdříve napustí vodu do vaničky, a to do výše dvou až tří prstů ode dna. Teplotu vody, která by se měla pohybovat mezi 36–37 °C, mohou změřit teploměrem. Do vody lze přidat koupelový přípravek vhodný na mytí dětí. Na koupele jsou zapotřebí dvě žínky. Připraví si dále čistý suchý ručník, suché oblečení, pleny, masti, hřeben, vatové tyčinky. Dítě rychle svlékne, koupe maximálně 5–7 minut. Zvýšenou pozornost při koupeli věnuje genitáliím. Dívky by měly být omývány či otírány od pochvy směrem ke konečníku. Důvodem je předcházení přenosu bakterií z konečníku do pochvy. U chlapců je důležité přetažení předkožky a důkladná hygiena genitálu. Sestra či matka dítě osuší a nasadí mu pleny. Vlasy dítěte se mohou přečesat dětským kartáčkem na vlasy. Vhodné je dítě uložit od zavinovačky, aby nedošlo ke snížení teploty a dítěti nebyla zima. Během pobytu v nemocnici jsou matce po celou dobu k dispozici dětské sestry, které jí poradí s péčí o dítě a zodpoví kladené otázky. Po propuštění dítěte z porodnice je jeho prospívání kontrolováno pediatrem a dalšími odborníky, například ortopedem (Behinová, 2012).

Vývoj dítěte v prvním roce probíhá velmi bouřlivě. Každé dítě je osobnost, která se vyvíjí individuálně. Platí ale pravidla pro různé vývojové etapy a odlišnosti mohou být signálem k vyšetření dětským specialistou, zejména neurologem (Pařízek, 2008).

### ***1.1.2 Charakteristika kojence***

Kojenecké období navazuje těsně na novorozenecké. Kojencem se stává dítě po ukončení 1. měsíce věku do dosažení 1 roku dítěte. V tomto období udělá největší pokrok, jakého už v celém životě v tak krátké době nedosáhne. Můžeme tedy říct, že se jedná o období nejintenzivnějšího a nejbouřlivějšího psychomotorického vývoje. Váha kojence se zvyšuje přibližně o 200 gramů za týden. Dítě spotřebovává až třetinu energie, kterou přijme z potravy, proto by výživa měla být dostatečně kaloricky hodnotná, vyvážená

s obsahem živin, vitamínů, stopových prvků. V pitném režimu dítěte by se měla objevit kojenecká voda, dětské ovocné či bylinkové čaje a ovocné šťávy (*Klíma a kol, 2016*).

Ve druhém měsíci u dítěte převažuje zraková neostrost, pokud se ale někdo objeví v zorném poli, dítě ho začne pozorovat. Jeho zájem o okolí se neustále zvyšuje. Okolo šestého týdne lze u dítěte vyzorovat první úsměv. V poloze na bříšku se dokáže opřít o předloktí. Hlavu, kterou zvedá jen mírně, udrží několik minut. V poloze na zádech objevuje svoje ruce, dostává je do zorného pole a poté si je strká do úst. Většina dětí ve třetím měsíci dokáže zvednout hlavu do úhlu 45°. V poloze na zádech zvedá končetiny, v poloze na břiše drží hlavičku vztyčenou a pouze na chvíli zvedne hrudník nad podložku. Dítě otáčí hlavu za pohybujícími se předměty, do ruky je ještě neuchopí, ale sahá po nich. Sleduje své ruce a hraje si s nimi před obličejem. Směje se na známé tváře, někdy i na cizí, pokud na něj dělají „obličej“. Již v tomhle období si dítě při příchodu známé osoby začne pobroukávat, kopat nohama nebo mávat ručičkami.

Mezi 4. – 6. měsícem se dítě začíná otáčet ze zad na bříško. V poloze na břiše pase koně, zvedá hlavičku. Dítě nemá rádo samotu, je rádo středem pozornosti. Dokáže uchopit hračku a přendat ji z jedné ruky do druhé. Okolo šestého měsíce již vidí ostře. Při kontaktu s cizími lidmi se může rozbrečet. Používá zvuky a písmena h, n, k, f, b, p. Dítě může tvořit i slabiky např. ka, da, ma (Behinová 2012).

V České republice je ze zákona povinné vyšetření kyčlí, nedodržení vyšetření může znamenat zanedbání péče o dítě. Do 6. měsíce by měly být u všech kojenců vyšetřeny kyčle včetně sonografie. Součástí vyšetření tzv. trojího síta je sběr anamnézy, klinické vyšetření a ultrazvukové vyšetření. U většiny novorozenců je prováděno vyšetření již v porodnici nebo těsně po propuštění, nejpozději však do 3 týdnů. Některé nemocnice nemají vlastní ortopedy, proto jsou rodiče s dítětem odesláni do ordinace dětského ortopeda. Druhé vyšetření se provádí mezi 6. - 9. týdnem. Třetí vyšetření je provedeno mezi 12. a 16. týdnem. V článku Frydrychové (2016) je uveden pokles počtu léčených dětí pro vrozené dysplazie kyčlí na 5 % po zavedení systému trojího síta. Po zavedení diagnostiky ultrazvukem se počet snížil na 3–4 %. Luxované kyčle jsou zhruba u 0,15 % dětí.

V sedmém měsíci již většina dětí pevně sedí, zvládne se otáčet z břicha na záda a opačně. Začíná se samo krmit kousky potravin. Dítě již opakuje slova jako je například „tata“ a „mama“. Mezi 8. - 10. měsícem je dítě schopno kousat a žvýkat pestrou stravu. Dítě si začíná samo stoupat, nejdříve potřebuje oporu, jakou mu poskytuje např. nábytek. Dokáže se plazit nebo lézt po čtyřech. Napodobuje zvuky, gesta, grimasy.



V jedenáctém měsíci chodí kolem nábytku, dokáže vylézt na schod nebo na vyvýšenou plochu. Již dává najevo pocity libosti a nelibosti. Buduje si zásobu slov a opakuje oblíbené slabiky. V jednom roce končí kojenecké období a z dítěte se stává batole. Jistota chůze dítěte se zlepšuje, dítě se pouští nábytku nebo se drží jen jednou rukou. Rozlišuje členy domácnosti a dokáže je jednoduše pojmenovat (Behinová 2012).

## **1.1 Potřeby novorozence a kojence**

Podle Sikorové (2011) patří mezi nejzákladnější potřeby novorozenců bezesporu dýchání a potřeba tepla. Po uspokojení potřeb dýchání a tepla se přidávají další biologické potřeby jako je potřeba výživy, tekutin a elektrolytů, vyprazdňování, odpočinku, spánku, růstu a vývoje. U psychosociálních potřeb lze hovořit o uspokojování pocitu jistoty a bezpečí, potřeba ochrany zdraví a ochrany před bolestí, potřeba lásky a sounáležitosti. Při neuspokojení potřeb, ať krátkodobě či dlouhodobě, dochází ke stavu nazývanému frustrace. Pro dospělého člověka je lehké popsat, která z potřeb není uspokojována, ale novorozenec to nedokáže. Závažným důsledkem neuspokojování potřeb dítěte je stav nazývaný deprivace. Neuspokojování potřeb může vést k ohrožení duševního zdraví a vývoje. Nejznámější je citová deprivace, která se může projevit agresivitou, regrese, citovou labilitou a opožděním ve vývoji. Ve fázích vývoje se potřeby dítěte mění. Základní potřeby dítěte můžeme členit do několika okruhů, které se vzájemně propojují.

### **1.1.1 Potřeba výživy**

Mezi biologické potřeby lze zařadit především výživu. Jak uvádí Fendrychová (2011), kojení je přirozeným způsobem a základem výživy pro novorozence a kojence. Podle WHO je kojení doporučeno do 6. měsíce věku dítěte. Mateřské mléko má optimální složení, je dobré pro zdravý růst a vývoj dítěte. Dále má imunologické faktory a je prevencí civilizačních chorob jako je například diabetes mellitus a ateroskleróza. Při kojení se vytváří specifický vztah mezi matkou a dítětem. Nelze opomenout i ekonomickou výhodnost. Avšak mohou nastat i kontraindikace, které jsou s kojením spojeny. Mezi ně patří nemoci matky (nemoci jater, srdce a ledvin, laktační psychóza aj.) a farmakologie s onemocněním spojená, dále pak vrozené poruchy metabolismu plodu. Pokud nemůže matka dítě kojit, přichází na řadu umělá výživa, která by měla svým složením do jisté míry nahradit mateřské mléko. S potřebou výživy souvisí i potřeba tekutin a elektrolytů. Nedostatečným zásobením tekutin může dojít k dehydrataci (Dort, 2013).

Laktace je přirozený fyziologický děj, avšak i ten vyžaduje naučení se či zkušenost. Před porodem si již matka může přečíst odbornou literaturu týkající se kojení. Po porodu se učí zvládat dovednosti, které ke správnému kojení potřebuje. Dětské sestry sledují jak dítě, tak i matku a pomáhají jí v cestě k cíli, což je v jejich případě spokojené nakojené dítě a spokojená matka (Johnson, 2007).

Kojení je doporučováno, protože mléko obsahuje velké množství obranných látek, které chrání dítě před různými onemocněními, infekcemi, mléko taktéž zmiňuje průběh nemoci dítěte. Obsahuje protilátky, které vytvářejí optimální střevní mikroflóru. Mateřské mléko působí jako prevence proti obezitě a poruchám metabolismu tuků. U kojených dětí se ve stáří v takové míře nevyskytuje osteoporóza, jako u dětí nekojených. Mléko přispívá i ke správnému růstu mléčných zubů (Roztočil, 2008). Současně přispívá kojení k návratu postavy, kterou měla žena před porodem. Kojení podporuje i duševní zdraví, snižuje riziko vzniku rakoviny prsu a vaječníků, do jisté míry chrání před dalším otěhotněním, je vždy dostupné a je zadarmo (Nevoral, 2003).

Ideální je plně kojit dítě do ukončeného 6. měsíce. Poté je možno začít s příkrmy. Nejdříve je vhodné podávat zeleninové polévky, po dvou až třech týdnech masovo-zeleninové polévky. Do příkrmů lze přilévat pouze balenou kvalitní kojeneckou vodu. Přísady, jako jsou brambory, petržel, celer, květák, kedluben, pórek, hrášek, špenát a jiné druhy zeleniny, se nejdříve pečlivě umyjí a spolu s malým množstvím kojenecké vody uvaří doměkka. Po uvaření je lze rozmixovat a přidat pár kapek kvalitního olivového oleje pro lepší vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Maso, nejlépe kuřecí, králíčí, krůtí, jehněčí, rybí, popřípadě telecí, se musí uvařit doměkka například společně se zeleninou a rozmixuje se. Pokud rodiče z jakéhokoliv důvodu nemohou domácí stravu připravit, je na trhu mnoho průmyslově vyráběných příkrmů, ať už zeleninových či ovocných. Ovocné příkrmy se podávají jako dopolední svačina. Ze začátku je vhodné podávat nastrouhané jablko s mrkvovou či pomerančovou šťávou, broskvemi, hruškami nebo banánem. Jahodám a exotickému ovoci by se měli rodiče u kojenců vyhnout a do stravy je nezařazovat kvůli možnému vyvolání alergií. Ovocné příkrmy není nutno přislazovat (Aronová, 2006).

### ***1.1.2 Potřeba vyprazdňování***

Další důležitou potřebou je vyprazdňování. První stolice novorozence se nazývá smolka, která odchází do 48 hodin po porodu. U první stolice je důležitý čas. Pokud se smolka neobjeví po dobu 24–48 hodin, musí být dítě podrobně vyšetřeno pediatrem. U novorozenců počet stolice za den kolísá. Někdy není žádná, někdy jich je několik za den. Volf (2012) uvádí, že kojené dítě může mít stolicí například 1x za 10 dní nebo naopak několik stolic za den. Ke konci druhého měsíce je stolice méně častá, ale její objem se zvyšuje.

V prvním měsíci vylučuje dítě 3–6krát za den. K vyprázdnění moči může dojít již na porodním sále nebo do 48 hodin po porodu. Dále pak novorozenec pomocí v průměru 7 plen denně. U kojeného dítěte dochází k zácpě méně často, díky mateřskému mléku se stolice stává měkkou a umožňuje snadné vyprázdnění. U dětí, které jsou krmeny umělým mlékem, může dojít k zácpě častěji. Pediatri proto doporučují podávat umělá mléka obsahující probiotika. Jedná se o živé bakterie, které udržují ve střevěch správný poměr zdraví prospěšných a zdraví škodlivých bakterií (společnost autorů naše porodnice 2016).

### ***1.1.3 Potřeba spánku a odpočinku***

Nelze opomenout potřebu spánku a odpočinku. Podle Gravillona (2003) má dítě v děloze matky jediný úkol a tím je spánek. Před 20. týdnem těhotenství je plod ve fázi „spavosti“. Tato fáze se také nazývá jako „nevyhraněný“ spánek. Nesplňuje kritéria nepokojného ani klidného spánku. Pokud plod spí, neprobudí ho nic, nemusí ho probudit ani porod. Dokonce ho nevzbudí ani silné děložní kontrakce a vypuzování z dělohy. Od 20. týdne můžeme u dítěte pozorovat střídající se doby spánku a bdění. Aktivita dítěte trvá přibližně 40 minut, aktivitu vystřídá spánkový cyklus. Okolo 27. týdne se objevuje skutečný spánek, nepokojný. Ve 29. týdnu se dostaví spánek klidný. Kolem 36. týdne se tyto dvě fáze střídají pravidelně. Spánek plodu je plně nezávislý na spánku matky. Největší aktivita dítěte se často dostavuje mezi 21. – 24. hodinou.

Pokud je novorozenec najedený a spokojený, tak spí kdykoliv během dne a noci. Až kolem druhého měsíce začíná odlišovat noční a denní spánek. Postupně ubývá doba denního spánku (Gregora, Velemínský, 2013).

Spánek je velice důležitý pro život a růst dítěte. Během spánku je aktivován nervový systém, paměť pracuje a dítě roste. Pro novorozence je spánek důležitější než pro dospělého člověka. Novorozenec tráví spánkem většinu času, až 20 hodin denně. Spánek novorozenců se skládá z klidného spánku, aktivního spánku, pozorného a aktivního bdění a bdění bez zaměřené pozornosti. Během klidného spánku spí novorozenec klidně, nehybně. Kromě některých záškubů neprojevuje žádný pohyb. Horní i dolní končetiny má skrčené. Obličej novorozence je často bez výrazu. Oči má zavřené, bez pohybu. Dýchání je pravidelné, přibližně 30–40 dechů za minutu. Rytmus srdce je pravidelný, 100–140 tepů za minutu. Klidný spánek trvá přibližně 20 minut, dítě se při něm neprobouzí (Gravillon 2003).

U aktivního spánku dochází k řadě různých tělesných pohybů. Jsou to pohyby prstů, rukou i nohou, výraznější pohyby končetin a celého těla. Pohyby jsou časté, opakují se každých 3–5 minut. Oči se pohybují, víčka jsou zavřená, ale mohou se pomalu otevírat. Na obličeji lze vyzorovat strach, hněv, znechucení, smutek, překvapení a radost. Dýchání je rychlejší a méně pravidelné. Srdeční rytmus je 120–160 tepů za minutu. Doba aktivního spánku se pohybuje v průměru okolo 25 minut (Gravillon 2003).

Stav pozorného a aktivního bdění lze označit jako bdění klidné, kdy je dítě schopné pozornosti. Dítě se příliš nehýbe, ale je vnímavé vůči zvukům, obličejům, dovede napodobovat mimiku. Doba aktivního bdění se postupně prodlužuje a koncem prvního měsíce trvá přibližně 30 minut, kolem třetího měsíce až dvě hodiny. Ve stavu bdění bez zaměřené pozornosti se dítě uzavírá do sebe, věnuje se samo sobě. Může si cucat palec, na oslovení reaguje pomalu a slabě. Oči mívá pootevřené, dýchání je nepravidelné a činnost srdce zrychlená. Dítě působí nespokojeně, šklebí obličej a zrychleně pohybuje končetinami. Často pláče a není k utišení (Thirionová a Challamelová, 2013).

V prvních dnech po narození je spánek novorozence nekvalitní, nestabilní, křehký. Bývá přerušován častými pohyby. Ruce dítěte by měly být v zavinovačce podél těla dítěte. Novorozence lze pokládat ke spánku do postýlek, kolébek, dětských košíků. Kojencům není doporučeno dávat do postýlky polštáře ani silné deky. Dáváme si pozor na hračky, které jsou umístěny do postýlky, neměly by mít provázek nebo tkaničku delší než 30 centimetrů. Přes den mohou děti spát v kočárku, přibližně však do půl roku věku dítěte. Pro starší děti je spánek v kočárku nebezpečný, protože mohou přepadnout přes hranu korby (Hanáková, 2010).

Nočnímu spánku předcházejí různé rituály, které si rodina zavede. Jedná se o koupel, krmení, čtení pohádek a další (Velemínský, Gregora, 2011).

#### ***1.1.4 Potřeba jistoty a bezpečí***

Pro novorozence je přechod z dělohy do života velmi složitý proces. Po narození dítě zaujímá nestabilní polohu na zádech. Postupně se bude dítě učit udržet těžiště na středu těla. Novorozenec se nosí převážně v pozici klubíčka, kdy má schoulené tělíčko, respektujeme tím i držení končetin a dodáváme mu pocit jistoty a bezpečí. Střídáme obě strany, tím zabráníme predilekci hlavičky. Pro odříhnutí používáme pozici tygříka. Pozice klokánka je vhodná jako přechodná do ostatních pozic. Při koupání je vhodné dítě koupat v poloze klubíčka, bude se cítit v bezpečí a uvolní se (Rubešová, 2014).

### **1.1.5 Potřeba lásky, sounáležitosti a přijetí**

Psycholožka a psychoterapeutka Aletha Solterová popisuje ve své knize pojem bonding, jímž nazývá stav, ve kterém se rodiče zamilovávají do svého dítěte. Od samého začátku těhotenství je důležitý kontakt s plodem. Ať už jde o mluvení, zpěv nebo poslech hudby. Hned po narození by mělo být dítě přiloženo k matce, kdy se vytváří silné citové pouto mezi matkou a dítětem. Klíčovým faktorem poznávání se s matkou je i to, když se novorozenec dotkne ústy matčiny bradavky. Důležitý je také vztah dítěte s otcem, který se buduje během prvních tří dnů života dítěte, kdy se většinou vytvoří silné pouto. Přítomnost otce u porodu je taktéž přínosem pro vztah mezi dítětem a otcem a mezi matkou a otcem dítěte. Solterová (2014) též zastává názor, že se dítě nedá v prvních měsících života rozmazlit. Rodiče by měli o dítě pečovat společně a věnovat se mu naplno.

Dítě při kontaktu s matkou získává poznatky o emočních prožitcích jiných lidí, proto by měla matka dávat najevo své emoce, aby se v nich dítě mohlo orientovat a dokázalo je rozlišit (Vágnerová 2010).

Separace dítěte od matky je velice stresující situací pro obě strany, ale zejména pro dítě. Američtí vědci zkoumali srdeční frekvenci u dvoudenních novorozenců při spánku a při kontaktu dítěte a matky skin to skin – kůže na kůži. Přišli zejména na to, že u dětí separovaných od matek se zvýšila srdeční frekvence nad normu, poté co byly děti přiloženy na tělo matky, uklidnily se (Santaromita, 2017).

První minuty s dítěte jsou velice důležité jak pro rodiče, tak pro novorozence. Rodiče by se měli s dítětem přivítat a navázat s ním duševní a tělesný kontakt. Ze začátku mohou být překvapeni, jak jejich miminko vypadá. Může být „pomačkané“, méně růžové a menší, než předpokládali (Richter, 2007).

Některé matky či otcové se ze začátku bojí na své dítě sahat, aby mu neublížili. Důležitou roli hraje zejména ošetrovatelský personál, který se snaží rodiče podporovat a pomáhat jim s péčí o novorozence a odpovídat na případné dotazy. Podpora matky v nemocnici může zvýšit její mateřské sebevědomí (Mrowetz, 2011).

Spousta rodičů se po narození svého potomka setkává s pláčem dítěte, nedostatkem spánku, strachem o dítě, vyčerpáním. Většinou jsou zasaženy matky, kterým nezbyvá často mezi přebalováním, kojením, utěšováním a péčí o domácnost čas na uvolnění a odpočinek. Proto by měla být péče o dítě i o domácnost rozdělena mezi oba rodiče, kteří si jsou vzájemnou oporou (Richter, 2007).

Kojenecké období je charakteristické rozvojem řeči. Děti mají vrozenou dispozici k tomu, aby produkovali zvuky podobné fenoménům. Ve 3. – 4. měsíci se objevuje u dítěte broukání, jehož obsahem jsou různé zvuky, které jdou dítěti lehce opakovat. Neustále dokola opakuje zvuky, které mu přijdou zajímavé, a poslouchá svůj hlasový projev. Rodiče by měli motivovat a podporovat dítě v mluvení. Druhou fází řeči je žvatlání, které se objevuje koncem 7. měsíce a dochází k opakování duplikace slabik. Broukání však nezaniká. Okolo 10. měsíce se objevuje dětský žargon, kdy dítě vyslovuje smysluplná slova, využívaná v souvislosti s nějakou situací nebo osobou. Dítěti většinou rozumí členové rodiny, zejména matka. Koncem 1. roku nastupuje dorozumivací řeč, která je běžná, hovorová, doprovázená několika smysluplnými slovy (Vágnerová, 2000).

## **1.2 Zavinoваčka**

Zavinoваčka neboli schránka je místo, kde dítě leží a jeho tělo je obklopeno. Za schránku lze považovat dělohu, kolébku, postýlku, peřinku nebo zavinoваčku. Zavinoваčka je popisována jako silná peřinka v bavlněném povlaku. Dítě je do zavinoваčky položeno a peřinka se pevně převáže. Pohyb dítěte v zavinoваčce je omezený. Používání či nepoužívání zavinoваček řeší mnoho odborníků. Zejména však psychologové, neonatologové, ortopedi, pediatři a ošetrovatelé. Pro novorozence je nejdůležitější pocit bezpečí, nepotřebuje svobodu ani volný pohyb. Novorozenec, který má kolem sebe volný prostor, je často neklidný a ztrácí pocit jistoty. Avšak ortopedi kritizují používání zavinoваček. Dle jejich názoru je nutné, aby dítě mělo volný pohyb kloubů na dolních končetinách, tedy fyziologickou polohu (Velemínský, 2007).

### **1.2.1 Historie zavinoování**

Slovo zavinoovat znamená balit kusy látek kolem těla kojence, zakrytí dítěte pruhy látky, nebo tzv. zavinoваčkou, která zahaluje dítě přes oblečení. Zavinoování kojenců je způsob péče o dítě, který byl po staletí známý nejen po celé Evropě, ale i v Asii, Severní a Jižní Americe. Tato technika však není běžně používaná v tropických oblastech. Vzhledem k vysokým teplotám může zavinoování způsobit kožní infekce, proto je často dítě zavinoováno bez oblečení. V Evropě jsou známé dvě metody zavinoování, kruhový a zdánlivě volnější křížový způsob. I ve 21. století je zavinoování stále preferováno různými skupinami obyvatelstva. Zavinouté dítě může být položeno do kolébky nebo uloženo v kočárku či autosedačce (FAGS 2006).

Jako první můžeme zmínit zavinoutého Ježíše v zavinoваčce na mnoha malbách. Podle archeologů vznikla metoda zavinoování kolem roku 4000 př. n. l. ve střední Asii u často migrujícího obyvatelstva. Matky nosily své děti na zádech v nosičích, do kterých si děti připoutaly. Nosiče byly dřevěné a vystlané kůží či textiliemi (Fendrychová, 2011). V příloze č. 11 si můžeme povšimnout porodní báby, nyní porodní asistentky, která ukazuje správné zavinoování dítěte.

Důvod, proč rodiče zavinovali své děti, byl ten, že chtěli napravit škody vzniklé porodem a dosáhnout zdravého růstu dítěte. K zavinoování používali vlněná obinadla, která neměla obrubu. Matky ovinuly dítěti obě ruce látkou, kterou zastrčily pod záda a dítě



zavinuly do velké zavinovačky, kterou ještě obtáčely stuhou. Výsledkem bylo to, že se dítě nemohlo ani pohnout, tudíž ani zranit. Takový zábal ztěžoval dětem dýchání a deformoval končetiny. V Evropě spaly zavinuté děti ve vodorovné poloze (Rose, 1989). U mnoha amerických indiánských kmenů byli kojenci zavinuti a položeni do svislé polohy, ve které také spali. Cradleboard neboli tradiční ochranné baby nosiče jsou používány v prvních měsících života dítěte zejména v Mexiku a Střední Americe. Jedná se o tradiční indiánské lůžko, kdy je dítě pevně zabaleno do malé deky a připoutáno na speciální desce vyrobené většinou ze dřevěného prkna. Dítě je pak zavěšeno na záda nebo na hrud' matky. Matka může speciální lůžko použít jako židličku, kdy dítě opře ve vaku o zed' (Redish, 2015).

Lékař Soranus z druhého století n. l. doporučoval, aby byly děti těsně zavinuté od ramen až k patě. Jeho doporučení byla později vytištěna v lékařských knihách a příručkách pro porodní báby v celé Evropě od konce 15. století. Osvícenství přineslo změnu postoje k zavinování v Evropě. Například v roce 1762 filozof Jean-Jacques Rousseau argumentoval a požadoval osvobození dětí od omezujícího zavinování. Nicméně, Rousseauova doporučení se dodržovala pouze v nejbohatších rodinách vyšší třídy a trvalo více než sto let, než byl jeho názor akceptován u ostatního obyvatelstva. Do 19. století spaly děti v posteli se svými rodiči, avšak koncem století byli rodiče před společným spánkem varováni. Dětem hrozilo během noci zadušení, přenos nemocí či rozmazlení. Děti byly z postelí rodičů přesunuty do dětských postýlek, nakonec i do samostatných dětských pokojů. Nyní zase matky zjišťují, že je pohodlné mít dítě ve své blízkosti (Abelson, 2008).

V průběhu 19. století doporučovali lékaři méně omezující formu zavinování. Střední třída obyvatelstva využívala zavinovačky, kdy byl kojeneček schopen pohybu a jeho nohy a paže byly udržovány bez zavinutí. Jako zavinovačky byly používány různé pruhové pruhy, které se obtáčely kolem těla dítěte. Dětské oblečení se také stalo mnohem pohodlnějším. V pozdním 19. století několik lékařů tvrdilo, že zavinovací pruhy byly zbytečné a ve skutečnosti jejich užívání bylo škodlivé pro dítě, protože příliš omezovaly pohyblivost těla. Nicméně, v praxi přetrvávalo používání zavinovacích pruhů v oblasti kolem břicha a zad kojenců. Většina žen se naučila péči o děti od svých matek, takže tradiční představy a postupy byly drženy mezi ženami v rodině. Proto měla společnost na využití zavinovaček malý vliv. V některých oblastech Evropy byly zavinovací pruhy používány až do začátku roku 1930. V jednadvacátém století, po dlouhé době odporu proti omezování přirozených dětských pohybů, bylo zavinování postupně znovuobjeveno

a začaly se zvažovat i možné přínosy. Zavínování se ukázalo jako uklidňující, například u velmi neklidných dětí (First, 2016).

Až při zavedení roming-in se děti přestaly balit do zavinovaček a zůstávaly na pokoji s matkou. Děti byly položeny na pevné matraci a přikryté dekou. Byly často neklidné a plačtivé, matky si je musely brát k sobě do postele a důsledkem bylo, že se nevyspala ani matka ani dítě. V dnešní době se k zavínování vrací nejen porodnice, ale i samotné matky (Sleuwen, 2007).

V knize Kiedroňové (2005) Něžná náruč rodičů je popisována situace, kdy matka porodila své třetí dítě, které bylo jako všechny děti na oddělení oblečené do dupaček a zakryté dekou v postýlce. Dítě bylo neklidné, plačtivé a špatně spalo. Z vlastních předchozích zkušeností se rozhodla pro změnu, a to zavinutí dítěte. Matka dítě zavinula do deky, do postýlky položila polštář a zavinuté dítě. Poté si od sester vyžádala druhou deku na přikrytí dítěte. Dítě bylo po zavinutí klidnější, dobře spalo i jedlo. Na druhém pokoji se ten den narodila i holčička, která byla taktéž velice neklidná, plačtivá. Matka holčičky byla velice unavená z těžkého porodu a s plačící holčičkou si již nevěděla rady. Při návštěvě pokoje, na kterém ležel chlapec s maminkou, vyzkoušela taktéž stejnou metodu jako maminka chlapce. Druhý den byla většina miminek položena na polštářích a zavinuta do dek. Děti byly klidnější a maminky se cítily více odpočaté (Kiedroňová, 2005).

Neurologové zavínování schvalují, a to kvůli nevyvinuté nervové soustavě. Novorozenci mají spontánní neřízené pohyby, které je vyrušují ze spánku. Pohyby mohou miminko vylekat či probudit. Psychologové zastávají názor, že dítě je zvyklé z matčiny dělohy na uzavřený a malý prostor, proto se v zavinovačce cítí tak bezpečně. Podle Smetanové (2014) je zavínování nezbytně nutné pro nedonošené a nezralé děti a děti s malou porodní hmotností. Zavinovačky se nemusí používat pouze na spaní, ale jsou vhodné i na kojení. Dítě se v zavinovačce naučí krmit ve správné poloze. Zavinovačka též pomáhá udržet správnou polohu dítěte při chování. Pokud není dítě správně chováno, může si křivit trup. Zavínování je užitečná metoda, kterou rodiče mohou použít ke zdravému uložení dětí ke spánku na zádech v prvních 6 měsících života. Zavínování dítěte a ukládání na zádech zajišťuje stabilitu a pomáhá udržovat děti v doporučené poloze. Též umožňuje trvalý spánek dětí na zádech a zabraňuje neklidnému chování. Utišit neklidné dítě a zajistit bezpečný spánek kojence je pro rodiče někdy obtížné. Správné zavínování dítěte může rodičům pomoci s uspáváním a uklidněním dítěte. Zavínování dítěte snižuje plačtivost a podporuje spánek.

Taktéž u předčasně narozených dětí, které rodiče nebo dětské sestry zavinovaly a ukládaly na záda, byl zjištěn zlepšený nervosvalový vývoj (Medical Communications Group, 2006).

### **1.2.2 Druhy zavinovaček**

Na trhu je k dostání nepřehledné množství zavinovaček různého materiálu, typu, barev či provedení. Každé dítě je individuální a může si oblíbit nějakou zavinovačku, ve které se bude cítit v bezpečí.

Klasické zavinovačky nebo také tzv. povijany jsou vyráběny z plátna či bavlny s péřovou výplní či s dutým vláknem, s krajkou nebo bez ní. Zavinovačky mají stuhu nebo suchý zip na upevnění. Umožňují volnější zavinutí dítěte bez fixace rukou. Klasickou zavinovačku rozdělujeme na čtvercovou a obdélníkovou.

Rychlozavinovačka se stala trendem dnešní doby. Vyráběna je ve tvaru čtverce, který je vyplněn dutým vláknem nebo ovčím rounem. Zapíná se na suchý zip nebo zavazuje vázačkou. Matky musí dávat pozor na zapnutí suchého zipu. Při jeho odlepení se může dítě ze zavinovačky vymanit a vypadnout.

Čtvercové zavinovačky, nebo také obyčejné čtvercové pleny, jsou vyráběny z bavlny nebo elastického materiálu. Umožňují pevné zavinutí včetně ručiček. Vyžadují zkušenost maminky. Do čtvercové zavinovačky lze zavinovat dítě podle Karpa.

Speciálně tvarované elastické zavinovačky ponechávají dítěti volné nohy a umožňují pevné zavinutí rukou dítěte. Též Karpovo zavinování.

Kokony se používají ke zklidnění velmi plačtivých dětí. Jsou vyráběny z elastického materiálu. Ručičky dítěte jsou pevně staženy u tělíčka (obrázek 6 a 7). Zavinovačka s kapsou na nohy slouží zejména do autosedaček nebo kočárků. Lze ji používat jako zavinovačku nebo fusak, podle míry zateplení.

Spací pytle mají řadu kladů i záporů. Mezi klady patří zejména udržení stálé teploty, dítě se nemůže odkopat. Mezi nevýhody lze zařadit možnost sklouznutí dítěte dovnitř spacího pytle a hrozící možné udušení (Hanáková, 2010).

### 1.2.3 Zásady zavinování

Pokud se matka rozhodne dítě zavinovat, musí se ujistit, zda postupuje správně. Zavinuté dítě musí být umístěno na zádech. Přetočení dítěte na břicho by mohlo zapříčinit udušení dítěte. V postýlce dítěte by neměly být umístěny žádné polštáře, klíny, plyšové hračky ani volné deky a přikrývky, které taktéž zvyšují riziko udušení. Rodiče by též měli zvážit použití dudlíku na spaní. Postýlka by neměla být umístěna v průvanu. Pevně zavinuté klouby by mohly zapříčinit dislokaci nebo dysplazii kyčelního kloubu. Pediatři z ortopedické společnosti v Severní Americe vynalezli zdravé zavinovačky, které umožňují kyčlím dítěte volný pohyb (American Academy of Pediatrics, 2016).

Přikrývku do postýlky lze vybrat dle roční doby a teploty v místnosti. Polštář novorozence ani kojence nepotřebuje. Hlavu novorozence a kojence podkládáme na čistou vyžehlenou plenu (Černá. 2012).

Glassy, předseda sekce pro péči o dítě, doporučuje zavinování do tří měsíců věku dítěte. V pozdějším věku je již dítě schopné se aktivně přetáčet nebo si sedat a zavinovačka by mu mohla vadit (American Academy of Pediatrics, 2015).

Výzkum ukázal, že zavinování je jedním z nejlepších způsobů, jak snížit riziko SIDS, tzv. náhlého a neočekávaného úmrtí v kojeneckém věku. Epidemiologické studie ukázaly, že zavinuté děti spící na zádech, mají nižší riziko úmrtí na SIDS než děti nezavinuté (Franco, Seret et al, 2005). Snížení rizika nenadálých úmrtí v kojeneckém věku včetně SIDS a fatálních nehod ve spánku lze zabránit několika způsoby. Dítě by mělo být ukládáno na záda již od narození, nikoli na břicho nebo na bok. Pokaždé by mělo dítě spát s odkrytou hlavou a obličejem. Dítě by nemělo být vystavováno zakouřenému prostředí, to platí i pro matku v období těhotenství. Rodiče by se měli snažit o zajištění bezpečného prostředí pro spaní ve dne v noci. Po dobu prvních 6-12 měsíců by dítě mělo spát ve stejné místnosti jako dospělý. Se zavinováním by rodiče měli přestat, pokud je dítě schopno otočit se na břicho během spánku. Při zavinování dítěte je nutno dbát na flexibilitu kyčle a možnosti expanze hrudní stěny. Nicméně zavinování dítěte neovlivňuje kojení, tj. frekvenci a množství požitého mléka. Bylo také prokázáno, že zavinování je účinné pro snižování reakce dětí na bolest (Franco, Seret et al, 2005).

Náhlá úmrtí kojence (SIDS) jsou nejčastější příčinou úmrtí dětí od 1 měsíce do 1 roku věku ve Spojených státech. Američtí vědci zjistili, že nejvíce umírají děti matek mladších 20 let, ale nedokáží vysvětlit, proč tomu tak je. Předpokládají, že matky mladšího věku mají menší znalosti související s péčí o dítě a některé věci mohou nevědomě či vědomě

zanedbávat. Pro ujasnění situace byl proveden výzkum v Coloradu, kterého se zúčastnilo 43 mladistvých matek navštěvujících střední školy. Vědci zjišťovali jak a kde děti spaly. Zjistili, že matky dávají dětem do postýlek polštáře, velké peřinky, plyšová zvířata. Některé matky spali s dětmi společně v posteli. Všechny matky účastníci se výzkumu byly seznámeny s rizikem SIDS a bylo jim doporučeno změnit své chování a péči o své dítě (Lindeman, 2016).

Ve výzkumu z června 2016 organizací Pediatric lze zjistit, že zavinované děti umístěné na boku či na břiše mají větší riziko náhlého úmrtí kojenců. Riziko se téměř zdvojnásobilo zejména u starších kojenců, u kterých hrozí přetočení během spánku (American Academy of Pediatrics, 2016).

Stejně jako u zavinování, tak i u šátkování dětí se najde mnoho zastánců i odpůrců. Nošení dětí vychází z tradic. Ženy v různých kulturách nosily své děti v různých šátcích a šálech. Všechny rodiny si nemohly dovolit koupit kočárku a ženy tak své dítě musely nosit všude s sebou v náručí. Důsledkem toho neměly ženy volné ruce a moc práce nezastaly. Proto postupně vymýšlely a vynalézaly, jak by si nošení dítěte ulehčily. Na řadu přišla různá nosítka, šály a šátky (Turnovská, 2009).

V různých částech světa lze nalézt spoustu způsobů nošení dětí, ze kterých se Evropanům může tajit dech. V současné době se propagují dvě varianty nošení malých dětí. První variantou je nošení dítěte ve vertikální poloze, která je nejčastěji doporučována antropology, laktačními poradkyněmi i instruktory pro nošení. Od narození až do batolecího věku lze tento univerzální úvaz používat. Matky mohou v této poloze nosit dítě, dokud jim je to pohodlné. Nošení dětí ve vertikální poloze doporučuje i česká etnoložka Anna Pohořálková, která se zabývá nošením dětí (Stojaspalová, Novotná 2016).

Ve druhé variantě je dítě nošeno v tzv. kolébkách v poloze klubička. Dítě se tak může nosit pouze do doby, než se začne samo posazovat. Tuto metodu doporučují zejména fyzioterapeuti, porodní asistentky a odborníci na plavání. Dítě v této poloze lze nosit vpředu nebo i na zádech (Stojaspalová, Novotná 2016).

#### **1.2.4 Pláč dítěte**

První tři měsíce života dítěte se pláč vyskytuje velmi často. Pláč dítěte může u rodičů vzbuzovat úzkost a obavy, že něco zanedbávají. Za nadměrný neboli expresivní pláč lze považovat pláč vyskytující se více než tři hodiny za den během více jak tří dnů v

týdnu. Expresivní pláč podle Jaroslava Feyereisla (2015) postihuje pouze 1,5 % kojenců. Nadměrně plačtivé dítě lze utiшит pevným zavínutím do zavinovačky, nabídnutím dudlíku, mírným houpáním či kolébáním. Vhodná je i změna polohy dítěte, avšak dítě položené na břicho nesmí zůstat bez dozoru. Každé dítě se utiší za jiné situace. Zůstává na rodičích, aby vyzorovali, při jaké činnosti dítě přestane křičet. Než však začnou rodiče s utišujícím procesem, měli by se přesvědčit, zda je dítě přebalené a nakrmené. Taktéž psychický stav matky a případná únava může negativně ovlivnit plačtivost dítěte. Samozřejmě by měla být vzájemná pomoc mezi rodiči dítěte (Feyereisl, 2015).

Přesná příčina expresivního pláče nebyla zatím přesně zjištěna. Vědci pracují s mnoha teoriemi. Masopustová a Marešová rozlišují tři typy, které vysvětlují příčiny expresivního pláče. Za prvé se jedná o psychologické teorie, které řeší vztahy mezi matkou a dítětem. Druhé jsou gastrointestinální teorie naznačující nevyzrálou gastrointestinálního traktu. Mezi třetí lze zařadit alergické reakce, například na kravské mléko. Kouření matky během těhotenství a kojení může být též příčinou nadměrného pláče (Masopustová, Marešová, 2008).

Podle Richtera je křik vždy zprávou, na kterou musí rodiče reagovat. Čím dříve začnou dítě tišit, tím dříve se uklidní. Rodiče nejdříve zkontrolují, zda jsou uspokojeny všechny tělesné potřeby dítěte. Pokud bude dítě pořád plakat, měli by se rodiče zamyslet, jak probíhal jejich uplynulý den. Dítě může negativně reagovat na prožité napětí nebo reagovat na různé dojmy, například na návštěvu, nákup v supermarketu, cestu autem nebo na sourozence. Pokud dítě stále pláče, hodiny a hodiny se ho nedaří utiшит, měli by rodiče navštívit pro jistotu pediatra, který zkontroluje, zda dítě něco nebolí (Richter a Schäfer, 2007).

Podle Labusové, která je známá moderátorka a poradkyně v oblasti rodičovství a výchovy, mohou mít děti k pláči a neklidu psychický důvod. Některé děti se potřebují zbavit prenatálního stresu nebo traumatu, který si odnesly z těžkého porodu (Labusová, 2006).

Podle výzkumu Londýnské univerzity z roku 2006 lze říci, že novorozenci a kojenci s naplněnou potřebou lidského kontaktu pláčou méně než děti, kterým se rodiče tolik nevěnují (Sutton, 2006).

### ***1.2.5 Zavínování podle Karpa aneb 5 zásad k utišení dítěte***

Americký pediatr Karp popisuje ve své knize *Způsob, jak utišit plačtivé dítě* pět utišujících zásad. Doktor Karp si díky své knize získal ve Spojených státech velký obdiv. Se svými dětmi k němu chodila například Michelle Pfeiffer nebo Madonna. Domnívá se, že samotné zavínování neuklidní dítě, je nutno použít další metody utišování. Uvádí přesný postup, jak dítě zavínout. K zavínování plně postačí klasická čtvercová plena. Nejdříve je nutné dát dítěti ruce podél těla. Pak pevně převinout cíp zavínovačky, aby byla ruka dítěte napevno u těla. Po zavnutí jedné ruky je nutno přehnout spodní okraj, který může být volnější. Zbývá jen zavínout druhou stranu s rukou dítěte u těla. Aby zavínovačka držela, může se převinout stuhou. U plačtivého dítěte Karp doporučuje polohovat na břicho či na bok. Tyto polohy spouštějí utišující reflex. Dítě v děloze polohu na zádech neznalo, proto je pro něj nezvyklá a může vyvolat Moroův reflex. Dalším způsobem, jak dítě utišit je metoda Bílého šumu. Jedná se o vytrvalé zvuky, které dítěti připomínají pobyt v děloze. Může se jednat například o puštěný vysavač nebo sekačku. Na mnoha internetových stránkách se může bílý šum stáhnout a dítěti pouštět. Některé děti dokážou při šumu spát celou noc. Matky mohou dítě uklidnit také samy tím, že začnou nad plačícím, zavnutým dítětem ostře syčet. Čím více bude dítě plakat, tím hlasitěji bude matka syčet. Podle Karpa by se mělo dítě utišit do dvou minut. Houpání je pro dítě přirozené, protože se kolébalo po celou dobu v děloze. Pevně zavnuté dítě doprovázené hlasitým matčíným syčením je prudce a rychle houpáno. Rodiče mohou taktéž používat houpačky, které jsou na trhu k dostání pro všechny věkové kategorie. Poslední utišující možností je sání, které spoustu dětí uklidňuje. Dítěti, které nemá problém s kojením, mohou rodiče nabídnout dudlík. Při používání dudlíků musí rodiče dodržovat několik zásad. Nejdůležitější je dodržování čistoty, kdy nový dudlík vyvaří a omyjí. Nikdy si nesmí dudlík strkat do úst nikdo další, protože se na dítě může přenést opar, zárodky chřipky a později i zubní kaz. Na dudlík se nedává nic sladkého, dítě si může rychle na sladkou chuť zvyknout. Karp doporučuje dudlík do 4. – 5. měsíce. Později se ho dítě nemusí chtít vzdát (Karp, 2012).

### ***1.2.6 Metoda tišení plačtivých dětí podle Rii Blom***

Ria Blom je zdravotní sestra a rovněž autorka knihy *Wenn Babys häufig schreien – Když děti často pláčou a mimo jiné i knihy Pláč a neklid u dětí: průvodce přirozeného spánku a mnoha dalších knih*. Ve svých publikacích radí, jak utišit plačtivé dítě pomocí různých tišících metod. Pro mnoho rodičů se může zdát kniha a metody zastaralé nebo necitlivé vůči dítěti, avšak pro rodiče, kteří jsou bezradní s uspáváním a utišováním svých dětí může být metoda Blomové vhodnou pomocí. Metody stejně jako pediatr Karp rozdělila do podsložek (Blom, 2011).

Mezi první pravidlo, patří uložení dítěte do vlastní postýlky již od narození. Pokud rodiče dítě chovají a uspávají v náručí a poté ho položí do postýlky, bude se častěji budit a jeho spánek bude nekvalitní. Dítě by měli uložit ihned do postýlky, nehoupat ho ani nenosit, naprostou chybou je utišovat dítě kojením. Dále by měli rozpoznat, kdy je jejich dítě unavené a jak se projevuje při únavě. Podle Blom by měli rodiče podporovat soběstačnost dítěte, což znamená dopřát dítěti ležícímu v postýlce chvíli samoty a při každém pláči dítě nechovat a neutěšovat. Pláč dětí se může lišit podle temperamentu, kdy může být vytrvalý, hlasitý někdy i více jak tři hodiny v kuse (Blom, 2005).

Ve své knize popisuje systém 4R, počáteční písmena v překladu znamenající ticho, rytmus, respekt a důsledné jednání. Ticho nebo také klid znamená klidné neдрáždivé prostředí, bez zbytečných vzruchů, pohybů umožňující dítěti vhodný vývin. Respektem chápeme uspokojování potřeb dítěte, respektování únavy a nutnosti klidu při odpočinku. Nutné je též vedení dítěte rodičem, neustupování ze situací, což vysvětluje pojem důsledné jednání. Pokud se rodiče nechají vést svým neklidným dítětem, například při uspávání, mohou situaci ještě do jisté míry zkomplikovat. Rytmus označuje jasný a pravidelný rozvrh v pořadí spánek, bdělost, podávání jídla, mazlení, zábava, při prvních známkách únavy je vhodné dítě okamžitě uložit do postýlky. Mnoho dětí je během dne zahlceno mnoha stimuly a dojmy z okolí. I když je to někdy těžké, měly by se rodiče snažit zůstat v klidu a snažit se plačící dítě utišit ať už metodou podle Karpa, Blomové nebo svojí vlastní (Blom, 2008).

V letech 2001–2005 v nemocnici Wilhelmina Kinderziekenhuis v Utrechtu výzkum u 400 dětí ve věku od 0 do 13 týdnů, který se týkal nadměrného breku a neklidu. Cílem výzkumu bylo zjistit dostatek informací, pro vědecky podložené rady týkající se zavinování. V prvním měsíci výzkumu musely mít matky kojených dětí hypoalergenní dietu, u nekojených dětí byla poskytnutá speciální hypoalergenní lahвовá výživa. Rodiče



dostali rady, jak dodržovat pravidelný režim krmení a uspávání. Polovina rodičů měla děti zavínavat do zavínaváčků a polovina zavínaváčky používat neměla. Další tři měsíce byly věnované jádru výzkumu. Pokud při výzkumu došlo u dítěte k průkazné alergii na mléko, bylo z výzkumu vyloučeno, jelikož plačtivost byla zřejmě způsobena alergií.

Z výzkumu vyplývá, že plačtivost u nezavínavaných dětí se za dva týdny rapidně snížila o polovinu, za 8 týdnů o 75 %. U dětí, které byly zavínavané, pozorovali méně plačtivosti už po 1 dnu. Více efektivní bylo zavínavání u dětí pod 8 týdnů věku, u dětí 8-13 týdnů starých fungoval lépe nastavený pravidelný režim v kombinaci se zavínaváním a dietou. Na závěr výzkumu bylo řečeno, že je ideální ihned od začátku kombinovat zavínavání s pravidelným režimem dítěte (Zuidam, 2006)

### ***1.2.7 Neonatologie a péče o novorozence***

V padesátých letech dvacátého století vznikl obor neonatologie. V literatuře se setkáváme s tímto pojmem až v roce 1960. K udržení dítěte při životě se využívalo zejména teplo. V roce 1835 byl v Rusku sestaven první inkubátor. V Paříži roku 1880 zřídili dva porodníci (Étienne Stéphane Tarnier a Pierre-Constant Budin) první kojenecké oddělení a vyvinuli horkovzdušný inkubátor. Roku 1994 lékařka Edith Jackson zavedla metodu „rooming – in“. Též prosazovala přikládání novorozence na matčino tělo – „skin to skin“ (Fendrychová, 2011).

Neonatologie je lékařský obor, který poskytuje péči novorozencům všech stavů. Většina informací týkajících se ošetrovatelské péče o novorozence se dědí z generace na generaci, avšak některé metody a postupy jsou již velice zastaralé. Lze najít spoustu pověr (např. náušnice odvádějí z těla přebytečnou vlhkost), o kterých si lidé dodnes myslí, že jsou pravdivé (Tománková 2006).

Neonatologie je úzce propojena s porodnictvím. Důvodem propojení je zajištění kontinuity péče o těhotnou ženu, plod i novorozence. Nutná je spolupráce porodníků, pediatrů a neonatologů. Nezbytné je však i zastoupení gynekologů, anesteziologů, laboratorních pracovníků, internistů, chirurgů, kardiologů, ortopedů, neurochirurgů, oftalmologů, psychologů a jiných pracovníků (Kolektiv autorů neonatologie, 2015).

### ***1.2.8 Ošetrovatelské úlohy dětské sestry***

Podle Šamánkové a kol. (2006) vyžaduje péče o dítě lásku, trpělivost, schopnosti a znalosti v lékařské, sesterské i pedagogické oblasti

Kvalita ošetrovatelské péče vychází ze vztahu mezi sestrou a dítětem a mezi sestrou a rodinou dítěte. Mezi úkoly dětské sestry podle Sikorové (2011) patří předcházení nemocem a podpora zdraví dítěte, provádění a aplikace zdravotní výchovy, zapojení se do respitní neboli úlevové péče a plánování a realizace ošetrovatelské péče o dítě.

Dětská sestra, stejně jako ostatní sestry, by měla být empatická, vnímavá k pacientovi, komunikativní (verbálně i neverbálně), ochotná naslouchat, cílevědomá, obětavá, optimistická, poctivá, spolehlivá, trpělivá, velkorysá s uměním odpouštět (Plevová a kol 2011).

Čistý pracovní oděv hraje nejen v sesterské profesi důležitou roli. Upravená, dobře vypadající sestra působí na pacienty lépe. Podle Škubové (2012) oblečení sestry, pocit upravenosti a krásy ovlivňuje její náladu. Pracovní uniformu nabízí většinou zaměstnavatel, který se většinou řídí ekonomickým hlediskem, avšak kvalita nemusí být vždy pro personál uspokojující.

Dětská sestra je v nemocnici většinou prvním člověkem, se kterým se dítě setkává. Správně vedený rozhovor s dětským pacientem může ovlivnit jeho chování, snížit strach a pozitivně ovlivnit průběh vyšetření. Komunikace s dětmi vyžaduje mnoho trpělivosti, lidskosti a profesní vystupování (Vybíhalová, 2011).

Při komunikaci s dítětem je též vhodná metoda projekce, kdy sestra naváže kontakt s oblíbenou hračkou dítěte a předvede zákrok na hračce (Plevová, Slowik, 2010). Na novorozeneckém a dětském oddělení by mimo jiné měla mít sestra vlídný hlas a úsměv k novorozencům. U kojenců a batolat se sestra zaměřuje na neverbální komunikaci a komunikaci spojenou s hrou. S batolaty komunikuje pomocí slov z jejich dětského slovníku, oslovuje je jménem a využívá jasná a krátká sdělení. U dětí předškolního a školního věku využívá pochvaly a ocenění. Ošetrovatelské výkony vysvětluje pomocí hry a rozumového chápání dítěte. V období dospívání se sestra zaměřuje zejména na navázání přátelského vztahu s pacientem, dodržování intimity při výkonech. U dětí všech věkových období by měla sestra komunikovat s rodiči (Plevová, Slowik, 2010).

Již při prvním kontaktu s rodiči by se měla sestra představit a tím vzbudit důvěru. Sestra se snaží o klidný průběh hospitalizace, která může být ovlivněna negativní náladou či předchozí zkušeností s hospitalizací dítěte (Vybíhalová, 2011).

Umění komunikace slouží k navázání kontaktu s pacientem. Sestra využívá tři druhy komunikace, a to sociální, specifickou a terapeutickou komunikaci. Při sociální

komunikaci dochází k běžnému hovoru mezi pracovníkem ve zdravotnictví, nemocným dítětem a jeho rodinou. Navázání vztahu s dítětem usnadní sestřím práci. Zejména s malými dětmi, které jsou hospitalizovány samy, je nutné navázat specifický vztah. Specifickou komunikací sdělujeme pacientovi fakta o léčbě a edukujeme ho o dalším postupu, výživě, léčbě atd. U dětského pacienta musíme zvolit metodu přiměřeně věku a rozumovým schopnostem, kterou pochopí. Samozřejmě musí být edukováni i rodiče. Terapeutická komunikace probíhá při každodenním kontaktu a rozhovoru s nemocným, kdy sestra poskytuje určitou pomoc při rozhodování v nesnadných situacích. (Venglářová, Mahrová 2006).

Edukování dětí a rodičů je jedna z činností, kterou provádí sestra denně. Na začátku edukačního procesu je nutno zjistit, do jaké míry jsou doposud rodiče a dítě informováni. Dětská sestra edukuje rodiče a děti o ošetrovatelských postupech, může připravit i názorné brožury. Podle indikace lékaře je oprávněna edukovat rodiče i děti o diagnostických a terapeutických postupech (Sedlářová a kol., 2008).

Podle Sedlářové a kol. (2008) lze rozdělit edukaci na tři oblasti, edukaci při přijetí, před zákrokem nebo vyšetřením, při propuštění. Při příjmu sestra získává od pacienta či doprovodu co nejvíce informací, navazuje partnerský a důvěrný vztah. Edukuje dítě i rodiče o provozním denním řádu oddělení, vyšetřeních dítěte, provede rodiče a dítě po oddělení, odpoví na případné otázky a dotazy. Před zákrokem či vyšetřením se individuálně věnuje dítěti a jak fyzicky, tak i psychicky ho připravuje. Edukuje rodiče o průběhu vyšetření a získá od nich souhlas s daným výkonem. K edukaci dítěte používá různé pomůcky či hračky, podle jeho chápání. Vhodně připravené dítě může usnadnit provedení výkonu. Po propuštění sestra shrne informace a pomocí zpětné vazby zjistí, zda rodiče vědí, jak se dále mají o dítě starat a co se bude dít dál. Společně s lékaři a rodiči domluví kontroly u odborníků pro další vyšetření či kontroly (Sedlářová a kol., 2008).

U novorozenců a kojenců může často dojít ke ztrátě pocitu bezpečí, jistoty, strachu z neznámých lidí a prostředí. Sestra by měla dítěti vytvořit takové prostředí, aby se v něm cítilo bezpečně. Vhodnou komunikací a přístupem k dítěti i jeho rodičům se pokusí vytvořit přátelský vztah. Batolata a předškolní děti se často hůře vyrovnávají s odloučením od rodičů a může se u nich projevit hospitalismus. Dětská sestra se snaží s dítětem navázat kontakt a pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, zapojí ho do kolektivu dětí. U starších dětí dochází většinou k rychlé adaptaci na nové prostředí. Často jim však chybí kontakt s přáteli. Dítěti je nutné vše vysvětlovat, nelhat, nestrašit a povzbuzovat ho.

U dětí v období puberty a dospívání je důležité dodržování intimity. Sestra komunikuje s dětmi v klidu, vše vysvětluje (Martinková, 2008).

## **2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit znalosti matek týkající se zavínováním dítěte do různých druhů zavinovaček a ověřit v praxi zavínování dětí. Dále jsme sledovali, v jakých situacích jsou zavinovačky používány.

Cíl 1: Zjistit, v jakých situacích využívají matky možnost zavínování dítěte.

Cíl 2: Ověřit v praxi zavínování novorozenců a kojenců.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Jaké znalosti mají matky o zavínování dítěte?

Výzkumná otázka 2: Při jakých situacích používají matky zavinovačky?

Výzkumná otázka 3: Jaký typ zavinovačky matky preferují?

### **2.3 Hypotézy**

H1: Zavínování bude častěji používáno na uspávání než na uklidnění dítěte.

H2: Postoj k zavínování souvisí se vzděláním matky.

### **2.4 Operacionalizace hypotéz**

Zavinovačka – schránka, speciálně tvarovaný kus látky nebo peřinky, sloužící k zabalení dítěte, kdy dochází k jeho uklidnění a klidnému spánku. Zavínuté dítě se v pevně stažené zavinovačce cítí bezpečně, jako u matky v děloze.

Zavínování – proces zavnutí dítěte do zavinovačky. Každé dítě vyžaduje individuální přístup i v oblasti zavínování.

Uspávání dítěte – spánek dítěte je důležitý pro správný vývoj. Existují různé metody vhodné k uspávání dítěte, o některých z nich se lze dočíst v naší diplomové práci.

Uklidnění dítěte – pro rodiče, které mají nadměrně plačtivé, nebo špatně usínající dítě existuje nespočet metod, které by mohly dítě utišit, avšak každý rodič si musí najít takovou metodu, která na dítě zabere a utiší jej.

Matka – je žena, která dítě porodila. Je ta, kterou nemůže nikdo nahradit.

Vzdělání - *„vzdělávání je definováno jako plánovitá činnost, která má vzdělávanému jedinci pomoci dosáhnout požadované způsobilosti a využití osvojených znalostí a dovedností“* (Barták, 2007).

## 3 METODIKA

### 3.1 Metodika a forma výzkumu

Pro výzkumnou část diplomové práce byla zvolena kvantitativně – kvalitativní metoda. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor je metoda založená na ústním způsobu výměny informací mezi výzkumníkem a respondentem, uskutečňovaným na základě určitého plánu a za pomoci kladení otázek. Umožňuje shromažďovat údaje při přímém kontaktu výzkumného pracovníka s respondentem (Boledovičová a Matulay, 2007).

Rozhovor obsahoval deset otázek, které byly zaměřeny na problematiku související se zavinováním dítěte do zavinovaček, dobou, způsobem a účelem zavinování dítěte do zavinovačky. Zajímalo nás zejména působení zavinování na dítě. Kromě otázek týkajících se zavinování dítěte jsme zjišťovali i demografické údaje ohledně věku, vzdělání, bydliště matek.

Další metodou byl akční výzkum, jehož cílem je najít společné řešení problému. Akční výzkum systematicky studuje konkrétní sociální problémy a snaží se je řešit. Nehledá zobecnitelná řešení, ale nabízí řešení „šitá na míru“. Výzkumník musí brát zřetel na hodnoty, cíle a potřeby všech zúčastněných, všechna rozhodnutí by měla být dělána společně. Akční výzkum vyžaduje soustavnou spolupráci a zpětnou vazbu od všech účastníků (Bargal, 2008). Předpokladem úspěchu je navázání osobního a důvěrného vztahu mezi všemi účastníky a osobní angažovanost. (Švec, 2009). Typickou metodou na sběr údajů je deník výzkumníka, dále rozhovory, besedy, focus groups, pozorování, fotodokumentace, audionahrávky, brainstorming a další dokumentace.

Pro potřeby výzkumu byl vytvořen akční plán, který byl individuální pro každé dítě. V akčním plánu je zaznamenán individuální cíl, který se během výzkumu pokusíme splnit. Popsán je i plán podle kterého se během výzkumného šetření postupuje. Nedílnou součástí je i dokumentace, v našem případě vytištěný záznamový arch sloužící rodičům k zaznamenávání potřebných údajů o svém dítěti a jeho problémech souvisejících se spánkem, uspáváním, tišením pláče.

V příloze č. 13 je zobrazen akční plán, který sloužil jako předloha k tvorbě individuálních akčních plánů tvořených přesně na potřeby dítěte. Individuální akční plány byly tvořeny společně s rodiči dítěte.

Na zpracování kvantitativních údajů jsme použili metodu kontingenčních tabulek a testu Dobré shody v programu Statistica 12. Pro zpracování akčního výzkumu jsme použili analýzu rozhovorů, pozorování a uvedli jsme je v kazuistikách.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Základní populací byly matky s dětmi. První výzkumný vzorek tvořilo 33 matek, které měly dobré či méně dobré zkušenosti se zavinováním dítěte do zavinovačky. Kritériem pro zařazení byly zkušenosti se zavinováním do zavinovačky, alespoň u jednoho dítěte mladšího 1 roku.

Druhý výzkumný vzorek tvořilo 5 matek s dítětem ve věku 2–6 měsíců. Kritériem pro zařazení bylo problémové usínání, nekvalitní spánek nebo nadměrná plačtivost dítěte.



## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující kapitola je prezentována v grafech a tabulkách. Uvádíme zde přehled identifikačních údajů jednotlivých respondentek. Popsány jsou zde kvantitativní analýzy rozhovorů s matkami a kazuistiky účastníků akčního výzkumu.

### 4.1 Analýza rozhovorů s matkami

Tabulka 1 Věk matky

Věk	19–25 let	26–30 let	31–40 let	Celkem
n	14	8	11	33
%	42,5 %	24,2 %	33,3 %	100 %

(zdroj: vlastní)

Zjistili jsme, že z celkového počtu 33 respondentek bylo nejvíce matek ve věku 19–25 let, a to 42,5 %. V rozmezí 26–30 let bylo 24,2 % matek. Ve věku 31–40 let bylo 33,3 % dotazovaných matek.

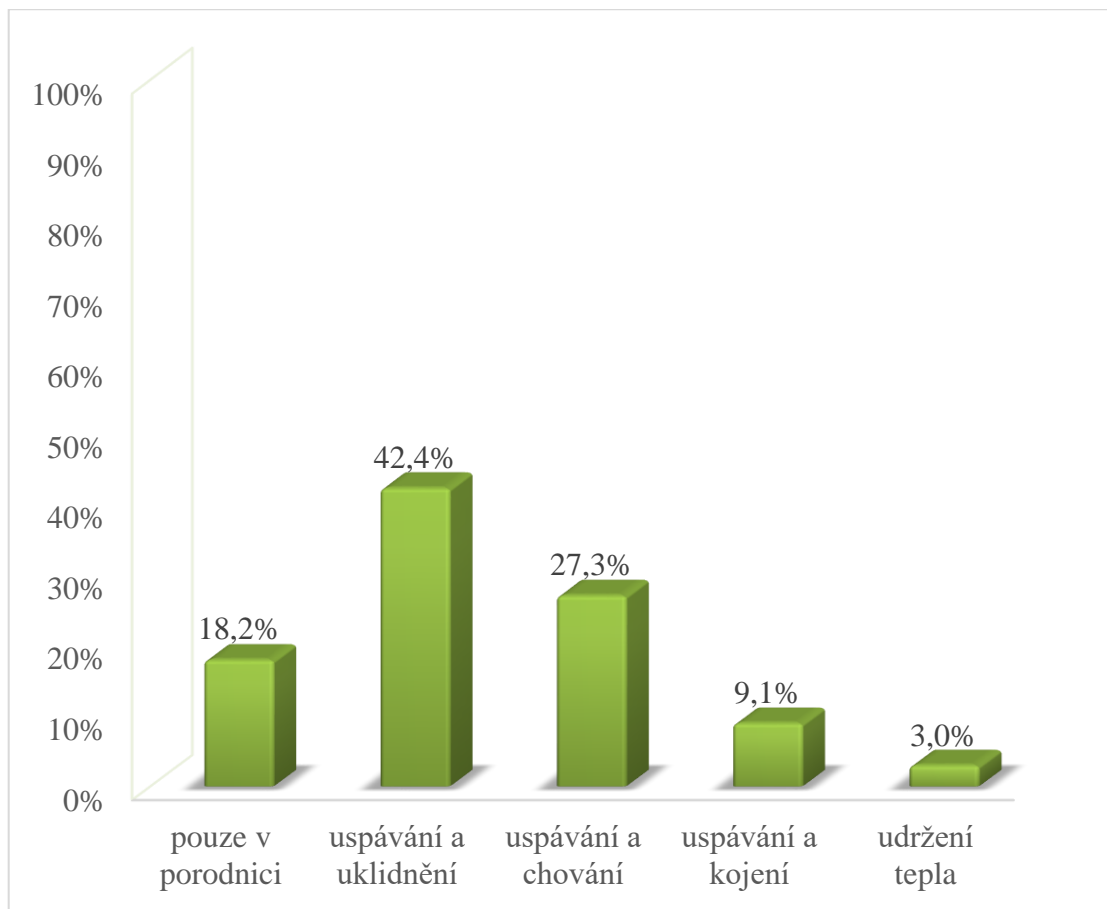
Tabulka 2 Vzdělání a bydliště matky s dítětem

Nejvyšší dosažené vzdělání	Město		Vesnice		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Vysokoškolské	7	36,8	1	7,1	8	24,2
Vyšší odborné	3	15,8	1	7,1	4	12,1
Středoškolské s maturitou	8	42,1	10	71,4	18	54,5
Středoškolské bez maturity	1	5,3	2	14,3	3	9,1
Celkem	19	100	14	100	33	100

(zdroj: vlastní)

Z celkového počtu 33 respondentek mělo 36,8 % bydlících ve městě vysokoškolské vzdělání. Na vesnici bydlelo 7,1 % vysokoškolsky vzdělaných respondentek. Vyšší odborné vzdělání mělo 15,8 % dotazovaných matek žijících ve městě. Na vesnici žilo 7,1 % matek s vyšším odborným vzděláním. Vzdělání ukončené maturitou mělo 42,1 % matek, které žily ve městě. Nejvíce matek, 71,4 %, mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitou a bydlely na vesnici. Středoškolské vzdělání bez maturity uvedlo 5,3

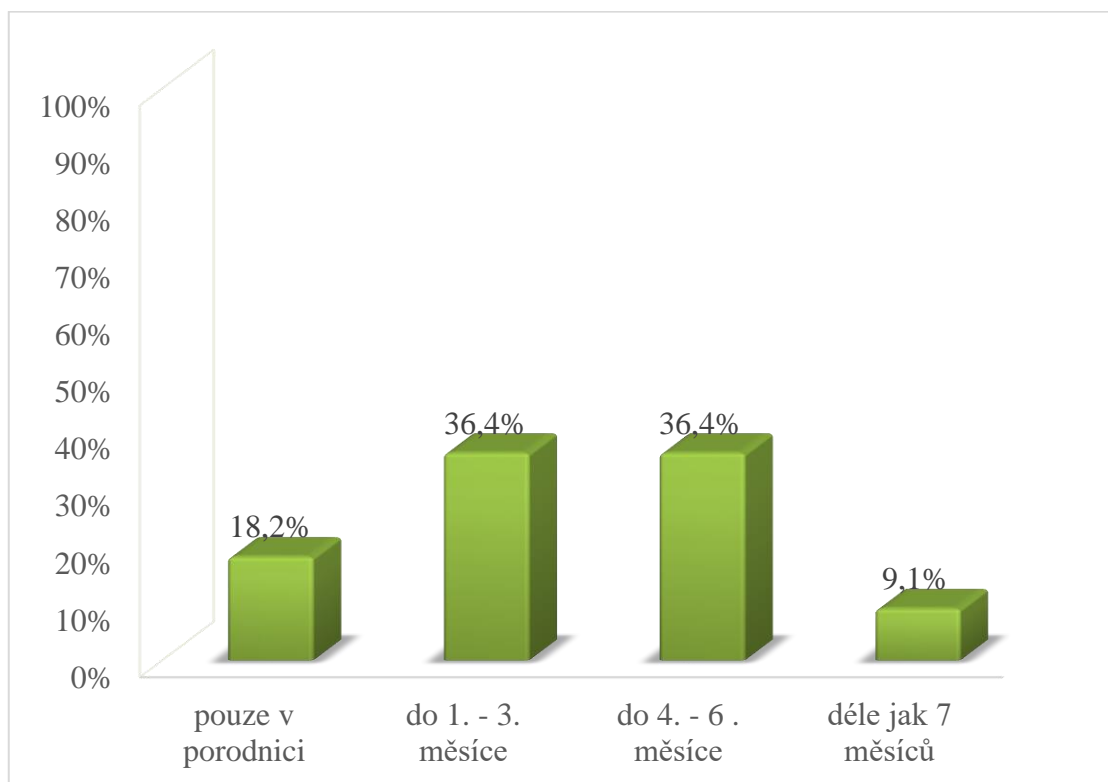
% matek žijících ve městě. Matky žijící na vesnici s ukončeným středoškolským studiem tvořily 14,3 %.



(zdroj: vlastní)

Graf 1 Situace pro používání zavínovaček

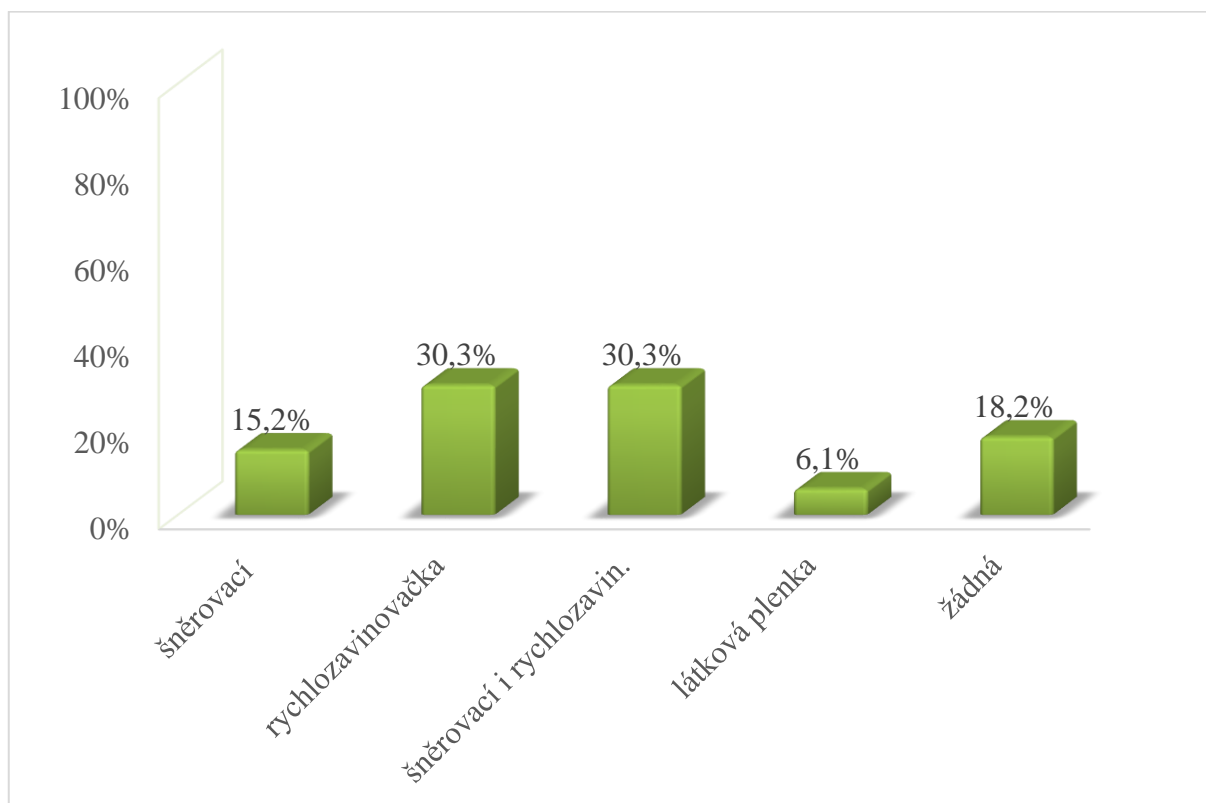
Z celkového počtu 33 respondentek používalo 6 matek (18,2 %) zavínovačku pouze při pobytu v porodnici. Další respondenty používaly zavínovačku i doma, zejména 14 matek (42,4 %) ji využívaly při uspávání a uklidnění dítěte. Na uspávání a chování zavínovalo své dítě 9 matek (27,3 %). Děti v zavínovačce kojily a uspávaly tři matky (9,1 %). Pouze jedna matka (3 %) využívala zavínovačku na udržení tepla při spánku dítěte.



(zdroj: vlastní)

Graf 2 Věk, do kterého byla zavinovačka u dítěte použita

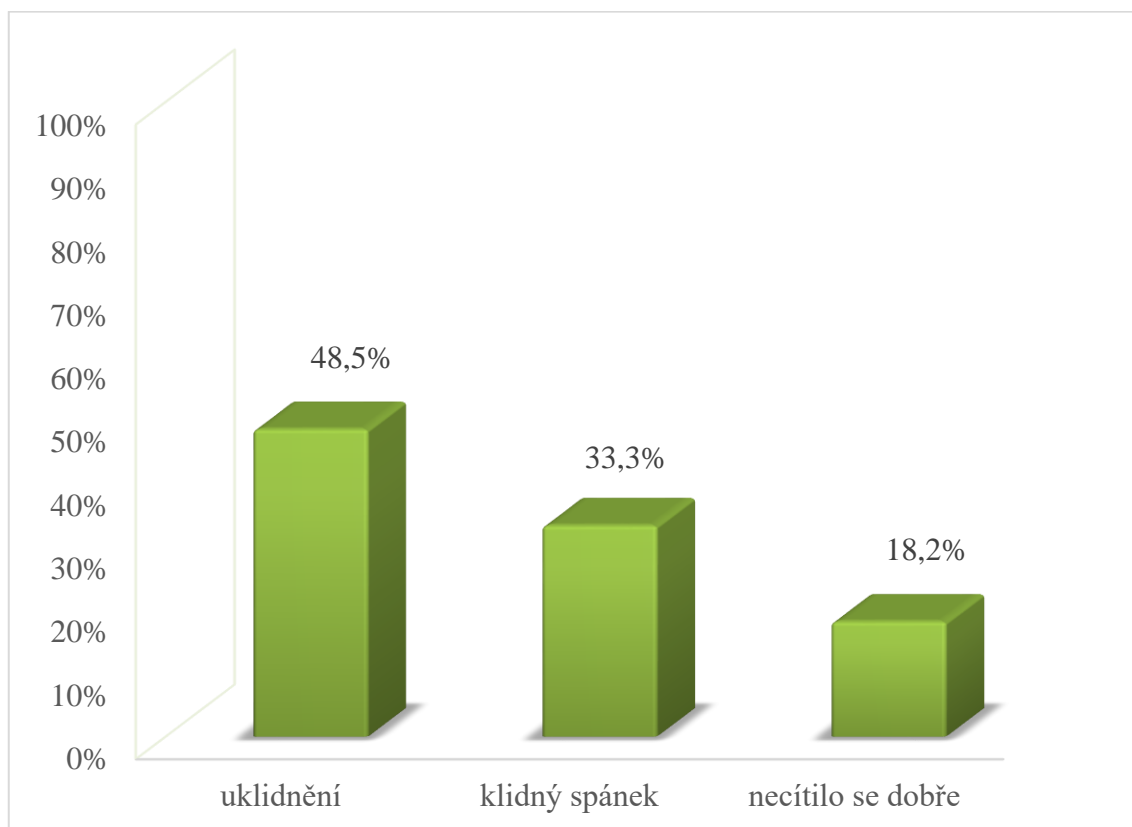
Na druhou otázku, týkající se délky zavinování vzhledem k věku dítěte, odpovídal stejný počet respondentek, 33 (100%), z nichž 6 (18,2 %) používalo zavinovačku pouze při pobytu v porodnici. Nejvíce matek, 12, (36,4 %) používalo zavinovačku do 1. – 3. měsíce věku dítěte, stejný počet matek ji používalo do 4. – 6. měsíce dítěte. Déle jak 7 měsíců zavinovaly své dítě 3 (9,1 %) respondentky.



(zdroj: vlastní)

Graf 3 Druh používané zavinoavačky

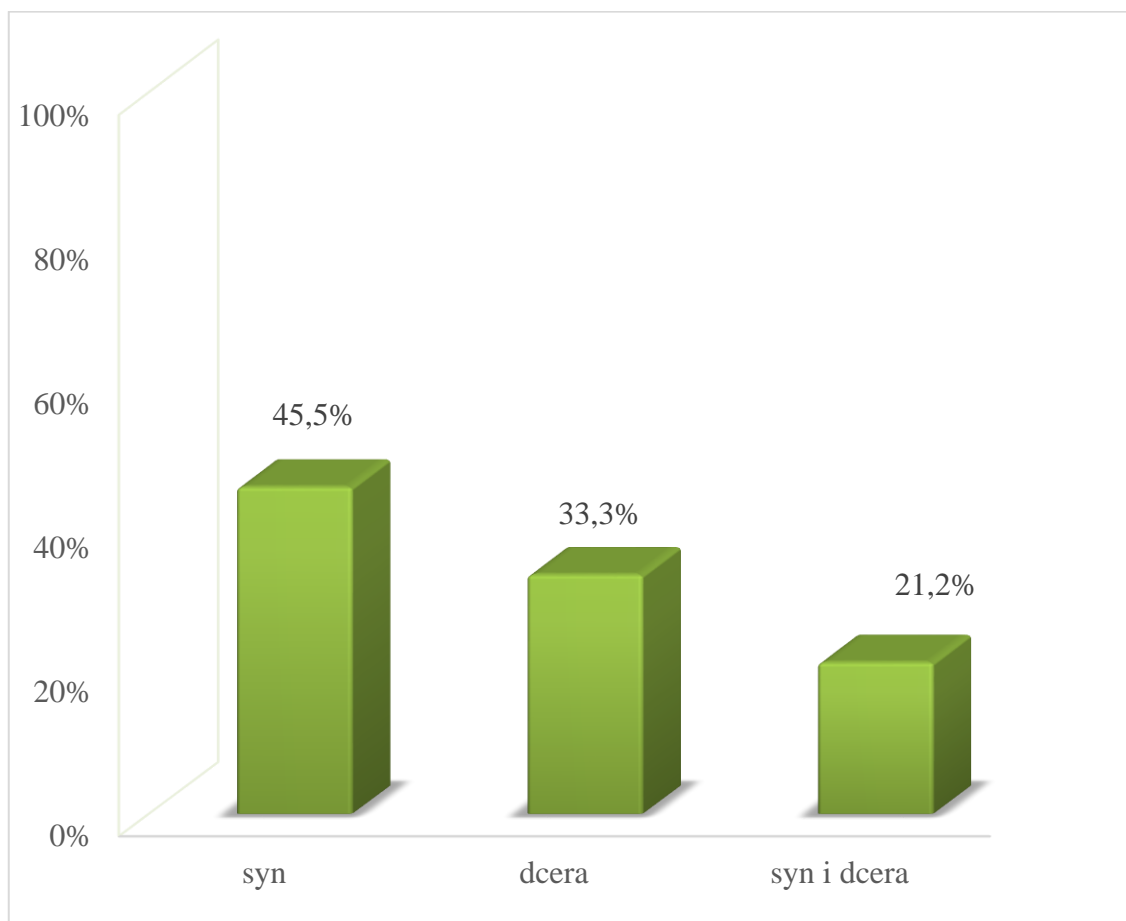
Na další otázku odpovídalo 33 matek (100%), ze kterých 6 (18,2 %) zavinoavačku nepoužívalo. Pět matek zavinovalo své dítě do klasické šňěrovací zavinoavačky. Deset respondentek používalo rychlozavinovačku, stejný počet, 10, (30,3 %) používalo klasickou šňěrovací zavinoavačku a zároveň rychlozavinovačku. Do obyčejné látkové pleny zavinovaly své dítě dvě matky (6,1 %).



(zdroj: vlastní)

Graf 4 Pocity dítěte ze zavínování

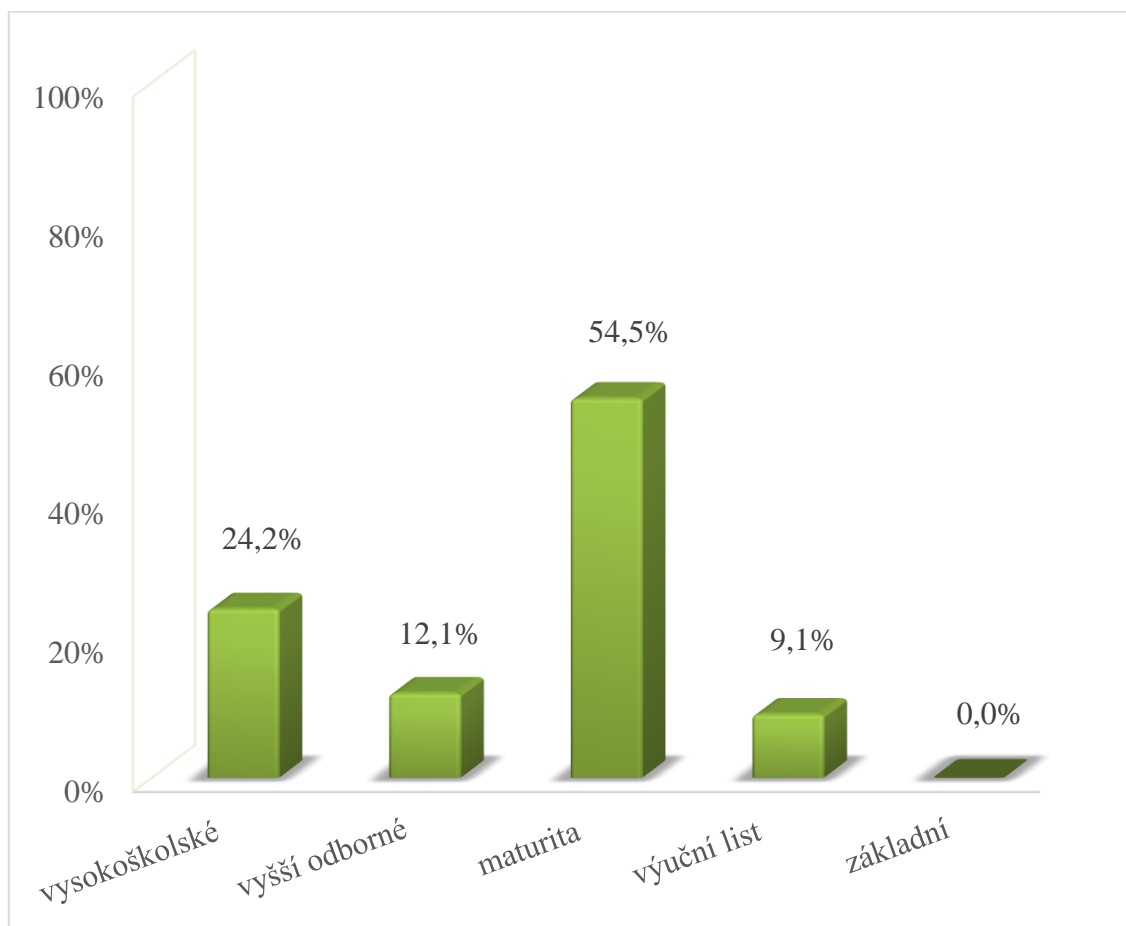
Z celkového počtu 33 respondentek (100 %) uvedlo 6 (18, 2 %), že se jejich dítě při zavínutí necítilo dobře. Uklidnění dítěte po zavínutí uvedlo 16 matek (48,5 %). Zbytek tázaných respondentek, 11 (33,3 %) vyzorovalo klidný spánek po zavínutí do zavínovačky.



(zdroj: vlastní)

Graf 5 Pohlaví dítěte

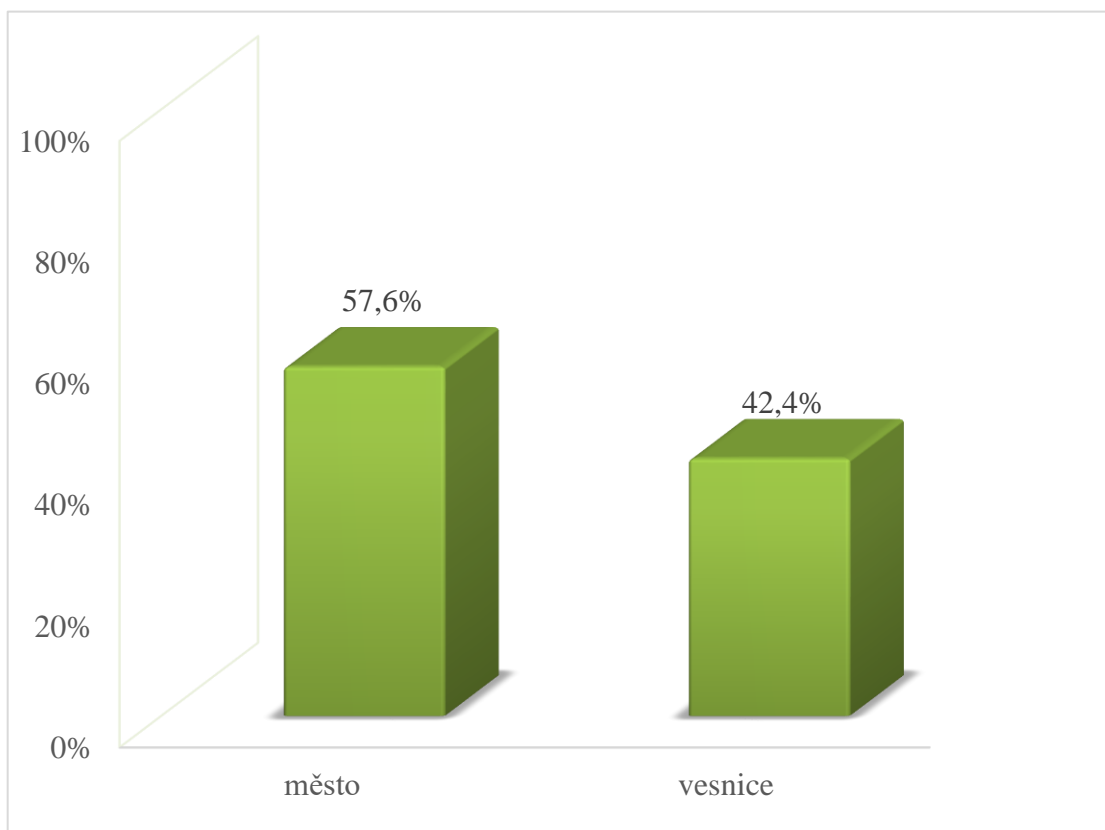
Na otázku týkající se pohlaví dětí odpovídalo 33 respondentek (100 %). Otázka se týkala celkového počtu dětí, které dané respondentky mají. 15 respondentek (45,5 %) má doma jednoho nebo více synů, 11 (33,3 %) respondentek uvedlo dceru nebo více dcer. Dceru i syna má 7 (21,2 %) tázaných matek.



(zdroj: vlastní)

Graf 6 Vzdělání matky

Žádná z dotázaných respondentek nemá pouze základní vzdělání. Vysokoškolské vzdělání má 8 (24,2 %) z dotázaných respondentek. Vyšší odborné vzdělání mají 4 respondentky (12,1 %). Nejvíce respondentek, 18 (54,5 %) ukončilo své vzdělání maturitou. Vzdělání ukončené výučním listem mají 3 respondentky (9,1 %).



(zdroj: vlastní)

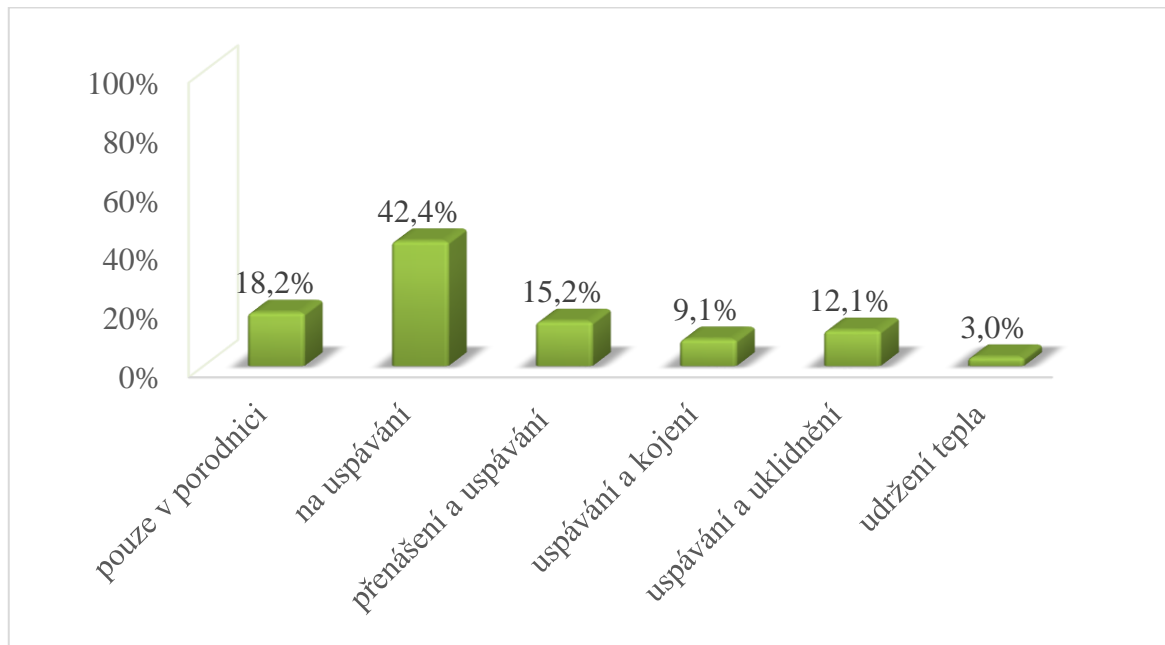
Graf 7 Bydliště matky a dítěte

Z dotazovaných 33 respondentek (100 %) žije 19 (57,6 %) ve městě a zbylý počet respondentek 14 (42,4 %) žije na vesnici.



#### 4.1.1 Verifikace hypotéz

**Hypotéza H1:** Zavínování bude častěji používáno na uspávání než na uklidnění dítěte.



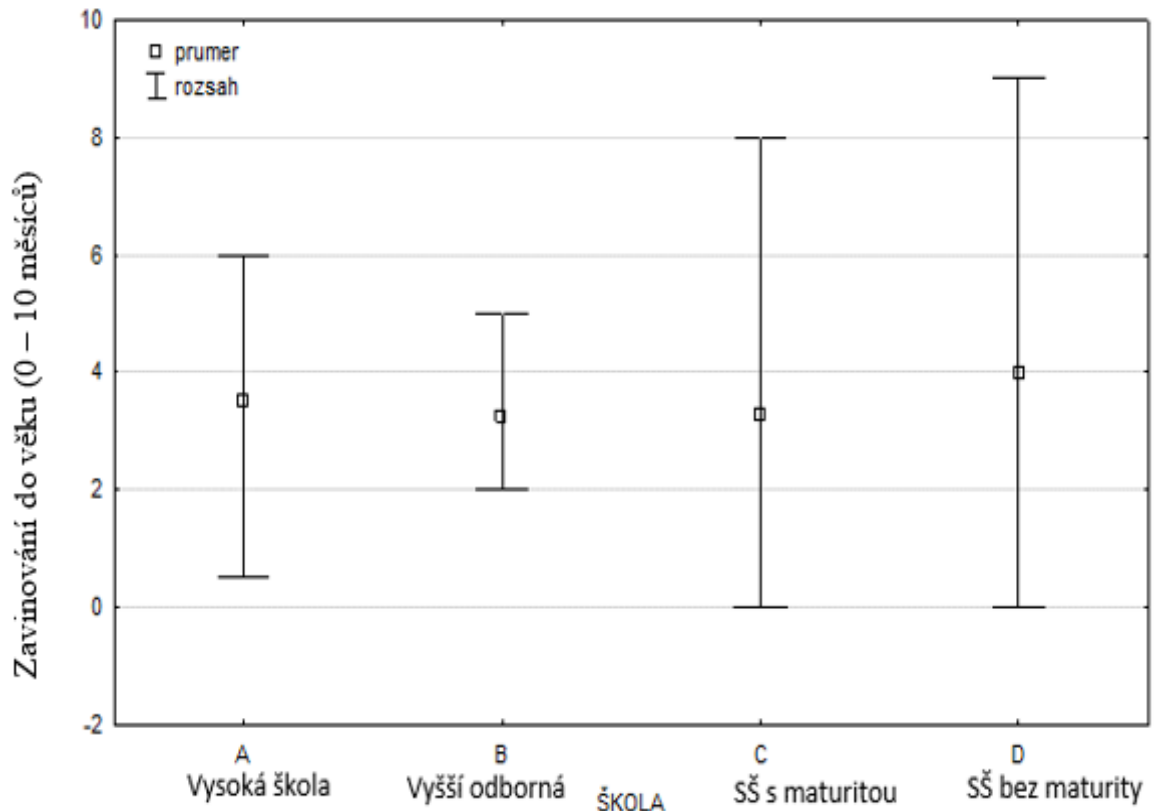
(zdroj: vlastní)

Graf 8 Situace pro používání zavinovačky

Z celkového počtu 33 dotazovaných matek 18,2 % matek používalo zavinovačku pouze v porodnici, po příchodu domů zavinovačku nechtěly používat. Nejvíce matek, 42,4 %, používalo zavinovačku při uspávání dítěte. Své dítě přenášelo a uspávalo v zavinovačce 15,2 % matek. Na kojení a uspávání používalo zavinovačku 9,1 % dotazovaných matek. Na uspávání a uklidnění dítěte používalo zavinovačku 12,1 % matek a 3,0 % matek využilo zavinovačku na udržení tepla u dítěte.

**Hypotéza H1 se potvrdila**, protože se zavínování používá průkazně častěji k uspávání než k jiným účelům ( $p=0,002$ ).

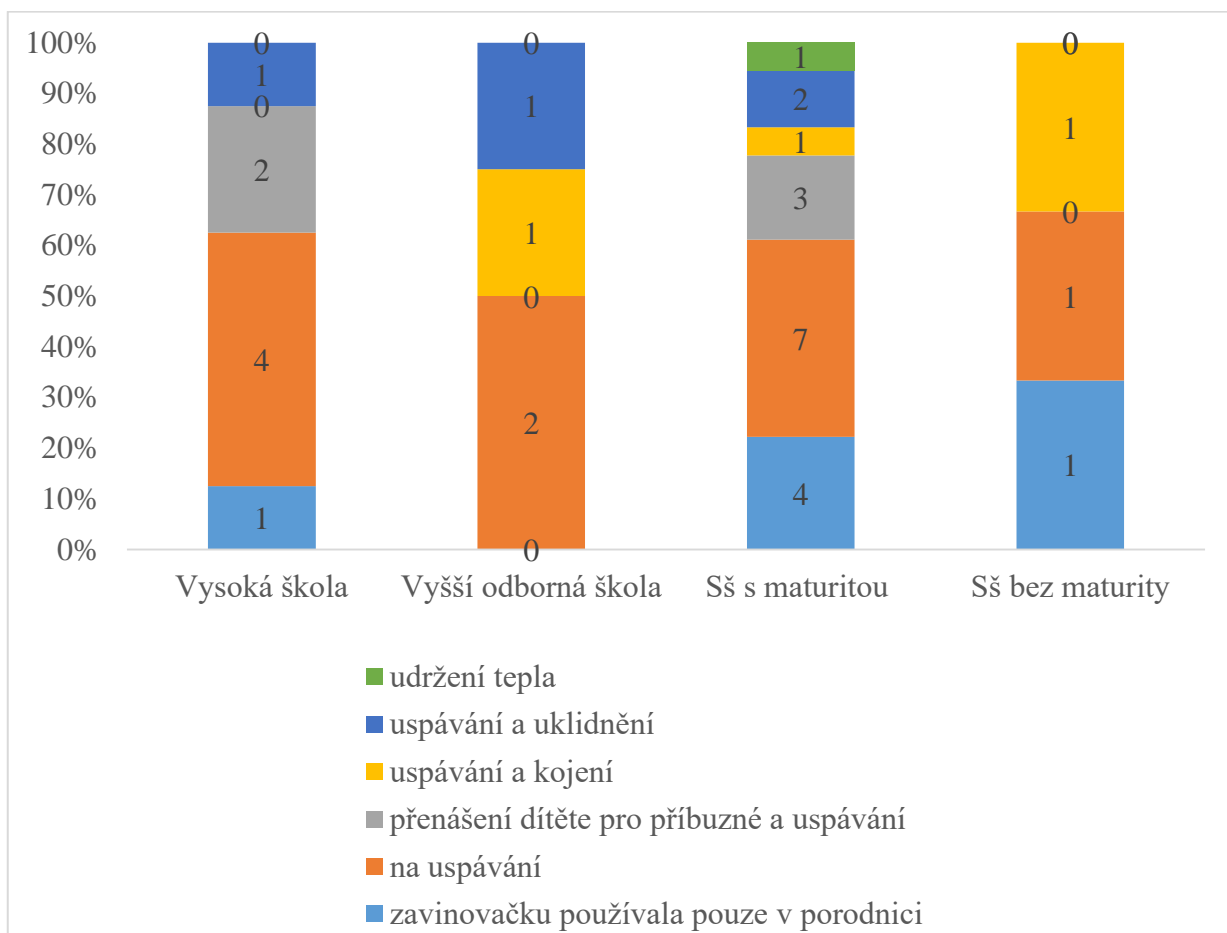
**Hypotéza H2:** Postoj k zavinování souvisí se vzděláním matky.



(zdroj: vlastní)

Graf 9 Vzdělání matek a postoj k zavinování

Statistickým zpracováním pomocí kontingenční tabulky bylo zjištěno, že vzdělání matky nesouvisí s délkou zavinování dítěte do zavinovačky. Vysokoškolsky vzdělané matky průkazně nezavinují děti do zavinovaček delší dobu než matky se střední školou bez maturity. Zjistili jsme, že pouze jedna matka se středoškolským vzděláním bez maturity používala zavinovačku do 9. měsíce dítěte. Matky s vyšší odbornou školou, střední školou a vysokoškolsky vzdělané matky zavinují své děti v průměru do 3,5 měsíce věku. Matky bez maturitního vzdělání zavinovaly v průměru do 4 měsíců věku.

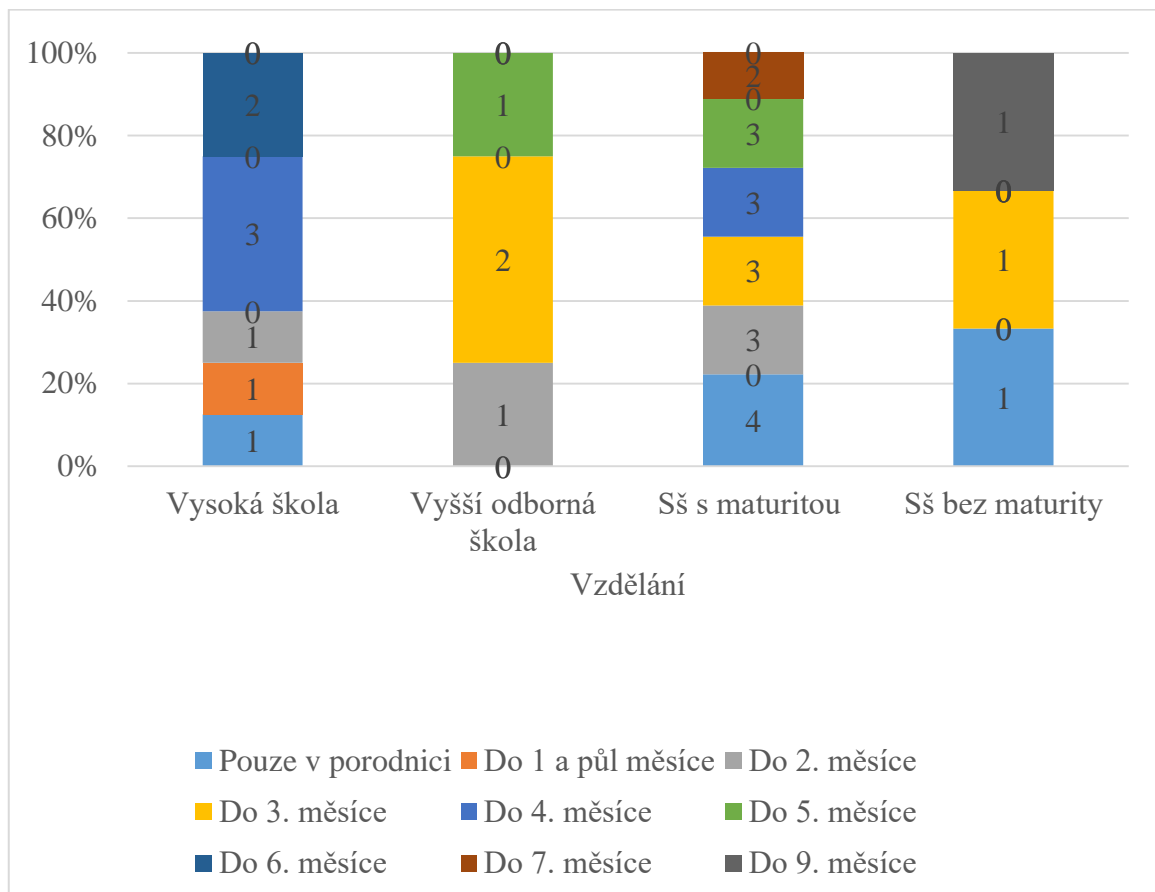


(zdroj: vlastní)

Graf 10 Používání zavinovaček v souvislosti na vzdělání

Statistickým zpracováním bylo zjištěno, že situace, ve kterých rodiče zavínají své děti do různých typů zavinovaček, nezávisí na vzdělání matky. U všech matek (vysokoškolsky, středoškolsky vzdělaných i s vyšší odbornou školou) jsou děti nejvíce zavínány na uspávání. Šest matek různého vzdělání používalo zavinovačku pouze v porodnici.

**Hypotéza H2 se nepotvrdila**, situace, ve kterých jsou zavinovačky používány, průkazně nezávisí na vzdělání ( $p=0,874$ ).

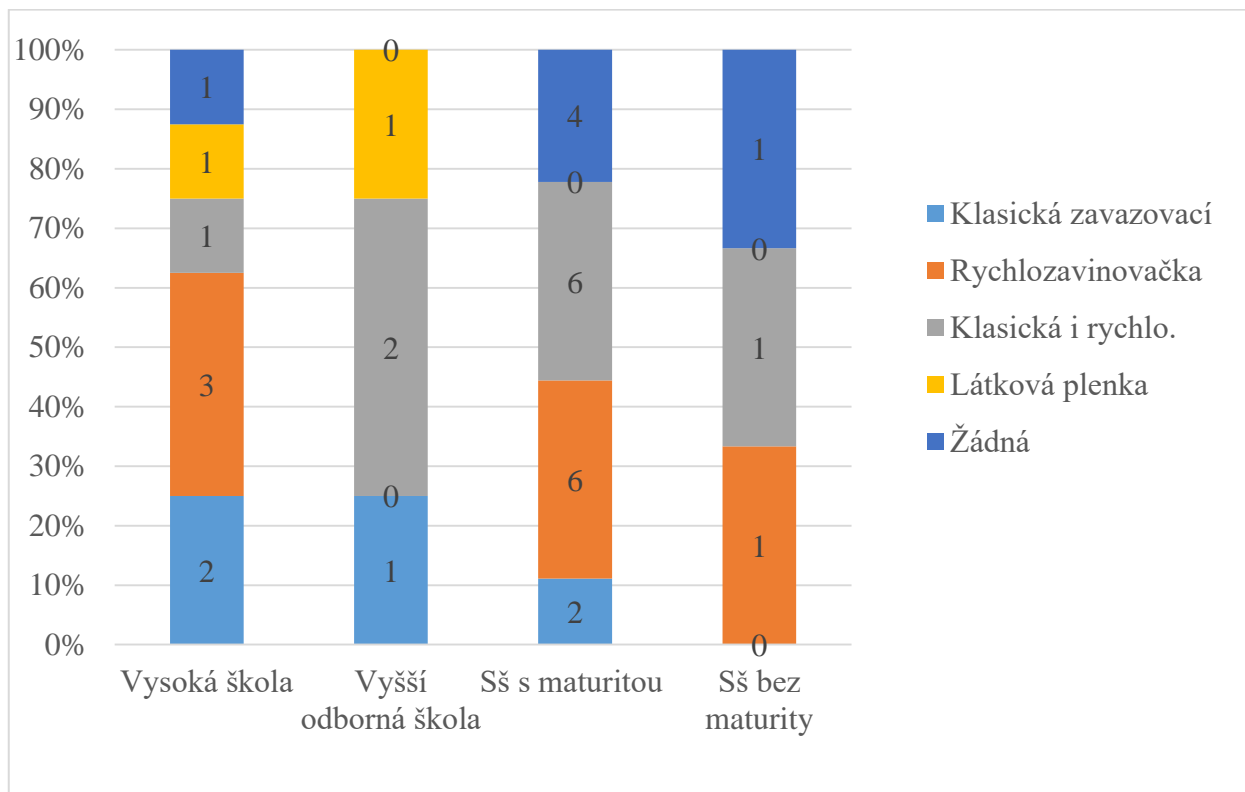


(zdroj: vlastní)

Graf 11 Doba používání zavinovaček v souvislosti se vzděláním

Doba, po kterou byly děti zavinovány, nezávisí na vzděláním matek. Nejdéle zavinované dítě bylo u matky se střední školou bez maturity. Šest matek různého vzděláním zavinovalo dítě pouze v porodnici.

**Hypotéza H2 se nepotvrdila**, doba používání zavinovačky na vzděláním průkazně nezávisí ( $p=0,117$ ).



(zdroj: vlastní)

Graf 12 Typy zavinovaček v souvislosti se vzděláním.

Druh používané zavinovačky nebo způsob zavinování nezávisí na vzdělání matky. Nejčastěji byly používány klasické šněrovací zavinovačky, rychlozavinovačky nebo kombinace obou.

**Hypotéza H2 se nepotvrdila**, typ používané zavinovačky průkazně nezávisí na vzdělání ( $p=0,630$ ).

## 4.2 *Výsledky akčního výzkumu*

V následujících kazuistikách prezentujeme výsledky akčních plánů na řešení používání zavinovaček u dětí s problémy usínání, nekvalitním spánkem nebo nadměrnou plačtivostí.

### ***Kazuistika 1***

Paní Adéla je 28letá svobodná matka, s vystudovanou vysokou školou ekonomickou, před otěhotněním pracovala jako sekretářka u soukromé firmy. Žije s partnerem podnikatelem (40 let) v městském bytě. Těhotenství páru bylo neplánované.

Ve 35+5tt se matce narodila dcera po akutním císařském řezu s váhou 2980 g a délkou 49 cm. Matka měla sestavený porodní plán, který musela vzhledem k neplánovanému císařskému řezu a spinální anestezii pozměnit. Přála si, aby od ní bylo dítě odnášeno pouze na dobu nezbytně nutnou k prvnímu ošetření. Vzhledem k horší poporodní adaptaci potřebovalo dítě dechovou podporu, proto bylo odnesené od matky a uložené do inkubátoru s podporou dechu na 24 hodin. Po porodu musela matka odpočívat na lůžku a za dítětem první dny nesměla. Cítila se od dítěte separovaná, pociťovala stesk a strach o dítě. Od prvního dne byla dívka krmena kádinkou s odstříkaným mateřským mlékem. Po 2 dnech byla přeložena na standardní novorozenecké oddělení, kde byla zavinuta do rychlozavinovačky a uložena do postýlky. Matka měla potřebu dívku neustále chovat, mazlit se s ní. Zavinovačku používala pouze v porodnici, po příchodu domů ji používat nechtěla, protože se bála separace od své dcery. Chtěla mít dítě stále při sobě, v noci spala dívka s rodiči v jedné posteli, usínala u prsu matky, ale v noci se neustále budila, plakala a nemohla usnout.

Po konzultaci s rodiči jsme společně vytvořili akční plán na řešení problémů. Rodiče po dobu dvou dnů pozorovali dceřin spánek, buzení, usínání, příčiny plačtivosti a všechny zjištěné informace si zapisovali do záznamového deníku. Pořídili i několik fotografií, které přikládáme do příloh (Příloha 1). Z matčiny strany jsme cítili velký strach, aby zavinování dívce neublížilo. Otec byl zoufalý, že se v noci kvůli dívce vůbec nevyspí.

### **Pozorování 1. den**

Matka večer dívku vykoupala a ulehly do jedné postele, kde byla nakojena a společně usnuly. Dívka se po napití sama odstrčila od prsu a usnula. Po hodině se dívka vzbudila, plakala a probudila otce i matku. Matka ji vzala do náručí a kolébala, dokud neusnula. Položila ji mezi sebe a partnera a všichni společně spali přibližně dvě hodiny. Dívka se opět vzbudila, byla nakojena a usnula u matčina prsu. Koloběh usínání, buzení a kojení se opakoval do 7. hodiny ranní. Partner respondentky uvedl: „*V noci spím strašně neklidně, bojím se na posteli otočit, abych dceři neublížil, byl bych raději, kdyby spala ve své postýlce.*“ Matka se v noci taktéž nevyspala, protože se budila přibližně dvacetkrát.

### **Pozorování 2. den**

Matka uvedla, že noc probíhala naprosto stejně s tím rozdílem, že přítel spal v obývacím pokoji na sedačce, jelikož se minulou noc vůbec nevyspal. „*Jsmo s přítelem zoufalí, my i dcera v noci špatně spíme a přes den nemáme sílu na hraní, zábavu ani na procházky.*“

### **Zavinování 1. den**

S matkou jsme se domluvili na používání klasické rychlozavinovačky a ponechali jsme spánek ve společné posteli, jelikož byl manžel na noční směně. Konzultovali jsme možnost vlastní postýlky. Matka nejdříve nechtěla slyšet o odděleném spánku. Dcera byla nakojena a začala hlasitě plakat, byla k neutišení. Vzali jsme tedy rychlozavinovačku a plačící dívku jsme zavinuli. Po proplakané čtvrt hodině usnula zavinutá v blízkosti matky. Spala spokojeně s rukama venku ze zavinovačky, vzbudila se po 3 hodinách na kojení. Matka dceru nevyndávala ze zavinovačky, pouze ji přiložila k prsu a po nakojení dívka bez pláče usnula. Opět se vzbudila po 3 hodinách na krmení. Matka se ráno vzbudila spokojená a vyspalá. Vše sdělila příteli, který měl taktéž radost.

### **Zavinování 2. den**

Přítel respondentky měl v noci volno, spal tedy doma, chtěl si vyzkoušet dceru zavinout. Matka ji nakojila a již plačící ji společně zavinuli do rychlozavinovačky. Společně se domluvili, že dívku uloží do vlastní postýlky, která je hned vedle postele rodičů. V zavinovačce ji položili do postýlky a pustili dětský hrací kolotoč, který hrál uspávací melodii. Dívka přestala plakat a usnula přibližně na 2,5 hodiny. Poté byla opět plačtivá, proto ji matka zavinula a položila do její postýlky. Nabídla dívce dudlík, ta se po usnutí budila po 3 hodinách. Ráno byla veselá, neplačtivá, matka uvádí: „*Po dlouhé době jsme*

*se všichni tři vyspali do růžova.*“ Přibližně po měsíci jsme se setkali s rodiči a zjišťovali, jak pokračuje uspávání dcery. Otec uvedl: „*Spím klidněji, pokud nemám mezi sebou a přítelkyní dceru.*“

Matka vypadala také více odpočatě. Na separaci matky a dcery po zavnutí nám bylo odpovězeno: „*Po zavnutí dívky jsem si nejdříve v noci připadala odstrčená a osamělá, ale to vymizelo, teď se všichni lépe vyspíme a pak si můžeme s dcerou hrát a mazlit se.*“ V současné době spí již 4 měsíční dcera bez zavinovačky, klidně a ve své postýlce.

### **Kazuistika 2**

Paní Barbora je 24letá všeobecná sestra, která pracovala před mateřskou dovolenou na chirurgickém oddělení. Nyní je již třetím měsícem na mateřské dovolené. Těhotenství manželského páru nebylo plánované, probíhalo bez problému. Společně s manželem (30) a synem (3 měsíce) žijí v městském bytě. Manžel pracuje v jaderné elektrárně jako technik. Chlapec se narodil ve 40+2 tt. císařským řezem s hmotností 3950 g a délkou 52 cm. Po dobu pobytu v porodnici byl kojen, matce nic nebránilo kojit syna i doma.

Problémy se spánkem matka zaznamenala ve dvou měsících věku dítěte. Chlapec se po ukončení druhého měsíce začal v noci budit, ale přes den spal klidně. Matka si nejdříve myslela, že má chlapce hlad, bolí ho břicho, má teplotu nebo že je mu zima. Po vyvrácení všech skutečností byla matka bezradná.

Po konzultaci s rodiči chlapce a debatě o zavinování jsme společně vytvořili akční plán na řešení problémů. Rodiče po dobu dvou dnů pozorovali synův spánek, buzení, usínání, rituály před spánkem, příčiny plačtivosti a všechny zjištěné informace si zapisovali do záznamového archu. Během našeho výzkumu nám rodiče poskytli fotografie, které jsou uloženy v příloze (Příloha 2). Matka si vybrala na vyzkoušení rychlozavinovačku.

### **Pozorování 1. den**

Chlapec byl večer osprchován, nakojen a uložen do postýlky. Po hodině se vzbudil, měl zavřené oči, ale plakal. Byl mu nabídnut dudlík, který po chvíli vyplivl a plakal znovu. Matka zkusila dítě položit na břicho, což se mu také nelíbilo, proto vyzkoušela položení dítěte na bok, zvukovou hračku a zpěv. Chlapec poté usnul a opět se budil po 2 hodinách. Byl povožen v postýlce na kolečkách a po čtvrt hodině pláče usnul. Koloběh



usínání a buzení se opakoval do 7. hodiny ranní, poté byl chlapec položen do kočárku a při procházce usnul. Matka se cítila vyčerpaná jak fyzicky, tak psychicky.

### **Pozorování 2. den**

Druhý den večer byl chlapec nakojen a uložen do postýlky. Matka pouštěla chlapci písničky z pohádek, ale chlapec plakal dál, dudlík odmítal. Otec vzal chlapce do náručí a ukolébal ho. Po položení do postýlky spal necelou hodinu a opět se vzbudil a začal hlasitě plakat. Utěšování spojené s chováním a chůzí po pokoji zabralo až po 20 minutách. Chlapec byl opět položen do postýlky a za zvuku hracího kolotoče usnul. Koloběh usínání, utěšování a pláče probíhal až do ranních hodin. Matka uvedla vyčerpání, po poradě s lékařem vyzkoušela různé čaje, koupel, ale nic jí do té doby nezabralo. *„Jsem vyčerpaná a unavená, v noci se nevyspím, protože se malý stále budí a přes den usne jen venku v kočárku při procházce, na kterou mi bohužel nezbývá moc sil.“*

### **Zavinování 1. den**

Společně s rodiči jsme přistoupili k vyzkoušení zavinovačky. Rodiče si vybrali klasickou rychlozavinovačku, kterou měli koupenou a zatím nepoužitou doma.

Večer nakrmeného, přebaleného a plačícího chlapce zavinuli, ten začal ještě více plakat a snažil se vymanit ze zavinutí. Po nabídnutí dudlíku za chvíli usnul, po hodině se vzbudil a plakal se zavřenýma očima. Matka ho v zavinovačce chovala a chlapec poté usnul s rukama uvnitř zavinovačky. Do rána se vzbudil ještě dvakrát. Nakojený, přebalený a plačící byl opět zavinut do zavinovačky. S mírným pohoupáváním v náruči matky usnul.

### **Zavinování 2. den**

Nakrmeného a plačícího chlapce matka zavinula do rychlozavinovačky. Chlapec stále plakal a nemohl usnout. Za matčina zpěvu a chování usnul zavinutý v zavinovačce s rukama ven. Poté byl položen po své postýlky, kde spal 3 hodiny. Vzbudil se až na kojení, kdy byl ze zavinovačky vyndán. Po odříhnutí začal plakat, proto byl opět zavinutý a během chvíle usnul. Až do ranních hodin spal klidně.

**Další dny** jsme byli stále v kontaktu s rodiči. Na naše doporučení vyzkoušeli rodiče společně se zavinováním i bílý šum, který pouštěli večer synovi před spaním. Po pouštění bílého šumu v kombinaci se zavinutím usínal dle slov rodičů klidněji. Po měsíci nám matka velice poděkovala. *„V doporučené literatuře jsem našla různé*

*způsoby zavínování a metody uspávání a tišení pláče. Můj chlapec usíná v zavínovačce, v noci si sám vytáhne ruce, ale spí dál. Pouštíme bílý šum na počítači a zjistili jsme, že když chlapec pláče, šum a zavnutí ho většinou uklidní do 10 minut,*“ odpověděla matka. Rodiče v současné době stále zavínovačku používají, jelikož zjistili, že v ní chlapec lépe usíná a klidně spí. Po usnutí chlapce zavnutí mírně povolí.

### **Kazuistika 3**

Paní Cecílii, vyučené aranžérce je 32 let, žije v rodinném domku u lesa společně se svým manželem a první dcerou (2 měsíce). Manžel je soukromým zemědělcem, společně mají malé zemědělství a spoustu zvířat.

Dcera respondentky se narodila předčasně 28+4 tt. s váhou 2400 g a délkou 40 cm, do věku dvou měsíců byla v inkubátoru na novorozeneckém oddělení poskytující intenzivní péči o nedonošené děti. Po stabilizaci stavu a přibírání na váze bylo dítě uloženo do vyhřívané dětské postýlky a společně s matkou přesunuto na standardní novorozenecké oddělení.

Dokud bylo dítě uloženo v inkubátoru a opečovávané zejména sestrami, měla matka spoustu času na studium neoborných internetových článků týkajících se spánku dítěte. Po uložení dítěte do postýlky odmítala matka zavínování, jelikož se dočetla o škodlivosti zavínování na kyčle. Po uložení dítěte do postýlky jsme přišli za paní na návštěvu a viděli plačící dítě a neklidnou, zoufalou matku, která měla problémy s uspáváním a uklidněním dcery. Snažili jsme se matce poradit a zavedli debatu na zavínování dítěte. Doporučili jsme jí odbornou literaturu, odborné články týkající se zavínování. Matka zjistila, že její dcera spala v inkubátoru klidněji. Poté, co byla uložena do postýlky bez zavnutí, byla plačtivá, neklidná při kojení, uspávání i při spánku. Na vyžádání matky jsme vyzkoušeli pouze zavínování dívky do pleny, kdy budou zavínuty pouze ruce, aby se dívka uklidnila a pohyby rukou ji v noci nebudily. Společně jsme vytvořili akční plán na pomoc při řešení problémů. Matka po dobu 2 dnů pozorovala dceřino usínání, spánek, buzení, rituály před spánkem a příčiny nespavosti. Své zjištěné informace si zapisovala do záznamového deníku. Pořídila i několik fotografií, které přikládáme v příloze (Příloha 3).

### **Pozorování 1. den**

Po večerním nakojení uložila dceru do postýlky, přikryla dečkou a vozila po pokoji. Pláč dcery matku znepokojoval, a proto ji vyzkoušela nakojit, ale hladová nebyla. Chovala ji

tedy, dokud neusnula. Po položení do postýlky spala přibližně půl hodiny. Opět byla vyndána z postýlky a ukolébána v náruči. Koloběh buzení a uspávání dívky se opakuje do 5. hodiny ranní.

### **Pozorování 2. den**

Všimli jsme si, že matka byla plačtivá, zoufalá, s pocity bezmoci a strachu z toho, že její dítě nemůže spát. „*Moje dcera nespí přes den ani v noci, jen neustále pláče, já se cítím strašně unavená, spala bych, ale nemůžu,*“ řekla matka.

Přebalenou, nakojenou, plačící dceru matka položila do postýlky a vozila ji po pokoji. Pláč ale neustával, proto nabídla dívce dudlík, který nechtěla. Vzala tedy dívku do náruče a ukolébala ji. Když chtěla spící dceru položit do postýlky, začala opět plakat. Matka ji chovala asi 2 hodiny, než se vzbudila na kojení. „*Při kojení se dcera hodně hýbala, házela rukama a nechtěla pít, ale přitom byla hladová, nakonec se mi ji podařilo nakojit.*“ Nakojenou dívku ukolébala v náruči a pomalu uložila do postýlky. Dívka se budila vždy po hodině spánku. Byla pochována a usínala v náruči matky.

### **Zavinování 1. den**

Před večerním kojením jsme plačtivé dítě společně zavinuli do plenky, kterou jsme dali pouze kolem rukou, aby se před kojením uklidnilo a neházelo rukama během kojení. Dívka se po chvíli uklidnila, byla nakojena a spokojeně usnula. „*Jsem překvapená, že usnula bez chování a jízdy po pokoji,*“ vypověděla matka. Během spánku byla plenka dívce povolena, vzbudila se po 2,5 hodinách na krmení, kdy ji matka plenku mírně přitáhla a nakojila. Následně se vzbudila až po 3 hodinách. Matka zjistila, že záleží na správném zavinutí a utažení zavinovačky, aby nedošlo k poranění.

### **Zavinování 2. den**

Matka dceru omyla, oblekla a opět v oblasti rukou zavinula do pleny. Poté zavinutou dívku nakojila. „*Mnohem lépe se mi dcera kojí, když má ovinuté ruce v pleně, nehází při tom tolik rukama a soustředí se na pití,*“ řekla matka. Po odříhnutí dívku uložila do postýlky a po usnutí dcery plenu mírně povolila. „*Dceru jsem za noc dvakrát nakojila, jinak spala celou noc, mám ohromnou radost.*“

**Další dny** jsme byly s matkou taktéž v kontaktu. Po měsíci bylo dítě i s matkou propuštěno domů. Matka si nechala koupit rychlozavinovačku, kterou chtěla doma

používat na kojení, uspávání a lepší manipulaci s dítětem pro manžela a rodiče. V současné době rodiče používají rychlozavinovačku na uspávání. Kojena je úspěšně již bez zavnutí.

#### **Kazuistika 4**

Paní Denise je 28 let, je všeobecná sestra, která před otěhotněním pracovala na interním oddělení. Žije společně s manželem podnikatelem (45) v městském bytě. Manžel Denisy má již z předchozího manželství dospělého syna.

Těhotenství bylo plánované, avšak z toho, že čekali dvojčata, byli manželé velice překvapeni, nedokázali si po propuštění představit fungování domácnosti s dvojčaty. Denisa byla hospitalizována pro hrozící předčasný porod na oddělení rizikového těhotenství ve 26 tt., kde strávila necelé tři měsíce až do porodu.

Dvojčata se narodila císařským řezem, chlapec s váhou 2480 g a dívka 2250 g, obě děti byly na dva týdny uloženy do inkubátoru. S matkou jsme byli kontaktu již před porodem a seznámili jsme ji se zavinovačkami a odbornou literaturou týkající se zavinování a spánku dětí. Matka chodila každý den děti přikládat k prsu a s manželem „klokánkovali“. Po čtyřech týdnech byly děti uloženy do lůžka ve volných neutažených zavinovačkách. Chlapec se budil a často plakal. Když začalo jedno dítě plakat, vzbudilo se i druhé. Proto matka hledala způsob, jak by mohly spát obě děti v klidu a delší dobu. Po konzultaci s matkou a debatě o zavinování jsme společně vytvořili akční plán. Po dobu 2 dnů matka pozorovala obě děti při usínání, spánku, zjišťovala i příčiny plačtivosti. Vše si zapisovala do záznamového deníku. Poskytla nám fotografie, které přikládáme v příloze (Příloha 4).

#### **Pozorování 1. den**

Matka děti nakojila, obě nakrmené děti uložila do šněrovacích zavinovaček. Ruce dětem nechala schované uvnitř zavinovačky. Dívka byla klidná a během chvíle usnula. Chlapec nechtěl mít ruce uvnitř a neustále sebou hýbal, byl plačtivý a tím vzbudil i druhé z dvojčat. Matka začala plačtivé děti vozit po pokoji v postýlkách. Chlapec měl stále problém usnout a pláčem opětovně budil svou sestru. Nakonec ho matka vzala do náruče, a tak se jí ho podařilo uspat. Spící dvojčata se vzbudila po dvou hodinách na kojení. Následné uspávání probíhalo stejným způsobem a skončilo opět chováním chlapce, který následně po 10 minutách pláče usnul. Koloběh uspávání a buzení probíhal

do ranních hodin. „*Přes den i v noci dcera spala klidně, ale syn se pořád budil. Nedaří se mu usnout, pořád sebou cuká a pak se vzbudí,*“ svěřila se matka.

### **Pozorování 2. den**

Nejdříve matka nakojila dceru, která již při kojení usnula. Poté nakojila syna, který měl stejně jako předchozí dny problém s usínáním. Matka ho zavinula do šněrovací zavinovačky a ukryla mu ruce dovnitř, pořád ale plakal. Proto ho chovala v náruči, dokud neusnul. Stejně jako předchozí den se neustále budil a plakal až do ranních hodin.

### **Zavinování 1. den (změna způsobu zavinování)**

Po matčině sdělení jsme se domluvili na změně způsobu zavinování. Dívce jsme ponechali šněrovací zavinovačku, jelikož se v ní cítila bezpečně, neplakala a klidně spala. U chlapce jsme použili rychlozavinovačku, kterou jsme jen mírně utáhli. Ruce jsme mu nechali venku, jelikož s rukama uvnitř plakal. S naším milým překvapením byl chlapec v rychlozavinovačce klidnější. Večer byly obě děti nakojeny a ve svých zavinovačkách uloženy do postýlek. Chlapec byl dle slov matky mírně neklidný, ale neplakal. Po chvíli obě děti spaly a vzbudily se po 4 hodinách na kojení, poté usnuly. Znovu se vzbudily až ráno na kojení.

### **Zavinování 2. den: (změna způsobu zavinování)**

Po večerní hygieně a nakojení obou dětí byly zavinuty do svých zavinovaček a uloženy do postýlek. Dívka byla okamžitě po zavinutí klidná a usnula, chlapec nejdříve v zavinovačce plakal, ale během 5 minut se uklidnil a také usnul. Po 4 hodinách se obě děti vzbudily na kojení a opět zavinuté spaly až do ranních hodin. Po komunikaci s otcem jsme zjistili, že se bál s dětmi manipulovat, připadaly mu velice malé a křehké. „*Nemůžu v noci spát a budím se s hrůzou, že budu muset děti chovat a koupat, když jsou tak maličci.*“ Do nemocnice chodil se strachem a bál se své manželce sdělit své obavy. Na manželovi jsme obavy poznali a postupně jsme ho každý den zapojovali do péče o děti a vše mu pečlivě vysvětlovali. S použitím zavinovaček se cítil více jistý v chování a přenášení dětí. Postupem času se přestál bát a pátý den pomohl matce jedno z dětí vykoupat.

**I další dny** jsme s rodiči stále komunikovali. Po propuštění dětí a matky z porodnice jsme hned první den použili zavinovačky, které používaly děti v porodnici. Momentálně u obou dětí používají zavinovačku.

### **Kazuistika 5**

Paní Eva má 35 let. Se svým středoškolským vzděláním, zakončeným maturitou, pracovala jako prodavačka v obchodě s potravinami do doby, než potřetí otěhotněla. Nyní je již čtvrtým měsícem na mateřské dovolené. Žije ve městě, v rodinném domě se zahradou, společně se svým manželem (35 let), synem (15let) a dvěma dcerami (10 let a 4 měsíce). Manžel pracuje jako dělník v rakouské firmě na zpracování dřeva.

Všechna těhotenství byla plánovaná, bez komplikací. Jejich třetí společné dítě, dcera, se narodila spontánně ve 37+2 tt. s váhou 3350 g a délkou 50 cm. Matka začala dceru kojít již v porodnici a v kojení chtěla pokračovat i doma. Po propuštění z porodnice začali rodiče pozorovat špatné usínání dcery a častou těžko utišitelnou plačtivost. Matka uvedla, že 4 měsíční dcera při spánku rozhazuje rukama a následně se probudí. Po probuzení pláče a nemůže usnout. Rodiče se rozhodli vyzkoušet různé kojenecké čaje na klidný spánek dítěte, avšak bez efektu.

Po konzultaci s matkou a debatě o zavinování jsme společně přistoupili k vytvoření společného akčního plánu na řešení problémů. Po dobu 2 dnů bylo dítě v noci pozorováno matkou, která sledovala spánek, buzení, usínání, rituály před spánkem, příčiny plačtivosti a všechny zjištěné informace si zapisovala do záznamového archu. Třetí den bylo matce doporučeno zavinování dítěte do zavinovačky. Rodiče si zvolili na vyzkoušení klasickou rychlozavinovačku, kterou další dny používali. Taktéž byly pozorovány reakce. Zjištěné informace ze všech dnů si zapisovali do deníku. Pořizovali si i fotodokumentaci, kterou přikládáme v příloze (Příloha 5). Zároveň jsme jim doporučili i odbornou literaturu týkající se zavinování.

### **Pozorování 1. den**

Dítě bylo celý den neklidné, plačtivé, proto ho matka celý den nosila v náručí. Pokud dítě položila, začalo plakat a nešlo uklidnit jinak než tím, že ho matka opět vzala a chovala. Při večerní koupeli, která se dceři líbila, nastalo kojení a následné uspávání. Dítě usnulo u matčina prsu při kojení, matka chtěla dceru uložit do postýlky, ale při odsunutí od prsu se dívka probudila. Matka ji tedy ukolébala v náručí a spící ji opatrně uložila do postýlky.

. Po hodině se opět probudila, matka ji nakojila a opět ukolíbala ke spánku v náručí. Po položení do postýlky se dívka vzbudila a začala na pár minut plakat, za pomoci dudlíku se utišila a usnula. Koloběh buzení a usínání se opakuje do 6. hodiny ranní. Přes den je dívka uspávána v kočárku, kde bez problému usne a spí v kuse přibližně tři hodiny.

### **Pozorování 2. den**

Večer je dítě opět vykoupané, nakrmené, neusíná u prsu, proto je položené do postýlky, kde si ještě chvíli hraje společně s unavenými rodiči. Když si rodiče lehli do postele a zhasli světlo, začala hlasitě plakat. Matka zapnula hrací kolotoč s hudbou a nabídla dudlík, pláč ustal přibližně za 15 minut, kdy dcera usnula. Po hodině se opět vzbudila a usnula v matčině náručí. Byla položena do manželské postele a spala společně s rodiči. Po celou noc se dívka budí, na delší dobu usíná až po 3. hodině ranní.

### **Zavinování 1. den**

Po vyslechnutí všech problémů, které mají rodiče s usínáním a utěšováním dívky, jsme jim nabídli vyzkoušení rychlozavinovačky. Vykoupané a nakrmené plačící dítě jsme společně s matkou zavinuli do rychlozavinovačky a položili do postýlky. Dcera plakala, vztekala se, proto ji matka v zavinovačce vzala do náručí a chovala, dokud nepřestala plakat. Pak byla položena zpátky do postýlky. Po dvou hodinách spánku se vzbudila a snažila se vymanit ruce ze zavinovačky. Po chvíli snažení a pláči usnula a spala 3 hodiny, poté se vzbudila na kojení. Byla opět zavinutá do rychlozavinovačky a položená do postýlky, kde plakala. Po chvíli však usnula. „*Je fajn vidět, jak dcera dokáže usnout bez pláče a vztekání, aniž bych ji musela chovat nebo s ní chodit po pokoji,*“ uvádí matka. Do rána se ještě dvakrát vzbudila na kojení, poté ale okamžitě usnula.

### **Zavinování 2. den**

Poté, co byla dívka vykoupaná a nakrmená, byla zavinutá matkou do rychlozavinovačky a za mírného pláče uložena do své postýlky. Ruce měla vyndané ven ze zavinovačky. Matka dívce zpívala a ta za malou chvíli usnula. „*Dcera rychle usnula a spala klidně až do dalšího kojení, i mě se spalo velice dobře,*“ řekla matka.

**Další dny** jsme také byli s rodiči v kontaktu. Ti se rozhodli nadále používat rychlozavinovačku na uklidnění plačící dcery a na uspávání. Matka viděla ve spánku

dcery mírný pokrok, dcerka se nebudila tak často. Snažila se vyndat ruce ze zavinovačky a spala s rukama venku, ale klidně. Hluk z okolí dívku sice většinou vzbudil, ale pohyby těla nikoliv. *„Jsem strašně ráda, že jsme přišli na to, jak dceru uspat pomocí zavinovačky a bez zbytečného pláče. Ona, já i manžel se v noci lépe vyspíme a máme pak přes den spoustu energie na společné hraní a zábavu.“*

Matka se zavinováním pokračovala asi dva měsíce a v současnosti je dítě bez problémů. V zavinování již nepokračuje.



## 5 DISKUSE

Žena se nestává matkou, jakmile porodí, ale v okamžiku, kdy se o své dítě začne starat, bojí se o něj a raduje se z něho (Pelcová, 2014). Jak uvádí Mercer (2004), žena se po porodu stává fyzicky matkou, seznamuje se s dítětem a učí se péči o něj. Aby se žena se svou novou rolí sžila, pomáhají jí v péči o novorozence zejména dětské sestry či pediatři. Nesmírnou roli hraje i partner či manžel rodičky, který by měl být oporou a zapojovat se do péče o novorozence. Pro dítě je nejdůležitější být najedené, spát, cítit se v bezpečí a obklopené láskou. Po celou dobu těhotenství bylo dítě v těle matky v teple a slyšelo neustálý tlukot srdce, tepen a hlasy zvenčí ho uklidňovaly, cítilo se v bezpečí. Po porodu však o bezpečí a teplo přišlo. K navrácení bezpečí lze použít různé druhy zavinovaček a navrátit tak dítěti pocit bezpečí, teplo a tím mu zajistit klidné usínání.

Pro naši diplomovou práci bylo klíčové zjistit a ověřit znalosti v používání zavinovaček u matek různého věku, vzdělání a bydliště. Snažili jsme se pomoci rodičům, kteří mají problémy s neklidnými dětmi a problémy se spánkem a mohli by je řešit s pomocí zavinovačky. Výzkum byl prováděn pomocí kvalitativně – kvantitativní metody technikou akčního výzkumu a polostrukturovaného rozhovoru. Došli jsme k názoru, že všechny z dotázaných matek mají základní znalosti o zavinování dítěte do zavinovaček, znají však jen základní druhy zavinovaček, jako jsou rychlozavinovačky, šněrovací zavinovačky a klasické zavinovací pleny. Z celkového počtu 33 dotazovaných matek zavinovačku používalo pouze 14 matek, zejména na uspávání dítěte. Analýza získaných dat prokázala, že vzdělání, věk, bydliště matek nemá vliv na zavinování. Matky využívají zavinovačky nejvíce k uspávání dítěte a dále pak k tišení pláče a uklidnění a udržení tepla.

Zavinování do různých látek je známé již od nepaměti. Matějček (1981) uvádí ve své knize poznatky mnoha archeologů spojené se zavinováním dětí, kdy byly pevně zavinovány a byl jim znemožněn jakýkoliv pohyb do půl roku věku dítěte, někdy i déle. Pevné zavinování bylo používáno pravděpodobně z obav před zlou mocí a špatnými vlivy. Pevné zavinování mělo vliv zejména na psychomotorický vývoj.

Při rozhovoru s matkami jsme došli nejen k tématu zavinování dětí, ale i s tím spojenému možnému onemocnění kyčlí. Lze se setkat s různými názory odborníků ať ortopedů, pediatrů, neonatologů, psychologů či dětských sester, názory se liší i mezi matkami a babičkami. Mnoho ortopedů v dnešní době zavinování kritizuje a nedoporučuje. Například ortoped Česák (2016) nedoporučuje těsné zavinování dětí a zavinovačku považuje za přežitek doby. Podle jeho názoru je vhodnější poloha žáby

nebo nošení dítěte v šátku od doby, kdy pevně drží hlavičku. Zavínování vnímá pouze jako ulehčení práce dětských sester a rodičů dětí, kdy dojde k lepší manipulaci s dítětem. Stejný názor jako Česák má i Helus (2009) a Prekopová (2008), kteří uvádějí, že zavínování je omezování práv dítěte, týrání bránící dítěti ve vývoji, růstu končetin a kontaktu s matkou a vede celý lidský rod k vývojové degeneraci.

Oproti tomu neonatologové zavínovačky doporučují, protože v nich vidí způsob, jak uklidnit plačící dítě a dopřát mu pocit bezpečí. Správné zavnutí dítěte do zavínovačky poskytuje novorozenci a malému kojenci pocit tepla, bezpečí, jistoty a pohodu (Kiedroňová, 2005). Například pediatr Carl Seashore (2016), ředitel dětské kliniky v Severní Karolíně a dětské nemocnice, je zastáncem zavínovaček a pohodlného balení dětí do dek. Tvrdí, že dítě zabalené v zavínovačce cítí teplo a pocit bezpečí. Pro jeden den starého novorozence je zavínovačka velmi důležitá, protože přišel do rušného světa a postrádá komfort, který měl v matčině lůně. Podle Carla Seashora je vhodné zavínovačky využívat v prvních šesti až osmi týdnech života dítěte. Pro zavínování je vhodné zvolit lehké bavlněné nebo tenké flanelové tkaniny. Rodiče by se naopak měli vyhnout těžkým, pleteným či fleecovým materiálům. K závěru lze dodat, že je velmi důležité správné používání, uložení a utažení dítěte do zavínovačky.

Zavínovačku lze také použít k utišení pláče dítěte. Kombinací vhodné zavínovačky, houpáním dítěte v náručí, bílým šumem, popřípadě sáním lze dítě uklidnit. Každé dítě je však individuální a na každou tisící metodu reaguje jinak. Tudiž je na rodičích, aby rozpoznali, která metoda tišení pláče je pro jejich potomka vhodná a která se mu nelíbí (Karp, 2002). Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že matky používají zavínovačky průkazně častěji k uspávání než k jiným účelům ( $p=0,002$ ).

Podle Dodwellové (2013) má zavínování kromě pozitivního vlivu na kvalitu spánku u dítěte i další výhody, zejména v podobě snížení rizika syndromu náhlého úmrtí kojenců a snížení vnímání bolesti při lékařských výkonech, kdy je dítě v poloze na zádech a zavínuté. Poznatky Dodwellové lze propojit i s výzkumem Shao - Hui Shu a kolektivu, zveřejněného v roce 2013, kdy bylo zkoumáno a potvrzeno tišení bolesti při screeningovém odběru krve z paty novorozence a efektivita zavínování (Shu a kol. 2014).

Zavínování přináší úlevu jak dětem, tak i jejich rodičům. Plačtivé děti jsou během dne podrážděné, unavené, nemají dostatek spánku, kojení je obtížnější, a to může způsobit zpomalení přirozeného vývoje. Rodiče takových dětí jsou často velice vyčerpaní z neustálé péče o dítě a nočního vstávání, bezradní a nervózní, což přenášejí na své dítě a

dostávají se tak do začarovaného kruhu. Pomocí pravidelného používání zavinovaček lze docílit uklidnění plačícího, neklidného dítěte (Trampotová, 2014).

Pro novorozence je důležitý kontakt s matkou. Podle studie Biological Psychiatry bylo zjištěno, že pokud měly děti hned po porodu kontakt s matkou skin to skin - kůže na kůži i po 10 letech u nich byl prokázán menší sklon k depresím, stresu, zralejší nervová systém (Bugno, 2014).

Na trhu existuje mnoho druhů zavinovaček, rychlozavinovačky, klasické šněrovací zavinovačky a bavlněné pleny určené k zavinování. Pro nedonošené novorozence jsou vhodné tzv. kokony, jedná se o speciální elastické zavinovačky, do kterých se dítě pouze nasune. Kokony v noci ulehčí práci při přebalování, dítě se nemusí vyndávat se zavinovačky, jen se pouze vyhrne spodní část. Jedna z respondentek uvedla, že byla nejvíce spokojena se zavinovačkou na zip, ze které nemůže dítě vypadnout, dobře se přenáší i jednou rukou. Z dotazovaných 33 respondentek zvolilo deset matek pro své dítě klasickou šněrovací zavinovačku, která jim pro dítě přišla ze všech zavinovaček nejbezpečnější a kde samy mohly regulovat utažení zavinovacích stuh. Dvě matky používaly na zavinování klasickou látkovou plenu. Dle Hudečkové (2016) je vhodné používat klasickou čtvercovou plenu nebo šátek, u kterého si můžeme regulovat pevnost. Používání plen však vyžaduje cvik, vhodné je začít nacvičovat již v porodnici za přítomnosti porodní asistentky nebo dětské sestry, které mohou matce poradit.

V literatuře týkající se spánku dítěte a zavinování se lze setkat i se separací od matky, spojenou se zavinováním dítěte do zavinovačky. Podle Kallusové (2016) vlivem používání zavinovačky sice dochází k uklidnění dítěte, delšímu a kvalitnějšímu spánku, ale také k separaci od matky. Dítě potřebuje tělesný kontakt s matkou, která svým tělem pomáhá dítěti regulovat dýchání, činnost srdce, tělesnou teplotu, ale zejména spánek a bdění. V příloze č. 9 je zobrazena škála Nilse Bergmana ukazující rozdíly dětí zavinutých a dětí nošených v šátcích. Pokud matka uloží dítě do postýlky, zavine ho, spí sice klidně a dlouho, ale hluboký spánek není podle Kallusové pro dítě zdravý. Sledovala i výrazy tváře dětí zavinutých v zavinovačkách a dětí spících na hrudi své matky v šátcích. Z výzkumného šetření Kallusové plyne, že děti spící v šátcích u matek mají ve tváři blažený, klidný výraz, kdežto děti zavinuté spí hlubokým spánkem a jejich mimiku tak nelze blíže určit.

Jedna s dotázaných respondentek uvedla strach ze separace od své dcery, chtěla mít dceru neustále u sebe, musela ji pořád chovat, objímat a mazlit se s ní. Dcera spala

s rodiči v posteli, avšak neklidně a často se budila. Matka se bála se dítě zavinout, i když věděla, že v zavinovačce spí klidněji a déle. Oba rodiče spali taktéž neklidným a nekvalitním spánkem, otec se bál pohybu na posteli, aby dceři neublížil nebo ji nevzbudil. Po pozorování dívky, následném zavinutí do zavinovačky a spánkem ve vlastní postýlce jsme docílili kvalitnějšího spánku jak dítěte, tak i obou rodičů. Matka byla spokojená, že se všichni dobře vyspí, a pak se může mazlit a hrát si s dcerou. „*Dcera se vyspí do růžova, není protivná, celou dobu se umívá a má větší zájem o hru a společnost,*“ uvedla matka.

O zavinování dítěte do zavinovaček a utěšování plačících dětí se nejvíce zajímá Harvey Karp, který je známým americkým pediatrem a autorem mnoha knih, ve kterých pomáhá rodičům neklidných dětí zvolit vhodnou techniku uspávání a uklidnění. Ve svých knihách nevymýšlí nové postupy ani metody, pouze shrne různé metody do několika zásad. V první zásadě doporučuje pevné zavinutí dítěte, které mu bude připomínat stísněný prostor v děloze. Ve druhé zásadě radí rodičům polohování dítěte na bok či na břicho, ovšem za situace, že nejsou v té době zavinuty. Poloha na břicho či na boku slouží k utišení a usnutí dítěte, avšak s ohledem na jeho individualitu. Hlasitý šum je obsahem třetí zásady, kdy Karp doporučuje pouštět neklidným dětem různé zvuky, hudbu, zvuk nastartovaného auta, zapnutého fénu nebo vysavače, zvuky moře. Tzv. bílý šum si mohou rodiče stáhnout z internetu do svého telefonu a pouštět ho dítěti. Čtvrtou zásadou je houpání dítěte, kdy rytmickými pohyby ze strany na stranu lze dosáhnout uklidnění dítěte. Do páté zásady lze zařadit sání mateřského mléka, dudlíku či kojenecké lahve (Karp, 2012).

Podle našeho názoru jsou zavinovačky velmi přínosné. Umožní rodičům uklidnit jejich plačtivé děti, které se v zavinovačce cítí bezpečněji. S ortopedy bych se shodla na názoru, že příliš pevné zavinutí v oblasti kyčlí není dobré pro jejich správný vývoj. Někteří známí v mém okolí zavinovačky používají, avšak u většiny stále přetrvává předsudek ohledně nezdravého působení zavinovaček na kyčle, omezování dětské svobody a separace dítěte od matky. Tuto skutečnost bych ráda vyvrátila prostřednictvím své diplomové práce.

## 6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit znalosti matek se zavínováním dítěte do zavínovaček a dále zmapovat, v jakých situacích jsou zavínovačky používány. Abychom dokázali naplnit námi zvolené cíle, provedli jsme výzkum pomocí kvalitativně – kvantitativní metody formou rozhovorů a akčního výzkumu. Rozhovoru se zúčastnilo 33 matek, kterým bylo kladeno 10 otevřených otázek. Zjištěné výsledky byly ručně zapisovány do záznamových archů, do kterých byly nejdříve zaznamenány demografické údaje týkající se věku, vzdělání, bydliště matek. Následně kladené otázky byly zaměřeny na problematiku související se zavínováním do zavínovaček, účelem a způsobem zavínování dítěte do zavínovaček.

V rámci kvalitativního výzkumu se potvrdilo, že rodiče novorozenců a kojenců používají zavínovačky nejvíce na uspávání a uklidnění dítěte. Matky nejčastěji používají rychlozavínovačky a klasické šněrovací zavínovačky, což vyplývá z **hypotézy H1**. Od poloviny dotazovaných matek jsme se dozvěděli, že zavnutí dítěte mělo uklidňující účinek. Třetina matek uvedla klidný spánek po zavnutí dítěte do zavínovačky. Zbylé děti se po opakovaném zavnutí necítily dobře, byly mnohem více plačtivé a neklidné, po vybalení ze zavínovaček se však uklidnily. Po dokončení výzkumného šetření jsme přišli na to, že preference pro určitý typ nebo účel použití zavínovačky ani délku jejího používání však nelze vysvětlit věkem, vzděláním ani bydlištěm matky, což značí **hypotéza H2**. Doba, do kdy matky používaly zavínovačku, nezávisela průkazně na vzdělání, věku ani bydlišti

Akční výzkum probíhal v pěti domácnostech a vlivem jeho průběhu pomohl vyřešit problémy s usínáním, nekvalitním spánkem nebo nadměrnou plačtivostí zvolených dětí. Do akčního výzkumu byly zařazeny 4 dívky a dva chlapci, z nichž byl jeden pár dvojčat. První pozorovaná dívka spala v společně s rodiči v manželské posteli a po uložení do své postýlky byla neklidná, plačtivá a neustále se budila. Po konzultaci s rodiči jsme zvolili použití rychlozavínovačky a dívku zavínuli, postupně ji rodiče začali dávat do postýlky, než si v ní zavínutá zvykla. Druhým pozorovaným byl chlapec, u kterého se osvědčily Karpovy tišící metody, jako byl bílý šum, který společně se zavnutím dítě uklidnil a spokojeně spalo. U třetí pozorované dívky bylo využito pleny, která byla použita pouze v oblasti horních končetin a hrudníku. Takto zavínutou dívku matka přikládala k prsu, uspávala a uklidňovala. Po uklidnění vždy plenu povolila. Čtvrtými pozorovanými byla dvojčata, chlapec a dívka, kteří měli problémy s usínáním.

U chlapce byla zvolena rychlozavinovačka, kdežto u dívky se osvědčila klasická šněrovací. Jelikož se otec bál manipulace s dětmi, zavinovačky mu také posloužily k lepší manipulaci s nimi. Poslední pozorovanou byla dívka s problémovým usínáním a nadměrnou plačtivostí, u které jsme zvolili zavnutí do rychlozavinovačky.

Zvolením správné zavinovačky v kombinaci s vhodným utažením a dalšími metodami vhodnými k utišení plačícího dítěte jako jsou Karpovy tišící metody lze dosáhnout klidného usínání dítěte a snížit tak i jeho plačtivost. Rodiče však musí brát v potaz, že každé dítě je individuální osoba, která si sama zvolí, co jí nejvíce vyhovuje.

### **6.1 *Využití pro praxi***

Dětská sestra by měla být vzdělaná ve všech oblastech týkajících se péče o dítě, trůfáme si říct, že do této oblasti patří i zavínování. Vypracováním diplomové práce jsme chtěli poukázat na vhodnost používání zavinovaček pro novorozence a kojence. Chtěli jsme pomoci rodičům, kteří měli problémy se spánkem nebo neklidem dětí a řešili je pomocí zavinovačky. V průběhu výzkumu jsme pomohli pěti rodinám, které měly neklidné, nadměrně plačící novorozence či kojence a za pomoci zavinovaček a dalších tišících metod je zbavili problémů s usínáním či plačtivostí.

## 7 LITERATURA

1. ABELSON TRŽILOVÁ, J., 2008. *Manuál pro začínající maminky: maminky radí maminkám*. Praha: Smart Press. 224 s. ISBN 978-80-87049-15-0
2. American Academy of Pediatrics. 2016. *Analysis Finds Swaddling Increases Risk of SIDS When Infants Placed on Stomach or Side to Sleep* [online]. Sleep [cit. 2016.09.22]. Dostupné z: [1url.cz/ntHQF](http://1url.cz/ntHQF)
3. American Academy of Pediatrics. 2015. *Swaddling: Is it Safe?* [online]. Sleep [cit. 2016.09.24]. Dostupné z: <http://1url.cz/dtHQs>
4. ARONOVÁ, J., 2006. *Ze zkušeností dětského lékaře - Na co se často ptáte?* 1. vyd. Praha: Amosia. 203 s. ISBN 80-86966-13-5
5. BACUS, A., 2005. *První rok vašeho dítěte*. 1. vyd. Praha: Portál. 160 s. ISBN 80-7367-029-1
6. BARGAL, D., 2008. *Action research: A paradigm for Achieving Social Change*. Small group research, 39 (1), str. 17 -27. ISSN 1552 -8278
7. BARTÁK, J. 2007., *Vzdělávání ve firmě*. vyd. 1. Praha: ALFA PUBLISHING, 230 s. ISBN 978-80-86851-68-6
8. BEHINOVÁ, M., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. 368 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
9. BERGMAN. NJ, LINLEY. LL, 2004. *Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization*. [online]. Acta Paediatrica. [cit. 2017.2.20]. 93(6):779. Dostupné z: [1url.cz/StTqg](http://1url.cz/StTqg)

10. BLOM, R., 2005. *Crying and restlessness in babies: a parent's guide to natural sleeping*. Edinburgh: Floris 160 s. ISBN 9780863154911.
11. BLOM, R., 2008. *Regelmaat brengt rust. Een handleiding voor het bieden van regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie*. Edinburgh: Floris. 36 s. ISBN 978-90-6238-809-7
12. BLOM, R., 2011. *Inbakeren brengt rust. Een handleiding voor het inbakeren van je kind*. Edinburgh: Floris. 48 s. ISBN 90-9014544-3
13. BUGNO, R., 2014. *The Loving Touch is Critical for Premature Infants* [online] Philadelphia, PA, [cit. 2016.09.20]. Dostupné z: [1url.cz/3tTET](http://1url.cz/3tTET)
14. ČAPKOVÁ, J. a HAK J., 2007. *Ošetřování kojence v zavinovačce*. *Pediatric pro praxi*. 8(1), s. 52-53. ISSN 1213-0494.
15. ČERNÁ, Z., 2012. *Péče o dítě*. Praha: F&F. 108 s. ISBN 978-80-87755-07-5
16. ČESÁK, J., 2016. *Nedávejte zavinovačky, radí ortoped. Nejlepší je pozice žáby!* [online] Praha: Vývoj dětí. Poděbrady [cit. 2016.09.20]. Dostupné z: <http://1url.cz/mtVhv>
17. DORT, J., DORTOVÁ E., JEHLIČKA P., 2013. *Neonatologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 116 s. ISBN 978-80-246-2253-8.
18. DODWELL, E., 2013. *Swaddling*. [online]. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://1url.cz/xtVh8>
19. FASS, P., at al., 2006. *Encyclopedia of children and childhood in history and society*. Farmington Hills: Gale, ISBN 0-02-865915-5.
20. FIRST, L., 2016. *Swaddling and Risk of Sudden Infant Death: A Meta-analysis that Uncovers Some Important Findings*. *Pediatrics*, 137 (6) ISSN 20153275



21. FENDRYCHOVÁ, J., 2011. *Základní ošetrovatelské postupy v péči o novorozence: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-3940-3.
22. FRANCO, P., SERET N., et al 2005. Influence of swaddling on sleep and arousal characteristics of healthy infants. *Pediatrics*. 115(5): ISSN 1307-11.
23. FRYDRYCHOVÁ, M., 2016. Vývoj dysplazie kyčelního kloubu. *Pediatricie pro praxi* 17 (3) ISSN 1213-0494
24. GRAVILLON, I., 2008. *Spánek malých dětí: od 0 do 3 let*. 2. vyd. Praha: Portál. 112 s. ISBN 978-80-7367-494-6.
25. GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ, M., 2016. *Péče o novorozence a kojence: mamčin domácí lékař*. 4. vyd. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5719-3.
26. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ. M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
27. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ. M., 2013. *Čekáme děťátko*. 2. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
28. HANÁKOVÁ, T., 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti: vše, co potřebujete vědět o těhotenství a porodu: péče o novorozence a kojence*. Brno: Computer Press. 256 s. ISBN 978-80-251-2788-9.
29. HELUS, Z., 2009. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. 2. vyd. Praha: Portál. 288 s. ISBN 978-80-7367-628-5.
30. HUDEČKOVÁ, J. 2016. *Neklidná miminka a pevné zavinování* [online]. Praha [cit. 2017.03.12]. Dostupné z: <http://1url.cz/dtV1t>

31. JOHNSON, TS. 2007. *Mother-infant breastfeeding progress tool: a guide for education and support of the breastfeeding*, Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, [online]. 36 (4); 319-17. ISSN0884-217
32. KALLUSOVA, P., 2013. *Zavinovačky, Laktační poradna* [online] Praha [cit 2017.03.12]. Dostupné z: <http://1url.cz/ftVCt>
33. KARP, H., 2012. *Nejšťastnější miminko v okolí*. 3. vyd. Praha: Ikar. 312 s. ISBN 978-80-249-1989-8.
34. KOLEKTIV AUTORŮ. 2015. *Neonatologie*. [online] Praha: Česká neonatologická společnost [cit. 2016.08.25]. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/sesterska-sekce>.
35. KOLEKTIV AUTORŮ, 2016. *Vývoj dítěte měsíc po měsíci*. [online] Praha: Naše porodnice. [cit. 2016.07.12]. Dostupné z: <http://www.naseporodnice.cz/vyvoj-ditete/>
36. KIEDROŇOVÁ, E., 2005. *Něžná náruč rodičů: moderní poznatky o významu správné manipulace s novorozencem a malým dítětem*. Praha: Grada, 299 s. ISBN 80-247-1210-5.
37. KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
38. LAMBUSOVÁ, E., 2006. *Rozumět dětskému pláči* [online]. Praha. [cit. 2017.03.20]. Dostupné z: [1url.cz/VtsLo](http://1url.cz/VtsLo)
39. LINDEMAN, B., 2016. *Teen Moms and Infant Sleep: Mother Doesn't Always Know Best* [online]. Cincinnati, OH [cit. 2017.03.20]. Dostupné z: [1url.cz/VtTEp](http://1url.cz/VtTEp)
40. MARTINKOVÁ, V., 2008. *Komunikace s dětským pacientem. Diagnóza v ošetrovatelství*, 4(4), 24-25. ISSN 1801-1349.

41. MASOPUSTOVÁ, Z., MAREŠOVÁ, J., 2008. Excesivní pláč kojenců. *Pediatric pro praxi*. 9(6): 394–397. ISSN 1213-0494
42. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J., 1981, *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon, 220 s. ISBN 01-070-81
43. MEDICAL COMMUNICATIONS GROUP, 2004. Swaddling, *Contemporary pediatrics*, 1 (2) ISSN 8750-0507
44. MERCER, R. T. 2004. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 36(3), 226–232, DOI: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/8222569\\_Becoming\\_a\\_Mother\\_Versus\\_Maternal\\_Role\\_Attainment](https://www.researchgate.net/publication/8222569_Becoming_a_Mother_Versus_Maternal_Role_Attainment).
45. MOHRBACHER, N., 2010. *Breastfeeding made simple* Oakland: Copyright. 336 s. ISBN 978-1-57224-862-5.
46. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., ANTALOVÁ, A., 2011. *Bonding -porodní radost*. Praha: DharmaGaia, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5
47. NEVORAL, J., 2003. *Výživa v dětském věku*. Jihočany: H&N. 434 s. ISBN 80-86-022-93-5.
48. PAŘÍZEK, A., 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén. 752 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
49. PELCOVÁ, N., SEMRÁDOVÁ, I., 2014. *Fenomén výchovy a etika učitelského povolání*. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 9788024626369.
50. PHILIPS. B., 2015. *Minimizing the risks of sudden infant death syndrome: to swaddle or not to swaddle?* [databáze - online]. London: Sids and Kids. [cit. 2016-07-05]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19540517>

51. PLEVOVÁ, I., a kol. 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-802-4735-573.
52. PREKOPOVÁ, J., 2008. *Když dítě nechce spát*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. 128 s. ISBN 978-80-262-0525-8.
53. RICHTER, R., SCHÄFER, E., 2007. *Kniha pro tatínky: vše, co potřebujete vědět o těhotenství, porodu a prvním roce života ve třech*. 1. vyd. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2083-8.
54. ROZTOČIL, A., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
55. SHU, S., LEE, Y., HAYTER, M., WANG, R., 2014. Efficacy of swaddling and heel warming on pain response to heel stick in neonates: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*. 23 (21-22), 3107-3114. ISSN 09621067.
56. ROSE, C., 1989. *Children's clothes since 1750*. London: B.T. Batsford, 160 s. ISBN 0896761118.
57. RUBEŠOVÁ, J., 2014. *Proč je důležité jak miminko/novorozence chováte a nosíte?* [online] Praha: Vývoj dětí. [cit. 2016.08.20]. Dostupné z: <http://1url.cz/qto4m>
58. REDISH, L., 2015. Native American Cradleboards. [online] Oklahoma: Native languages. [cit. 2016.08.20]. Dostupné z: <http://www.native-languages.org/cradleboard.htm>
59. SEASHORE, C., 2016. *Easy Swaddling Techniques and Swaddle Dangers*. Oklahoma: North Carolina [cit. 2016.08.20]. Dostupné z: <http://1url.cz/2tVhc>
60. SANTAROMITA, D. 2017. *Maternal Separation Stresses the Baby*. [online] Elsevier. [cit. 2016.08.20]. Dostupné z: [1url.cz/6tTEw](http://1url.cz/6tTEw)
61. SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 197 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

62. SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
63. SMETANOVÁ, L., 2014. *Zavinovat nebo ne?* [online] Praha: Vývoj dětí. [cit. 2016.09.20]. Dostupné z: <http://1url.cz/qto4m>
64. SOLTER, A., 2014. *Moudrost raného dětství: proč důvěřovat miminkům a batolatům a učit se péči o ně od nich samotných*. Praha: Triton, 296 s. ISBN 978-80-7387-695-1.
65. SLEUWEN, BE., ENGELBERTS, A., et al. 2007. Swaddling: A Systematic Review. *Pediatrics*, 120 (4) ISSN:10971106
66. STOJASPALOVÁ, K., NOVOTNÁ, H., 2016. Jak nosit v šátku malá miminka. *Všemi smysly - Magazín Brány k dětem* [online]12 (3). Dostupné z: <http://magazin.branakdetem.cz/nejcastejsi-otazky-o-noseni-deti/>
67. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 354 s. ISBN 80-246-1091-4.
68. ŠVEC. Š., 2009. *Metodologie věd o výchově: kvantitativně – scientické a kvalitativně – humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido. 302 s. ISBN: 978-80-731-5192-8.
69. THIRION, M., CHALLAMEL, MJ., 2013. *Spánek, sen a dítě*. Praha: Argo. 262 s. ISBN 978-80-257-0860-6.
70. TOMÁNKOVÁ, L., 2006., Péče o novorozence na vlnách času aneb pohled do historie do neonatologie, *Česko-slovenská pediatrie*, 61(2), 83. ISSN 0069-2328.

71. TURNOVSKÁ, J., 2009., *Šátkování: nosíme své děti v šátku*. 1. vyd. Praha: Vodnář, 135 s. ISBN 978-80-86226-47-7.
72. TRAMPOTOVÁ, G., 2014. *Zavinujeme a nezavinujeme* [online] Praha: Dítě je na světě [cit. 2017.01.20]. Dostupné z: <http://1url.cz/jtVhm>
73. VÁGNEROVÁ, M. 2010, *Psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 978-802-4618-326.
74. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
75. VELEMÍNSKÝ, M. 2007., *Naše dítě špatně spí: nesprávné nastavení vnitřních hodin*. Praha: Triton, 140 s. ISBN 978-80-7254-936-8.
76. VOLF, V., 2012. Zácpa u dětí. *Pediatric pro praxi*, 13 (5), 322-324. ISSN 1213-0494
77. VYBÍHALOVÁ, L., 2011. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*, 21 (1), 28. ISSN 1210-0404
78. ZUIDAM, S. 2006., *Wetenschappelijk onderzoek*. [online] Utrecht [cit. 2017.01.20]. Dostupné z: <http://www.inbakeren.nl/meer-info/onderzoek/>

## 8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dítě respondentky č. 1

Příloha 2 - Dítě respondentky č. 2

Příloha 3 - Dítě respondentky č. 3

Příloha 4 – Děti respondentky č. 4

Příloha 5 - Dítě respondentky č. 5

Příloha 6 - Zavínování do kokonu se zipem

Příloha 7 – Zavínování do kokonu – pruhové

Příloha 8 – Dítě před zavínutím

Příloha 9 – škála Nilse Bergmana

Příloha 10 – Šátkování

Příloha 11 Porodní bába“ předvádějící správné zavínování dítěte

Příloha 12 Dopis od rodičů zavínovaného dítěte

Příloha 13 Akční plán

## Přílohy

### Příloha 1 – Zavínuté dítě respondentky č. 1



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)



Příloha 2 - Zavinuté dítě respondentky č. 2



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

Příloha 3 Zavinuté dítě respondentky č. 3



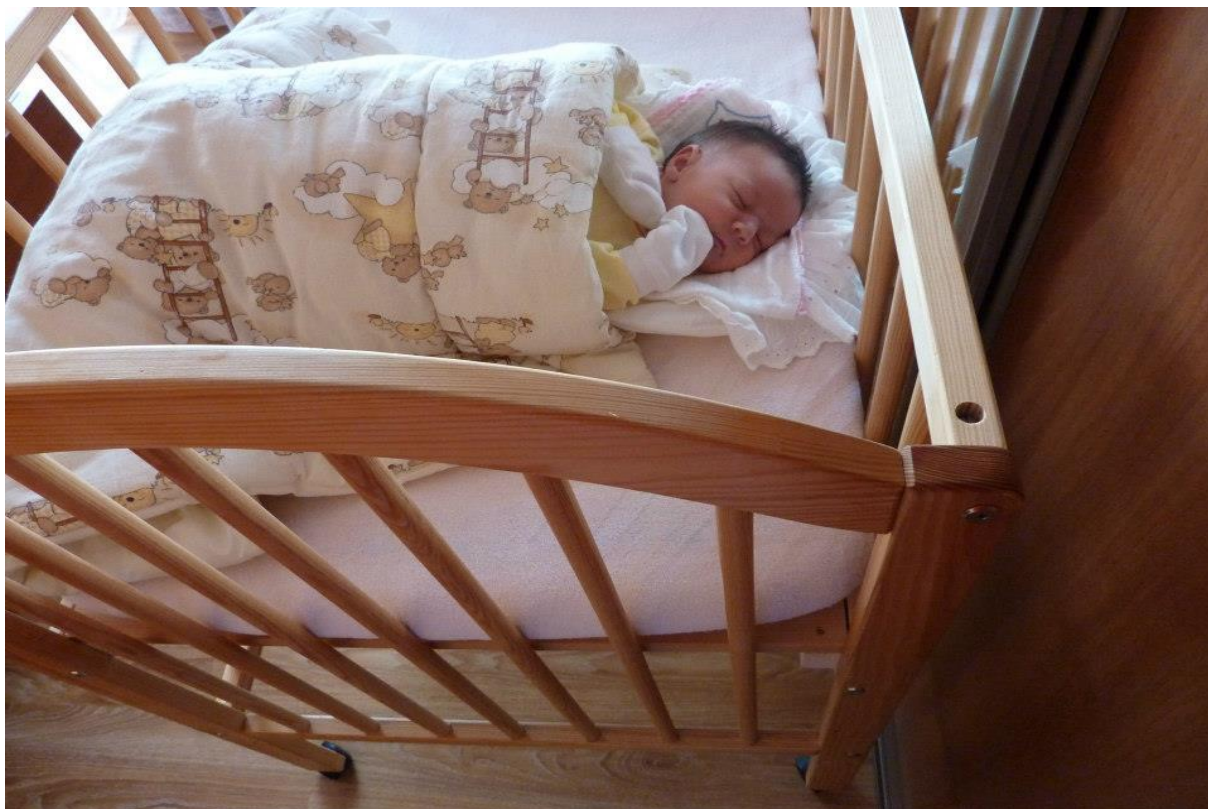
(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

Příloha 4 - Zavinuté děti respondentky č. 4



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

Příloha 5 - Zavinuté dítě respondentky č. 5



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

Příloha 6 - Zavinování do kokonu se zipem



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

Příloha 7 – Zavinování do kokonu – pruhové



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

Příloha 8 – Dítě před zavínutím



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

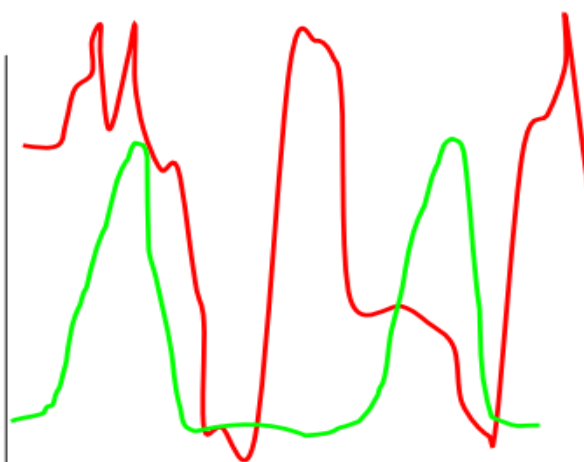
Příloha 9 – Křivka

Zelená křivka – spánek dítěte v kontaktu s maminkou

Červená křivka – oddělené spaní v zavinovačce, v postýlce

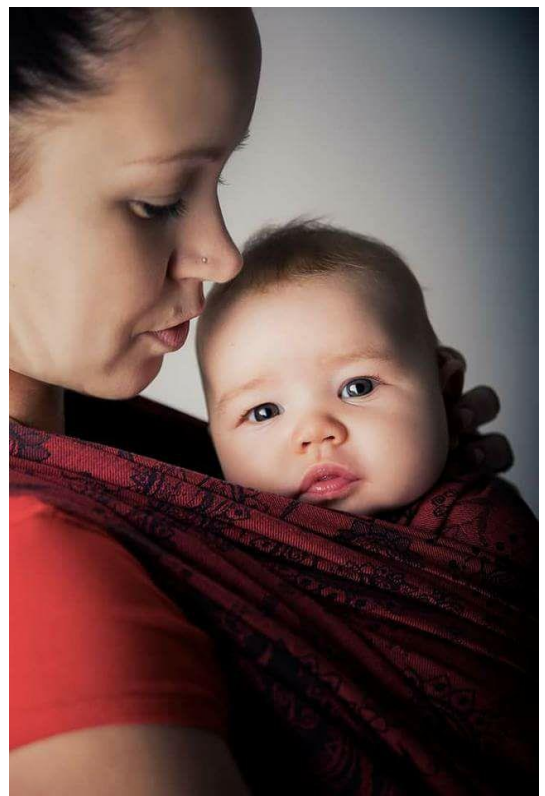
**Zjednodušená škála**

- silný pláč**
- pláč**
- nespokojenost**
- aktivní bdění**
- tiché bdění**
- vnímání bez aktivity**
- usínání**
- aktivní spánek**
- nepravidelný spánek**
- tichý spánek**
- hluboký spánek**



(zdroj: Internetová stránka Bergman,2004 online:..kangaroomothercare.com)

Příloha 10 Šátkování



(zdroj: fotografie poskytnuty rodiči dítěte)

Příloha 11 „Porodní bába“ předvádějící správné zavinování dítěte



(zdroj:internetové stránky- Blom - inbakeren /nl)



15.12.2016 v Praze

Rádi bychom poděkovali budoucí dětské sestřičce, která nám pomohla a dá se říci, že zachránila život. Již 5 měsíců nám dělá společnost naše dcerka, již od narození měla problém s usínáním a byla hodně plačtivá. S manželem jsme si již nevěděli rady a byli jsme zoufalí. Zkoušeli jsme různé čaje, masti a vonné svíčky, které by dceru uklidnili při pláči. Nic se nám bohužel nedařilo. Ve studentce a její vedoucí jsme viděli velkou šanci a doufali, že nám dokáží pomoci. Společně jsme vybrali zavinovačku, která naší dceři nejvíce vyhovovala a postupně jsme ji začali zavinovat. První dny byly spojené s dceřiným pláčem, ale brzy si na zavinovačku zvykla a stala se pak klidnější, hezky spala.

Velice si vážíme pomoci a tímto dopisem bychom chtěli poděkovat za odbornou pomoc, věcné rady a také za poskytnutí odborných časopisů a článků o zavinování a spánku dětí.

Děkujeme mnohokrát manželé S\*\*\*\*\* ❤️

(Zdroj: Dopis od rodičů)

## Příloha 13 Akční plán

Název projektu	Zavinování sloužící k uspávání, uklidňování pláče, kojení...
Cíl projektu	Spokojené, spící dítě Spokojení, klidní rodiče
Popis obsahu	1.- 2. den bez zavinutí sledování a sepsání projevů dítěte před spaním, rituály, potřeby, metody tšení pláče, metody uspávání  Vyzkoušení vhodné zavinovačky, zvolení vhodné zavinovačky, zavinutí dítěte  1. – 2. den zavinutí sledování a sepsání projevů dítěte před spaním, rituály, potřeby, metody tšení pláče, metody uspávání,
Klíčové aktivity	Zvolit vhodnou zavinovačku Získat důvěru rodičů Komunikace s rodiči Pořídít vhodnou fotodokumentaci
Celkové náklady na realizaci	Náklady na cestu k rodině Nakoupení různých druhů zavinovaček
Zdroj financování	Vlastní zdroj
Dokumentace	Zaznamenávání poznatků do vytištěného záznamového archu rodiči
Odpovědná osoba	Vedoucí práce, autor práce

(zdroj: vlastní)

## Seznam použitých zkratk

Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
Cm	centimetr
Kg	kilogram
Sš.	Střední škola
Tzn.	to znamená
Tzv.	takzvaný
Vš.	Vysoká škola
tt.	týden těhotenství