



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Nošení dětí v šátku – rizika a benefity z pohledu fyzioterapie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Kateřina Čápková

Vedoucí práce: Mgr. Martina Hartmanová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Nošení dětí v šátku – rizika a benefity z pohledu fyzioterapie“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2018

.....

Kateřina Čápová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Martině Hartmanové za cenné podněty a rady. Rovněž si velice vážím odborné pomoci ze strany Mgr. Olgy Dvořáčkové při zpracování praktické části. Poděkování patří také mé rodině, přátelům a v neposlední řadě všem respondentům, kteří se účastnili výzkumu.

Nošení dětí v šátku – rizika a benefity z pohledu fyzioterapie

Abstrakt

Tato bakalářská práce pojednává o problematice nošení dětí v šátku z pohledu fyzioterapie. Cílem práce bylo z (dostupných informací) zjistit, jaká jsou rizika a benefity tohoto fenoménu. Dalším cílem bylo prozkoumat, jaké jsou názory odborné a laické veřejnosti na nošení dětí v šátku. V teoretické části práce jsou uvedeny obecné aspekty nošení dětí v šátku, historie nošení dětí, psychologické aspekty, druhy šátků a typy úvazů. Navazující kapitola teoretické části popisuje konkrétněji problematiku z pohledu fyzioterapie, především tedy s ohledem na pohybový aparát dítěte. V práci je také zahrnuta kapitola poukazující na podobnost mezi nošením dětí v šátku s některými aspekty vybraných terapeutických metod využívaných v praxi fyzioterapeuta. V závěru teoretické části jsou shrnuta jednotlivá možná rizika a benefity, které s sebou tato metoda transportu dítěte přináší. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum provedený pomocí nestandardizovaných dotazníků, který sledoval názory odborné a laické veřejnosti na tuto problematiku. Odbornou veřejnost reprezentovalo celkem 62 fyzioterapeutů, laickou veřejnost reprezentovalo dohromady 75 rodičů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že názory na danou problematiku se mezi oběma skupinami respondentů výrazně liší. Na základě tohoto výrazného rozdílu se domnívám, že je zapotřebí, aby se fyzioterapeuti problematikou nošení dětí na těle více zabývali. Zároveň by práce mohla přispět k lepšímu pochopení a vzájemnému porozumění mezi terapeutem a rodičem dítěte. Práce může posloužit k rozšíření obzorů jak odbornému personálu, který může přijít do styku s touto problematikou (pediatři, ortopedi, rehabilitační lékaři, fyzioterapeuti, porodní asistentky atd.), tak i laické veřejnosti, především tedy rodičům.

Klíčová slova

šátkování; kyčelní kloub; páteř; vertikální poloha; horizontální poloha

Babywearing – risks and benefits from a physiotherapeutic point of view

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of babywearing in a wrap from the physiotherapeutic point of view. The aim of the work was to find out what the risks and benefits of this phenomenon are. Another aim was to explore the views of the professionals and general public on babywearing. In the theoretical part, the general and psychological aspects of babywearing, its history, the types of wraps and tying techniques are presented. The next chapter expands on the issue from the physiotherapy perspective, especially with respect to the child's musculoskeletal system. The section also includes a chapter on a similarity between babywearing and some aspects of selected methods used in the practice of a physiotherapist. The possible risks and benefits concerning this method of baby transport are summarized in the conclusion of the theoretical part. The practical part consists of quantitative research carried out using non-standardized questionnaires. It reflects the opinions of the professionals and lay public on this issue. The first respondent group consisted of 62 physiotherapists - while in the second one, the opinions of lay public were represented by a total of 75 parents. As the results of the research show a considerable discrepancy in opinions of the two respondent groups, I believe there is a need for physiotherapists to deal more with the matter of babywearing. Thus, the work could contribute to a mutual understanding between the therapist and the parent. This thesis can be used to extend the horizons of both the professional staff (paediatricians, orthopaedists, rehabilitation physicians, physiotherapists, midwives, etc.) and the general public, particularly parents.

Key words:

Babywearing; hip joint; spine; vertical position; horizontal position

Obsah

1. Úvod.....	8
2. Nošení dětí v šátku.....	10
2.1. Dítě jako nošenec.....	10
2.1.1. Aktivní x pasivní nošenec.....	11
2.2. Pohled do historie nošení dětí.....	11
2.3. Psychologický aspekt nošení dětí.....	12
2.3.1. Reakce na transport.....	13
3. Druhy šátků.....	14
3.1. Pevné šátky.....	14
3.2. Elastické šátky.....	15
3.3. Ring sling.....	15
4. Způsoby uvazování šátku.....	16
4.1. Horizontální úvazy.....	17
4.2. Vertikální úvazy.....	18
4.2.1. Úvazy na břicho.....	18
4.2.2. Úvazy na bok.....	19
4.2.3. Úvazy na záda.....	20
4.2.4. Nevhodné uvázání dítěte ve vertikálním úvazu.....	20
5. Nošení dětí v šátku z pohledu fyzioterapie.....	23
5.1. Páteř.....	23
5.1.1. Nošení dětí v šátku z hlediska páteře.....	23
5.2. Kyčelní kloub.....	24
5.2.1. Vývojová dysplazie kyčelní (VDK).....	25
5.2.2. Nošení dětí v šátku z hlediska kyčelního kloubu.....	26
5.3. Vliv nošení dětí v šátku na psychomotorický vývoj.....	27
5.4. Nošení handicapovaných dětí v šátku.....	28
5.5. Nošení dětí jako terapie.....	28

6. Shrnutí možných rizik a benefitů šátkování z pohledu fyzioterapie.....	30
6.1. Možná rizika	30
6.2. Benefity.....	31
7. Cíle práce	32
8. Hypotézy.....	32
9. Operacionalizace pojmů	32
10. Metodika výzkumu	33
10.1. Charakteristika výzkumného souboru	33
10.2. Metoda sběru dat.....	34
10. 3. Metoda zpracování dat.....	34
11. Výsledky	35
11.1. Dotazník pro rodiče	35
11.2. Dotazník pro fyzioterapeuty	51
11.3. Statistické vyhodnocení hypotéz	66
12. Diskuze	68
13. Závěr	73
14. Seznam použitých zdrojů.....	74
15. Přílohy.....	79
16. Seznam zkratk	89

1. Úvod

V posledních letech se na ulici můžeme stále častěji setkat s rodiči, kteří nosí své dítě uvázané na těle pomocí šátku. Tato metoda transportu – šátkování – (angl. *Babywearing*, něm. *Tragen*, *Babytragen*) v podstatě není vůbec moderní záležitostí, nosilo se již v dřívějších dobách dávno před vynalezením kočárku. O znovuobjevení tohoto způsobu transportu v rámci péče o dítě se v naší kultuře zasloužila mimo jiné Jean Liedloffová (2007), jenž v druhé polovině minulého století strávila několik let svého života u jihoamerických indiánů a své poznatky shrnula v knize *Koncept kontinua*, která přináší nový pohled nejen na výchovu dětí. S tímto souvisí pojem kontaktní rodičovství, jehož autorem je americký pediatr Wiliam Sears (2018). Jedná se o přístup k dětem, jehož cílem je upevnění vztahu mezi rodičem a dítětem, a to jak skrze empatii, adekvátní reagování na potřeby dítěte, tak i skrze dotek a tělesnou blízkost. Nošením dětí v šátku je sycena jedna ze základních potřeb dítěte, ale i matky – touha po tělesném kontaktu a pocitu bezpečí. Rodiče se stále více o problematiku nošení dětí v šátku zajímají a jelikož nechtějí svému dítěti nijak ublížit, hledají informace o tom, jak by správně měli svého potomka nosit.

Dnes se můžeme setkat se stoupajícím zájmem o tuto problematiku nejen u rodičů, ale i u odborníků, jak z řad fyzioterapeutů, tak i z řad pediatrů, ortopedů, rehabilitačních lékařů ale i psychologů, psychoterapeutů a pedagogů. Názory odborníků se však velmi různí. Například Velemínský (2017) ve své knize *Dítě od početí do puberty* uvádí, že nošení dětí rozhodně doporučuje. Mezi odborníky se diskutuje o vlivu nošení na pohybový aparát nošeného dítěte, v jaké poloze, od jakého věku, jak dlouho je vhodné nosit a zda vůbec je vhodné nosit dítě v šátku. Z pohledu fyzioterapie se diskutuje mimo jiné i dopad na pohybový aparát nosící osoby. Rodiče, kteří chtějí své miminko nosit v šátku, by se měli seznámit se základními pravidly nošení, se správnou metodikou vázání, aby se předešlo možným negativním dopadům šátkování, a rizika mohla být tak eliminována. Zároveň by se v této problematice měli orientovat i fyzioterapeuti, aby byli schopni poskytnout adekvátní radu.

Sama jsem se nejen na praxích během mého studia fyzioterapie setkávala s dotazy ze stran rodičů na tuto problematiku. Diskutovala jsem o tom i s fyzioterapeuty a setkávala se s velmi odlišnými názory nebo i nevědomostí.

Vyvstalo u mne nespočet otázek ohledně vhodnosti šátkování, polohy dítěte v šátku a dalších aspektů vztahujících se k této problematice. Jelikož sama ještě nejsem rodičem, setkávala jsem se aktivně s rodiči nosící své děti v šátku a rozebírala s nimi jejich zkušenosti. Můj zájem mne dovedl i ke kurzu pro poradkyně vázání šátků, kde jsem měla možnost si prakticky vyzkoušet některé úvazy. Začala jsem se tedy problematikou zabývat hlouběji, abych coby budoucí fyzioterapeut byla schopna dotazy ze stran rodičů s co nejlepším vědomím a svědomím zodpovědět. Abych si sama utřídila dostupné informace ohledně nošení dětí v šátku, rozhodla jsem se napsat na toto téma bakalářskou práci.

2. Nošení dětí v šátku

Nošení dětí v šátku neboli tzv. šátkování (anglicky *Babywearing*, německy *Tragen*, *Babytragen*) je velice starou metodou transportu dětí, jenž mimo jiné skrze tělesný kontakt podporuje vztah mezi matkou a dítětem, zároveň napomáhá dítěti se po porodu lépe adaptovat na vnější prostředí (Ryba et al., 2012a).

2.1. Dítě jako nošenec

Z anglického *clinging young* a německého *Tragling* se do češtiny dostal přiléhavý výraz „nošenec“, se kterým přišli Šráček a Šráčková (Ryba et al., 2012a).

Pohořálková (2013) uvádí, že dříve byla savčí mláďata dělena na hnízdoše a běhavce s tím, že člověk byl zařazován spíše mezi hnízdoše, ovšem v roce 1970 přišel německý biolog a etolog Bernard Hassenstein s teorií, že se mláďata savců na základě svého typického chování dělí do třech skupin, a to na hnízdoše, běhavce a nošence. Hnízdoši přicházejí na svět s ještě neotevřenými očima a uzavřenými zvukovody, nezvládají sami dobře regulovat svou tělesnou teplotu, při nepřítomnosti matky jsou v hnízdě a chovají se tiše, potrava je zasytí na delší dobu (Pohořálková, 2013). Druhou skupinu tvoří běhavci, kteří na rozdíl od hnízdošů již po narození prokazují větší pohybovou aktivitu, samostatného pohybu jsou totiž schopni relativně rychle po narození, jelikož potřebují následovat svou matku a držet se jí na blízku, o běhacích by se dalo říci, že jsou pouze zmenšenou napodobeninou svých rodičů (Pohořálková, 2013). Třetí skupinou savčích mláďat jsou již výše zmiňovaní nošenci, do této skupiny řadíme primáty, tedy i člověka (Ryba et al., 2012a). Pro nošence je charakteristické, že se rodí (stejně jako běhavci) s otevřenými očima i zvukovody, jejich povrch těla je pokryt srstí (vyjma člověka), avšak končetiny nejsou určeny k samostatnému pohybu mláděte v okolním prostředí, ale k tomu, aby se mládě za vyvinutí vlastní svalové síly drželo rukama a nohama matčiny srstí, samostatného pohybu jsou schopna až v rádech týdnů či měsíců (Šráček a Šráčková, 2006). Ač řadíme člověka do skupiny nošenců, tak během intrauterinního vývoje si v embryonální fázi mezi 3. – 5. měsícem projde stádiem hnízdoše, kdy má dočasně zavřené oči i zvukovody. (Hassenstein, 1988).

2.1.1. Aktivní x pasivní nošenec

Jelikož u člověka došlo během evolučního vývoje ke ztrátě osrstění, dítě nemá možnost se aktivně držet své matky, je tedy závislé na tom, zda mu matka poskytne oporu např. ve formě závěsu (šátku), proto mluvíme o dítěti jako o „pasivním nošenci“ (Ryba et al., 2012a). Mezi pasivní nošence řadíme například mládě klokana (Kirkilionis, 2013; Kienzle-Müller et al., 2018). Avšak Pohořálková (2013) tvrdí, že při důkladnějším pozorování chování dítěte, máme šanci zjistit, že dítě není pouze nečinným objektem, které se na nošení nijak aktivně nepodílí. Kirkilionis (2013) ve své knize *Ein Baby will getragen sein* tvrdí, že lidské mládě je vlastně „aktivní nošenec“, sice se nedokáže pevně držet rukama a nohama na těle matky (to, že jsme kdysi tuto schopnost měli, prozrazuje palmární a plantární úchopový reflex přítomný v prvních týdnech života), ale přidržuje se na boku matky celými dolními končetinami. Dle této autorky je neschopnost aktivního držení se za pomoci nohy na těle matky spojená také s fylogenetickým vývojem chodidla, kdy dochází k přeměně jeho funkce z převážně úchopové na převážně opornou při bipedální lokomoci. Jako další argument podporující teorii „aktivního nošence“ autorka uvádí přítomnost reakce, která nastává tehdy, když dítě uchopíme v podpaždí a zvedneme jej nad podložku dojde k typickému nastavení dolních končetin (tzv. abdukčně-flekční poloha) – je to předpřipravení se na to, „být nošen“. S teorií, že by dítě mělo být vnímáno, jako aktivní nošenec souhlasí i Kienzle-Müller et al. (2018). Tato autorka rovněž podotýká, že po narození po určitou dobu přetrvávající uchopovací reflexy a tzv. abdukčně flekční poloha dolních končetin jsou známkou toho, že se na nošení podílí aktivně i dítě.

2.2. Pohled do historie nošení dětí

Během evolučního vývoje dochází u předchůdců dnešního člověka z hlediska nošení dětí k velkému zlomu – ke ztrátě osrstění, dítě tak nemá možnost se držet matčiny srsti a stává se na ní zcela závislé. (Ryba et al., 2012a). Ženy tedy musely své potomky přidržovat na svém těle rukama, to jim však znemožnilo je plně využít např. při obstarávání potravy, vynalezly tedy nosící pomůcku, která jim umožnila uvolnit horní končetiny pro činnost a zároveň být s dítětem v bezprostředním kontaktu (Turnovská, 2009).

Co se kočárek týče, hrál významnou roli technický pokrok – vynález dřevěného kola a korby (koše) – vůbec první zmínky o použití kočárku pro dítě jsou známé již z tohoto období, tzn. přibližně 3500-3000 let př. n. l (Turnovská, 2009).

Je však nutné podotknout, že až do první poloviny 19. století, kdy došlo v Evropě k velkovýrobě kočárků, bylo nošení dětí v závěsných pomůckách naprosto běžnou záležitostí a kočárky využívali lidé zcela výjimečně, jelikož byly drahou záležitostí (Turnovská, 2009). Avšak postupem času i díky započaté sériové výrobě, se kočárky staly běžně dostupné a ve druhé polovině 20. století byl už kočárek součástí výbavy každé rodiny a na nošení dětí se skoro zapomnělo. V Čechách vzrůstá zájem o nošení opět po roce 1989 (Turnovská, 2009). Pohořálková (2013) zmiňuje, že v celosvětovém měřítku používá kočárek odhadem jedna třetina populace, zatímco zbylé dvě třetiny své potomky převážně nosí. V dnešní době stále existují kmeny, kde matky své dítě v podstatě nepřetržitě nosí na těle, jedná se o matky z afrických kmenů Křováků (Sanů), žijících podobným způsobem života jako lovci a sběrači (Kořínková, 2016).

2.3. Psychologický aspekt nošení dětí

Porod je pro dítě stresující událostí, smyslové vjemy z okolního prostředí (jako světlo, zima, ostré zvuky apod.), které do té doby byly tlumené bariérou matčina lůna, jsou pro dítě nové a neznámé, proto je pro dobrou adaptaci dítěte na nové podmínky nesmírně důležité, aby po narození bylo v blízkosti matky a byl mu tak poskytnut potřebný pocit bezpečí (Velemínský, 2017). Tohoto využívá metoda tzv. klokánkování (*KCM – Kangaroo mother care*) u předčasně narozených či dětí s nízkou porodní hmotností, kdy právě narozenému dítěti je poskytnut tzv. kontakt s matkou kůže na kůži (*skin to skin contact*) po dobu několika dní po porodu (Ryba et al., 2012a), tyto děti pak lépe prospívají. Kontakt kůže na kůži využívá i poporodní bonding podporující navození citového pouta mezi právě narozeným dítětem a rodičem (Gregora a Velemínský, 2017).

Prekopová (2009) uvádí, že dítě přichází na svět oproti ostatním savcům předčasně, proto by mělo strávit ještě několik měsíců po porodu na matčině těle v tzv. *sociální děložce*. Winnette (2018) v rozhovoru v rámci pořadu Samomluvy tvrdí, že dítě by mělo být v intenzivní sensorickém kontaktu s maminkou po dobu zhruba prvních dvou let, kdy mozek dítěte intenzivně zrabe. Dle Winnette není bonding pouze o prvních chvílích po porodu, ale trvá mnohem déle, pakliže k poporodnímu bondingu nedošlo, lze tento deficit „dohnat“ intenzivním kontaktem v nadcházejících dnech. Šátek tak může být při tom dobrým pomocníkem.

Nepopiratelný význam šátkování spočívá tedy v tom, že dítěti je poskytnut i v dalších dnech života pocit bezpečí a jistoty díky tělesnému kontaktu, teple, možnosti naslouchat tlukotu matčina srdce, na který bylo dítě zvyklé již v prenatálním období, dále pak skrze smích, řeč a blízkost obličeje nosící osoby, a v neposlední řadě také skrze možnost vnímání pohybu (Velemínský, 2017). Toto všechno má na dítě uklidňující vliv, jelikož se necítí osamocené, ale začleněné do okolního dění, nepociťuje tak pocit nebezpečí (Höwer, 2018). Toto dokládá i studie z roku 1986, kdy byl prokázán pozitivní vliv častějšího nošení dětí během dne na redukci plačtivosti (Hunziker, 1986). Nošení dětí celkově podporuje psychosociální vývoj dítěte a v neposlední řadě zvyšuje hladinu oxytocinu jak u matky, tak i u dítěte, což má pozitivní vliv na jejich vzájemný vztah (Pohořálková, 2013; Janda, © 2017). Pakliže se dítě cítí opuštěné, a tudíž v nebezpečí, začne jeho tělo vylučovat hormon kortizol, jehož zvýšená hladina v těle má negativní vliv na nedozrálý mozek dítěte (Pohořálková, 2013).

2.3.1. Reakce na transport

To, že se děti nošením uklidňují, má mnoho důvodů, jedním z nich je i tzv. reakce na transport (*transport response*), která je přítomná i u dalších savců, jenž se rodí nezralí. (Pohořálková, 2018). Když matka (např. kočka) potřebuje své mládě přenést, „chňapne“ ho a u mláděte v tu chvíli nastává reakce, která se projeví stočením ocasu a přitáhnutím zadních nohou, zároveň dochází ke zpomalení srdeční a dechové frekvence – dojde k hluboké relaxaci a matka může tak své mládě snadno přenést, toto je právě označováno jako reakce na transport (Wyndham, 2017). V roce 2013 Esposito a jeho tým ve své studii porovnávali reakci na transport u mláďat myši a dětí, a zjistili, že se jejich reakce velmi podobají. Dále v této studii bylo u dětí pomocí monitorování EKG, sledování jejich chování a hlasové reakce zjištěno, že k jejich uklidnění dochází mnohem lépe tehdy, pokud je dítě nesené matkou při chůzi, než když je chováno matkou sedící na židli (Esposito et al., 2013). Tuto skutečnost ze své lektorské praxe potvrzuje Pohořálková, která uvádí, že pohupuje-li se maminka se svým dítětem navázaným v šátku pouze na místě, tak k uklidnění dítěte mnohdy nedochází. Ovšem pokud se matka rozejde svižným krokem, je dítě do několika málo sekund klidné (Pohořálková, 2018).

3. Druhy šátků

V dnešní době je na trhu nabídka šátků velmi široká, a proto se může výběr prvního šátku stát nelehkým úkolem, pro začátek je důležité zorientovat se v základních parametrech šátku, kterými jsou jeho rozměry a materiál (Kalousková, 2011). Šátek je pruh látky, jehož šířka se pohybuje od 50–70 cm, délka přibližně od 2,5-5 m, zvolení délky šátku se odvíjí pak od konfekční velikosti nosící osoby a zároveň od použitého druhu úvazu (Turnovská, 2009). Obecně platí, že krátké šátky jsou vhodné pro asymetrické jednoduché úvazy jako je *jednoduchá kolébka* či úvazy na bok, delší šátky pak na složitější úvazy např. pro úvaz *kříž s kapsou*, jelikož na jeho uvázání je zapotřebí více materiálu (Turnovská, 2009). Pro začátek je vhodné vybrat delší šátek se kterým půjdou uvázat i ty složitější úvazy, kdy je miminko překryto více vrstvami látky, tyto úvazy jsou pevné a bezpečné (Kalousková, 2011). Existují šátky ve tvaru obdélníku a kosodélníku, pro jejichž zkosené konce je uvázání závěrečného uzlu snadnější (Turnovská, 2009). V závislosti na tom, z jakého materiálu a jakým způsobem byl šátek vyroben, dělíme šátky na pevné a elastické (Ruizlová, 2014a).

3.1. Pevné šátky

Pevné šátky jsou vnímány jako univerzální, je možné použít je jak u novorozenců, tak u starších dětí, oproti elastickým šátkům nepruží do délky, ale diagonálně (Kirkilionis, 2013). Nové šátky se mohou zdát nepoddajné a až po několikátém použití tzv. změknou (Ruizlová, 2014a). Na internetových diskusích a sociálních sítích, kde si maminky šátky často přeprořádávají, se setkáme s termínem „zanošený šátek“ – tím je právě myšleno, že šátek už je po několikátém použití, je měkčí a poddajnější než nové šátky, a tudíž se s ním lépe pracuje. Oproti elastickým šátkům jsou pevné šátky silnější, což umožňuje nosit v těchto šátkách i větší děti přibližně do 15–20 kg (Turnovská, 2009). Tyto šátky se vyrábějí v různých vazbách, například kanafas, žakár, plátňová vazba atd. (Ruizlová, 2014a). Materiál je nejčastěji 100 % bavlna ale i hedvábí, pak to mohou být materiály s příměsí např. lnu či konopí, které propůjčují šátku antialergenní a antiseptické vlastnosti, len navíc má chladivý účinek a konopné vlákno má schopnost zadržovat UV záření (Turnovská, 2009).

3.2. *Elastické šátky*

Tyto šátky jsou určeny jak pro novorozence, tak i pro předčasně narozené děti (Kirkilionis, 2013) a dále pro děti do půl roku věku nebo do max. 10 kg, pro větší miminka je zapotřebí pořídit již šátek pevný (Turnovská, 2009), nebo jinou vhodnou nosící pomůcku. Nespornou předností tohoto typu šátku je to, že pruží jak do šířky, tak i do délky, to zaručí bezproblémové přizpůsobení se šátku tělu miminka (Ruizlová, 2014a). Oproti pevným šátkům musí být dítě v elastickém šátku opravdu pevně uvázáno, Kirkilionis (2013) doporučuje zvolit úvaz *kříž s kapsou*, u kterého je zajištěna dostatečná opora díky třívrstvému překrytí miminka šátkem. Na trhu jsou k dostání elastické šátky, jejichž úplet bývá ze stoprocentně přírodního materiálu, tím je nejčastěji bavlna, bambus, ale i třeba hedvábí, elastické šátky mohou mít v sobě i další příměsi přírodních materiálů, které úplet obohacují o další vlastnosti jako jsou například termoregulační schopnosti, rezistence vůči bakteriím apod. (Turnovská, 2009).

3.3. *Ring sling*

Jedná se o šátek (obr. č. 1.), k jehož uvázání se používají dva kovové kroužky (odtud i název), které jsou přišity na jednom konci šátku, šátek se díky provlečení druhého konce skrze kroužky dotáhne, manipulace je s ním tedy poměrně snadná (Ruizlová, 2014a). V této nosící pomůcce může být dítě nošeno ve vertikální pozici na boku a na břiše, případně i v pozici tzv. kolébka (Kirkilionis, 2013). Tato autorka dále uvádí, že v ring slingu mohou být nošeny děti jakéhokoliv věku. Avšak s ohledem na to, že při nošení dochází k asymetrickému zatížení těla nosiče, se doporučuje využívat ring sling spíše u menších dětí a nedoporučuje se dlouhé nošení (Ruizlová, 2014a).



Obr. č. 1: Ring sling

Zdroj: <https://www.lenosime.cz/satek-na-noseni-deti-ring-sling-lollipop-180>

4. Způsoby uvazování šátku

Variant, jak uvázat dítě do šátku, je mnoho, proto v této kapitole budu uvádět pouze některé typy úvazů a jejich aspekty. Rozdělení úvazu se liší podle dvou základních poloh dítěte v šátku – poloha vertikální a poloha horizontální (Kalousková, 2006a). Co se otázky „Odkdy začít dítě šátkovat?“ týče, tak Turnovská (2009) uvádí, že nosit dítě v šátku je vhodné již od narození, a to i proto, že si pohybový aparát maminky bude postupně pomalu zvykat na stále zvyšující se zátěž z nošení rostoucího miminka. Dalším důvodem je i to, že je pro budování vztahu mezi matkou a dítětem v prvních dnech důležitý vzájemný tělesný kontakt, při kterém se vyplavuje hormon oxytocin, ten mimo utváření vazby mezi matkou a dítětem pozitivně ovlivňuje i kojení (Pohořálková, 2013).

Při zkoumání, která poloha je pro nošení od narození vhodnější, zda vertikální či horizontální, najdeme jak zastánce horizontální, tak zastánce vertikální polohy (Novotná a Stojaspalová, 2016). Pohořálková (2013) tvrdí, že úchopový reflex horních končetin a abdukčně-flekční poloha dolních končetin, kterou je možné pozorovat při zvednutí dítěte, je známkou, že je dítě připravené na nošení ve vertikální poloze. Také školící instituce Die Trageschule® působící nejen v Německu, doporučuje vertikální úvaz již od narození (Novotná a Stojaspalová, 2016). Naproti tomu Ryba et al. (2012b) uvádí, že se doporučuje v prvních týdnech života polohovat dítě do šátku horizontálně.

Je důležité dodržet správnou techniku vázání, aby se zamezilo případným rizikům. Při uvazování dítěte do šátku je třeba dbát na dostatečné dotažení šátku, aby dítě bylo pevně fixováno, také je potřeba při napolohování dítěte do šátku ohlídat, aby byly volně přístupné dýchací cesty (Janda, © 2017). Během dne se doporučuje jednotlivé úvazy střídát, aby dítě mělo možnost zažít více odlišných pohybových situací. Nelze opomenout ani to, jak je dítě v šátku oblečené, protože příliš teplé, úzké a nepohodlné oblečení může mít negativní vliv na nastavení těla v šátku (Kienzle-Müller, 2014). Nezkušeným rodičům se uvazování dítěte do šátku může zdát náročně, zvládnutí uvazovacích technik proto vyžaduje určitý cvik, tudíž i trpělivost rodiče (Kirkilionis, 2013).

4.1. Horizontální úvazy

Horizontální úvazy neboli *kolébky* jsou takové úvazy, kdy je miminko umístěné na břiše nosiče jakoby v leže v klubíčku (Kalousková, 2009b). Mezi tyto úvazy patří například *kolébka jednoduchá* (obr. č. 2), která je dle Ryby et al. (2012b) vhodná pro novorozence a děti do věku několika týdnů, poloha dítěte umožňuje snadné nakojení, může pomoci při nadýmání, je však důležité pravidelně střídát pravostranné a levostranné uvázání, jelikož tento typ úvazu jednostranně zatěžuje nosiče i dítě. Existují však horizontální úvazy, které zatěžují nosiče více symetricky, tím je tzv. *kolébka v kříži s kapsou* (obr. č. 3) či *kolébka přes obě ramena*, i zde však platí pravidlo střídání stran, aby nedocházelo k jednostrannému zatížení páteře dítěte (Ryba et al., 2012b). Střídání stran je vhodné i z důvodu psychomotorického vývoje dítěte, avšak pro nosící osobu to může být nelehký úkol, jelikož každý z nás upřednostňuje buď levou nebo pravou stranu (Novotná a Stojaspalová, 2016). V horizontálním úvazu by měla být obě ramena dítěte ve stejné výšce, aby nedocházelo k nevhodnému natočení směrem ven, totéž platí o kyčelních kloubech (Kalousková, 2009b). Dále je dle Novotné a Stojaspalové (2016) důležité dbát na to, aby nebyla brada dítěte přitlačena příliš na jeho hrudníček, tím může dojít k horší průchodnosti dýchacích cest. Ovšem ne pro všechny novorozence je horizontální úvaz vhodný, uvádí se nevhodnost tohoto úvazu především u dětí s problematickými kyčlemi (Kalousková, 2009b; Turnovská, 2009; Ryba et al., 2012b), či u dětí s refluxem (Novotná a Stojaspalová, 2016).



Obr. č. 2 Kolébka jednoduchá

Zdroj: <http://www.sanami.cz/uvazy-a19>



Obr. č. 3: Kolébka v kříži s kapsou

Zdroj: <http://www.sanami.cz/uvazy-a19>

4.2. Vertikální úvazy

Vertikální úvaz je takový úvaz, kdy je miminko umístěno v šátku jakoby vsedě, a může být nošeno matkou na jejím břiše, boku či zádech. Vertikální úvazy při dodržení správné techniky uvázání podporují správný vývoj kyčelního kloubu, vertikální poloha je vhodná také u dětí, které mají problém s refluxem¹ (Novotná a Stojaspalová, 2016). Jak uvádí Kalousková (2009a), aby byla zajištěna správné postavení kyčelního kloubu je třeba zajistit tzv. *M pozici*, toho je možné docílit tak, že šátek je roztažen od jedné kolenní jamky ke druhé, kolenní klouby jsou výše než hýždě dítěte a zároveň musí být podložena pánev (viz příloha č. 6). U dětí, které ještě samy nezvládají držet hlavičku, se doporučuje založit do okraje šátku plenu a tím zajistit, aby nedocházelo k nepřirozenému záklonu hlavy (Schreierová, © 2018).

4.2.1. Úvazy na břicho

Mezi vertikální úvazy, které je možné uvázat na břicho nosiče se řadí například *kříž s vnější kapsou* (obr. č. 4), kdy dle Ryby et al. (2012b) je v prvních 4 týdnech života dítěte doporučována spíše horizontální poloha, od 4. týdne je dle tohoto autora možné úvaz plně využít pro vertikální polohu. Úvaz není třeba při vyndávání dítěte rozvazovat, je praktický tehdy, potřebujeme-li střídat i jiné druhy transportu, ovšem s navázaným dítětem se dotahuje úvaz již obtížně (Kalousková, 2006a). Variantou tohoto úvazu je *kříž s vnitřní kapsou* (obr. č. 5), který se často doporučuje i pro novorozence, miminko je bezpečně překryto třemi vrstvami šátku, které lze dotáhnout dle potřeby, zároveň u spících dětí je možné překrýt hlavičku jednou z vrstev šátku (Kalousková, 2006a). Úvaz *jednoduchý kříž* či velmi podobný *dvojitý kříž* (obr. č. 6) opět není třeba rozvazovat při vyndávání dítěte, dítě překrývají pouze dvě vrstvy šátku, což je vhodné v letních dnech, avšak dítě již nemá tak pevnou oporu jako u předchozích úvazů, proto se doporučuje pro děti od cca 3 měsíců (Ryba et al., 2012b). Jako pozitivum je u těchto úvazů oproti horizontálním vnímáno to, že maminka může cítit vůni dětské hlavičky, která je blízko jejímu obličejí, tento fakt hraje roli při utváření vazby mezi matkou a dítětem, čichání hlavičky totiž podporuje tvorbu oxytocinu (Novotná a Stojaspalová, 2016).

¹ Gastroezofageálním refluxem se rozumí mimovolní zpětný tok žaludečního obsahu do jícnu, který je do určité míry fyziologický (odfíhnutí). Může se však stát patologických což se u malých dětí (novorozenců a kojenců) projeví častým ublinkáváním či zvracením. Toto může zapříčinit patologické změny v jícnu (Klusáček, 2006).



Obr. č. 4

Kříž s vnější kapsou



Obr. č. 5

Kříž s vnitřní kapsou



Obr. č. 6

Dvojitý kříž

Zdroj obr. č 4–6: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=33 (Kalousková, 2006a)

4.2.2. Úvazy na bok

Úvazy na bok nosící osoby je možné využít jak u menších dětí, tak i u starších, které již chtějí mít větší rozhled, tyto úvazy jsou obzvláště vhodné pro podporu správného vývoje kyčelních kloubů (Kirkilionis, 2013). Dítě dobře vidí jak před, tak i za nosící osobu, je umožněna větší rotace trupu, zároveň má lepší možnost dosahu, je tedy zapotřebí dbát na bezpečnost dítěte. Z hlediska nosící osoby je ovšem úvaz na bok jednostranně zatěžující, je tedy nutné střídat strany (Ryba et al., 2012b). Úvaz *koník* (obr. č. 7) je jednoduchý a poměrně variabilní (Ryba et al., 2012b), doporučován je pro děti, které již udrží samy hlavičku (Kalousková, 2006a). Další možností je *kříž na bok* (obr. č. 8), který lépe zajistí postavení dolních končetin dítěte ve správné poloze (Kalousková, 2006a).



Obr. č. 7: Koník



Obr. č. 8: Kříž na bok

Zdroj obr. č. 7 a 8: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=33 (Kalousková, 2006a)

4.2.3. Úvazy na záda

Úvazy na záda jsou využívány spíše u starších dětí, které již samostatně udrží hlavičku a zároveň chtějí mít lepší rozhled (Kirkilionis, 2013). Tato autorka také zmiňuje, že je možné na záda navázat na kratší dobu i mladší děti za předpokladu, že šátek poskytuje dostatečnou oporu i hlavičce dítěte. Pro nosící osobu je z hlediska zatížení pohybového aparátu nošení větších dětí po delší dobu na zádech méně náročné, než nošení v předu či na boku (Puhaná, © 2009; Ryba et al., 2012b), váha je rozložena symetricky na obě ramena (Ryba et al., 2012b). Jako nevýhoda může být vnímáno to, že nad dítětem uvázaným na zádech má nosící osoba menší kontrolu, než když je dítě uvázáno vpředu, zvládnout úvaz na záda je o něco náročnější než u ostatních úvazů, občas je potřeba asistence druhé osoby (Ryba et al., 2012b). Jedním z úvazů, který lze uvázat na záda, je již výše zmíněný *kříž s vnitřní kapsou* (obr. č. 9), dle Ryby et al. (2012b) je tento úvaz na záda vhodný od 6 měsíců dítěte, v této poloze je ale dítě umístěno níže a nemá přes ramena nosiče dobrý rozhled (Kalousková, 2006a). Další možností je úvaz *batoh* (obr. č. 10), který je vhodný pro děti od 9 měsíců (Turnovská, 2009; Ryba et al., 2012b). Technika vázání je o něco snazší než u předchozího úvazu a současně je dítě o něco výše, je mu tudíž umožněn lepší rozhled (Kalousková, 2006a).



Obr. č. 9: Kříž s vnitřní kapsou



Obr. č. 10: Batoh

Zdroj obr. č. 9 a 10: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=33 (Kalousková, 2006a)

4.2.4. Nevhodné uvázání dítěte ve vertikálním úvazu

Doporučuje se, aby dítě v šátku bylo na břicho navázáno čelem k nosící osobě a ne obráceně – tzn. ne čelem od nosící osoby (obr. č. 11), tedy čelem do prostoru (Kalousková 2006b, Ruizlová 2014a).

Důvodů pro toto doporučení je vícero, tím prvním je to, že dítě uvázané v šátku v této poloze nemá zajištěnou správnou polohu pro zdravý vývoj kyčelních kloubů, dolní končetiny dítěte visí volně dolů a nefixované kyčelní klouby jsou namáhány, dítě v podstatě „visí“ v pružích látky za rozkrok, zároveň jsou ramenní pletence dítěte šátkem nepřírozně tlačeny dozadu a v konečném důsledku páteř dítěte kopíruje tělo nosiče – dochází k nepřírozenému prohnutí páteře (obr. č. 12) do luku (Kalousková, 2009a). Kirkilionis (2013) jako další důvod uvádí to, že dítě v této poloze nemá možnost odvrátit svou hlavu směrem k nosící osobě ve chvíli, kdy je impulsy z okolního světa přesyceno, dítě je pak nepřetržitě bombardováno vjemy z okolí a neumí rozlišit, tak jako to umíme my dospělí, co je důležité a co ne. Dále autorka uvádí, že v tomto úvazu je znemožněn oční kontakt mezi dítětem a nosičem, dítě tak nemá možnost zhodnotit dle mimiky dospělého situaci a případně se ujistit, že je všechno v pořádku. Ani nosící osoba nemá v tomto případě dostatek informací o tom, jak se miminko cítí, celkově se tedy tento úvaz nedoporučuje ani z psychologického hlediska (Kalousková, 2009a). V tomto úvazu je také plocha tělesného kontaktu menší a omezena pouze na oblast zad dítěte (Kirkilionis, 2013). Žáda ve srovnání s ostatním povrchem těla disponují menším počtem taktilních receptorů (Králíček, 2011; Kirkilionis, 2013). Dalším problémem je fakt, že v případě únavy si dítě nemůže opřít hlavičku a ta má tendenci přepadávat dopředu (Kalousková, 2009a).

V literatuře se můžeme dále setkat s úvazem tzv. *Buddha v kříži* (viz příloha č. 5), který je označován za kontroverzní (Ryba et al., 2012b; Kirkilionis, 2013), dítě je taktéž čelem do prostoru. Ač dítě „nevisí“ za rozkrok, dochází v této poloze k nevhodnému postavení hlavice stehenní kosti, proto tento typ úvazu Kirkilionis (2013) nedoporučuje, když už, tak pouze na krátkou dobu (Ryba et al., 2012b; Kirkilionis, 2013). Rovněž je důležité zmínit, že u těchto úvazů dochází k méně výhodnému rozložení váhy dítěte, což páteř nosiče více zatěžuje (Ryba et al., 2012b). Pakliže chce rodič uspokojit zvědavost dítěte, doporučuje se zvolit například úvaz na boku či na zádech nosící osoby, kdy má dítě možnost dívat se přes rameno rodiče (Kirkilionis, 2013).



Obr. č. 11: Nevhodné uvázání dítěte čelem dopředu (Kalousková, 2006b)

Zdroj: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=32



Obr. č. 12: Nepřirozené prohnuté páteře (Kalousková, 2009a)

Zdroj: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=94

5. Nošení dětí v šátku z pohledu fyzioterapie

Nejčastěji bývá mezi fyzioterapeuty diskutován vliv nošení dítěte v šátku na jeho pohybový aparát a psychomotorický vývoj. V následující kapitole se proto budu této problematice věnovat podrobněji.

5.1. Páteř

Páteř, jakožto osový orgán našeho těla, prochází během fylogenetického a ontogenetického vývoje člověka značnými změnami, tou nejvýraznější je pak zakřivení v sagitální rovině. Dylevský (2009a) uvádí, že páteř plodu a také novorozence je v sagitální rovině zakřivena převážně kyfoticky, je však patrné promontorium. Podle Dylevského (2009b) je krční i bederní lordóza mírně naznačená již u čtyřměsíčních plodů, obě tyto lordózy se v době po narození vyvíjejí a upevňují. Krční lordóza se zvyrazňuje v období, kdy dítě začíná v poloze na břiše zvedat hlavu a tím pádem začne aktivně zapojovat svalstvo šíje (Dylevský, 2009a). Ke zvyraznění a fixaci bederní lordózy začíná docházet, když se dítě učí samo sedat, stát a chodit a tím zapojí hluboké svalstvo zad, k fixaci bederní lordózy dochází oproti krční tudíž o něco déle (Čihák, 2011). Ovšem ještě u šestiletých dětí vleže na zádech můžeme pozorovat vyrovnání lordóz (Dylevský 2009b, Čihák 2011). Fixace lordóz probíhá postupně až do dospělosti, ovšem není to fixace absolutní, k určitým změnám ve stupních zakřivení lordóz dochází po celý život (Dylevský, 2009b).

5.1.1. Nošení dětí v šátku z hlediska páteře

Česká pediatrická společnost ve svém stanovisku k problematice šátkování vyjadřuje určité obavy z možného vzniku deformit dětské páteře a nerovnoměrného vývoje svalového tonu v důsledku předčasné vertikalizace, pro omezení tohoto rizika doporučuje vertikální polohu až od šesti měsíců věku dítěte (Janda, © 2017). Do této doby však nebylo žádnou studií prokázáno, že nošení dětí v šátku poškozuje páteř či se jinak negativně podepisuje na pohybovém aparátu dítěte.

Kirkilionis (2018) provedla na začátku devadesátých let dlouhodobou studii zahrnující 192 dětí, které byly nošeny v šátku či jiné nosící pomůcce. Studie sledovala mimo jiné to, kdy rodiče začali u dítěte praktikovat nošení a jak dlouho bylo dítě během dne nošeno, na základě výsledků nebyla shledána souvislost mezi nošením dětí ve vertikální poloze a zvýšeným výskytem posturálních vad či vad páteře (Kirkilionis, 2018).

Nebyl zaznamenán ani zvýšený výskyt abnormalit páteře mezi dětmi, které byly nošeny 2-2,5 hodiny a dětmi, které byly nošeny 4, 6 a někdy i více hodin, a to i v případech, že byly nošeny již od prvních dnů svého života. Autorka uvádí, že pouze u 4 ze sledovaných dětí byla ve věku nástupu do školy zaznamenána přítomnost lehké posturální abnormality, která ovšem nepřevyšuje procento výskytu těchto abnormalit u dětí stejného věku.

Další studie zabývající se vlivem nošení dětí v nosících pomůckách na pohybový aparát, na základě klinicko-ortopedického vyšetření a vyšetření páteře pomocí přístroje MediMouse®, také neprokázala, že tento způsob transportu dětí zapříčiňuje zvýšený výskyt vadného držení těla či patologií páteře u dětí (Kavruk, 2010). V rámci studie bylo před nástupem do školy vyšetřeno celkem 181 dětí, přičemž na základě porovnání naměřených hodnot dětí, které nebyly nošeny vůbec nebo jen zcela ojediněle s dětmi, které byly nošeny častěji (mnohdy i několik hodin denně), bylo prokázáno, že vadné držení těla, deformity páteře a dalších posturálních odchylek vznikají nezávisle na tom, zda bylo dítě nošeno v nosící pomůcce či ne (Kavruk, 2010).

V souvislosti s páteří stojí za zmínku osobní pohled německé fyzioterapeutky Engel-Majer (2006) na problematiku skolióz. Domnívá se totiž, že i děti se skoliózou mohou být nošeny v šátku, odůvodňuje to tím, že také zde dochází k pozitivnímu ovlivnění pohybového aparátu v důsledku reakcí dítěte na změny polohy. Uvádí, že je možné v šátku dítě napolohovat tak, aby došlo k podpoře vyrovnávání křivky a upřednostnění opomíjené strany, u skoliotických dětí doporučuje zvolit dostatečně pevný úvaz např. *kříž s kapsou* (Engel-Majer, 2006).

5.2. Kyčelní kloub

Kyčelní kloub (*articulatio coxae*), který spojuje dolní končetinu s pánevní kostí, je kulovitým omezeným kloubem, hlavicí tvoří proximální část femuru – *caput femoris*, která je pokryta kloubní chrupavkou, velikost plochy hlavice se rovná třem čtvrtinám povrchu koule (Čihák, 2011). Jamku kloubu tvoří tzv. *acetabulum* na kyčelní kosti, pohyby v kyčelním kloubu jsou omezeny okrajem jamky acetabula (Čihák, 2011). Kyčelní kloub je u novorozence tvořen chrupavkou, která postupně během růstu dítěte osifikuje (Dungl et al., 2014). Stříška neboli horní okraj acetabula, která je zároveň jeho nejsilnější částí, většinou samostatně osifikuje; velikost stříšky a její sklon hraje zásadní roli při stabilizaci hlavice stehenní kosti v acetabulu, při vrozeném vykloubení KYK dochází k určitému stupni destabilizace (Dylevský, 2009a).

Pouzdro kyčelního kloubu je zesíleno čtyřmi vnějšími vazy, nejsilnějším z nich je *ligamentum iliofemorale* (označováno také jako Bertini), které tvarem připomíná obrácené písmeno Y, jeho začátek se nachází pod SIAI, laterální část se upíná na trochanter major, mediální část je ukotvena v okolí malého trochanteru (Dylevský, 2009a). Funkcí tohoto vazy je ukončení extenze kyčelního kloubu, zároveň omezuje záklon trupu vůči femuru, jedná se o nejsilnější vaz v těle (Čihák, 2011).

5.2.1. Vývojová dysplazie kyčelní (VDK)

Toto onemocnění je charakterizováno deformitou kyčelního kloubu, na vznik má vliv nepříznivé postavení dolních končetin během intrauterinního vývoje, či po narození, v důsledku toho dochází pak k morfologickým změnám na kyčelních kloubech, ty vykazují instabilitu nebo decentraci různého stupně (Kolář et al., 2012). Frydrychová et al. (2016) uvádí, že v České republice se pro VDK léčí přibližně 3-4 % dětí. VDK způsobuje mnoho faktorů, kromě výše zmíněných mechanických to jsou faktory genetické, etnické ale i hormonální, proto onemocněním trpí více děvčata, která jsou oproti chlapcům vnímavější na transplacentární hormon relaxin způsobující zvýšenou laxacitu vaziva a chrupavčitých spojení (Dungl et al., 2014). Pro zjištění případné VDK se u nás zavedl systém trojího síta, kdy se u všech narozených dětí provádí trojí klinické a ultrazvukové vyšetření kyčlí s odstupem přibližně 6 týdnů (Kolář et al., 2012). Pokud se objeví patologie při některém z vyšetření, zahajuje se dle stupně postižení léčba (Frydrychová et al., 2016).

Terapie, jejímž cílem je z nestabilního decentrovaného kloubu vytvořit kloub centrováný, je u lehčích forem řešena konzervativně za využití preventivního abdukčního balení či abdukčních pomůcek, jako je Frejkova peřinka nebo Pavlíkovy třmínky – viz příloha č. 4 (Kolář et al., 2012). Tyto pomůcky udržují KYK dítěte ve flexi 90-100° a abdukci max. 70°, nosit by se měly 23 hodin denně, při včasném zahájení terapie a správném užívání pomůcek lze VDK úspěšně léčit i takto ambulantně (Frydrychová et al., 2016). U těžších případů se za hospitalizace dítěte provádí repozice KYK distrakční terapií, pokud tato selže, přistupuje se k operačnímu řešení (Kolář et al., 2012).

5.2.2. Nošení dětí v šátku z hlediska kyčelního kloubu

Dítě přichází na svět s přirozeně flektovanou polohou v KYK, následné polohování a způsob balení dítěte má dle Dunгла et al. (2014) podstatný vliv na VDK. Z tohoto pohledu je dle autora nesmyslné provádět v prvních chvílích po porodu měření délky novorozence, při kterém dochází k nepřirozené deflexi, dodává také, že dříve běžně praktikované balení novorozence do těsné peřinky, kde dolní končetiny jsou natažené, souviselo s vyšším výskytem VDK.

S nevhodností násilného natahování dolních končetin kvůli měření délky rovněž nesouhlasí Šráček a Šráčková (2006), podle nich totiž může dojít k poruše mediální části *ligamentum iliofemorale Bertini*, které má za úkol u novorozence fixovat femur v jeho typickém postavení (flexi a abdukci) a tak zabraňuje extendování KYK. V roce 1961 zkoumal německý ortoped Buschelberger ideální anatomické postavení kyčelních kloubů u novorozenců a dospěl k závěru, že jamka a hlavice kloubu do sebe nejlépe zapadají při abdukci 40° v KYK za současné flexe větší než 100° v KYK (Kirkilionis, 2013). Tato autorka porovnávala hodnoty postavení KYK u dětí s ohledem na výsledky měření Buschelbergera, na vlastní měření prováděné u dětí v roce 1992 a na doporučení lékařů, z toho všeho vyšlo najevo, že ideální postavení KYK pro správný vývoj se nachází v rozmezí 30-45° abdukce a zároveň 90-120° flexe. Tato tzv. abdukčně flekční poloha je zohledněna při nošení dítěte ve vertikálním úvazu, proto je tento způsob nošení doporučován u dětí s podezřením na VDK jako prevence jejího možného vzniku (Ryba et al., 2012a; Kienzle-Müller et al., 2018). S tímto se shoduje ortoped Fettweis (2010) a dodává, že je důležité nosit dítě čelem k nosící osobě ať už na břicho, boku, či zádech matky, nedoporučuje nošení čelem od nosící osoby. Jako vůbec nejvhodnější pozice dítěte z hlediska kyčelního kloubu na těle matky udává Kirkilionis (2013), na základě svého měření, pozici na boku, zde do sebe totiž abdukčně flekční poloha kyčlí dítěte a bok matky doslova ukázkově zapadají. Aby bylo šátkem správné postavení v kyčelních kloubech opravdu zajištěno, je důležité dodržet pravidlo, že v úvazu by měla být kolínka dítěte výše než zadeček (tzv. *M pozice*), šátek by měl být roztažený až po kolenní jamky dítěte, zároveň musí být šátek, pro zajištění dobré opory, pevně dotažen (Pohořálková, 2013). Velemínský (2017) dodává, že při nošení dítěte jsou jeho kyčle vystaveny jemným pohybům vyvíjeným nosící osobou při chůzi, což způsobuje lepší prokrvení kloubu a tím je také podpořen jejich postnatální vývoj.

Při zohlednění výše popsaných parametrů je zjevné, že horizontální poloha dítěte v šátku, kdy dolní končetiny nejsou v abdukčně flekčním postavení, není vhodná pro děti s problematickými kyčelními klouby (Ryba et al., 2012a). Fettweis (2010) uvádí, že ač je pro novorozence doporučována poloha horizontální, tak i novorozenci mohou být nošeni ve vertikální poloze, je-li dodržena správná technika vázání.

5.3. Vliv nošení dětí v šátku na psychomotorický vývoj

Bílková (2018) tvrdí, že děti nošené na těle matky se motoricky mnohem lépe vyvíjejí. Vysvětluje, že skrze stimulaci proprioceptorů, exteroceptorů a vestibulárního aparátu dochází k aktivaci subkortikálních center v mozku, které integrují informace přicházející z těchto receptorů a zároveň jsou odpovědné za řízení hybnosti. Dále uvádí, že s každou změnou polohy při nošení dochází u dítěte k reflexní svalové činnosti. O benefitech nošení se v roce 2007 zmínil na Spiraldynamik kongresu v Curychu fyzioterapeut Christian Heel, který uvedl, že díky hmatovým a rovnovážným vjemům dochází ke stimulaci mozku, a to napomáhá v dalším vývoji dítěte (Götz, 2008). Nošení dětí v šátku ve vertikální poloze dle fyzioterapeutky Kienzle-Müller et al. (2018) pozitivně podporuje vývoj motoriky dítěte, jelikož při nošení dítěte dochází k přenášení pohybů chůzového mechanismu nosící osoby na dítě. Dále autorka uvádí, že nošení dětí přispívá k regulaci svalového tonu a k aktivaci optické orientace. Zásluhou proprioceptivní a vestibulární stimulace vznikající při nošení je podněcována hluboká stabilita, což pozitivně ovlivňuje koordinaci a rovnováhu, a v neposlední řadě také aktivuje svalstvo krku a hrudníku (Kienzle-Müller et al., 2018).

U horizontálních úvazů typu kolébka je důležité dodržet pravidelné střídání stran, aby nedocházelo ke stranové preferenci v rámci psychomotorického vývoje dítěte (Kalousková, 2009b), toto rovněž platí u vertikálních úvazů na bok. Ryba et al. (2012b) také upozorňuje, že šátkování by se nemělo praktikovat celodenně, jelikož dítě potřebuje aktivně rozvíjet také svou spontánní motoriku, a to nelze nahradit nošením v šátku. Janda (© 2017) v souvislosti s tímto uvádí, že šátkování není určené k cílené podpoře psychomotorického vývoje.

5.4. Nošení handicapovaných dětí v šátku

Děti se zdravotními problémy v šátku nosit lze, ale jak upozorňuje Kšírová (2017), výjimku tvoří akutní stavy, u kterých je zapotřebí intenzivní lékařské péče. Hormon oxytocin, jenž se vyplavuje i při vzájemné tělesné blízkosti rodiče a dítěte, urychluje hojení ran, což především u často hospitalizovaných dětí, které podstupují množství operací, je žádoucí (Kšírová, 2017). Dle Bílkové (2007) je nošení pro handicapované děti prospěšné, jelikož díky stále smyslové stimulaci, která vzniká při nošení, je dítě vystaveno přirozenému způsobu rehabilitačního cvičení. Ohledně způsobu nošení handicapovaného dítěte v šátku je však vhodné poradit se s odborníkem (Ruizlová, 2014b), při hledání řešení je zapotřebí určité kreativity a zároveň zohlednění potřeb dítěte (Kšírová, 2017).

5.5. Nošení dětí jako terapie

O tom, že nošení dětí na těle má pozitivní účinky na psychický vývoj dítěte, jsem se zmiňovala již na předchozích stránkách této práce. V této kapitole budou popsány některé podobnosti šátkování a principy, které jsou uplatňovány v rámci terapeutických metod ve fyzioterapeutické praxi tak, jak je uvádí Kienzle-Müller (2014):

- Při terapii **Vojtovou metodou** dochází k reflexní aktivaci dvou základních pohybových vzorů – reflexní plazení a reflexní otáčení – skrze vnější stimulaci. Při nošení dítěte ve vertikální poloze je abdukčně flekční postavení kyčelních kloubů, nastavení ramen a rotace hlavičky velmi podobná nastavení těla při reflexním otáčení z pozice na zádech.
- **Metoda Castilo Morales** ulehčuje pacientovi verbální i nonverbální komunikaci, příjem potravy (polykání) a vnímání okolí. Skrze manuální techniky (vibrace, tlak, tah) jsou osloveny všechny smysly pacienta, díky úzkému tělesnému kontaktu je terapeut schopen vnímat změny svalového napětí apod. a tím se i přizpůsobovat potřebám pacienta. Úkolem terapeuta je být v neustálém verbálním i nonverbálním kontaktu s pacientem. Při nošení dětí na těle má matka možnost být v těsném kontaktu se svým dítětem, díky tomu má šanci ihned reagovat na požadavky dítěte, při přenosu pohybu matky na tělo dítěte dochází také k vibracím, tlakům a tahům. Zároveň jsou matka a dítě v neustálém nonverbálním dialogu.

- **Kraniosakrální terapie** je založená na harmonizaci kraniosakrálního rytmu, tento rytmus a jeho případné odchylky vnímá terapeut skrze jemné doteky v oblasti hlavy či křížové kosti, terapie vede k celkovému uvolnění napětí v těle. Při nošení v šátku působí matka svými doteky dlaní na hlavičku, jakož i na oblast pánve dítěte. Díky úzkému tělesnému kontaktu vnímá matka napětí v těle dítěte, při nošení dochází k uvolnění tohoto napětí.
- **Hipoterapie** využívá léčebné účinky pohybu koně. Tak jako u této terapie dochází k přenosu pohybů vyvíjených koněm při chůzi na tělo pacienta (jezdce) a jeho tělo je nuceno na tyto pohybové impulsy reagovat, tak i při nošení dítěte na těle ve vertikální poloze dochází k přenosu pohybů těla nosiče při chůzi na tělo dítěte, které jsou velmi podobné těm při hipoterapii. V obou případech dochází totiž k rotačním pohybům v oblasti trupu, kdy se pletence horních končetin rotují vůči pletencům dolních končetin v opačném směru, dále dochází k pohybům ve směru vertikálním (nahoru a dolů) a ve směru frontálním (vlevo a vpravo). Při nošení na těle ve vertikální poloze se ramenní pletenec dítěte přizpůsobuje pohybům ramenního pletence matky, stejně tak se přizpůsobuje i pánev. Abdukčně flekční pozice dolních končetin ve vertikálním úvazu je velice podobná pozici dolních končetin při hipoterapii – kyčelní kloub je zde také ve flexi, abdukci a zevní rotaci.

6. Shrnutí možných rizik a benefitů šátkování z pohledu fyzioterapie

6.1. Možná rizika

- Nesprávně zvládnutá technika vázání – dítě je v úvazu v nesprávné poloze či nedostatečně pevně uvázáno (Janda, © 2017).
- Možný vznik deformit páteře v důsledku předčasné vertikalizace – doposud však žádnou studií neprokázáno (Janda, © 2017).
- Nedodržení správné polohy pro zdravý vývoj kyčelního kloubu (tzn. abdukčně-flekční polohy), zvláště u dětí s indikovaným širokým balením (Fettweis, 2010; Ryba et al., 2012a; Janda, © 2017).
- Nevhodná pozice dítěte čelem od nosící osoby, která může ohrozit správný vývoj kyčelních kloubů a zároveň je při ní páteř v nefyziologické postavení (Kalousková, 2009a; Kirkilionis, 2013).
- Riziko úrazu v důsledku pádu nosící osoby, či nárazu do objektu v bezprostřední blízkosti. Dítě v šátku také lépe dosáhne na okolní potenciálně nebezpečné předměty (Janda, © 2017).
- Riziko zúžení či ucpaní dýchacích cest (Janda, © 2017; Gregora a Velemínský, 2017) – zvláště v horizontálním úvazu by neměla být bradička přitlačena k hrudi dítěte (Novotná a Stojaspalová, 2016).
- Zátěž pohybového aparátu nosící osoby, především u asymetrických úvazů (Fettweis, 2010; Ryba et al., 2012b; Janda, © 2017).

6.2. *Benefity*

- Prevence vzniku VDK či léčba lehkého stupně VDK (Fettweis 2010, Kirkilionis 2013, Janda, © 2017, Velemínský 2017)
- Ovlivnění psychomotorického vývoje:
 - Pozitivní vliv na svalový tonus, rozvoj rovnováhy a koordinace (Janda, © 2017; Kienzle-Müller et al., 2018).
 - Smyslové vjemy – tlak, tah, teplo a pohyb přenášející se z nosící osoby na tělo dítěte – oslovení proprioreceptorů ve svalech a kloubech, receptorů v kůži, (Bílková, 2018; Kienzle-Müller et al., 2018).
 - Aktivace rotačních pohybů páteře skrze přenášení pohybu těla nosící osoby na tělo dítěte (Kienzle-Müller et al., 2018).
- Vertikální poloha podporuje vývoj chodidla (Kienzle-Müller et al., 2018).???
- Prevence polohové plagiocefalie² (Ryba et al., 2012a).
- Lepší zvládnutí bolesti a rychlejší hojení ran zásluhou oxytocinu (Kšířová, 2017).
- Pozitivní vliv na gastrointestinální trakt – prevence kojeneckých kolik (Götz, 2008; Janda, © 2017; Kienzle-Müller et al., 2018).
- Vertikální poloha dítěte v šátku napomáhá při léčbě pupeční kýly – avšak je potřeba konzultovat toto s lékařem (Kienzle-Müller et al., 2018).
- Podpora psychosociálního vývoje (Kirkilionis 2013, Janda, © 2017, Velemínský 2017)

² Jedná se o tvarovou deformitu lebky, která může vzniknout jak v prenatálním období, tak postnatálně. V kojeneckém věku může dojít samovolně či polohováním k nápravě. Pokud však deformita přetrvává, zahajuje se léčba pomocí kraniální remodelační ortézy, kterou je potřeba nosit 23 hodin denně (Lipina et al., 2012)

7. Cíle práce

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká jsou rizika a benefity nošení dětí v šátku z pohledu fyzioterapie. Tomu se věnuje teoretická část této práce. Druhým cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké postoje k problematice nošení dětí v šátku zaujímá laická a odborná veřejnost, a jaké k tomu má důvody.

8. Hypotézy

Hypotéza č. 1.:

H₁₀: Neexistuje statisticky signifikantní rozdíl mezi názory fyzioterapeutů a rodičů na vhodnost šátkování.

H₁₁: Existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi názory fyzioterapeutů a rodičů na vhodnost šátkování.

Hypotéza č. 2:

H₂₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi fyzioterapeuty a rodiči v názoru na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj.

H₂₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi fyzioterapeuty a rodiči v názoru na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj.

9. Operacionalizace pojmů

Na dotazník odpovídali lidé z řad odborné i laické veřejnosti. Odbornou veřejnost tvořili fyzioterapeuti z oslovených nemocnic a dalších zdravotnických zařízení, laická veřejnost byla v tomto výzkumu reprezentována rodiči, kteří využívají služeb vybraných mateřských školek a rodičovských center v Českých Budějovicích.

Hypotéza č. 1 porovnává názor fyzioterapeutů a rodičů na vhodnost šátkování dětí. Tento názor byl zjišťován pomocí dotazníků, ve kterých byl jak fyzioterapeutům, tak rodičům předložen stejný výrok „Nošení dětí v šátku vnímám jako:“. Obě z dotazovaných skupin respondentů vybíraly ze dvou možných odpovědí a to „spíše vhodné“ a „spíše nevhodné“.

Hypotéza č. 2 porovnává názory fyzioterapeutů a rodičů týkající se vlivu nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj. V dotazníku byla oběma skupinám respondentů položena shodná otázka „Jaký má vliv, dle Vašeho názoru, nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj?“. Respondenti pak vybírali z následujících možných odpovědí a to „pozitivní“, „neutrální“ či „negativní“.

10. Metodika výzkumu

Výzkumné šetření k této bakalářské práci bylo provedeno pomocí předem vypracovaných nestandardizovaných dotazníků. Byly vytvořeny dva dotazníky – jeden pro laickou (viz příloha č. 1) a druhý pro odbornou veřejnost (viz příloha č. 2). Dotazník pro laickou veřejnost (pro rodiče) se skládal ze 14 otázek, dotazník pro odbornou veřejnost (pro fyzioterapeuty) obsahoval celkem 11 otázek. Dotazníky se skládaly z uzavřených otázek, z nichž některé obsahovaly možnost vypsání vlastní odpovědi. Některé otázky v obou dotaznících se shodovaly, zároveň se některé otázky lišily podle toho, pro jakou skupinu dotazovaných byl dotazník určen. Vyplnění dotazníků bylo anonymní.

10.1. Charakteristika výzkumného souboru

Z řad laické veřejnosti tvořili skupinu dotazovaných rodiče, z řad odborníků tvořili skupinu respondentů fyzioterapeuti. Dohromady se šetření zúčastnilo 137 respondentů, z toho bylo 75 rodičů a 62 fyzioterapeutů. Převážnou většinu ze skupiny dotazovaných rodičů tvořily ženy (70 žen; 93,33%), mužů bylo pouze 5. U dotazované skupiny fyzioterapeutů také tvořily většinu ženy (58 žen; 93,55%), muži byli pouze 4. Dotazníky pro fyzioterapeuty byly rozeslány elektronicky do vybraných zdravotnických zařízení v České republice (Nemocnice Tábor, a. s.; Nemocnice Písek, a. s.; Rokycanská nemocnice, a. s.; Klatovská Nemocnice, a. s.; Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace; Rehabilitační nemocnice Beroun; Fakultní nemocnice Brno, Olivova dětská léčebna, o.p.s.; Janské lázně; Centrum Arpida, z. ú.; CKP Sámova, s.r.o.; Centrum psychosomatické péče Péxis). Dále byli osloveni e-mailem fyzioterapeuti, kteří jsou uvedeni v seznamu certifikovaných fyzioterapeutů Vojtovy metody reflexní lokomoce na webových stránkách RL-Corpus. Tito respondenti vyplňovali dotazník online pomocí formuláře Google. Dotazníky pro rodiče byly distribuovány v tištěné podobě do vybraných školek v Českých Budějovicích (MŠ K. Štěcha, MŠ Krokova), rodičovských a mateřských center v Českých Budějovicích (MC Máj, RC Mamánek) a do kavárny s dětskou hernou Chňapík v Českých Budějovicích.

10.2. Metoda sběru dat

Celkem bylo distribuováno v tištěné formě 100 dotazníků pro rodiče (100 %), z tohoto počtu se navrátilo 84 dotazníků (84%). Z vyplněných dotazníků muselo být vyřazeno devět dotazníků (9%), z toho u pěti dotazníků z důvodu neúplného vyplnění (5%) a u čtyř dotazníků (4%) z důvodů nerespektování pokynů (u otázky č. 13 v případě odpovědi B neměli respondenti dotazník dále vyplňovat a přesto vyplňovali). Pro statistické šetření bylo použito dohromady 75 dotazníků od rodičů (tedy 75 % z celkového počtu distribuovaných dotazníků). Dotazníků pro fyzioterapeuty, které byly rozeslány elektronicky, se navrátilo 62, přičemž žádný z dotazníků vyřazen nebyl. Sběr konečných dat probíhal v červenci 2018.

10. 3. Metoda zpracování dat

Získaná data byla následně zpracována pomocí programu MS Excel. Jednotlivé otázky byly vyhodnoceny pomocí absolutních a relativních četností. Následně byla tato data znázorněna pomocí tabulek a grafů. Hypotézy byly vyhodnoceny pomocí chí kvadrát testu. Pomocí tohoto testu jsou porovnávány pozorované a očekávané četnosti (Dvořáčková et al., 2017). Pro testování hypotézy č. 1 byla využita data z otázky č. 6 z dotazníku pro rodiče a z otázky č. 7 z dotazníku pro fyzioterapeuty. Obě otázky zjišťovaly, jak respondenti vnímají nošení dětí v šátku. U obou otázek byly na výběr dvě možnosti a to „spíše vhodné“ a „spíše nevhodné“. Na základě získaných dat byla pomocí chí kvadrát testu nezávislosti určena hladina významnosti. Pro testování hypotézy č. 2 byla využita data z otázky č. 9 z dotazníků pro rodiče a data z otázky č. 10 z dotazníku pro fyzioterapeuty. Obě otázky zjišťovaly názor rodičů a fyzioterapeutů na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na psychomotorický vývoj dítěte. U obou otázek byly možnosti odpovědí „pozitivní“, „neutrální“, „negativní“.

11. Výsledky

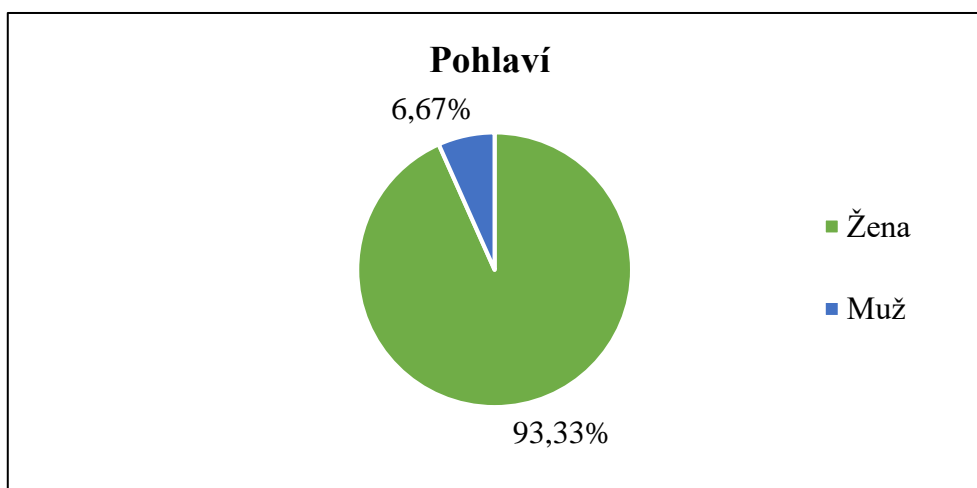
11.1. Dotazník pro rodiče

Otázka č. 1 - Pohlaví:

Tabulka 1: Vyjádření absolutních a relativních četností pohlaví respondentů z řad rodičů.

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Žena	70	93,33
Muž	5	6,67
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 1: Grafické znázornění pohlaví respondentů z řad rodičů (Zdroj: vlastní výzkum).

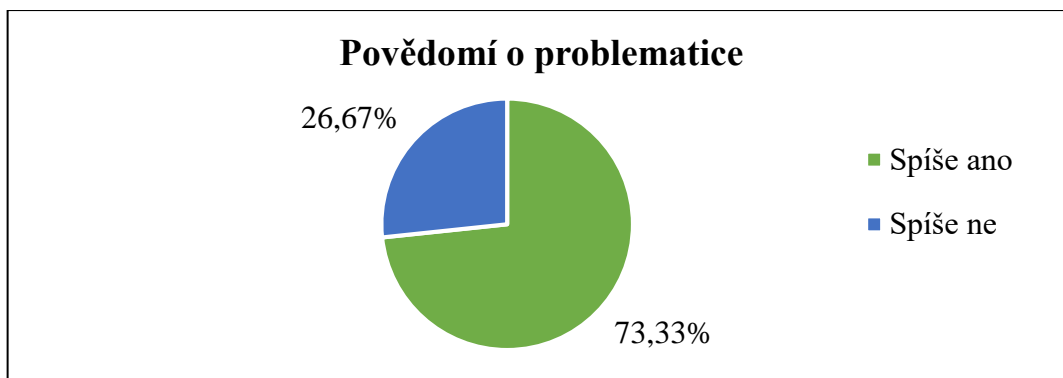
Touto otázkou bylo zjišťováno pohlaví respondentů z řad rodičů. Převážnou většinu rodičů tvořily ženy (70 žen; 93,33%), muži vyplnili dotazník pouze v pěti případech (6,67%).

Otázka č. 2 - Myslím si, že mám o této problematice dostatečné povědomí:

Tabulka 2: Vyjádření absolutních a relativních četností povědomí rodičů o problematice šátkování.

Povědomí	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Spíše ano	55	73,33
Spíše ne	20	26,67
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 2: Grafické znázornění povědomí rodičů o problematice šátkování (Zdroj: Vlastní výzkum).

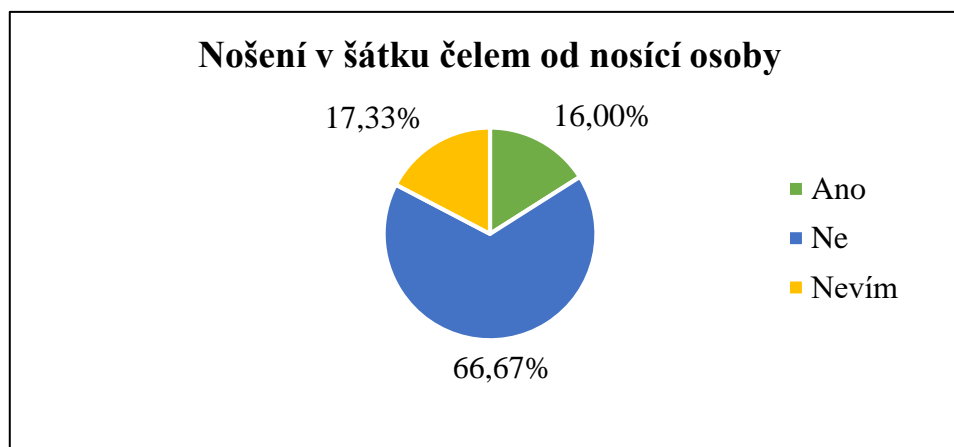
Otázkou č. 2 bylo zjišťováno, zda si rodiče myslí, že mají o problematice nošení dětí v šátku dostatečné povědomí. Většina z dotazovaných rodičů (55 rodičů; 73,33%) udala odpověď „spíše ano“. Zbýlých 20 rodičů (26,67%) udalo odpověď „spíše ne“.

Otázka č. 3 - Nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby je doporučováno:

Tabulka 3: Vyjádření absolutní a relativní četnosti povědomí rodičů ohledně doporučení nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby.

Nošení v šátku čelem od nosící osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	12	16,00
Ne	50	66,67
Nevím	13	17,33
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 3: Grafické znázornění povědomí rodičů ohledně doporučení nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby (Zdroj: Vlastní výzkum).

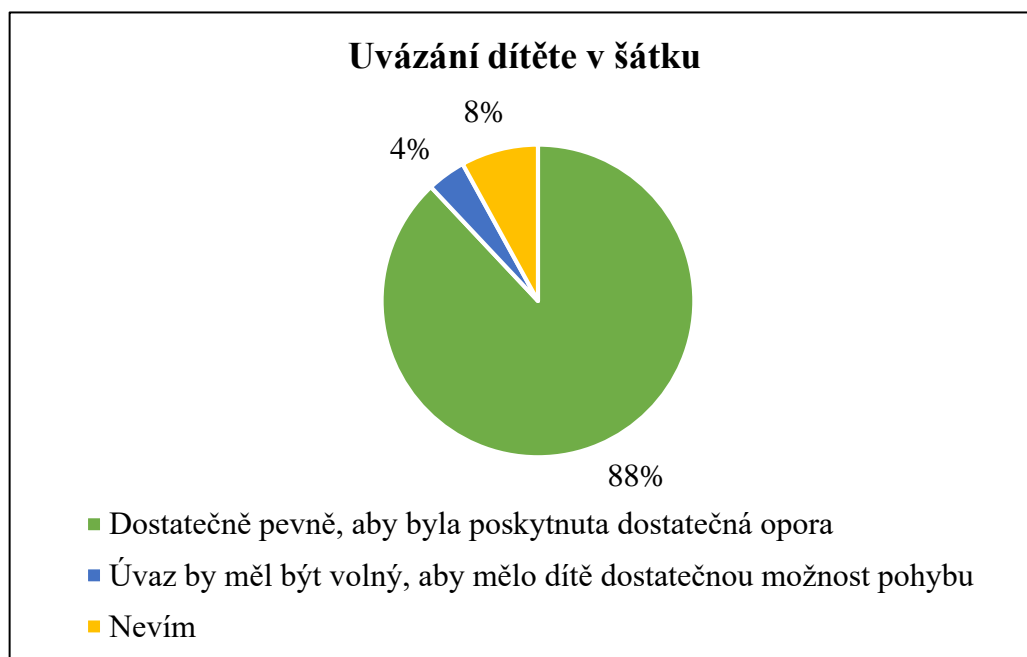
Touto otázkou bylo sledováno, jaké povědomí mají rodiče ohledně doporučení nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby. Jelikož tento způsob nošení dětí v šátku je označován jako nevhodný, byla správnou odpovědí možnost „ne“. Tuto odpověď zvolila většina rodičů (50 rodičů; 66,67%). Dalších 12 rodičů (16%) zvolilo odpověď „ano“, která je považována za nesprávnou. Zbylých 13 rodičů (17,33%) udalo variantu „nevím“.

Otázka č. 4 - Dítě v šátku by mělo být uvázáno:

Tabulka 4: Vyjádření absolutních a relativních četností povědomí rodičů o uvázání dítěte v šátku.

Uvázání dítěte v šátku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Dostatečně pevně, aby byla poskytnuta dostatečná opora	66	88
Úvaz by měl být volný, aby mělo dítě dostatečnou možnost pohybu	3	4
Nevím	6	8
Celkem	75	100

(Zdroj: Vlastní výzkum)



Graf 4: Grafické znázornění povědomí rodičů ohledně způsobu uvázání dítěte v šátku (Zdroj: Vlastní výzkum).

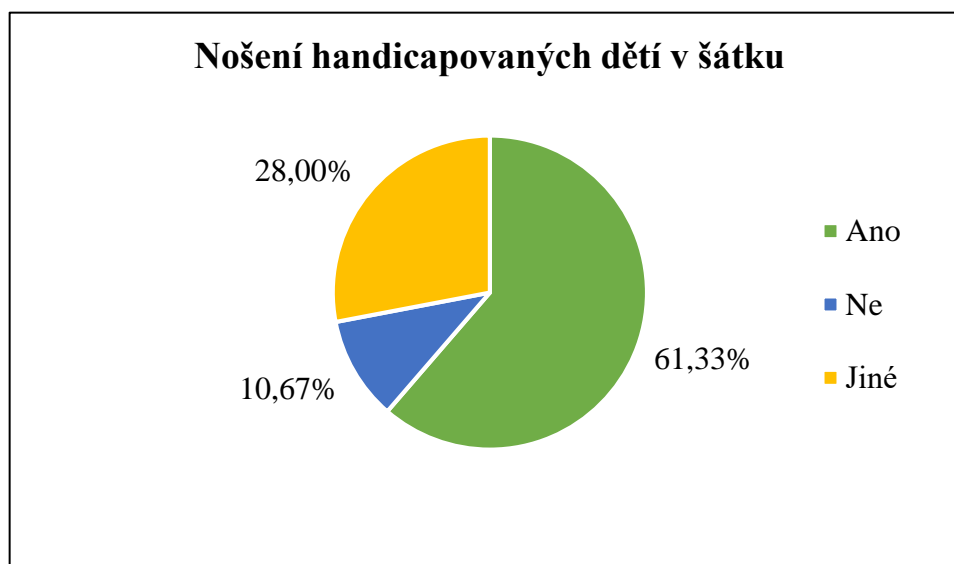
Tato otázka sledovala povědomí rodičů ohledně jednoho ze základních pravidel šátkování, kterým je, že dítě musí být v šátku dostatečně pevně uvázáno, aby mu byla poskytnuta dostatečná opora. Z celkového počtu 75 dotazovaných rodičů, odpovědělo správně 66 (88%). Pouze 3 rodiče (4%) uvedli, že úvaz by měl být volný pro dostatečný pohyb dítěte. Jak má být dítě v šátku uvázáno nevědělo 6 rodičů (8%).

Otázka č. 5 - Myslíte si, že může být handicapované dítě nošené v šátku?

Tabulka 5: Vyjádření absolutních a relativních četností ohledně možnosti nošení handicapovaných dětí v šátku z pohledu rodičů.

Nošení handicapovaných dětí v šátku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	46	61,33
Ne	8	10,67
Jiné	21	28,00
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 5: Grafické znázornění možnosti nošení handicapovaných dětí v šátku z pohledu rodičů (Zdroj: Vlastní výzkum).

Tato otázka sledovala, zda si rodiče myslí, že může být i handicapované dítě nošené v šátku. Většina z dotazovaných rodičů uvedla, že ano (46 rodičů, 61,33%). Rodiče, kteří si myslí, že handicapované dítě nemůže být nošeno v šátku, tvoří nejmenší skupinu a to pouze 8 rodičů (10,67%).

Zbývajících 21 rodičů (28%) zvolilo vypisovací variantu „Jiné“. U této odpovědi rodiče nejčastěji uváděli, že handicapované dítě nošeno být může, pokud to jeho handicap dovolí. Několik rodičů uvedlo, že záleží na názoru lékaře. Čtyři rodiče u této odpovědi sdělili, že neví.

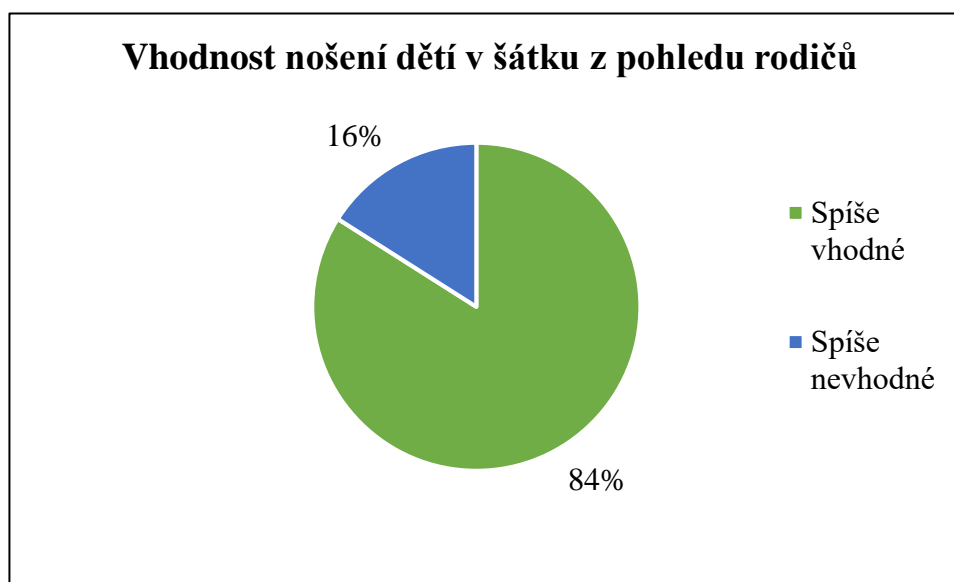
Otázka č. 6 - Nošení dětí v šátku vnímám jako:

U této otázky respondenti v případě odpovědi A („spíše vhodné“) pokračovali na otázku č. 7, nevyplňovali otázku č. 8 a pokračovali až otázkou č. 9 a následujícími otázkami. Respondenti, kteří zvolili odpověď B („spíše nevhodné“), nevyplňovali otázku č. 7 a pokračovali otázkou č. 8 a dalšími otázkami.

Tabulka 6: Vyjádření absolutních a relativních četností názorů rodičů na vhodnost nošení dětí v šátku.

Náзор na vhodnost nošení dětí v šátku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Spíše vhodné	63	84
Spíše nevhodné	12	16
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 6: Grafické znázornění názorů rodičů na vhodnost nošení dětí v šátku (Zdroj: Vlastní výzkum).

Tato otázka zjišťovala názor rodičů na vhodnost nošení dětí v šátku. Z celkového počtu 75 dotazovaných rodičů označilo 63 rodičů (84%) nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“, dalo by se tedy říci, že vnímají tuto metodu transportu dítěte spíše pozitivně. Názor zbylé části, kterou tvořilo 12 rodičů (16%) by se dal označit jako spíše negativní, tito rodiče vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“.

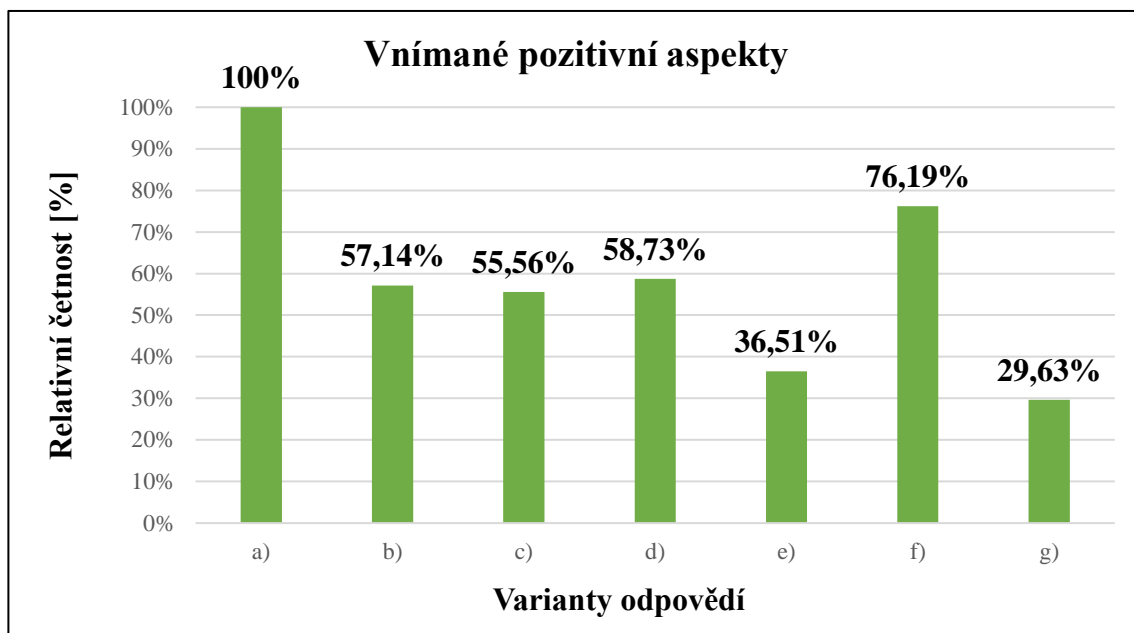
Otázka č. 7 - Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“, proč?

U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí.

Tabulka 7: Vyjádření absolutních a relativních četností důvodů, proč rodiče vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“.

Spíše vhodné	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Je podpořen vztah mezi dítětem a rodičem	63	100
Ve vertikální poloze dítěte v šátku je dosaženo takového postavení kyčelních kloubů, které je vhodné pro jejich zdravý vývoj	36	57,14
Nošení dítěte v šátku je vhodné pro jeho psychomotorický vývoj	35	55,56
Nošení dítěte v šátku podporuje jeho psychosociální vývoj	37	58,73
Nošením dítěte v šátku dochází ke zlepšování svalového tonu dítěte	23	36,51
Je to praktická forma transportu	48	76,19
Jiné	13	29,63
Celkem respondentů	63	

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 7: Grafické znázornění relativních četností důvodů, proč rodiče vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“ (Zdroj: Vlastní výzkum).

Na tuto otázku mohlo odpovídat 63 respondentů, kteří u otázky č. 6 zvolili odpověď A. Tento počet respondentů představuje u otázky č. 7 celkový počet, tedy 100 %. Všichni (63; 100%) z celkového počtu rodičů, kteří vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“ jako důvod uvedli, že díky nošení dětí v šátku je podpořen vztah mezi rodičem a dítětem. Dále bylo nejčastěji uváděno, že nošení v šátku je praktickou formou transportu dítěte, tuto možnost vybralo 48 rodičů (76,19%). Podpora psychosociálního vývoje dítěte skrze nošení byla třetím nejčastějším důvodem, tuto variantu uvedlo 37 rodičů (58,73%). Fakt, že ve vertikální poloze je u dítěte v šátku dosaženo výhodného postavení kyčelního kloubu pro jejich zdravý vývoj, je pro 36 rodičů (57,14%) důvodem, proč vnímají šátkování jako „spíše vhodné“. Další argument, že nošení dětí v šátku je vhodné pro jejich psychomotorický vývoj, byl vybrán 35 rodiči (55,56%). Nejméně rodičů (23; 36,51%) pak uvedlo, že důvodem je zlepšování svalového tonu dítěte. Vypisovací možnost „Jiné“ využilo celkem 13 rodičů (29,63%). Ti pak nejčastěji zmiňovali fakt, že při nošení v šátku má nosící osoba volné ruce. Dalším často uváděným důvodem, proč vnímají nošení jako „spíše pozitivní“ byla podpora kojení a zároveň i možnost kojení při nošení, či že se dítě snadněji a rychleji uklidní nebo uspí. Několik rodičů poznamenalo, že tato forma transportu je pro dítě přirozená, rodič má dobrý přehled o tom, zda je dítěti teplo nebo zima. Jeden respondent doslova uvedl, že „je to prostě supr“.

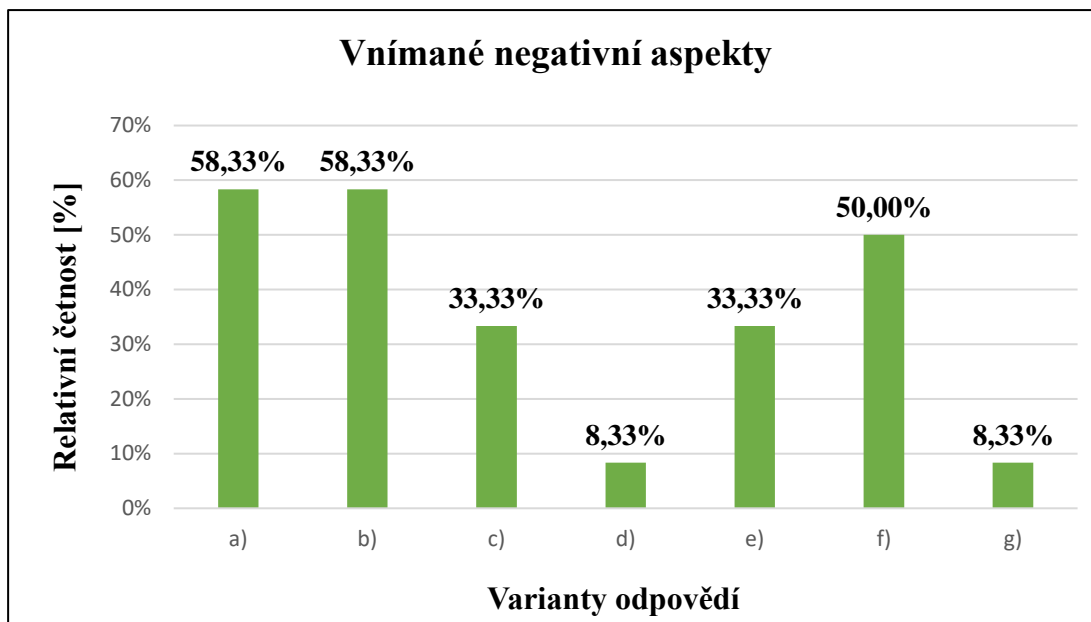
Otázka č. 8 - Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“, proč?

U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí.

Tabulka 8: Vyjádření absolutních a relativních četností důvodů, proč rodiče vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“.

Spíše nevhodné	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Myslím si, že nošení v šátku není vhodné pro pohybový aparát dítěte	7	58,33
Může dojít k pádu matky a tím pádem k ohrožení zdraví dítěte	7	58,33
Dítě nemá dostatek prostoru pro svůj volný pohyb	4	33,33
Nošením dětí se opoždí jejich psychomotorický vývoj	1	8,33
Není snadné dodržet správnou techniku vázání šátku	4	33,33
Není to vhodné pro nosící osobu, kvůli přetížení pohybového aparátu	6	50
Jiné	1	8,33
Celkem respondentů	12	

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 8: Grafické znázornění relativních četnosti důvodů, proč rodiče vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“ (Zdroj: Vlastní výzkum).

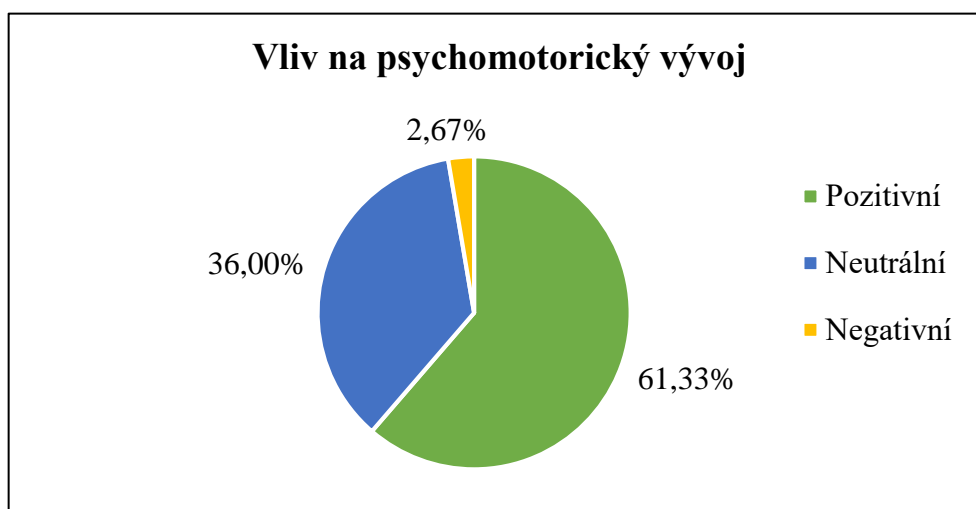
Na tuto otázku mohlo odpovídat 12 respondentů, kteří u otázky č. 6 zvolili odpověď B. Otázka zjišťovala důvody, kvůli kterým vnímají rodiče nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“. Nejčastěji rodiče uváděli, že nošení v šátku je nevhodné pro pohybový aparát dítěte (7 rodičů; 58,33%), stejný počet rodičů zmínilo riziko pádu matky a v důsledku toho ohrožení zdraví dítěte. 6 rodičů (50%) udává, že je nošení nevhodné pro nosící osobu, jelikož se přetěžuje její pohybový aparát. U variant, že dítě nemá dostatek prostoru pro volný pohyb a že není jednoduché dodržet správnou techniku vázání, byl v obou případech stejný počet odpovědí (4 rodiče; 33,33%). Pouze jeden rodič jako důvod, proč vnímá nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“, uvedl, že se nošením opoždí psychomotorický vývoj dítěte. Možnost vypisovací odpovědi „Jiné“ využil taktéž pouze jeden z rodičů, který poznamenal, že je nošení „nevhodné z důvodu přehřívání dítěte“.

Otázka č. 9 - Jaký má vliv, dle Vašeho názoru, nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj?

Tabulka 9: Vyjádření absolutních a relativních četností názorů rodičů na vliv nošení v šátku na psychomotorický vývoj dítěte.

Vliv na psychomotorický vývoj	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Pozitivní	46	61,33
Neutrální	27	36,00
Negativní	2	2,67
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 9: Grafické znázornění názorů rodičů na vliv nošení v šátku na psychomotorický vývoj dítěte (Zdroj: Vlastní výzkum).

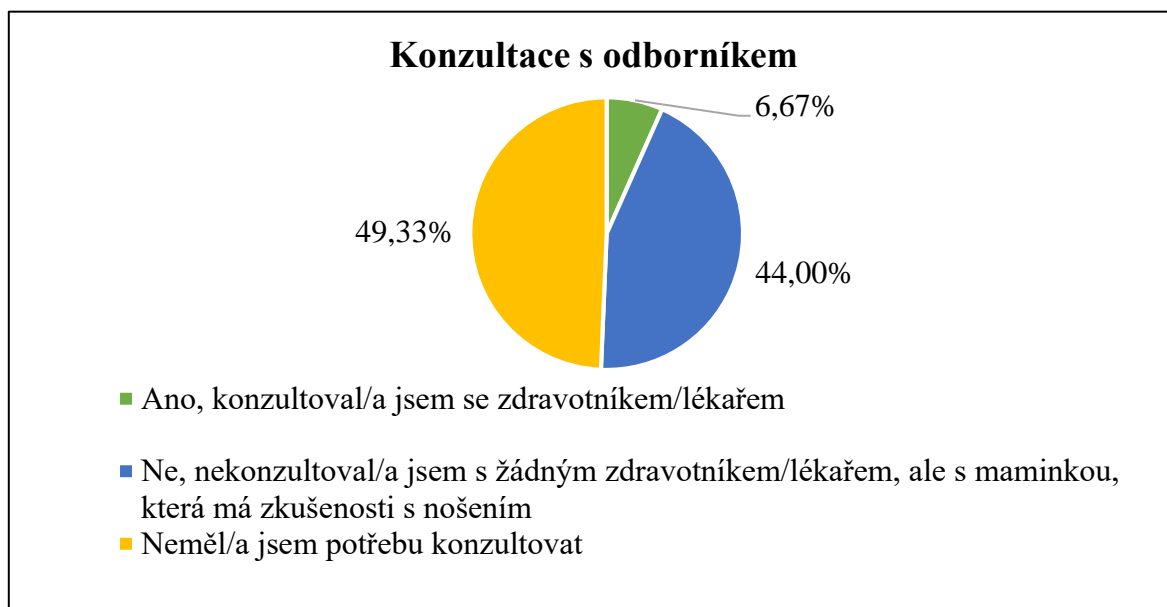
Touto otázkou bylo zjišťováno, jak z pohledu rodičů ovlivňuje nošení dětí v šátku jejich psychomotorický vývoj. Z celkového počtu dotazovaných rodičů jich bylo nejvíce (46 rodičů; 61,33%) toho názoru, že nošení dětí v šátku ovlivňuje psychomotorický vývoj pozitivně. Šátkování má na psychomotorický vývoj podle 27 rodičů (36%) neutrální vliv. Pouze 2 rodiče (2,67%) uvádějí vliv negativní.

Otázka č. 10 - Měl/a jste někdy potřebu konzultovat nošení svého dítěte v šátku s odborníkem?

Tabulka 10: Vyjádření absolutních a relativních četností potřeby rodičů konzultovat tuto problematiku s odborníkem.

Konzultace s odborníkem	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano, konzultoval/a jsem se zdravotníkem/lékařem	5	6,67
Ne, nekonzultoval/a jsem s žádným zdravotníkem/lékařem, ale s maminkou, která má zkušeností s nošením	33	44,00
Neměl/a jsem potřebu konzultovat	37	49,33
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 10: Grafické znázornění potřeby rodičů konzultovat nošení dítěte s odborníkem (Zdroj: Vlastní výzkum).

Otázka zjišťovala, zda a s kým měli rodiče potřebu konzultovat nošení svého dítěte v šátku. Nejvíce (37 rodičů; 49,33%) z celkového počtu 75 dotazovaných rodičů uvedlo, že potřebu konzultovat neměli. 33 rodičů (44%) sdělilo, že neměli potřebu konzultovat nošení svého dítěte s žádným zdravotníkem či lékařem, ale konzultovali s maminkou, která má již s nošením zkušenosti. Pouhých 5 rodičů (6,67%) mělo potřebu konzultovat se zdravotníkem či lékařem. Těchto pět rodičů odpovídalo dále na otázku č 11.

Otázka č. 11 - Pakliže jste nošení v šátku konzultoval/a se zdravotníkem/ lékařem, byl zdravotník/lékař schopen poradit?

Tabulka 11: Vyjádření absolutních a relativních četností schopnosti poradit rodiči ohledně nošení dětí v šátku.

Schopnost zdravotníka/lékaře poradit ohledně šátkování	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	3	60
Ne	2	40
Celkem	5	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 11: Grafické znázornění schopnosti zdravotníka/lékaře poradit ohledně nošení dětí v šátku (Zdroj: Vlastní výzkum).

Touto otázkou bylo zkoumáno, zda byl zdravotník/lékař schopen z pohledu rodiče poradit ohledně nošení dítěte v šátku. Na tuto otázku odpovídalo pouze 5 rodičů, kteří měli potřebu konzultovat tuto problematiku se zdravotníkem/lékařem (viz otázka č. 10). 3 rodiče (60%) uvedli, že zdravotník či lékař jim byl schopen poradit, 2 rodiče (40%) uvedli, že zdravotník či lékař jim schopen poradit nebyl.

Otázka č. 12 - Nosíte či nosil/a jste své dítě v šátku?

Tabulka 12: Vyjádření absolutních a relativních četností praktikování nošení dětí v šátku.

Praktikování nošení dítěte v šátku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	38	50,67
Ne	37	49,33
Celkem	75	100

Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 12: Grafické znázornění relativní četnosti praktikování nošení dětí v šátku (Zdroj: Vlastní výzkum).

Z odpovědí na tuto otázku, která zkoumala kolik z dotazovaných rodičů nosilo či nosí své dítě v šátku, vyplývá, že tuto metodu využívá či využívalo 38 rodičů (50,67%) z celkového počtu 75 dotazovaných rodičů. Své dítě v šátku nenosilo či nenosí zbylých 37 rodičů (49,33%).

Otázka č. 13 - Nosil/a jste své dítě v šátku od narození?

Tabulka 13: Vyjádření absolutních a relativních četností nošení dětí v šátku od narození.

Nošení dítěte od narození	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano, ve vertikální poloze	25	65,79
Ano, v horizontální poloze	1	2,63
Ne, nenosil/a jsem dítě od narození, ale až v pozdějším věku	12	31,58
Celkem	38	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 13: Grafické znázornění nošení dětí v šátku od narození (Zdroj: Vlastní výzkum).

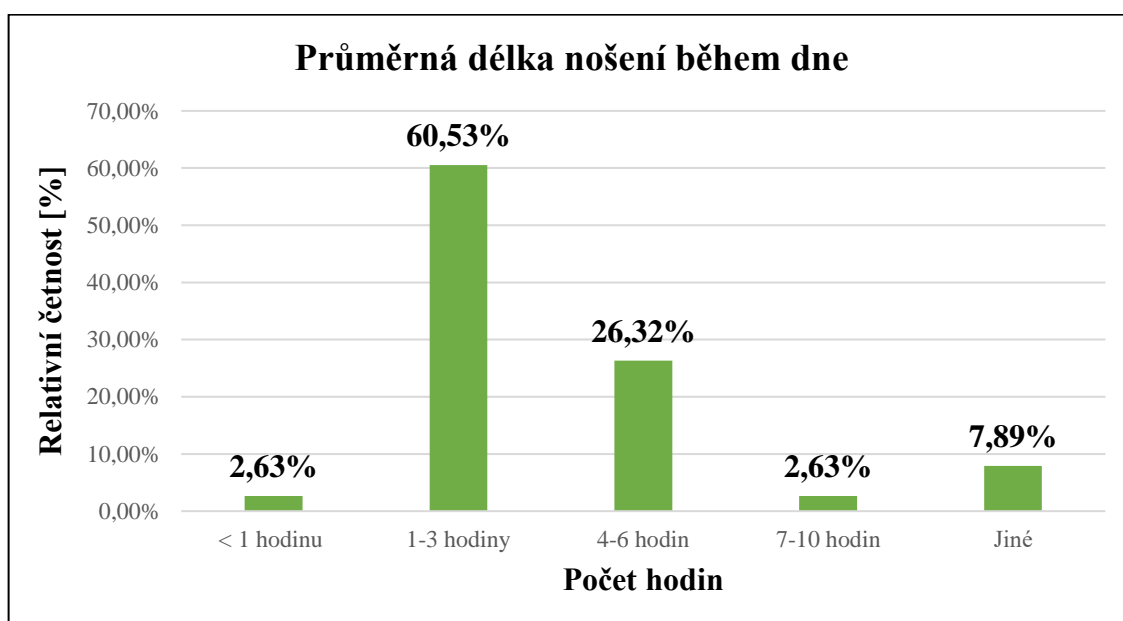
Tuto otázku zodpovídali pouze ti rodiče, kteří nosí či nosili své dítě v šátku tzn. celkem 38 rodičů (viz otázka č. 12). Otázkou bylo zkoumáno, zda a v jaké poloze bylo dítě nošeno v šátku od narození. Z celkového počtu rodičů, kteří své dítě nosí či nosili v šátku, uvedlo 26 rodičů, že nosilo dítě od narození, z toho 25 rodičů (65,79%) nosilo své dítě ve vertikální poloze a pouze 1 rodič (2,63%) v poloze horizontální. Zbýlých 12 rodičů (31,58%) začalo nosit své dítě až v pozdějším věku.

Otázka č. 14 - Kolik hodin denně v průměru jste své dítě nosil/a?

Tabulka 14: Vyjádření absolutní a relativní četnosti průměrné délky nošení dítěte v šátku během dne.

Délka nošení	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Méně jak 1 hodinu denně	1	2,63
1-3 hodiny	23	60,53
4-6 hodin	10	26,32
7-10 hodin	1	2,63
Celý den	0	0,00
Jiné	3	7,89
Celkem	38	100

Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 14: Grafické znázornění průměrné délky nošení dítěte v šátku během dne (Zdroj: Vlastní výzkum).

Poslední otázkou v dotazníku pro rodiče bylo zjišťováno, kolik hodin denně v průměru nosili či nosí rodiče své potomky v šátku. Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří u otázky č. 12 uvedli, že praktikují nošení dítěte v šátku, tzn. celkem 38 rodičů (100%). Nejčastěji bylo rodiči uváděno, že své dítě nosí či nosili v průměru 1-3 hodiny denně, tato možnost byla udána 23 rodiči (60,53%). Možnost 4-6 hodin denně zvolilo 10 rodičů (26,63%).

Pouze jeden z rodičů (2,63%) praktikoval nošení méně jak 1 hodinu denně, stejný počet (1 rodič, 2,63%) byl zastoupen i u varianty udávající nošení 7-10 hodin denně. Žádný z rodičů (0%) neudává nošení celý den. 3 rodiče (7,89%) využili vypisovací možnosti „Jiné“. Tito rodiče sdělili, že nosili či nosí dle potřeb dítěte – někdy méně jak hodinu, jindy i několik hodin, například při růstu zubů.

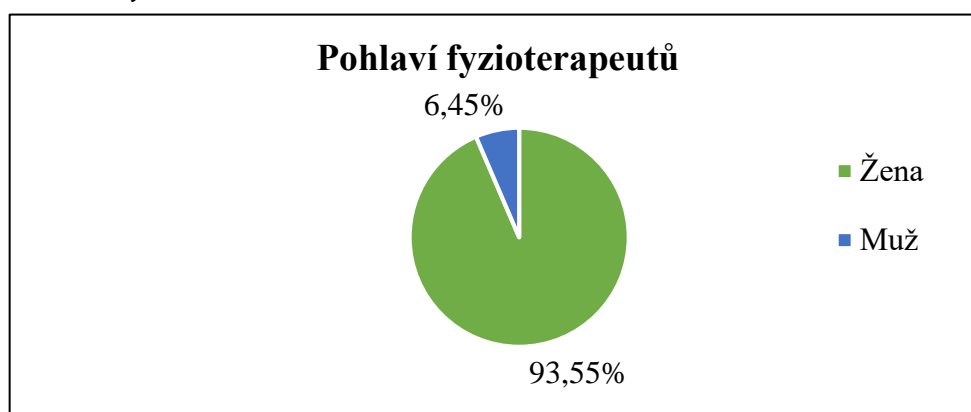
11.2. Dotazník pro fyzioterapeuty

Otázka č. 1 – Pohlaví:

Tabulka 15: Vyjádření absolutních a relativních četností pohlaví respondentů z řad fyzioterapeutů.

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Žena	58	93,55
Muž	4	6,45
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 15: Grafické znázornění pohlaví respondentů z řad fyzioterapeutů (Zdroj: Vlastní výzkum).

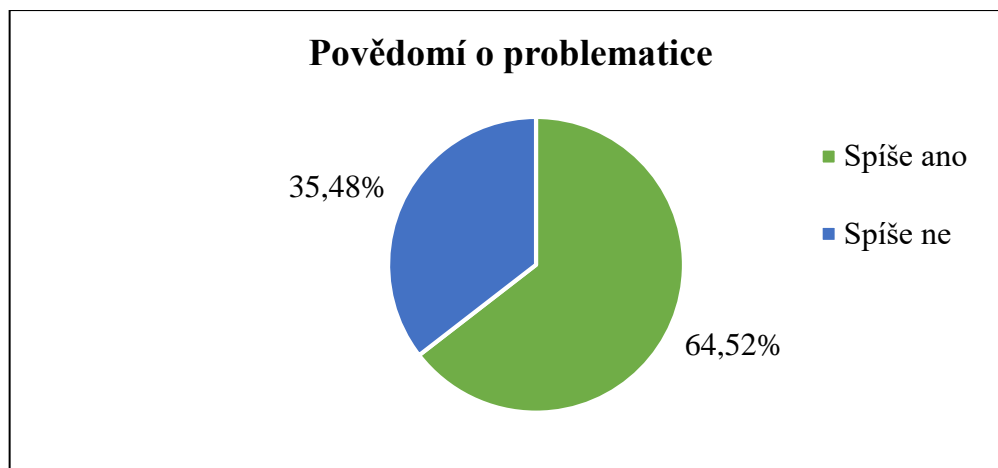
Výzkumného šetření z řad fyzioterapeutů se z celkového počtu 62 respondentů zúčastnilo 58 fyzioterapeutů (93,35%) ženského pohlaví a 4 fyzioterapeuti (6,45%) mužského pohlaví.

Otázka č. 2 - Myslím si, že mám o problematice nošení dětí v šátku dostatečné povědomí:

Tabulka č. 16: Vyjádření absolutních a relativních četností povědomí fyzioterapeutů o problematice šátkování.

Povědomí	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Spíše ano	40	64,52
Spíše ne	22	35,48
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 16: Grafické znázornění povědomí fyzioterapeutů o problematice šátkování (Zdroj: Vlastní výzkum).

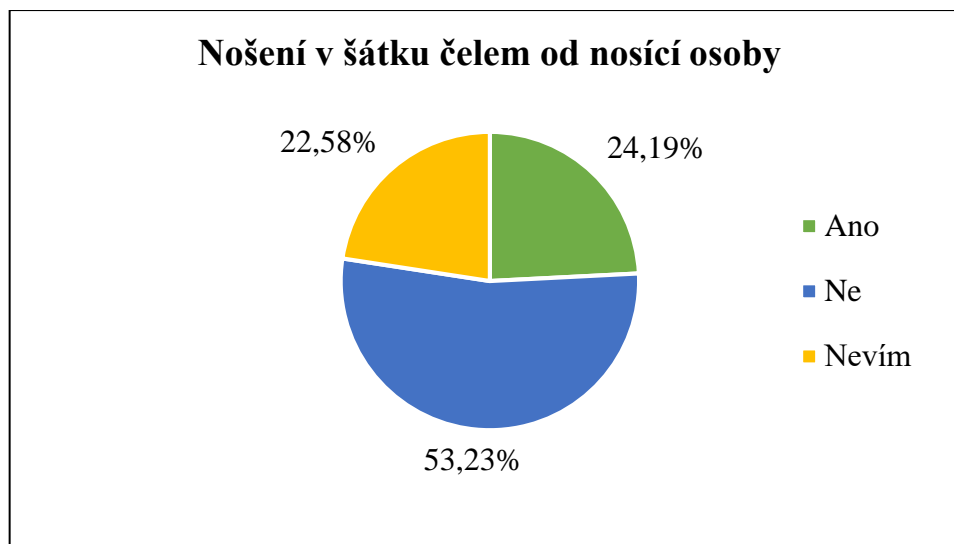
Otázkou č. 2 bylo zjišťováno, zda si fyzioterapeuti myslí, že mají o problematice nošení dětí v šátku dostatečné povědomí. Většina z dotazovaných fyzioterapeutů (40 fyzioterapeutů; 64,52%) udala odpověď „spíše ano“. Zbylých 22 fyzioterapeutů (35,48%) uvedlo odpověď „spíše ne“.

Otázka č. 3 - Nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby je doporučováno:

Tabulka 17: Vyjádření absolutních a relativních četností povědomí fyzioterapeutů ohledně doporučení nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby.

Nošení v šátku čelem od nosící osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	15	24,19
Ne	33	53,23
Nevím	14	22,58
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 17: Grafické znázornění povědomí fyzioterapeutů ohledně doporučení nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby (Zdroj: Vlastní výzkum).

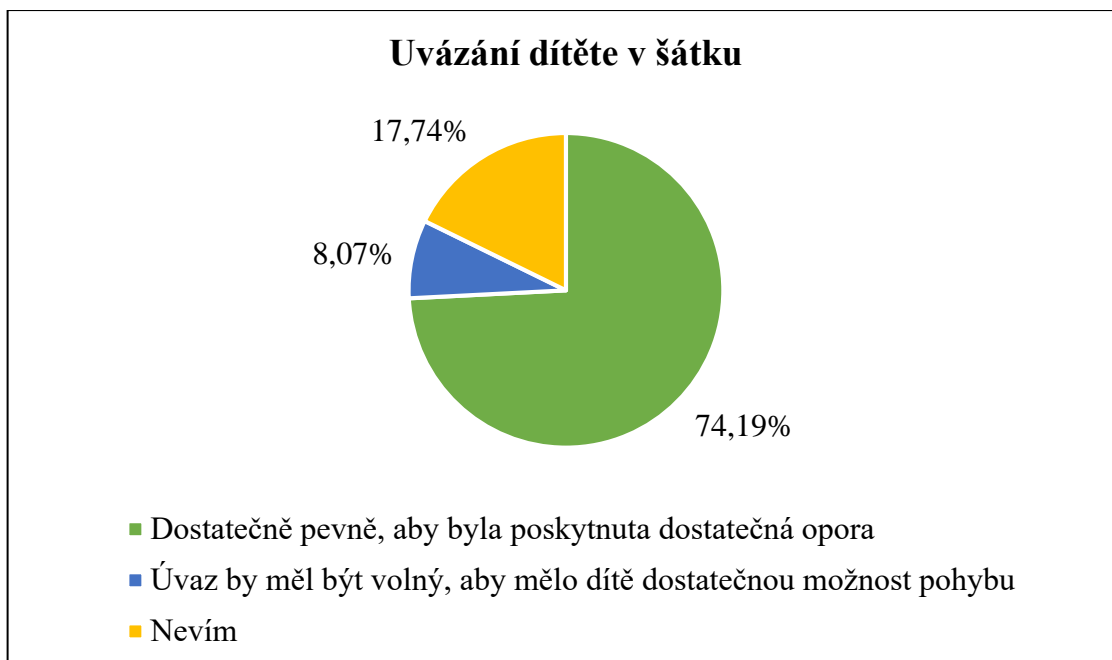
Touto otázkou bylo sledováno, jaké povědomí mají fyzioterapeuti ohledně doporučení nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby. Jelikož tento způsob nošení dětí v šátku doporučován není, byla správnou odpovědí možnost „ne“. Tuto odpověď zvolilo nejvíce fyzioterapeutů (33 fyzioterapeutů; 53,23%). Dalších 15 fyzioterapeutů (24,19%) zvolilo odpověď „ano“, která je považována za nesprávnou. Zbýlých 14 fyzioterapeutů (22,58%) udalo variantu „nevím“.

Otázka č. 4 - Dítě v šátku by mělo být uvázáno:

Tabulka 18: Vyjádření absolutních a relativních četností povědomí fyzioterapeutů o uvázání dítěte v šátku.

Uvázání dítěte v šátku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Dostatečně pevně, aby byla poskytnuta dostatečná opora	46	74,19
Úvaz by měl být volný, aby mělo dítě dostatečnou možnost pohybu	5	8,07
Nevím	11	17,74
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 18: Grafické znázornění povědomí fyzioterapeutů ohledně způsobu uvázání dítěte v šátku (Zdroj: Vlastní výzkum).

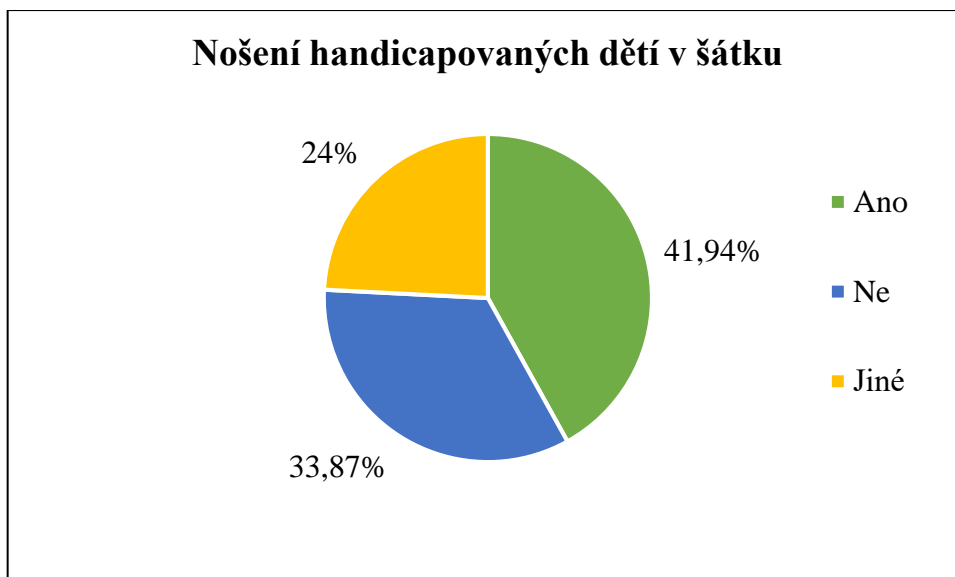
Tato otázka sledovala povědomí fyzioterapeutů ohledně jednoho ze základních pravidel šátkování, kterým je, že dítě musí být v šátku dostatečně pevně uvázáno, aby mu byla poskytnuta dostatečná opora. Z celkového počtu 62 dotazovaných fyzioterapeutů, odpověděla většina (46 fyzioterapeutů; 74,19%) správně. Pouze 5 fyzioterapeutů (8,07%) uvedli, že úvaz by měl být volný pro dostatečný pohyb dítěte. Jak má být dítě v šátku uvázáno nevědělo 11 fyzioterapeutů (17,74%).

Otázka č. 5 - Myslíte si, že může být handicapované dítě nošeno v šátku?

Tabulka 19: Vyjádření absolutních a relativních četností ohledně možnosti nošení handicapovaných dětí v šátku z pohledu fyzioterapeutů.

Nošení handicapovaných dětí v šátku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	26	41,94
Ne	21	33,87
Jiné	15	24,19
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 19: Grafické znázornění možnosti nošení handicapovaných dětí v šátku z pohledu fyzioterapeutů (Zdroj: Vlastní výzkum).

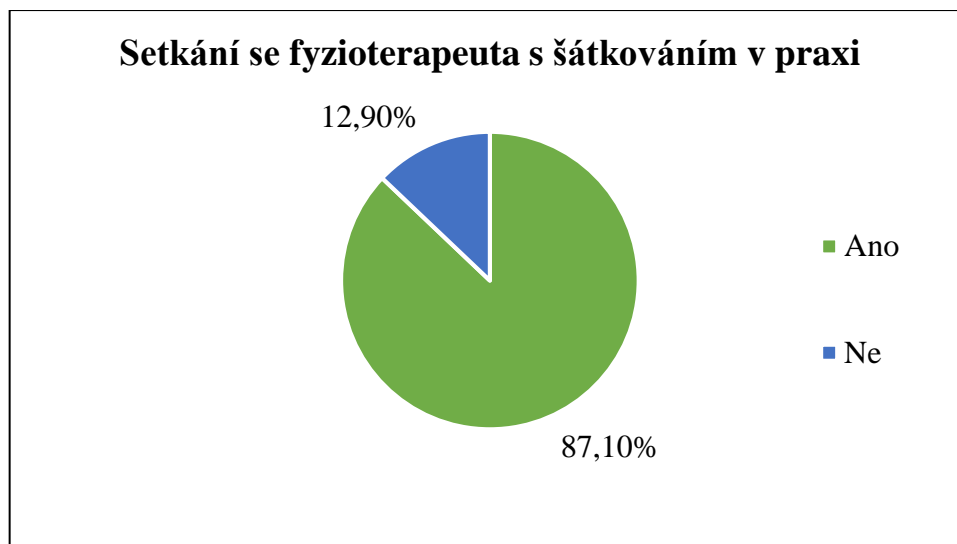
Tato otázka sledovala, zda si fyzioterapeuti myslí, že může být i handicapované dítě nošené v šátku. Většina z dotazovaných fyzioterapeutů uvedla, že ano (26 fyzioterapeutů; 41,94%). Fyzioterapeutů, kteří si myslí, že handicapované dítě být nošeno v šátku nemůže, je dohromady 21 (33,87%) z celkového počtu 62 fyzioterapeutů. Zbývajících 15 fyzioterapeutů (24,19%) zvolilo vypisovací variantu „Jiné“. U této odpovědi fyzioterapeuti nejčastěji uváděli, že záleží na typu handicapu a individuálním posouzení. Jeden respondent podotkl, že může být i handicapované dítě nošeno, pokud je posturálně zajištěné ve vertikále svou spontánní hybností.

Otázka č. 6 - Setkal/a jste se někdy ve své praxi s rodičem, který nosil své dítě v šátku?

Tabulka 20: Vyjádření absolutních a relativních četností toho, zda se fyzioterapeut ve své praxi setkal s rodičem praktikujícím šátkování.

Setkání v praxi	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	54	87,10
Ne	8	12,90
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 20: Grafické znázornění toho, zda se fyzioterapeut ve své praxi setkal s rodičem praktikujícím šátkování (Zdroj: Vlastní výzkum).

Zde bylo zkoumáno, zda se dotazovaný fyzioterapeut již někdy ve své fyzioterapeutické praxi setkal s rodičem, který své dítě nosil v šátku. Naprostá většina z dotazovaných fyzioterapeutů se s touto problematikou již setkala (54 fyzioterapeutů, 87,10%). Pouhých 8 fyzioterapeutů (12,90%) se s šátkováním se své praxi ještě neseťkalo.

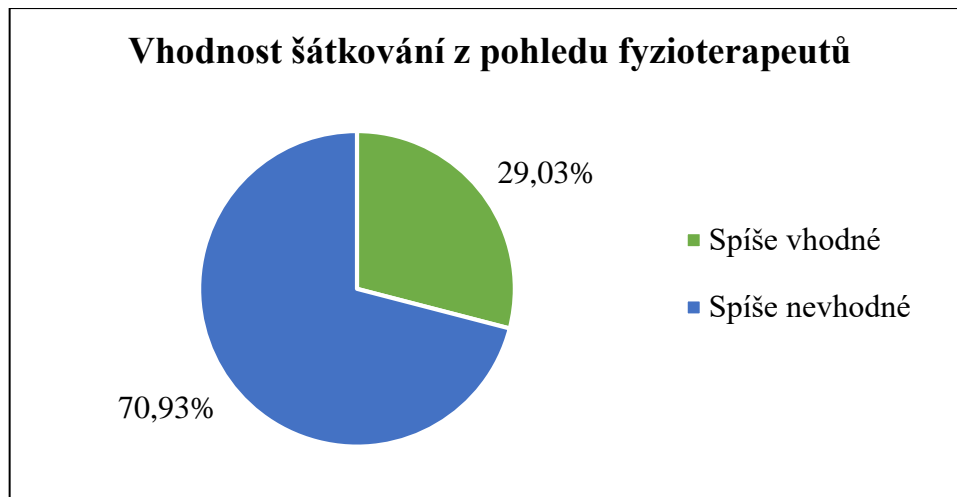
Otázka č. 7 - Nošení dětí v šátku vnímám jako:

U této otázky respondenti v případě odpovědi A (spíše vhodné) pokračovali na otázku č. 8, nevyplňovali otázku č. 9 a pokračovali až otázkou č. 10 a dál. Respondenti, kteří zvolili odpověď B (spíše nevhodné), nevyplňovali otázku č. 8 a pokračovali až otázkou č. 9 a dál.

Tabulka 21: Vyjádření absolutních a relativních četností názorů fyzioterapeutů na vhodnost nošení dětí v šátku.

Náзор na vhodnost nošení dětí v šátku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Spíše vhodné	18	29,03
Spíše nevhodné	44	70,93
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 21: Grafické znázornění názorů fyzioterapeutů na vhodnost nošení dětí v šátku (Zdroj: Vlastní výzkum).

Tato otázka zjišťovala názor fyzioterapeutů na vhodnost nošení dětí v šátku. Z celkového počtu 62 dotazovaných fyzioterapeutů označilo 44 (70,93%) nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“, dalo by se tedy říci, že vnímají tuto metodu transportu dítěte spíše negativně. Názor zbylé části, kterou tvořilo 18 fyzioterapeutů (29,03%), by se dal označit jako spíše pozitivní. Tito fyzioterapeuti vnímají totiž nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“.

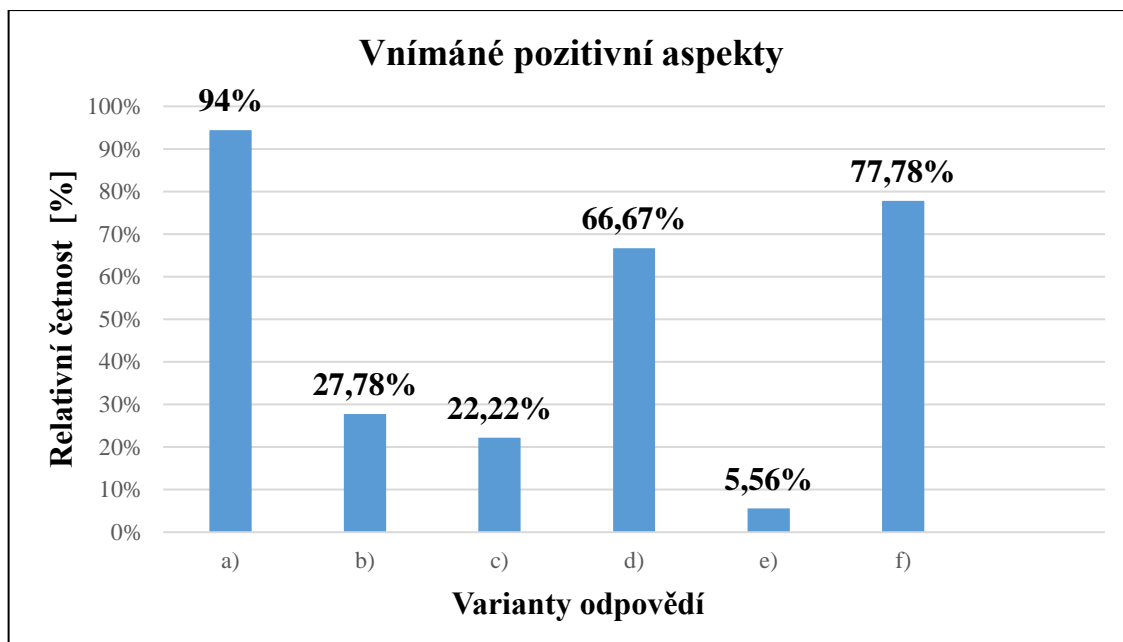
Otázka č. 8 - Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“, proč?

U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí.

Tabulka 22: Vyjádření absolutních a relativních četností důvodů, proč fyzioterapeuti vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“.

Spíše vhodné	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Je podpořen vztah mezi dítětem a rodičem	17	94,44
Ve vertikální poloze dítěte v šátku je dosaženo takového postavení kyčelních kloubů, které je vhodné pro jejich zdravý vývoj	5	27,78
Nošení dítěte v šátku je vhodné pro jeho psychomotorický vývoj	4	22,22
Nošení dítěte v šátku podporuje jeho psychosociální vývoj	12	66,67
Nošením dítěte v šátku dochází ke zlepšování svalového tonu dítěte	1	5,56
Je to praktická forma transportu	14	77,78
Jiné	0	0,00
Celkem respondentů	18	

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 22: Grafické znázornění relativních četností důvodů, proč fyzioterapeuti vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“ (Zdroj: Vlastní výzkum).

Na tuto otázku odpovídalo 18 fyzioterapeutů, kteří vnímají šátkování jako „spíše vhodné“ (viz otázka č. 7). Byly sledovány důvody toho, proč fyzioterapeuti vnímají šátkování pozitivně. Nejčastěji zvoleným aspektem bylo podpoření vztahu mezi matkou a dítětem (17 fyzioterapeutů; 94,44%). Velmi často byl také uveden fakt, že je to praktická forma transportu (14 fyzioterapeutů; 77,78%). Podpora psychosociálního vývoje byla třetí nejčastější odpovědí na to, proč fyzioterapeut vnímá šátkování jako „spíše vhodné“ (12 fyzioterapeutů; 66,67%). 5 fyzioterapeutů (27,28%) uvedlo, že důvodem, proč vnímají šátkování jako „spíše vhodné“ je to, že ve vertikální poloze je podpořen zdravý vývoj kyčelního kloubu. Podpora psychomotorického vývoje byla důvodem celkem pro 4 fyzioterapeuty (22,22%). Pouze jeden fyzioterapeut jako důvod uvedl, že dochází ke zlepšování svalového tonu dítěte (5,56%). Žádný z terapeutů (0%) nevyužil vypisovací možnost „Jiné“.

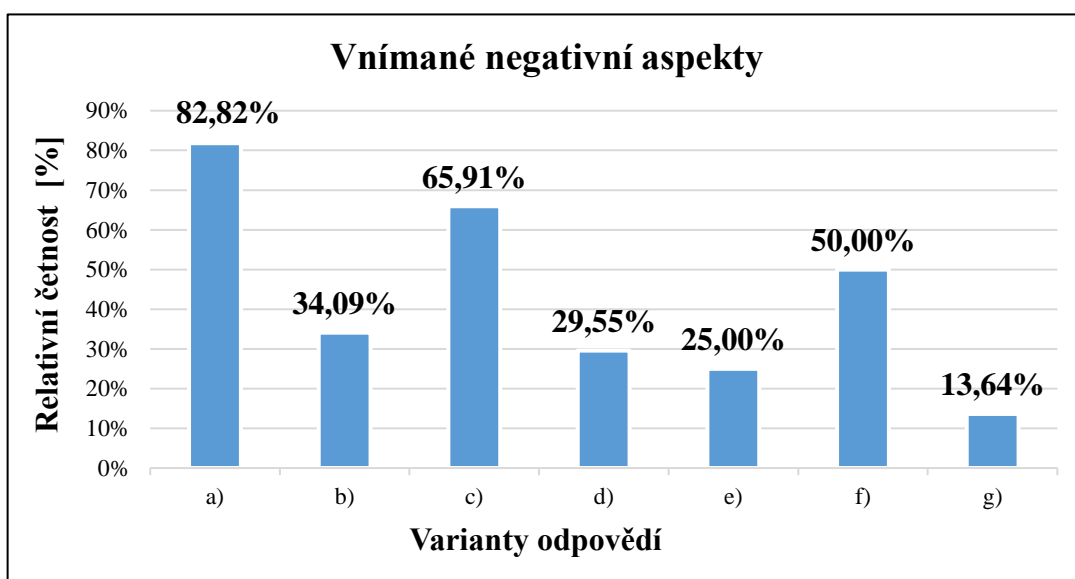
Otázka č. 9 - Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“, proč?

U této otázky mohli respondenti označit více možných odpovědí

Tabulka 23: Vyjádření absolutních a relativních četností důvodů, proč fyzioterapeuti vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“.

Spíše nevhodné	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Myslím si, že nošení v šátku není vhodné pro pohybový aparát dítěte	36	81,82
Může dojít k pádu matky a tím i k ohrožení zdraví dítěte	15	34,09
Dítě nemá dostatek prostoru pro svůj volný pohyb	29	65,91
Nošením dětí se opožd'uje jejich psychomotorický vývoj	13	29,55
Není snadné dodržet správnou techniku vázání šátku	11	25,00
Není to vhodné pro nosící osobu, kvůli přetížení pohybového aparátu	22	50,00
Jiné	6	13,64
Celkem respondentů	44	

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 23: Grafické znázornění relativních četností důvodů, proč fyzioterapeuti vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“ (Zdroj: Vlastní výzkum).

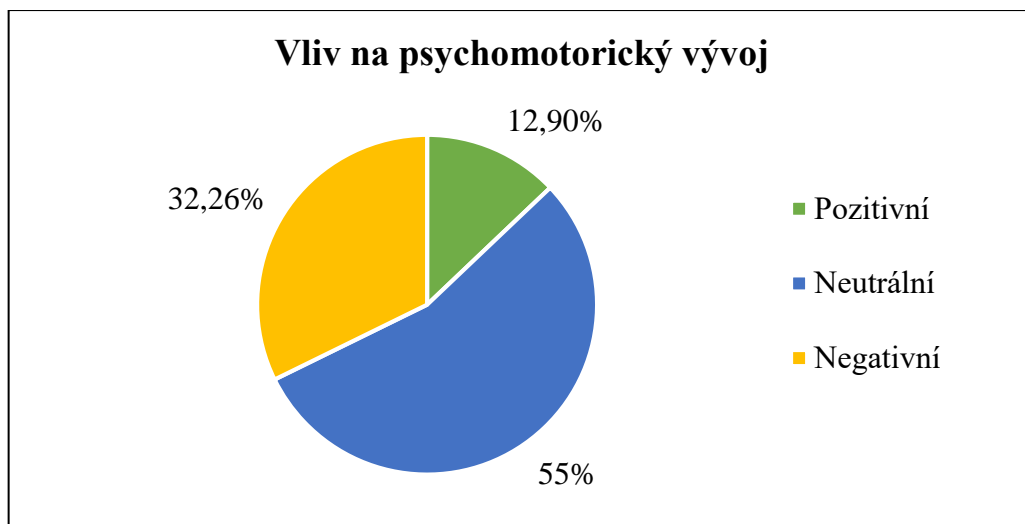
Na tuto otázku odpovídalo celkem 44 fyzioterapeutů, kteří vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“ (viz otázka č. 7). Většina terapeutů uvedla, že si myslí, že šátkování je nevhodné pro pohybový aparát dítěte (36 fyzioterapeutů; 81,82%). Dalším velmi často uváděným důvodem bylo, že dítě nemá dostatek prostoru pro svůj volný pohyb (29 fyzioterapeutů; 65,91%). V pořadí třetím nejčastějším aspektem bylo, že nošení není vhodné pro nosiče, jelikož se přetěžuje jeho pohybový aparát (22 fyzioterapeutů; 50%). Celkem 15 fyzioterapeutů (34,09%) jako důvod uvedlo, že při nošení může dojít k pádu nosící osoby, a tedy k ohrožení zdraví dítěte. 13 fyzioterapeutů (29,55%) vnímá šátkování jako „spíše nevhodné“ jelikož se domnívají, že dochází k opoždění v psychomotorickém vývoji dítěte. To, že není snadné dodržet správnou techniku vázání, uvádí jako důvod 11 fyzioterapeutů (25%) z celkového počtu 44 fyzioterapeutů. Pouze 6 fyzioterapeutů (13,64%) využilo možnost „Jiné“. Zde fyzioterapeuti nejčastěji zmiňovali to, že děti bývají předčasně vertikalizovány, což je nevhodné pro rozvoj osového orgánu, dítě by dle nich mělo být nošeno v šátku až tehdy, zvládne-li se samostatně posadit ve volném sedu. Naproti tomu je dle jednoho z respondentů nošení vhodné krátkodobě pro novorozence do cca 6 týdnů věku, ale již ne pro starší děti. Další z respondentů zde poukázal na to, že zatím neviděl dobře uvázaný šátek, aby to mohlo být pro dítě komfortní, proto vnímá šátkování jako „spíše nevhodné“. Tuto vypisovací možnost využil také jeden z respondentů, který uvedl, že „Vojtova metoda se neslučuje s nošením dítěte v šátku“.

Otázka č. 10 - Jaký má vliv, dle Vašeho názoru, nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj?

Tabulka 24: Vyjádření absolutních a relativních četností názorů fyzioterapeutů na to, jaký vliv má nošení dítěte v šátku na psychomotorický vývoj dítěte.

Vliv na psychomotorický vývoj	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Pozitivní	8	12,90
Neutrální	34	54,84
Negativní	20	32,26
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 24: Grafické znázornění názorů fyzioterapeutů na vliv nošení v šátku na psychomotorický vývoj dítěte (Zdroj: Vlastní výzkum).

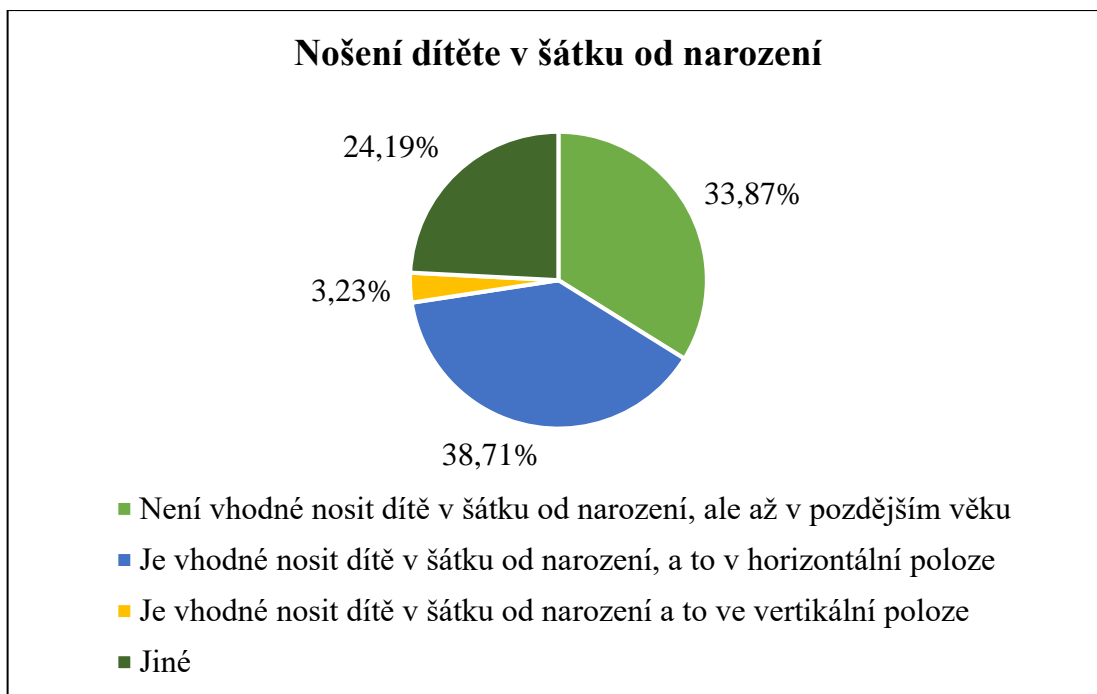
Touto otázkou bylo zjišťováno, jak z pohledu fyzioterapeutů ovlivňuje nošení dětí v šátku jejich psychomotorický vývoj. Z celkového počtu 62 dotazovaných fyzioterapeutů jich bylo nejvíce (34 fyzioterapeutů; 54,84%) toho názoru, že nošení dětí v šátku ovlivňuje psychomotorický vývoj neutrálně. Šátkování má na psychomotorický vývoj podle 20 fyzioterapeutů (32,26%) negativní vliv. Pouze 8 fyzioterapeutů (12,90%) uvedlo vliv pozitivní.

Otázka č. 11 - Jaký máte názor na nošení dětí v šátku od narození?

Tabulka 25: Vyjádření absolutních a relativních četností názoru fyzioterapeutů na nošení dětí v šátku od narození

Nošení dítěte od narození	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Není vhodné nosit dítě v šátku od narození, ale až v pozdějším věku	21	33,87
Je vhodné nosit dítě v šátku od narození, a to v horizontální poloze	24	38,71
Je vhodné nosit dítě v šátku od narození, a to ve vertikální poloze	2	3,23
Jiné	15	24,19
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 25: Grafické znázornění názoru fyzioterapeutů na nošení dětí v šátku od narození (Zdroj: Vlastní výzkum).

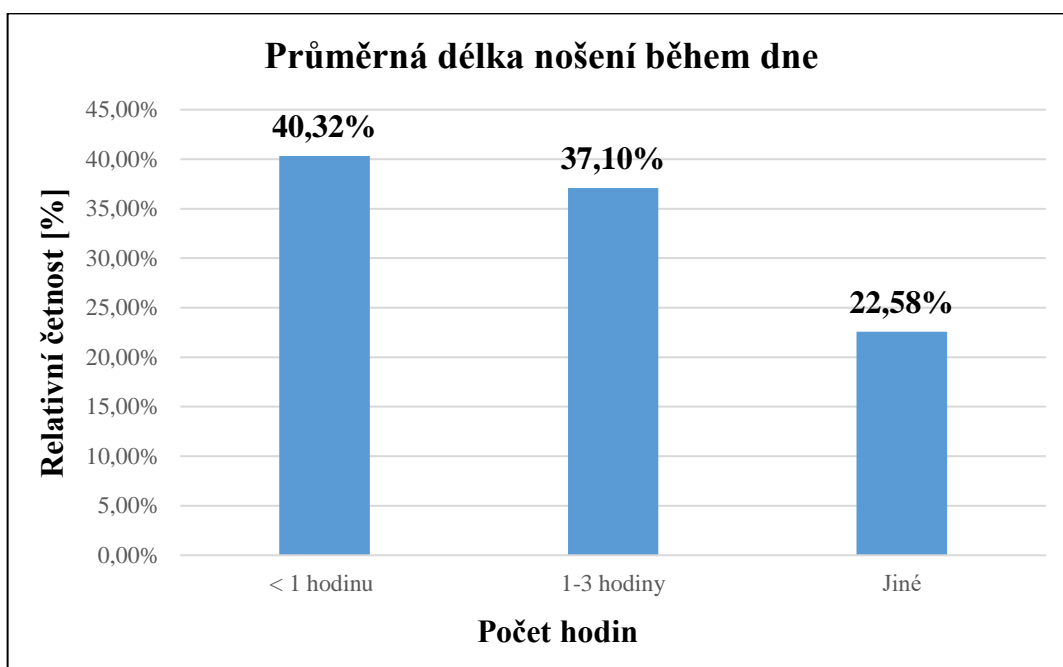
Zde bylo zjišťováno, zda a v jaké poloze je dle fyzioterapeutů vhodné nosit dítě v šátku od narození. Nejvíce (24 fyzioterapeutů; 38,71%) z celkového počtu dotazovaných fyzioterapeutů si myslí, že je vhodné nosit dítě od narození v horizontální poloze. Pouze 2 fyzioterapeuti (3,23%) zastávají názor, že je vhodné nosit od narození ve vertikální poloze. Naproti tomu 21 fyzioterapeutů (33,87%) zastává názor, že je vhodné nosit dítě v šátku až v pozdějším věku. Vypisovací možnost „Jiné“ využilo 15 fyzioterapeutů (24,19%). Zde většina fyzioterapeutů zmínila, že nošení dětí v šátku od narození je možné pouze na krátkou dobu, dále pak někteří uvedli, že nošení dle nich není vhodné ani v pozdějším věku.

Otázka č. 12 - Kolik hodin denně si myslíte, že je vhodné nosit dítě v šátku?

Tabulka 26: Vyjádření absolutních a relativních četností vhodné průměrné délky nošení během dne z pohledu fyzioterapeuta.

Délka nošení	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Méně jak 1 hodinu denně	25	40,32
1-3 hodiny	23	37,10
4-6 hodin	0	0,00
7-10 hodin	0	0,00
Celodenní nošení nevadí	0	0,00
Jiné	14	22,58
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 26: Vyjádření absolutních a relativních četností vhodné průměrné délky nošení během dne z pohledu fyzioterapeuta (Zdroj: Vlastní výzkum).

Otázka měla za úkol zjistit, kolik hodin denně v průměru je dle názoru fyzioterapeutů vhodné nosit dítě v šátku. Méně jak 1 hodinu denně uvedlo nejvíce fyzioterapeutů (25; 40,32%).

Dalších 23 fyzioterapeutů (37,10%) si myslí, že je vhodné nosit dítě v šátku v průměru 1-3 hodiny denně. Žádný z dotazovaných fyzioterapeutů si nemyslí, že je vhodné nosit v průměru více jak 3 hodiny denně, či že celodenní nošení nevádí. Ve vypisovací možnosti „Jiné“, kterou zvolilo 14 fyzioterapeutů (22,58%), bylo nejčastěji uvedeno, že nošení je vhodné na co nejkratší nutnou dobu (venčení psa, nákup apod.). Někteří podotkli, že je vhodné nosit 1-3 hodiny, ale ne souvisle, bylo také zmíněno, že je důležité střídat polohy. Další 3 fyzioterapeuti uvedli, že je zapotřebí individuálního přístupu a délku nošení uzpůsobit potřebám dítěte. Čtyři fyzioterapeuti jsou toho názoru, že dítě by v šátku nemělo trávit vůbec žádný čas. Pouze jeden fyzioterapeut na tuto otázku odpověděl „nevím“.

11.3. Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1:

H₁₀: Neexistuje statisticky signifikantní rozdíl mezi názory fyzioterapeutů a rodičů na vhodnost šátkování.

H₁₁: Existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi názory fyzioterapeutů a rodičů na vhodnost šátkování.

Pro testování hypotézy č. 1 byla využita data z otázky č. 6 z dotazníku pro rodiče a z otázky č. 7 z dotazníku pro fyzioterapeuty. Obě otázky zjišťovaly, jak respondenti vnímají nošení dětí v šátku. U obou otázek byly na výběr dvě možnosti a to „spíše vhodné“ a „spíše nevhodné“. Na základě získaných dat, bylo pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti určena hladina významnosti.

Respondenti	Názor-pozorované		Celkem	Chí kvadrát test P
	Spíše vhodné	Spíše nevhodné		
Rodiče	63	12	75	<0,1 %
Fyzioterapeuti	18	44	62	
Celkem	81	56	137	
Rodiče	84 %	16 %	100 %	
Fyzioterapeuti	29 %	71 %	100 %	

Tabulka 27: H₁ – Chí kvadrát test

Pomocí chí-kvadrát testu byla zjištěna hladina významnosti. Dosažená hladina významnosti (p) je <0,1 %, je tedy v porovnání s hladinou významnosti $\alpha= 0,05$ (5%) nižší. Nulovou hypotézu zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy. Můžeme tedy říci, že existuje statisticky významný rozdíl mezi názory fyzioterapeutů a rodičů na vhodnost šátkování. Většina rodičů je toho názoru, že šátkování je „spíše vhodné“ (63 rodičů; 84 %), zatímco většina fyzioterapeutů se přiklání k tomu, že šátkování je „spíše nevhodné“ (44 fyzioterapeutů; 71%). Naopak pouze 12 rodičů (16 %) si myslí, že je šátkování „spíše nevhodné“, zatímco 18 fyzioterapeutů (29%) považuje nošení dětí v šátku za „spíše vhodné“.

Hypotéza č. 2:

H₂₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi fyzioterapeuty a rodiči v názoru na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj.

H₂₁: Existuje statisticky významný rozdíl mezi fyzioterapeuty a rodiči v názoru na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj.

Pro testování hypotézy č. 2 byla využita data z otázky č. 9 z dotazníků pro rodiče a data z otázky č. 10 z dotazníku pro fyzioterapeuty. Obě otázky zjišťovaly názor rodičů a fyzioterapeutů na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na psychomotorický vývoj dítěte. U obou otázek byly možnosti odpovědi „pozitivní“, „neutrální“, „negativní“.

Respondenti	Vliv-pozorované			Celkem	Chí kvadrát test <i>P</i>
	Pozitivní	Neutrální	Negativní		
Rodiče	46	27	2	75	<0,1 %
Fyzioterapeuti	8	34	20	62	
Celkem	54	61	22	137	
Rodiče	61,3 %	36,0 %	2,7 %	100 %	
Fyzioterapeuti	12,9 %	54,8 %	32,3 %	100 %	

Tabulka 28: H₂ – Chí kvadrát test

Pomocí chí-kvadrát testu byla zjištěna hladina významnosti. Dosažená hladina významnosti (*p*) je <0,1 %, je tedy v porovnání s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$ (5%) nižší. Nulovou hypotézu zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy. Existuje tedy statisticky významný rozdíl mezi fyzioterapeuty a rodiči v názoru na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj. Názory se výrazně liší. Zatímco si většina z celkového počtu dotazovaných rodičů myslí, že nošení v šátku má pozitivní vliv na psychomotorický vývoj (46 rodičů; 61,3%), tak z celkového počtu dotazovaných fyzioterapeutů se největší část naopak domnívá, že nošení má neutrální vliv na psychomotorický vývoj (34 fyzioterapeutů; 54,8%). Jako druhá nejčastější odpověď na otázku vlivu nošení na psychomotorický vývoj byla u skupiny rodičů varianta „neutrální“ (27 rodičů; 36%). Zatímco u fyzioterapeutů byla druhou nejčastěji volenou variantou odpověď „negativní“ (22 fyzioterapeutů; 32,3%). Pouze 2 rodiče (2,7%) si myslí, že šátkování ovlivňuje psychomotorický vývoj negativně, ovšem u dotazované skupiny fyzioterapeutů zvolila nejmenší část z nich možnost pozitivního vlivu (8 terapeutů; 12,90 %)

12. Diskuze

Bakalářská práce na téma „Nošení dětí v šátku – rizika a benefity z pohledu fyzioterapie“ se v teoretické části zabývala možnými riziky a přínosy z pohledu fyzioterapie, v praktické části pak bylo cílem zjistit jaké názory a proč zaujímá laická a odborná veřejnost k řešené problematice. Šetření probíhalo dotazníkovou formou. Laickou veřejnost představovali rodiče, kteří využívají služeb zařízení (MŠ, MC, RC apod.) na území Českých Budějovic, celkem vyplnilo tištěné dotazníky 75 rodičů. Odbornou veřejnost v mé práci představovali fyzioterapeuti, kteří byli osloveni elektronicky a vyplňovali online dotazníkový formulář, celkem se šetření zúčastnilo 62 fyzioterapeutů. Byly stanoveny dvě hypotézy, z nichž obě obsahovaly nulovou a alternativní hypotézu. V obou případech byla na základě výpočtů pomocí chí kvadrát testu a následného určení hladiny významnosti nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch hypotézy alternativní.

Na základě vyhodnocení první hypotézy vyšlo najevo, že existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi názory fyzioterapeutů a rodičů na vhodnost šátkování. Většina fyzioterapeutů (44 fyzioterapeutů; 71 % z celkového počtu dotazovaných fyzioterapeutů) zaujímají spíše negativní postoj a šátkování vnímají jako „spíše nevhodné“. Nejčastěji uváděným důvodem pro tento postoj u fyzioterapeutů bylo to, že nošení v šátku není vhodné pro pohybový aparát dítěte. Tyto názory vycházejí s největší pravděpodobností z obav z předčasné vertikalizace dítěte. Avšak v zatím provedených studiích (Kavruk 2010; Kirkilionis, 2018) nebyla prokázána souvislost mezi vznikem deformit pohybového aparátu nebo vadného držení těla a tím, zda dítě bylo v dětství nošeno či ne. A to i u dětí, které byly nošeny ve vertikální poloze již od věku několika málo dnů. Česká pediatrická společnost ve svém stanovisku k nošení dětí v šátku a dalších pomůckách uvádí, že nemá žádné zásadní námitky proti tomuto způsobu transportu dítěte (Janda, © 2017). Naopak většina rodičů (63 rodičů; 84 % z celkového počtu dotazovaných rodičů) zaujímá pozitivní postoj, jelikož vnímají nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“. Vůbec nejčastěji uváděným důvodem byla podpora vztahu mezi matkou a dítětem, dále pak, že se jedná o praktický způsob transportu. Oba důvody jsou velice dobře pochopitelné, jelikož skrze tělesný kontakt a pocit bezpečí se upevňuje pouto mezi rodičem a dítětem (Sears, 2018). Nošení v šátku umožňuje nosící osobě bez větších problémů se přepravit například městskou hromadnou dopravou, zkrátka dostat se pohodlněji do prostor, kam se s kočárkem dostává jen těžko.

Při vyhodnocování druhé hypotézy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl mezi fyzioterapeuty a rodiči v názoru na to, jaký vliv má nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj. Největší počet terapeutů uvádí vliv neutrální, velká část pak vliv negativní, pouze 8 terapeutů uvedlo vliv pozitivní. Rodiče naproti tomu se ve své většině domnívají, že nošení v šátku má pozitivní vliv na psychomotorický vývoj. Téměř třetina dotazovaných uvedla vliv neutrální, pouze dva rodiče zvolili možnost „negativní“. Bohužel neexistuje studie, která by zkoumala rozdíl v psychomotorickém vývoji mezi dětmi nošenými v šátku a těmi, které nošeny nebyly. Domnívám se, že by bylo velmi zajímavé takovouto studii provést, už jen z toho důvodu, že – jak uvádí Smallová (2012) - děti Křováků (Sanů) jsou oproti evropským dětem v motorickém i kognitivním vývoji napřed. Nebo můžeme na celý problém pohlédnout z druhé strany a říci, že evropské děti jsou oproti Sanským dětem opožděné (je opravdu naše „evropská“ představa o ideálním vývoji dítěte „ta správná“?). Tento rozdíl je podle mne dán nejen odlišnými podmínkami prostředí, ale také rozdílným přístupem v péči o dítě. Sanové totiž věří, že ležící dítě nemůže získat dobré motorické schopnosti, podle Sanů je naopak nutné, aby dítě bylo ve vertikální poloze, což je umožněno díky kapse na nošení dětí schované uvnitř oděvu - tzv. *sling* (Smallová, 2012).

V dotazníku bylo mimo jiné zjišťováno i povědomí rodičů a fyzioterapeutů o dané problematice. Obě skupiny odpovídaly na shodnou otázku, zda si myslí, že mají o problematice dostatečné povědomí (otázka č. 2 u obou skupin respondentů). Z řad dotazovaných fyzioterapeutů téměř dvě třetiny odpověděly „Spíše ano“, z dotazovaných rodičů odpovědělo „spíše ano“ téměř tři čtvrtiny. Na následující otázku (otázka č. 3), která měla kontrolní charakter a zjišťovala, zda mají fyzioterapeuti povědomí o jednom ze základních pravidel nošení dětí v šátku a sice, zda se doporučuje nosit dítě čelem od nosící osoby však odpověděla správně pouze mírná nadpoloviční většina. Za správnou odpověď byla považována odpověď „Ne“, jelikož při této poloze mimo jiné není zajištěno fyziologické postavení v KYK (Kirkilionis, 2013). Můžeme tedy říci, že i fyzioterapeuti, kteří si myslí, že mají o této problematice spíše dostatečné povědomí odpověděli na tuto otázku špatně či nevěděli, zda je toto doporučováno. Stejná otázka (otázka č. 3) byla položena i rodičům, i zde však byl počet správných odpovědí menší než počet rodičů, kteří se domnívají, že mají spíše dostatečné povědomí. Ovšem při porovnání relativních četností odpovědělo oproti fyzioterapeutům více rodičů správně. Následující otázka (otázka č. 4) u obou dotazovaných skupin měla rovněž kontrolní charakter, zjišťovala,

jaké povědomí mají respondenti o způsobu uvázání dítěte v šátku. Za správnou variantu byla považována odpověď, že šátek musí být uvázán dostatečně pevně, aby byla dítěti poskytnuta dostatečná opora, což uvádí Kirkilionis (2013) ale i Janda (© 2017). Z řad fyzioterapeutů správně odpověděly téměř tři čtvrtiny z celkové počtu dotazovaných, ostatní nevěděli, jak má být dítě uvázáno nebo uvedli špatnou variantu odpovědi a to, že dítě má být uvázáno volně, aby mělo dostatečnou možnost pohybu. Správně odpověděl tedy větší počet fyzioterapeutů, v porovnání s počtem fyzioterapeutů, kteří si myslí, že se v problematice dostatečně orientují. U rodičů byl výsledek velmi podobný, největší část z dotazovaných odpověděla správně, tato část byla v porovnání relativních četností s fyzioterapeuty opět větší. Ač těmto výsledkům nemůžeme přikládat statistickou významnost, domnívám se, že je potřeba povědomí o nošení stále prohlubovat, především mezi fyzioterapeuty, kteří by měli být schopni poskytnout fundované rady.

Téměř všichni fyzioterapeuti (otázka č. 6) se setkali ve své praxi s rodičem, který nosil své dítě v šátku, a to podle mého názoru dokazuje, že je zapotřebí se problematikou šátkování zabývat, jelikož se nejedná o ojedinělý jev. I já jsem se během absolvovaných praxí, i v běžném životě často setkávala a stále setkávám s dotazy ohledně nošení. Naopak mne překvapil výsledek odpovědí z řad rodičů na otázku č. 10, zda měli potřebu konzultovat tuto problematiku s odborníkem. Téměř polovina rodičů neměla potřebu konzultovat, z rodičů, kteří měli potřebu poradit se většina obrátila na zkušenou maminku. Pouze 5 rodičů uvedlo, že se ohledně nošení radili s odborníkem. Tento výsledek je možná ovlivněn tím, že vzorek respondentů z řad rodičů je omezen pouze na České Budějovice. Dále je možné, že velký počet maminek skutečnost, že své dítě nosí v šátku před odborníky tají a na prohlídky si raději vezmou kočárek, aby se nedostaly s lékařem či fyzioterapeutem, který vůbec nedoporučuje šátkování, do sporu.

Ze zkoumání dostupných pramenů vyplývá, že od narození je možné nosit dítě ve vertikálním i v horizontálním úvazu. Názory se opět různí. Z vlastního dotazníkového šetření vyšlo najevo, že největší počet fyzioterapeutů (viz otázka č. 11) se přiklání k možnosti horizontální polohy. Pouze 2 fyzioterapeuti uvedli jako vhodnou polohu vertikální. Dle cca třetiny fyzioterapeutů je vhodné šátkovat až v pozdějším věku. Ovšem v porovnání s rodiči (viz otázka č. 13), kteří praktikují nošení, je možné spatřit rozdíl v poloze dítěte v šátku od narození. Přibližně dvě třetiny nosících rodičů uvedly, že praktikovaly nošení v šátku od narození, z toho pouze jediný rodič v horizontální poloze, všichni ostatní uvedli polohu vertikální. Přibližně třetina nosících rodičů uvedla že

praktikovala nošení až od pozdějšího věku. Podle mého názoru upřednostňují fyzioterapeuti od narození horizontální polohu či nošení až v pozdějším věku kvůli obavě z předčasné vertikalizace a možného poškození páteře. Osobně se však domnívám, že v případě správně dodržené techniky vázání a zajištění hlavičky pomocí pleny, poskytuje šátek dostatečnou oporu páteři dítěte. Hlavička spočívá na hrudi nosící osoby, páteř je díky podsazení pánve, v kyfotickém zakřivení (pro novorozence fyziologické). Podíváme-li se na celou problematiku z opačné strany, může se dokonce zdát, že je pro novorozence leh na zádech na rovné podložce po dlouhé hodiny nevhodný. Páteř novorozence je totiž převážně v kyfotickém zakřivení (Dylevský, 2009a).

Ani ve výše zmiňovaných výzkumech nebyl shledán negativní dopad nošení dítěte v šátku na jeho pohybový aparát, a to ani v případě, když rodiče začali s vertikální polohou ve věku několika málo dnů. Naopak jsem názoru, že tato poloha je oproti horizontální poloze vhodnější. Plocha kontaktu s tělem rodiče je větší, správného postavení pro zdravý vývoj KYK se v této poloze dosahuje snadněji, rodič má lepší kontrolu nad miminkem a v neposlední řadě je tato poloha vhodná pro miminka trpící refluxem. Pohořálková (2013) rovněž zmiňuje na základě svého pozorování v rámci lektorské praxe určitý rozdíl v chování rodičů, kteří mají navázané dítě ve vertikální poloze oproti poloze horizontální. Vertikální poloha je rodiči subjektivně vnímaná jako bezpečnější (Pohořálková, 2013). Toto mohu potvrdit i ze své osobní zkušenosti, kdy jsem si měla možnost jednotlivé úvazy vyzkoušet. Rovněž Fettweis (2010) uvádí, že vertikální polohu je možné začít užívat hned od narození, aby byl podpořen správný vývoj kyčelních kloubů. Vertikální polohu od narození prosazuje také například německá škola nošení Die Trageschule®. Ovšem horizontální poloha může být pro některé rodiče přijatelnější. Pak je třeba dbát na správné napolohování, aby například nedošlo k utlačení dýchací trubice (Gregora, Velemínský 2017).

Velmi diskutovaným tématem je doba, jak dlouho by mělo být dítě v šátku nošeno. Na základě otázky č. 12 v dotazníku pro fyzioterapeuty bylo zjištěno, že většina z nich se přiklání k názoru, že je vhodné nosit dítě méně jak 1 hodinu denně či 1-3 hodiny denně. Nikdo z fyzioterapeutů neuvedl delší časový horizont, pouze několik málo terapeutů zmínilo ve slovní odpovědi, že se délka nošení odvíjí od individuálních potřeb dítěte. Podíváme-li se na výsledky otázky č. 14 v dotazníku pro rodiče, která zjišťovala průměrnou délku nošení dítěte během dne u rodičů praktikujících nošení zjistíme, že největší počet z dotazovaných uvedl variantu 1-3 hodiny, další častou odpovědí bylo 4-6

hodin, pouze jediný rodič uvedl 7-10 hodin, nikdo však nezmínil celodenní nošení. Osobně se přikláním k názoru, že je zapotřebí respektovat individuální potřeby dítěte, některé děti jsou citlivější a vyžadují nošení více než jiné děti. Myslím si, že je důležité, aby rodič, pokud se pro nošení v šátku rozhodne, vnímal potřeby miminka a svůj instinkt. Nelze ovšem doporučit nošení v šátku jako celodenní záležitost, k tomu se přiklání i stanovisko ČSP (Janda, © 2017). Dítě potřebuje v rámci svého vývoje zakusit různá prostředí a vnímat působení gravitace v odlišných situacích, aby se jeho pohybový aparát učil přizpůsobovat se novým podmínkám.

Domnívám se, že problematikou šátkování by se měli zabývat i ortopedi. Do budoucna by nošení dětí v šátku ve vertikální poloze, za dodržení abdukčně-flekční pozice v KYK, mohlo být doporučováno jako prevence vzniku VDK či jako součást její konzervativní léčby. Pozitivní dopad nošení při terapii dysplastických kyčelních kloubů pozoroval již v roce 1940 japonský lékař Shigeo Nagura (Kirkilionis, 2013). Jako benefit oproti jiným abdukčním pomůckám vnímám to, že při nošení v šátku jsou kyčle dítěte vystaveny jemným pohybům, což napomáhá prokrvení kloubu a tím i lepšímu vývoji, sympatizují tedy s názorem pana profesora Velemínského (2017). Abdukční pomůcky mohou být některými dětmi velmi špatně snášeny, mohlo by se uvažovat nad tím, že by se během dne tyto pomůcky střídaly s vhodným úvazem v šátku či nošením v ergonomické nosící pomůcce. S tímto souvisí započatý nový výzkumný projekt Dr. Erin Mannen, který přiblížil Mezinárodní institut dysplazie kyčelního kloubu (IHDI). Dr. Mannen srovnává svalovou aktivitu dolních končetin a pohyby KYK dětí v ortopedických pomůckách používaných při léčbě VDK se svalovou aktivitou dolních končetin a pohyby KYK dětí nošených v pomůckách na nošení. Předpokládá, že vhodně používaná nosící pomůcka zajišťuje podobné postavení v KYK a svalovou aktivitu jako ortopedické pomůcky. Domnívá se, že vhodná nosící pomůcka by mohla nabídnout rodičům dětí s VDK pauzu od neforemných ortopedických pomůcek (IHDI, 2017). Svou osobní pozitivní zkušenost s šátkováním popisuje na svém blogu maminka dítěte, kterému byly předepsány Pavlíkovy třmínky, v článku „*To je nález na třmínky*“ (Křivánková, 2016).

13. Závěr

Bakalářská práce sestává z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje obecné informace ohledně problematiky nošení dětí v šátku včetně historických, etologických, antropologických a psychologických aspektů, pozornost je věnována také druhům šátků a způsobu jejich uvazování. Následující kapitoly teoretické části se zabývají nošením dětí v šátku z pohledu fyzioterapie, v kterých podrobněji popsána problematika z hlediska psychomotorického vývoje, páteře a kyčelního kloubu. V závěru teoretické části jsou na základě zjištěných informací z dostupných pramenů shrnuta rizika a benefity metody šátkování z pohledu fyzioterapie, tím byl splněn jeden z cílů této práce. Při správně prováděné technice vázání a při zohlednění individuálních potřeb dětí i rodičů výrazně převládají přínosy nad možnými riziky.

V praktické části práce, kterou tvoří kvantitativní výzkum, byly pomocí nestandardizovaných dotazníků zjišťovány názory a postoje fyzioterapeutů a rodičů k problematice nošení dětí v šátku. Zkoumáno bylo také povědomí o problematice a osobní zkušenosti s nošením dětí v šátku u rodičů. Byly stanoveny dvě hypotézy, v obou případech byla na základě provedení dotazníkového šetření nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Z výsledků vyplývá, že se názory mezi oběma skupinami dotazovaných liší. Na základě dotazníkového šetření a zjištěných skutečností v rámci zpracovávání teoretické části se domnívám, že je zapotřebí, aby se odborníci, tedy i fyzioterapeuti, více zabývali touto problematikou, a byli tak schopni poskytnout potřebné fundované odpovědi na dotazy ze stran rodičů. Velký potenciál vnímám ve využití nošení dětí v šátku v rámci terapie.

Pro další výzkum by bylo přínosné zjistit, jaké zkušenosti z praxe mají fyzioterapeuti, kteří jsou nošení v šátku nakloněni, či nošení dokonce doporučují, bylo by tedy vhodné provést rozhovory s těmito fyzioterapeuty. Považuji rovněž za důležité, aby byla v budoucnu provedena studie srovnávající psychomotorický vývoj dětí nošených v šátku od narození a dětí v šátku nenošených. Myslím, že by výsledky mohli být překvapivé.

Tato práce může být využita v klinické praxi fyzioterapeutů a dalších odborníků, může být využita jako edukační materiál pro studenty a pro budoucí i stávající rodiče.

14. Seznam použitých zdrojů

1. BÍLKOVÁ, I., © 2018. *Nošení dětí na těle – pozitiva a negativa tohoto fenoménu* [online] FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o., Praha [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/noseni-deti-na-tele-pozitiva-i-negativa-tohoto-fenomenu>
2. ČIHÁK, R., 2011. *Anatomie 1. 3.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
3. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie. 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 1192. ISBN 978-80-247-4357-8.
4. DYLEVSKÝ, I., 2009a. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing. 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
5. DYLEVSKÝ, I., 2009b. *Speciální kineziologie*. Praha: Grada Publishing. 184 s. 180 s. ISBN 978-80-247-1648-0.
6. ENGEL-MAJER, H., 2006. *Nošení dětí a skolióza – názor fyzioterapeutky* [online] Dydimos [cit. 2018-07-07] Dostupné z: <http://www.didymos.cz/content/20-noseni-deti-a-skolioza>
7. ESPOSITO, G. et al., 2013. *Infant Calming Responses during Maternal Carrying in Humans and Mice* [online]. *Current Biology* 23(9), 739-745. DOI: 10.1016/j.cub.2013.03.041. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/236251169_Infant_Calming_Responses_during_Maternal_Carrying_in_Humans_and_Mice
8. FETTWEIS, E. 2010. *Über das Tragen von Babys und Kleinkindern in Tüchern oder Tragehilfen* [online]. *Orthopädische Praxis*. 46(2), 89-94. ISSN 0030-588X. [cit. 2017-15-12]. Dostupné z: https://www.online-oup.de/media/pdf/webarchiv/2010/OUP_2010_02.pdf
9. FRYDRYCHOVÁ, M. et al., 2016. *Vývojová dysplazie kyčelního kloubu* [online]. *Pediatric pro praxi*. 17(3), 141-145. ISSN 1803-5264. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/03.pdf>
10. GÖTZ, C., 2008. *Der Frosch am Bauch – Das Tragetuch aus physiotherapeutischen Sicht* [online] Thieme – Physiopaxis 6(6), 48-50. DOI 10.1055/s-002-23121. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <https://www.leo-das-tragemadel.de/files/tragenausphyseosicht.pdf>
11. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ M., 2017. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.

12. HASSENSTEIN, B., 1988. *Der biologische Typus des menschlichen Säuglings* [online]. Theoretische Grundlagen und Probleme der Biologie. [cit. 2018-06-17]. Dostupné z: http://bernhard-hassenstein.de/literatur_online/Tragling
13. HUNZIKER, U. A., BARR, R. G., 1986. *Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial* [online]. Pediatrics. 77(5), pp. 641-648. ISSN: 1098-4275. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/19643720_Increased_carrying_reduces_infant_crying_A_randomized_controlled_trial
14. INTERNATIONAL HIP DYSPLASIA INSTITUTE., 2017. *Babywearing study* [online]. [cit. 2018-08-07]. Dostupné z: <https://hipdysplasia.org/news/latest-news/babywearing-study/>
15. JANDA, J., © 2017. *Stanovisko České pediatrické společnosti k nošení malých dětí v šátku či závěsu – tzv. „šátkování“ - pro a proti* [online]. Česká pediatriká společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. [cit. 2017-07-07]. Dostupné z: <https://www.pediatrics.cz/stanoviska-cps-a-doporuceni/>
16. DVOŘÁČKOVÁ, O., KAJANOVÁ, A., STRÁNKŠÝ, P., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta
17. KALOUSKOVÁ, V., 2006a. *Přehled úvazů* [online]. Nošení dětí [cit. 2018-07-05]. Dostupné z: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=33
18. KALOUSKOVÁ, V., 2006b. *Nenoste čelem dopředu!* [online]. Nošení dětí [cit. 2018-07-05]. Dostupné z: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=32
19. KALOUSKOVÁ, V., 2009a. *Nosíme miminko “vsedě“* [online]. Nošení dětí [cit. 2017-15-12]. Dostupné z: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=94
20. KALOUSKOVÁ, V., 2009b. *O polohování miminek při nošení v kolíbkách* [online]. Nošení dětí [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=92
21. KALOUSKOVÁ, V., 2011. *Vybíráme první šátek* [online]. Nošení dětí. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=99
22. KAVRUK, H., 2010. *Der Einfluss des Tragens von Säuglingen und Kleinkindern in Tragehilfen auf die Entwicklung von Haltungsschäden im Schulkindalter – Untersuchungen mit der MediMouse®* [online] Köln. Disertační práce. Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. [cit. 2018-05-06] Dostupné z: <https://d-nb.info/1000935817/34/>

23. KIENZLE-MÜLLER, B., 2014. Tragen als Therapie – Therapie durch Tragen. In: HÖWER, U., BENEKEN, A. (eds). *Tagungsband Dresdener Tragetage*. Dresden: Die Trageschule®, s. 11-26. Vydáno vlastním nákladem.
24. KIENZLE-MÜLLER, B. et al., 2018. *Babys im Gleichgewicht: Geborgen und getragen im ersten Lebensjahr*. München: Elsevier. 159 s. ISBN 978-3-437-45227-7.
25. KIRKILIONIS, E., 2013. *Ein Baby will getragen sein, alles über geeignete Tragehilfen und die Vorteile des Tragens*. München: Kösel 189 s. ISBN 978-3466345762.
26. KIRKILIONIS, E., 2018. *Unfounded fear of postural damage by carrying* [online]. Didymos [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: https://www.didymos.com/content/uploads/2018/03/14_EN_Expertentexte-Unfounded-fear.pdf
27. KLUSÁČEK, D., 2006. *Gastroezofageální reflux a refluxní choroba jícnu u dětí* [online]. *Pediatric pro praxi*. 7(6), 300-303. ISSN 1803-5264. [cit. 2018-08-07]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Klusacek.pdf>
28. KOLÁŘ, P. et al., 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
29. KOŘÍNKOVÁ, P. 2016. *Psychologické aspekty nošení dětí v šátku* [online]. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. [cit. 2018-04-06] Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/167580/>
30. KRÁLÍČEK, P., 2011. *Úvod od speciální neurofyzologie*. 3. vydání. Praha: Galén. 235 s. ISBN 978-80-7262-618-2.
31. KŘIVÁNKOVÁ, A., 2016. *To je nález na trmínky* [online]. Přírozeně bezlepková domácnost. [cit. 2018-08-07]. Dostupné z: <http://annakrivankova.cz/to-je-nalez-na-trminky/>
32. KŠÍROVÁ, A., 2017. „Nevzdávat to při prvním neúspěchu“ [online] *Svet nosenia*. [cit. 2018-07-05]. Dostupné z: <http://nosma.sk/svet-nosenia/svet-nosenia-2017/>
33. LIEDLOFF, J. 2007. *Koncept kontinua: hledání ztraceného štěstí pro nás i naše děti*. Praha: DharmaGaia. 174 s. ISBN 978-80-86685-79-3.
34. LIPINA, R. et al., 2012. *Léčba polohového plagiocefalu pomocí kraniální remodelační ortézy* [online]. *Pediatric pro praxi*. 13(1), 36-39. ISSN 1803-5264. [cit. 2018-08-08]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/01/09.pdf>

35. NOVOTNÁ, H., STOJASPALOVÁ, K., 2016. *Kolébka nebo vertikál?* [online] Všemi smysly. [cit. 2018-06-21]. Dostupné z:
<http://magazin.branakdetem.cz/kolebka-nebo-vertikal/>
36. POHOŘÁLKOVÁ, A., 2013. *Biologické předpoklady nošení dětí aneb proč je přirozené nosit děti vertikálně* [online]. V bavlncce. [cit. 2017-15-12]. Dostupné z:
<http://vbavlncce.blogspot.cz/2013/06/biologicke-predpoklady-noseni-deti-aneb.html>
37. POHOŘÁLKOVÁ, A., 2018. *Proč se děti při nošení uklidňují* [online]. V bavlncce [cit. 2018-01-07]. Dostupné z: <http://vbavlncce.blogspot.com/2018/01/proc-se-deti-pri-noseni-uklidnuji.html>
38. PREKOPOVÁ, J. 2009. *Malý tyran* 6. vydání. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-589-9.
39. PUHANÁ, H., © 2009. *Úvazy podle věku* [online]. Šátkování. [cit. 2018-07-14]. Dostupné z: <https://satkovani.webnode.cz/otazky-a-odpovedi/uvazy-podle-veku/>
40. RUIZLOVÁ, L., 2014a. *Nošení dětí v šátku*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta.
41. RUIZLOVÁ, L., 2014b. *Nošení dětí není škodlivé* [online]. Brno. [cit. 2018-07-05]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/395333/lf_b/Brozurka.pdf
42. RYBA, L. et al., 2012a. *Šátkování (nošení dětí v šátku) – 1. část* [online]. *Pediatric pro praxi*. 13(2), 135-137. ISSN – 18303–5264. [cit. 2018-09-05]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/02/19.pdf>
43. RYBA, L. et al., 2012b. *Šátkování (nošení dětí v šátku), 2. část* [online]. *Pediatric pro praxi*. 13(3), 208-210. ISSN – 18303–5264. [cit. 2017-18-12]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/17.pdf>
44. SCHREIEROVÁ, V., © 2018. *Návod, jak fixovat hlavičku v šátku plenou* [online] Péče o miminko – vaničkování. [cit. 2018-06-07]. Dostupné z:
<https://www.vanickovani.cz/navod-jak-fixovat-hlavicku-v-satku-plenou/>
45. SEARS, W., SEARSOVÁ, M., 2018. *Kontaktní rodičovství*. 2. vydání. Praha: Argo. 292 s. ISBN 978-80-257-2449-1.
46. SMALLOVÁ, M. F., 2012. *Naše děti, naše světy: jak biologie a kultura ovlivňují naše rodičovství*. Praha: DharmaGia. 248 s. ISBN 978-80-7436-028-2.
47. ŠRÁČEK, J., ŠRÁČKOVÁ, D. 2006. *Chováme se k novorozenci jako k nošenci?* [online] Nošení dětí. [cit. 2018-17-06]. Dostupné z:
http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=52

48. TURNOVSKÁ, J., 2009. *Šátkování – nosíme své děti v šátku*. Praha: Vodnář. 135 s. ISBN 978-80-86226-47-7.
49. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2017. *Dítě od početí do puberty: 1500 otázek a odpovědí* 4. vydání., Praha: Triton. 480 s. ISBN 978-80-7553-148-3.
50. WINNETTE, P., 2018. *Dítě nezlobí, dítě se chová* [online] Psychologie – Samomluvy. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/dite-nezlobi-dite-se-chova/>
51. WYNDHAM, A., 2017. *Transport response* [online] Evolution of Babywearing. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <https://evolutionofbabywearing.com/2017/10/31/transport-response/>

15. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče

Příloha č. 2: Dotazník pro fyzioterapeuty

Příloha č. 3: Osvědčení

Příloha č. 4: Abdukční pomůcky

Příloha č. 5: Úvaz tzv. Buddha v kříži

Příloha č. 6: Pozice „M“ ve vertikálním úvazu

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče

Prosím o vyplnění krátkého anonymního dotazníku (14 otázek) k mé bakalářské práci s názvem „Nošení dětí v šátku – rizika a benefity z pohledu fyzioterapie“, která se mimo jiné zabývá názory rodičů na problematiku nošení dětí v šátku. Není-li uvedeno jinak, zvolte prosím vždy pouze jednu odpověď. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Kateřina Čápková, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích

Pro případné dotazy či připomínky mne kontaktujte na email: kacka.cap@gmail.com

1. Pohlaví
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Myslím si, že mám o této problematice dostatečné povědomí:
 - a. Spíše ano
 - b. Spíše ne
3. Nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby je doporučováno:
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
4. Dítě v šátku by mělo být uvázáno:
 - a. Dostatečně pevně, aby byla dítěti šátkem poskytnuta dostatečná opora
 - b. Úvaz by měl být volný, aby mělo dítě dostatečnou možnost pohybu
 - c. Nevím
5. Myslíte si, že může být handicapované dítě nošené v šátku?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Jiné:
6. Nošení dětí v šátku vnímám jako: (v případě odpovědi A pokračujte otázkou č. 8; v případě odpovědi B pokračujte otázkou č. 9.)
 - a. Spíše vhodné
 - b. Spíše nevhodné
7. Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“, proč? (můžete označit více odpovědí):

- a. Je podpořen vztah mezi dítětem a rodičem
 - b. Ve vertikální poloze je dosaženo takového postavení kyčelních kloubů, které je vhodné pro jejich zdravý vývoj
 - c. Nošení dítěte v šátku je vhodné pro jeho psychomotorický vývoj
 - d. Nošení dítěte v šátku podporuje psychosociální vývoj
 - e. Nošením v šátku dochází ke zlepšování svalového tonu (napětí) dítěte
 - f. Jiné:
8. Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“, proč? (můžete označit více odpovědí):
- a. Myslím si, že nošení v šátku není vhodné pro pohybový aparát dítěte
 - b. Může dojít k pádu matky a tím pádem k ohrožení zdraví dítěte
 - c. Dítě nemá dostatek prostoru pro svůj volný pohyb
 - d. Nošením dětí se opoždí jejich psychomotorický vývoj
 - e. Není snadné dodržet správnou techniku vázání šátku
 - f. Není to vhodné pro nosící osobu, kvůli přetížení pohybového aparátu
 - g. Jiné:
9. Jaký má vliv, dle Vašeho názoru, nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj?
- a. Pozitivní
 - b. Neutrální
 - c. Negativní
10. Měl/a jste někdy potřebu konzultovat nošení svého dítěte v šátku s odborníkem?
- a. Ano, konzultovala jsem to se zdravotníkem/lékařem
 - b. Ne, nekonzultovala jsem to s žádným zdravotníkem/lékařem, ale s maminkou, která má zkušenosti s nošením
 - c. Neměla jsem potřebu konzultovat
11. Pakliže jste nošení v šátku konzultovala se zdravotníkem/ lékařem, byl zdravotník/lékař schopen poradit?
- a. Ano
 - b. Ne
12. Nosíte či nosil/a jste své dítě v šátku?
- a. Ano (pokračujte na další otázky)
 - b. Ne (dál dotazník nevyplňujte)
13. Nosil/a jste své dítě v šátku od narození?

- a. Ano, ve vertikální poloze
- b. Ano, v horizontální poloze
- c. Ne, nenesla jsem dítě od narození, ale až v pozdějším věku

14. Kolik hodin denně v průměru jste své dítě nosil/a?

- a. Méně jak 1 hodinu denně
- b. 1-3 hodiny
- c. 4-6 hodin
- d. 7-10 hodin
- e. Celý den
- f. Jiné:

Příloha č. 2: Dotazník pro fyzioterapeuty

Prosím o vyplnění anonymního dotazníku k mé bakalářské práci s názvem „Nošení dětí v šátku – rizika a benefity z pohledu fyzioterapie“, která se mimo jiné zabývá názory fyzioterapeutů na problematiku nošení dětí v šátku. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Kateřina Čápková, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích

Pro případné dotazy či připomínky mne kontaktujte na email: kacka.cap@gmail.com

1. Pohlaví
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Myslím si, že mám o problematice nošení dětí v šátku dostatečné povědomí:
 - a. Spíše ano
 - b. Spíše ne
3. Nošení dětí v šátku čelem od nosící osoby je doporučováno:
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
4. Dítě v šátku by mělo být uvázáno:
 - a. Dostatečně pevně, aby byla dítěti šátkem poskytnuta dostatečná opora
 - b. Úvaz by měl být volný, aby mělo dítě dostatečnou možnost pohybu
 - c. Nevím
5. Myslíte si, že může být handicapované dítě nošené v šátku?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Jiné:
6. Setkal/a jste se někdy ve své praxi s rodičem, který nosil své dítě v šátku?
 - a. Ano
 - b. Ne
7. Nošení dětí v šátku vnímám jako/(v případě odpovědi A se rozbalí otázka 9; v případě odpovědi B se rozbalí otázka 10)/ – další otázky stejné:
 - a. Spíše vhodné
 - b. Spíše nevhodné

8. Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše vhodné“, proč? (můžete označit více odpovědí):
- Je podpořen vztah mezi dítětem a rodičem
 - Ve vertikální poloze dítěte v šátku je dosaženo takového postavení kyčelních kloubů, které je vhodné pro jejich zdravý vývoj
 - Nošení dítěte v šátku je vhodné pro jeho psychomotorický vývoj
 - Nošení dítěte v šátku podporuje jeho psychosociální vývoj
 - Nošením v šátku dochází ke zlepšování svalového tonu dítěte
 - Je to praktická forma transportu
 - Jiné:
9. Pakliže vnímáte nošení dětí v šátku jako „spíše nevhodné“, proč? (můžete označit více odpovědí):
- Myslím si, že nošení v šátku není vhodné pro pohybový aparát dítěte
 - Může dojít k pádu matky a tím pádem k ohrožení zdraví dítěte
 - Dítě nemá dostatek prostoru pro svůj volný pohyb
 - Nošením dětí se opoždí jejich psychomotorický vývoj
 - Není snadné dodržet správnou techniku vázání šátku
 - Není to vhodné pro nosící osobu, kvůli přetížení pohybového aparátu
 - Jiné:
10. Jaký má vliv, dle Vašeho názoru, nošení dětí v šátku na jejich psychomotorický vývoj?
- Pozitivní
 - Neutrální
 - Negativní
11. Jaký máte názor na nošení dětí v šátku od narození?
- není vhodné nosit dítě v šátku od narození, ale až v pozdějším věku
 - je vhodné nosit dítě v šátku již od narození, a to v horizontální poloze
 - je vhodné nosit dítě v šátku již od narození, a to ve vertikální poloze
 - jiné:
12. Kolik hodin denně si myslíte, že je vhodné nosit dítě v šátku:
- Méně jak 1 hodinu denně
 - 1-3 hodiny
 - 4-6 hodin
 - 7-10 hodin

e. Celodenní nošení nevadí

f. Jiné:

Příloha č. 3: Osvědčení:



Osvědčení

Kateřina Čápová

absolvoval(a)

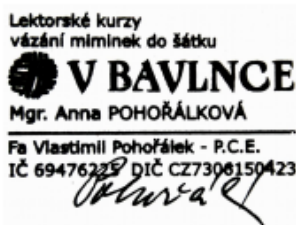
18. a 19. února 2017

**Kurz pro poradkyně
nošení dětí**

v rozsahu:

teorie vázání, praktický nácvik výuky úvazů, podpora rané
vazby, podpora mateřských kompetencí, praktické vedení a
organizace kurzu, péče o klienty

Získané znalosti může využít především při vlastní samostatné
činnosti jako poradkyně vázání šátku.



Ing. Vlastimil POHOŘÁLEK
pořadatel kurzu

Mgr. Anna POHOŘÁLKOVÁ
odborná lektorka

ing. Vlastimil POHOŘÁLEK – P.C.E., Taussigova 1169/7, Praha 8 18200, IČ: 69476225, DIČ: CZ7306150423
prodejny V BAVLNCE, specialisté na nošení dětí, www.vbavlnce.cz www.nositka.cz www.storchenwiege.cz

Příloha č. 4 – Abdukční pomůcky

Frejkova peřinka

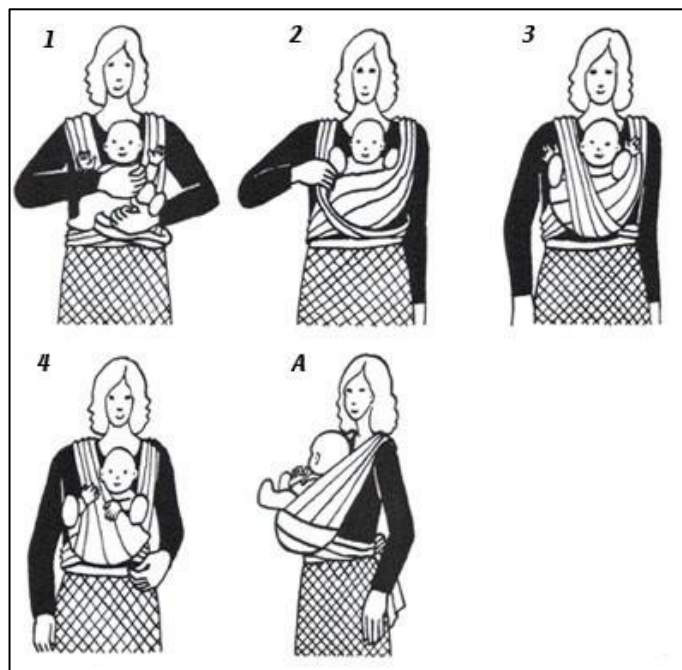


Pavlíkovy třmeny



Zdroj: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/03/03.pdf>

Příloha č. 5 – Úvaz tzv. Buddha v kříži



Zdroj: <https://www.nosmesa.eu/products/budha-v-krizi/>

Příloha č. 6 – Pozice „M“ ve vertikálním úvazu



Zdroj: http://www.nosenideti.cz/clanek.php?clanek_id=94 (Kalousková, 2009a)

16. Seznam zkratek

IHDI – International Hip Dysplasia Institute

KYK – kyčelní kloub

MC – mateřské centrum

MŠ – mateřská škola

RC – rodičovské centrum

SIAI – spina iliaca anterior inferior

VDK – vývojová dysplazie kyčelní

VVK – vrozené vykloubení kyčelního kloubu