

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Psychická pohoda/distres matky a zdraví dítěte v prvním roce věku
Psychological well-being/distress of mother and health of child in the
first year of age

Eliška Rojíková

Vedoucí práce: PhDr. Helena Franke, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie a speciální pedagogika

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Psychická pohoda/distres matky a zdraví dítěte v prvním roce věku potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 19. 4. 2018

.....

Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé práce PhDr. Heleně Franke, Ph.D za odborné vedení, vstřícnost a bohaté komentáře, které mi k práci poskytovala. Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám, které se do výzkumu zapojily a MUDr. Janě Vyhlídkové za pomoc při shánění respondentek. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za podporu a připomínky k práci.

ABSTRAKT

Práce zkoumala vztah psychické pohody matky a zdraví dětí v prvním roce života. Vychází z psychosomatického přístupu a Engelova bio-psycho-sociálního modelu nemoci. Cílem výzkumu bylo zmapovat stonání dětí v prvním roce života, prozkoumat vztahy psychické pohody matky a zdraví dětí v prvním roce věku a zachytit další faktory, které se podílejí na zdraví dítěte. Výzkum byl proveden kvantitativními metodami a doplněn třemi kazuistikami, na nichž jsou ilustrovány rizikové či protektivní faktory. Metodami sběru dat byly dotazníky na všeobecné psychické zdraví a každodenní rodičovské těžkosti. Dále pak úvodní dotazník a dotazník nemocnosti dítěte, které byly vytvořeny pro účely této práce. Byly zjištěny také informace, které se týkají těhotenství, porodu a temperamentu. Výzkumný vzorek čítá 133 respondentek, které mají děti ve věku přibližně jednoho roku. Z výsledků je patrné, že děti byly většinou z úplných rodin a matky prožívaly mateřství spíše jako šťastné období, protože vykazovaly nižší hodnoty stresu v obou dotaznících. Mezi psychickou pohodou/distresem matek a obecnou nemocností dětí nebyl prokázán vztah. Výraznějším rysem je významný vztah mezi psychickou pohodou/distresem matek a výskytem alergických onemocnění u dětí. Pro další výzkum navrhuji provést kvalitativní analýzu, která zachytí kontexty onemocnění přesněji a zahrne do výzkumu i postavu otce.

KLÍČOVÁ SLOVA

Psychosomatika, mateřství, psychická pohoda, distres, dětský vývoj, zdraví

ABSTRACT

This bachelor thesis examined the relationship between psychological well-being of mothers and health of children in the first year of life. It is based on psychosomatic approach and Engel's biopsychosocial model of illness. The aim of this bachelor thesis was to find typical illnesses in the first year of life, explore relationship between mother's well-being and children illnesses and to identify other factor, that contribute to the child's health. The research design was quantitative and it is supplemented by three case studies showing risk and protective factors. The measuring method used for this research is General Health Questionnaire 12, Parenting Daily Hassles Scale and two questionnaires specifically created for this theses - Introductory Questionnaire and Illness rate Questionnaire. Information concerning pregnancy, childbirth and temperament was also gathered. The research sample consist of 133 participants, who have children about one year old. The result revealed, that children were mostly from complete families and mothers had lower stress level in both questionnaires. No relationship between mothers well-being/distress and general illnesses of children was found. On the other hand the result shows significant relationship between mothers well-being/distress and occurrence of allergic diseases in children. For future research I suggest qualitative design, that could find out meanings of diseases and will also include father.

KEYWORDS

Psychosomatics, motherhood, psychological well-being, distress, child development, health

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 7 |
| 1 Teoretická část..... | 9 |
| 1.1 Psychosomatika | 9 |
| 1.1.1 Historie psychosomatiky | 10 |
| 1.1.2 Rodina, psychosomatika a děti | 11 |
| 1.2 Od početí k prvnímu roku života | 13 |
| 1.2.1 Početí | 13 |
| 1.2.2 Prenatální období | 14 |
| 1.2.3 Porod..... | 15 |
| 1.2.4 Kojenecké období | 16 |
| 1.3 Mateřství | 17 |
| 1.3.1 Náročnost mateřství | 18 |
| 1.3.2 Stres v období mateřství | 18 |
| 1.4 Zdraví a nemoci u dětí | 19 |
| 1.4.1 Zdraví..... | 19 |
| 1.4.2 Faktory ovlivňující zdraví..... | 20 |
| 1.4.3 Zdravotní obtíže | 21 |
| 1.4.4 Shrnutí nejčastějších nemocí v kojeneckém věku | 26 |
| 2 Empirická část | 27 |
| 2.1 Cíle a výzkumné otázky..... | 27 |
| 2.1.1 Cíle výzkumu | 27 |
| 2.1.2 Výzkumné otázky | 28 |
| 2.1.3 Hypotézy..... | 28 |
| 2.2 Metody sběru dat | 30 |
| 2.2.1 Úvodní dotazník..... | 30 |
| 2.2.2 Dotazník – Nemocnost dítěte..... | 31 |

| | | |
|-------|---|----|
| 2.2.3 | General Health Questionnaire 12..... | 31 |
| 2.2.4 | Parenting Daily Hassles Scale | 32 |
| 2.3 | Průběh sběru a zpracování dat | 32 |
| 2.4 | Výzkumný soubor | 33 |
| 2.4.1 | Vzdělání rodičů dítěte..... | 33 |
| 2.5 | Prezentace výsledků..... | 34 |
| 2.5.1 | Reliabilita..... | 34 |
| 2.5.2 | Deskriptivní analýza dat | 34 |
| 2.5.3 | Korelační analýza dat | 46 |
| 2.6 | Kazuistiky o přítomnosti rizikových faktorů | 53 |
| 2.6.1 | Chlapec, který nejvíce stonal | 53 |
| 2.6.2 | Nejzdravější dítě | 54 |
| 2.6.3 | Dítě matky s nejnižší subjektivně uvedenou psychickou pohodou | 55 |
| | Diskuse | 57 |
| | Závěr | 62 |
| | Seznam literatury | 64 |
| | Přílohy - dotazníky | 70 |
| | Úvodní dotazník..... | 70 |
| | Nemocnost dítěte | 73 |

Úvod

Nemocnost lidí se významně liší interindividuálně i intraindividuálně, v průběhu celého vývoje jedince. Každý z nás během svého života zažil různá onemocnění, a to v různé závažnosti, ale také v odlišném období. Když taková situace nastane, snažíme se pátrat nejen po možných příčinách, ale především řešeních, jak stav nemoci odvrátit. Klasický medicínský přístup se bude nejspíše zabývat především biologickými faktory, které mohou dobře vysvětlit určitou část nemoci. Nicméně člověk není tvořen pouze složkou somatickou a je žádoucí uvažovat o nemocech komplexněji. Takovou širší perspektivu zaujímá právě psychosomatická medicína. Při úvahách o nemocech se věnuje vzájemnému působení biologických, psychických a sociálních faktorů.

V této práci bude věnována pozornost nemocnosti dětí v období zhruba jednoho roku věku. Za prvé bych ráda zmapovala, jaké nemoci nebo druhy stonání (např. po očkování nebo při růstu zubů) se typicky vyskytují u dětí v průběhu prvního roku života. Za druhé mě zajímá, jak matky dětí hodnotí v tomto období svou psychickou pohodu a subjektivní prožívání rodičovských povinností. V závěrečné části práce se pokusím zjistit, jestli tyto proměnné vzájemně korelují. Zajímá mě tedy, jakou roli hrají u nemocnosti kojenců psychosociální faktory.

Téma práce jsem si vybrala proto, že se zabývá oblastí psychosomatiky, která mě oslovuje svou celistvostí, s níž přistupuje k člověku. Myslím si, že se jedná o obor, který díky svému holistickému charakteru nabízí zvýšení kvality diagnostiky i léčby nemocí.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části vymezím oblast psychosomatiky, nastíním historický vývoj směru a zaměřím se na psychosomatiku v období raného dětství. Popíši také východiska psychosomatiky v rodinném kontextu. Zejména se budu věnovat vztahu psychické pohody/distresu matky a somatických onemocnění u dětí. Charakterizuji psychickou pohodu/distres v kontextu mateřství. Popíši důležité charakteristiky, týkající se období od početí po první rok věku, přičemž se budu zabývat také vztahem matky a dítěte. Na závěr teoretické části se budu věnovat otázce nemocnosti a stonání v raném věku a jejich psychosociálních souvislostí.

Empirická část bude věnována kvantitativnímu výzkumu, pro který byla získána data od 133 respondentek. Ty byly osloveny hlavně prostřednictvím sociální sítě zaměřené na matky dětí v raném věku. Oslovené matky vyplnily čtyři elektronické dotazníky, které byly umístěny v Google formulářích. Respondentkám byly

administrovány dva volně dostupné upravené dotazníky, dotazník GHQ-12 (General Health Questionnaire 12), tedy dotazník obecného psychického zdraví a PDHS (Parenting Daily Hassles Scale; Škála každodenních rodičovských starostí). Ke sběru dat o rodině byl vytvořen tzv. Úvodní dotazník. Čtvrtý dotazník se týkal nemocnosti dítěte a byl taktéž vytvořen pro účely této práce. Kvantitativní výzkum bude doplněn o tři kazuistiky respondentek, které se ve výsledcích výrazně odchylovaly od průměru.

1 Teoretická část

V teoretické části bude představeno téma psychosomatiky a následně zasazeno do kontextu rodiny a dětí. Bude věnována pozornost faktorům, které se pojí s vývojem člověka a jeho zdravím. Dále bude popsán stres v období mateřství. V závěru kapitoly je stručně pojednáno o častých onemocněních, která se objevují v dětství, zvláště pak v kojeneckém období.

1.1 Psychosomatika

Tato práce si klade za cíl zmapovat vztah mezi zdravím dětí ve věku jednoho roku a psychickou pohodou matek s jejich subjektivně vnímanou zátěží z rodičovských povinností. Tento kontext nás vede ke směru, který se zabývá souvislostí somatického a psychického zdraví - tím je právě obor zvaný psychosomatika. Člověka nahlíží holistickou perspektivou a psychiku s tělem zasazuje do vzájemné souvislosti (Poněšický, 2002).

Lidské tělo je živý organizmus, čili jednou z jeho charakteristik je, že reaguje na podmínky, které ho obklopují. V případě, že se tyto podmínky stanou mimořádnými či ohrožujícími, naruší se běžná rovnováha a tělo může reagovat vznikem nemoci (Poněšický, 2002). Jedná se tedy vlastně o určitou formu komunikace, protože dochází k výměně informací mezi jedincem a prostředím.

Poněšický (2002) udává, že za jakýmkoli somatickým onemocněním může stát psychická příčina. Za každou nemocí je možné hledat faktory biologické, psychické i sociální. Jejich poměr se liší nejen u jednotlivých onemocnění, ale také u každého člověka (Říčan & Krejčířová, 2006). Existují určitá onemocnění, na jejichž vzniku se podílejí psychické faktory výrazněji (Komárek, 2005); ta byla definována F. Alexandrem jako psychosomatózy (Danzer, 2005). Patří mezi ně například bronchiální astma, diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, bolesti hlavy, náchylnost k alergiím, ekzémy a poruchy trávicí soustavy (Poněšický, 2002).

Danzer (2001) uvádí, že nemoci mají zpravidla bio-psycho-sociální charakter a je žádoucí o nich v tomto kontextu uvažovat. Psychosomatika by tedy neměla být chápána pouze jako další medicínský obor, ale spíše jako princip, který prostupuje celou zdravotnickou péči. Bio-psycho-sociální model zavedl v roce 1977 Engel (2012) jakožto

reakci na medicínský model, který ve svém rámci neponechává žádný prostor pro sociální či psychologický rozměr nemoci. Jeho model poukazuje na další determinanty nemoci či zdraví, které napomáhají lepšímu porozumění nemoci a kvalitnější zdravotní péči. Engel kritizoval představu o lineárním příčinném efektu při vzniku onemocnění a poukazoval na mnohem složitější charakter klinické reality. Pro její pochopení a nalezení možných příčin je potřeba zkoumat celý klinický systém ve své komplexnosti. Čeští autoři rodinné terapie psychosomatických poruch, Trapková a Chvála (2004), poukazují na to, že podstatu nemoci zachytíme pouze tehdy, když budeme věnovat pozornost člověku v jeho poli interakcí a prostředí, v němž se nachází. Němečtí autoři (Tress, Krusse & Ott, 2008) zase zdůrazňují především vztahy v okolí člověka, které ovlivňují vývoj osobnosti a mohou vést na jedné straně k salutogenezi, ale na straně druhé k patogenezi.

Z pohledu psychosomatiky nemoc vyjadřuje stav všech tří složek, které jsou vzájemně propojené. Při uvažování o nemocech je přínosné tyto stránky od sebe neoddělovat a spíše je nahlížet v jejich celkové souhře. Je zjevné, že zachytit celou realitu může být kvůli její bohatosti a komplexnosti velmi obtížné.

Ukazuje se, že léčba může být kvalitnější, pokud se více věnujeme i psychologickým aspektům pacientovy nemoci. Mnoho studií poukazuje na význam psychické pohody pro zvládání stresu, ale také její příznivý vliv na průběh onemocnění. Do péče o pacienta by se mělo zahrnovat také jeho každodenní fungování v životě, sociální role, emoční stabilita, intelekt a psychická pohoda (Fava et al., 2016). Nicméně realizace péče ve zdravotnictví, která zahrnuje dostatečně všechny složky Englova modelu, nestojí pouze na odborných kompetencích lékaře, ale také na jeho časových možnostech, které bývají v praxi omezené. Např. výzkumy z Bavorska ukazují, že tamější pediatři mají na jednoho pacienta osm minut (Tress, Krusse & Ott, 2008), což je pro naplnění zmíněných požadavků nedostatečné.

1.1.1 Historie psychosomatiky

Kořeny psychosomatiky můžeme mapovat již ve starořecké tradici, a to například u Platona, který lékaře vybízí k péči těla i duše (Komárek, 2005; Tress et al., 2008). Se samotným termínem psychosomatika se poprvé setkáváme v roce 1818 u lékaře Heinrotha (Trapková, Chvála, 2004). První polovina dvacátého století přinesla (zejména díky hlubinné psychologii) základy „celostní medicíny“, z nichž čerpá psychosomatika dodnes (Danzer, 2001).

Ludolf von Kehl výstižně poukázal na propojení somatické i psychické stránky při uvažování o člověku a nemoci ve svém výroku: „Nemoci jako takové neexistují, známe pouze nemocné lidi“ (Tress et al., 2008, s. 40). Nemoc jako taková je tedy stavem, který existuje jako součást člověka, tudíž je na místě uvažovat o ní v kontextu daného jedince a neredukovat ji na izolovanou přidruženou jednotku.

Zásadní pozitivní moment pro vývoj psychosomatiky představovalo vyřazení pojmu „psychosomatické onemocnění“ z MKN-10 v roce 1977, a to s odůvodněním, že každá nemoc je v podstatě nemocí „psychosomatickou“. Samotná psychosomatická medicína ovšem patří k nejmladším oborům medicíny a její aplikace do praxe dosud není dostatečně rozšířená (Poněšický, 2002).

Vývoj psychosomatické medicíny nebyl a není přímočarý. Svůj počátek sice datuje daleko v minulosti, ale vývoj samotný se vždy realizoval v závislosti na historickém a politickém kontextu, tudíž se napříč státy výrazně liší. Hopf (2016) navrhuje jeden z důvodů, proč je psychosomatický vývoj pozvolnější: zažitá stigma psychického onemocnění vede k touze po tom být „normální“, což v podstatě naplňují pouze ty situace, kdy máme „jen“ somatickou diagnózu.

1.1.2 Rodina, psychosomatika a děti

U dětí se psychosomatická onemocnění vyskytují častěji než u dospělých (Říčan & Krejčířová, 2006). Tato vyšší náchylnost se pravděpodobně liší v různých věkových obdobích. Engelův model nemoci poukazuje také na složku sociální, kterou u dítěte v průběhu prvního roku zastupuje především rodina, z níž nejvýraznější postavu představuje matka. Vývoj dítěte je determinován rodinným prostředím. Současným trendem v této oblasti je nukleární rodina, tedy soužití rodičovského páru a dětí, čímž se celkově snížil počet osob v domácnosti. Nejedná se jen o odklon od vícegeneračního soužití, ale také o nižší počet dětí v rodině, který v České republice většinou odpovídá jednomu až dvěma dětem na rodinu (Dunovský, 1999).

Příznivé rodinné prostředí může poskytovat podporu ve vývoji, zatímco nepříznivé představuje riziko pro vznik odchylky na psychické či somatické úrovni (Tress et al., 2008). Pokud se jedná o psychosomatickou nemoc, může se u dítěte objevit v kontextu nevhodné rodinné atmosféry, ale může být také výrazem přirozené vývojové krize (Hopf, 2016).

Tématem nemoci v rodinném kontextu se zabývají Trapková a Chvála (2004). Pozornost zaměřují především na kontext nemoci, a tak jejich zájem směřuje spíše k okolnostem, než ke způsobu vzniku nemoci. Upozorňují, že při uvažování o nemocech a rodině není vhodné předpokládat lineární kauzalitu, ale spíše složitější interakce odpovídající cirkulárním a zpětnovazebním vztahům. Lineární kauzalita v tomto kontextu by byla nejen těžko odhalitelná, ale zároveň by mohla vést k nepatřičnému obviňování (Prigogine & Stengersová, 2001, cit. podle Trapková & Chvála, 2004). Když se u dítěte objeví onemocnění, může tato situace ovlivnit emoční prožívání matky, tudíž není vhodné situaci nahlížet pouze jednosměrně. Při práci s pacienty využívají Chvála s Trapkovou metodu časové osy, na níž se promítá příběh, který koresponduje se smyslem nemoci, jež jí nemocný přikládá (Trapková & Chvála, 2004). Tyto úvahy jsou pro výzkum této práce velmi důležité, a proto budou zmíněny také v empirické části.

Trapková a Chvála (2004, s. 44) uvádějí: „Vždy jsme součástí nějaké sociální skupiny a v sociálních interakcích vznikají emoce, které jsou bohatým zdrojem symptomů.“ Toto tvrzení výstižně zachycuje propojenost jednotlivých složek z Engelova modelu. Emoce se nepromítají jen do úrovně psychické, ale manifestují se také na somatické rovině.

V rodinném kontextu existují velké odlišnosti v míře, ale také v samotné existenci komunikace o psychických prožitcích. V některých rodinách se pocity tématizují více, někde jinde mohou být úplně zapovězeny. Právě v takových rodinách, kde se projevy vnitřního prožívání spíše potlačují, se může vytvořit psychosomatický symptom, který má komunikační význam, a může tak symbolicky sdělit to, co nebylo sděleno jinak (Gjuričová & Kubička, 2009).

V kontextu dětí kojeneckého věku a jejich rodin je situace specifická. Během prvního roku života dítě není schopno verbální komunikace, dorozumívá se pomocí hlasu (křiku) a dalšími tělesnými projevy. Možná právě z toho důvodu by mohl být v tomto případě vznik symptomu jako komunikačního sdělení smysluplný.

Někteří autoři (Říčan et al., 2006) hovoří o typickém nastavení v rodinách s dítětem, které má psychosomatické obtíže. Problém se vyskytuje především na úrovni špatně vymezených vztahových hranic. Jedná se o rodiny, kde jsou na sebe jedinci navázáni příliš intenzivně, nebo mají mezi sebou příliš velké hranice. V obou případech se jedná o formy, které jsou pro psychosomatická onemocnění typičtější.

Psychosomatická symptomatika vzniká také častěji v rodinách, kde se mezi rodiči vyskytuje zvýšené napětí a konflikty. Dítě pak svým onemocněním převede pozornost k sobě a napětí mezi rodiči na čas ustoupí do pozadí.

U kojenců se často setkáváme s narušenou seberegulací, která se projevuje excesivním křikem, narušeným spánkem nebo obtížemi se stravováním. Autoři poukazují na souvislost této poruchy se zráním mozku, temperamentem dítěte, ale i kvalitou a charakterem interakce mezi primárním pečovatelem a dítětem (Tress et al., 2008). Souvislost mezi excesivním pláčem a rodinným prostředím zkoumala Sikorová a Plačková (2015). Ukazuje se, že čím méně je rodina funkční, tím častěji se u dítěte vyskytuje excesivní pláč, který diagnostikoval lékař na základě výpovědi matky. Platnost rodinné psychosomatiky potvrzuje také například výzkum vlivu rodinného stresu na výskyt chřipky (Clover, 1998, cit. podle Trapková & Chvála, 2004).

1.2 Od početí k prvnímu roku života

Následující část se věnuje důležitým faktorům, které mohou ovlivňovat zdraví dítěte a jeho vývoj. Jedná se o formu početí, prenatalní vývoj a jeho možné komplikace. Pozornost je věnována také porodu, a na závěr budou probrány charakteristiky kojeneckého období. Zmíněná témata se ovšem netýkají pouze zdraví a vývoje dítěte, ale mohou souviset také se zdravím a psychickou pohodou matky.

1.2.1 Početí

Vzhledem k tomu, že v České republice trpí každý šestý pár neplodností, získává důležitější roli asistovaná reprodukce, díky níž je v současnosti počato cca 3 % dětí („Neplodnost“, 2014). Umělé početí umožňuje rodičovství i párům, které by se bez této možnosti neobešly. Mnoho výzkumů se s přibývajícím počtem umělého oplodnění zaměřuje na dopady, které by mohly souviset s tímto zásahem. Forma početí může být faktorem, který ovlivní kvalitu zdraví dítěte. Některé studie poukazují na souvislost umělého početí s vývojovými odchylkami (Hansen et al., 2013). Častěji se u těchto dětí vyskytují vrozené malformace, předčasné narození a nízká porodní hmotnost (Merlob et al., 2005). Na druhou stranu je toto riziko poměrně malé a původcem může být spíše genetická výbava, která mohla stát už za neplodností rodičů (Thorová, 2015). Asistovanou reprodukci tedy lze považovat za jeden z možných rizikových faktorů. Zdraví plodu nezáleží pouze na daném momentu početí, ale někteří autoři zdůrazňují také

život matek před početím, což může být další faktor, který ovlivní zdravotní stav jedince (Lobel et al., 1992).

1.2.2 Prenatální období

Prenatální vývoj člověka může do značné míry ovlivnit i jeho pozdější vývoj. Období od početí po narození člověka standardně trvá od 39 do 41 týdnů a je ovlivňováno genetickými faktory a prostředím. Přenášení dítěte, tedy těhotenství delší než 42 týdnů, zvyšuje pravděpodobnost jeho mortality. Za nedonošené dítě je nyní považováno dítě, které se narodí do 38. týdne, protože právě tento týden je spolu s 37. týdnem významný pro vývoj mozku. (Thorová, 2015).

Vývoj některých dětí neprobíhá v období těhotenství, porodu, či v novorozeneckém období obvyklým způsobem, a proto je dítě následně označeno za rizikového novorozence. Tyto odchylky mohou souviset se zdravotním stavem matky, jejím věkem a případným rizikovým chováním. Dále hraje důležitou roli průběh porodu, životní prostředí, ale také zdravotní stav dítěte. Označení „rizikový novorozenec“ obvykle nebývá prediktorem patologického vývoje, ale dítě je v péči specializované poradny. Nejčastěji je dítě označováno za rizikového novorozence z důvodu nedonošenosti (Thorová, 2015). Děti, které se narodí předčasně, potřebují specializovanou lékařskou podporu, která ovšem znesnadňuje kvalitní nastartování vztahu matky a dítěte, jak je tomu u dětí donošených. Celková situace předčasného narození může být velmi stresující také pro rodiče. Tyto děti bývají typicky dráždivější a v budoucnu se u nich více vyskytují různé poruchy, např. poruchy pozornosti nebo specifické poruchy učení (Langmajer & Krejčířová, 2006). U předčasně narozených dětí je vyšší riziko onemocnění a vývojových obtíží v průběhu vývoje. Děti narozené ve 37. týdnu těhotenství navštěvují lékaře častěji, než děti narozené později, a to kvůli různým problémům, nikoli kvůli běžným lékařským prohlídkám (Kaitz et al., 2017).

Některé faktory zvyšují riziko vzniku onemocnění nebo úmrtí dítěte. Z toho důvodu se těhotenství označuje za rizikové a je mu věnována zvýšená pozornost lékařů. Jedná se například o ženy, které nezapadají do věkového intervalu od 18 do 35, dále o ženy s nízkou, či příliš vysokou váhou, drogově závislé matky a další. Pokud se u těhotné ženy vyskytuje onemocnění, jako například esenciální hypertenze, diabetes mellitus či neurologické onemocnění, spadá těhotenství do kategorie patologické (Roztočil, 2008).

Během prenatalního období mohou vzniknout vrozené vývojové vady, jejichž původci jsou např. teratogenní vlivy prostředí. Jedná se o rentgenové záření, infekce, mateřskou fenylketonurii, nepříznivý psychický stav matky atd. (Thorová, 2015). Ukazuje se, že matky, které byly v období těhotenství více zatíženy stresem, se častěji setkávaly s komplikacemi v perinatálním období (Lobel et al., 1992).

Již v prenatalním období lidský organizmus reaguje na různé podněty (např. úlek matky, zvuky, změny polohy) a dokáže se učit podmíněné reflexy (Říčan, 2014). Dítě je na tyto podněty schopno reagovat především pohybem. Člověk je tedy již od prenatalního období podnikavý a dokáže matku podnítit například ke změně polohy (Langmajer & Krejčířová, 2006). Už v intrauterinním prostředí dochází ke komunikaci mezi matkou a dítětem. Za její počátek můžeme označit přelom druhého a třetího trimestru, kdy dochází k vyladování pohybů matky i dítěte. Vzájemná interakce se odehrává také na úrovni nervové a hormonální. Pokud tedy dochází k dlouhodobé emoční zátěži matky, působí to přes nervové dráhy a hormony na dítě v děloze (Šulová & Zaouche-Gaudron, 2003). Výzkumy ukazují, že stres matky v období těhotenství ovlivňuje i vývoj mozku. Thomas Verny poukázal na symbiózu matky a dítěte během prenatalního období, která je ovlivňována interakcemi na úrovni psychické i somatické u obou osob, a může ovlivnit další vývoj dítěte (Verny & Kelly, 1981, cit. podle Thorová, 2015). Upozorňuje tak na význam psychofyzického stavu matky v období těhotenství. Nižší předvídatelnost a nekonzistentní nálada matky v těhotenství souvisí s pozdější negativní afektivitou dítěte, ale také s úzkostnými a depresivními symptomy v období adolescence (Glynn et al., 2018).

1.2.3 Porod

Přechod z nitroděložního prostředí na svět může být někdy provázen komplikacemi. V některých případech není vaginální porod možný, a tak je nutné přistoupit k císařskému řezu. V současné době stoupá počet dětí narozených císařským řezem. Procentuální zastoupení císařských řezů se liší nejen mezi státy, ale také mezi jednotlivými porodnicemi a lékaři. V některých zemích odpovídá počet císařských řezů více než jedné třetině všech porodů. Rizika, která mohou být s tímto výkonem spojená, jsou vyšší u akutního než u plánovaného zákroku. Císařský řez se častěji vyskytuje u starších matek, vícečetných těhotenství a u matek, u nichž sekce již proběhla dříve (Roztočil et al., 2008). Podle Českého statistického úřadu bylo v roce 2015 provedeno 26 % porodů císařským řezem, z čehož šlo ve 33 % případech o akutní sekci (Císařský řez,

2017). Na jedné straně poskytuje řešení pro ohrožené novorozence a mnohdy bývá jediným možným řešením; mezi jeho stinné stránky patří např. to, že neproběhne kolonizace bakteriemi z porodních cest matky, což následně negativně ovlivňuje složení střevní mikroflóry. V tomto kontextu je také císařský řez asociován se vznikem alergií, celiakie a diabetes mellitus (Gregora, 2013).

1.2.4 Kojenecké období

Vývojové období prvního roku života je charakterizováno vůbec největším množstvím změn v životě během takto krátkého času. Za jeden rok se dítě dostane z lehu do stoje, naučí se chodit a začne se u něj rozvíjet řeč. Reflexivní pohyby postupně ustupují a dítě se učí ovládat tělo svou vůlí (Thorová, 2015). Počátek duševního vývoje se uskutečňuje v závěsu vývoje tělesného. Například somatická zkušenost tělesného dotyku matky tvoří základ pozdějších citových kontaktů. U novorozenců jsou některé složky psychiky a těla plně propojeny (Poněšický, 2002). V počátečním období vývoje dítě nerozlišuje matku od sebe, považuje ji za svou součást (Šulová & Zaouche-Gaudron, 2003). Během kojeneckého období se proměňuje vztah k matce a dítě se postupně stává samostatnějším. V období mezi 8. a 9. měsícem se u dítěte změní vztah k lidem a okolí (Thorová, 2015). Hovoříme o tzv. úzkosti osmého měsíce neboli separační úzkosti, kdy je dítě fixováno na rodiče a má strach z cizích osob.

V průběhu kojeneckého období se u dítěte rozvíjejí schopnosti a dovednosti, které budou využity později a pomohou mu stát se nezávislejším. Pro kojence je důležitý adekvátní příjem podnětů, které budou napomáhat jeho rozvoji. Během prvního roku dochází k rozvoji kognitivních funkcí, což probíhá jako biologický proces zrání, v součinnosti s učením. Rozvíjí se zrakové vnímání: zlepšuje se zraková ostrost, vyvíjí se vnímání pohybujících se objektů apod. Nejvýraznější jsou motorické změny, které napomáhají exploraci okolí. Rozvíjí se paměť a sluchová percepce, která souvisí s vývojem řeči. Řeč se vyvíjí od počátečního křiku přes broukání, následné žvatlání až po první slova (Vágnerová, 2005). Od druhé poloviny prvního roku života se začíná prořezávat mléčný chrup, což často způsobuje zvýšení tělesné teploty a další příznaky (Klíma, 2016).

Vztah matky a dítěte je v prvním roce života zásadní pro dobrý psychický vývoj dítěte a představuje základ, na němž se později budují další vztahy (Thorová, 2015). Erikson et al. (1999) označují v teorii psychosociálního vývoje kojenecké období konfliktem důvěry a nedůvěry. Dítě se rodí jako bezmocné a pokud je mu dodáno bezpečí

a jistota, může získat naději v to, že svět je dobrý. Právě matka je osobou, která by dítěti měla poskytovat jistotu. K dosažení příjemných pocitů a naopak odvrácení pocitů nepříjemných dítě potřebuje pomoc od druhých (Šulová & Zaouche-Gaudron, 2003). Nicméně pokud je matka pod vlivem neustálého stresu, vykazuje symptomy deprese a sama nemá dostatek sociální podpory, velmi těžko bude dítěti dostatečným zdrojem pocitu jistoty (Dunovský, 1999).

Kojení

Již samotný název období prvního roku života – kojenecké období – poukazuje na významnou roli kojení. Mateřské mléko má pro dítě vhodné složení, napomáhá dobrému prospívání a působí protektivně před určitými infekčními nemocemi (záněty středního ucha, infekce respirační soustavy), ale i neinfekčními chorobami jako je např. anémie, diabetes mellitus či ateroskleróza. Prospěšné je kojení i pro matku, u níž napomáhá lepšímu psychickému stavu a taktéž má protektivní účinky před některými chorobami (Kojení dar pro život, 1998). Nicméně některé výzkumy poukazují na vyšší riziko vzniku alergií a astmatu u dětí, které jsou kojeneckou matkou alergičkou nebo astmatičkou (Martinez, Tucsonská, cit. podle Novák, 2007). Vedle uspokojování základní biologické potřeby se jedná o proces těsné interakce mezi matkou a dítětem (Šulová & Zaouche-Gaudron, 2003).

Temperament

Temperament představuje soubor znaků dítěte, které určují jeho „prožívání, emoční reaktivitu, sebeřízení a chování“ (Thorová, 2015, s. 272). Tyto charakteristiky ovlivňují náročnost výchovy. Thomas a Chessová (1996, cit. podle Thorová, 2015) rozlišili dětský temperament do tří typů (klidný, náročný, rezervovaný), přičemž se věnovali charakteristikám jako adaptabilita, převažující nálada, obtíže při stravování apod. Ukazuje se, že spojení negativní afektivity s častějšími běžnými dětskými nemocemi tvoří dohromady prediktor horšího sociálního fungování dětí v batolecím věku. Tyto faktory mohou pak přispívat vyššímu stresu v rodině (Kolak, 2013).

1.3 Mateřství

Narození dítěte bývá asociováno především s pozitivními zážitky, které jsou v popředí pozornosti. Mateřství s sebou ovšem nese i obtížné situace, které mohou vést ke vzniku stresu. V této kapitole je věnována pozornost těmto nepříznivým kontextům.

1.3.1 Náročnost mateřství

Když jsou děti malé, rodiče se často setkávají se situacemi, kdy dítě něco ušpiní a je po něm potřeba uklidit nebo ho převléci. Možná má staršího sourozence a dochází mezi nimi ke konfliktům, nebo zkrátka neustále vyžaduje pozornost dospělého a nedopřeje mu chvíli soukromí. Jednotlivě a krátkodobě nemusí být tyto situace příliš zatěžující, nicméně pokud je jim rodič vystavován každý den v delším časovém období, mohou se stát významným stresorem. Tyto malé každodenní potíže spojené s rodičovstvím jsou v anglickém jazyce označovány jako „parenting daily hassles“. Přítomnost stresu v rodině je spojována s jejím horším fungováním (Crnic et al., 1990). Výzkum Crnice et al. (1990) poukazuje na to, že vnímání těchto každodenních těžkostí nesouvisí se vzděláním ani věkem rodičů. Autoři ovšem zachytili vztah vyšší hodnoty vnímané iritability těchto situací s méně uspokojivým prožíváním mateřství, spolu s horším fungováním rodiny.

1.3.2 Stres v období mateřství

„Distres je negativně prožívaný stres“ (Křivohlavý, 2009, s. 171), který je vyvolán zátěží. Počátky rodičovství bývají spojeny se zvýšeným psychickým distresem. Jedná se o zásadní období života, které je často provázeno sníženou stabilitou obou rodičů. Tato změna je náročnější zpravidla pro ženy než pro muže. Většina rodičů se s ní ovšem vypořádá bez větších obtíží (Dulude et al., 2002). Saisto et al. (2008) se ve své studii zabývali prediktory stresu u rodičů v období od časného těhotenství po druhý až třetí rok života dítěte. Zjistili, že rodičovský stres je ovlivňován temperamentem dítěte, osobnostními rysy rodičů (především hladinou neuroticismu) a negativními emocemi, které souvisí s mírou sociální podpory, jež se jim dostává. Právě nedostatek sociální podpory představuje pro vznik stresu významný činitel. Deprese u matky koreluje s depresí u otce, což může následně limitovat vzájemnou podporu. Mezi další důležité prediktory stresu patří zdraví rodičů, kvalita spánku a typ attachmentu (Matvienko-Sikar et al., 2017). Vedle těchto faktorů může stres ovlivňovat určitě také zdraví dítěte.

Ukazuje se, že u matek, u nichž proběhl normální vaginální porod a pozitivně prožívají kojení, je následně nižší riziko, že budou rodičovství prožívat jako stresující (Saisto et al., 2008). Jedná se tedy o další argument, který podporuje vaginální porod.

V závažnějším případě se u matek můžeme setkat s depresí. Deprese není jen běžným poklesem nálady, smutkem, ale vyznačuje se delším trváním, hlubší intenzitou a zásahem do běžného fungování. Průměrně se s ní během života setká jeden člověk

z pěti. Bývá spojena se ztrátou a typicky se objevuje při výraznější životní změně. Mateřství je beze sporu jednou ze zásadních životních změn, která je navíc spojena s omezením sociálních kontaktů (Praško et al., 2003). Právě období těhotenství a poporodní fáze představují pro ženy nejrizikovější období pro vznik deprese (Sharp, 1996, cit. podle De Tychey, 2004). Častěji se deprese vyskytuje během těhotenství, kdy se žena adaptuje na jednu z největších změn ve svém životě. (De Tychey, 2004). Depresivní symptomy a zvýšený stres se častěji objevují u matek, které žijí bez partnera (Van den Velde et al., 2014; Rousou et al., 2016), tím pádem mají nižší míru sociální podpory.

Matvienko-Sikar et al. (2017) poukazují na možné negativní dopady rodičovského stresu na kojence. Existuje souvislost mezi přítomností postnatální deprese u matky a následnými problémy v behaviorální a emocionální složce u dítěte (Ramchandani et al., 2005). Čím delší je u matek deprese, tím větší představuje pro dítě riziko. Čím vyšší je depresivita a stres matky, tím častěji se u dítěte v kojeneckém období objevuje již dříve zmíněný excesivní křik (Sikorová & Plačková, 2015). Matky, které se setkaly s postnatální depresí, navštěvují s kojencem častěji lékaře a vnímají nižší sociální oporu ve své rodině (Sandall, 2008). Důvody těchto návštěv mohou souviset s nižším pocitem kompetence při péči o nemocné dítě, ale také s nižší vnímanou sociální oporou, kterou mohou hledat právě u lékaře svého dítěte. Na druhou stranu může být důvodem vyšší nemocnost dítěte, kterou zmíněná studie nedetekovala.

Mezi psychickým stavem matky a bio-psycho-sociálním stavem dítěte tedy dochází ke vzájemné interakci.

1.4 Zdraví a nemoci u dětí

Téma této práce zaměřuje pozornost také na zdraví a nemocnost dětí. Jedná se o velmi rozsáhlé téma, kterému se věnuje obor pediatrie. Pro účely této práce budou zmíněna nejčastější onemocnění, s nimiž se děti mohou setkat.

1.4.1 Zdraví

Zdraví je světovou zdravotnickou organizací – World Health Organization (WHO), definováno jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Nejedná se jen o prostou absenci nemoci či oslabení („Official records of the WHO“, 1946). V definici tedy jasně zaznívá, že jsou důležité všechny tři složky Engelova modelu. Tato definice se

jeví jako idealistická, protože popisuje stav, který je velmi těžce dosažitelný. Nemoc je považována za narušení rovnováhy či celistvosti člověka (Klíma, 2016). Obě zmíněné definice jsou velmi široké a nabízí se otázka, zda vůbec lze na základě těchto vymezení nalézt člověka, který by byl zdravý. Definic zdraví i nemoci existuje velké množství, nicméně spíše než o jasně ohraničené pojmy se jedná o velmi proměnlivé stavy, které od sebe nelze jasně oddělit (Dunovský, 1999). Jejich vztah je tedy spíše určitou škálou mezi dvěma póly, mezi nimiž se člověk pohybuje v čase, než ostrou disjunkcí. Dunovský (1999) vystihuje problém definování zdravotního stavu, protože na jedné straně jsou získávány informace s nálepkou „objektivní“, ale na druhé straně nelze opomíjet subjektivní pocíťování stavu dané osoby. Při provádění kvantitativního výzkumu je nutné mít tento limit na paměti.

Pojem zdraví nesl původně význam „celek“, čímž odkazoval k holistickému přístupu, který lze dnes chápat jako odkaz k různým rovinám, kde se zdraví nebo nemoc projevuje. Celek může poukazovat na jeden orgán v lidském těle, integrovaného člověka, ale i člověka v kontextu jiných osob (Křivohlavý, 2009). Psychosomatické uvažování je tedy vlastně také určitým návratem k původnímu významu slova zdraví.

Každé onemocnění se vedle svého primárního dopadu na organismus jedince promítne do jeho prožívání. Situaci zpracovává zároveň nejbližší okolí, což je v případě dítěte především matka a otec. Jejich vlastní prožívání toho, že mají nemocné dítě, může být zdrojem pocíťů i pro dítě. (Dunovský, 1999). Faktory se tedy vzájemně propojují a navazují na sebe.

1.4.2 Faktory ovlivňující zdraví

Mezi faktory, které ovlivňují zdraví jedince, patří genetická výbava, kterou dítě získalo od rodičů. Znalost rodičovské anamnézy tedy může rozkrýt původ některých vad či chorob, ale také poukázat na dispozici k nějaké nemoci. Vnější prostředí zahrnuje celou skupinu významných faktorů a můžeme ho rozdělit na fyzikální, biologické, chemické a sociální. Do fyzikálních faktorů lze zařadit klima, chemické faktory mohou být prezentovány kvalitou ovzduší či vody a mezi biologické faktory patří různé viry, bakterie, plísně a podobně (Klíma, 2016). Podle Klímy (2016) jsou sociální podmínky další skupinou vlivů, do nichž zahrnuje především společnost, která zajišťuje sociální a zdravotní péči, obstarává systém vzdělávání atd. Vedle vnějšího prostředí a genetických faktorů, zmiňuje životní styl spolu s pozitivními a negativními postoji, které se dále

promítají například ve stravování a denním režimu. Jako poslední faktor uvádí samotnou zdravotní péči.

Během prvního roku života je dítě úplně závislé na péči druhých lidí, tudíž faktory, které je možné ovlivnit, leží plně v rukou jiných osob. Důležitou roli sehrává rodina, její celkové klima, které se utváří dynamikou a kvalitou vztahů, běžně užívanými copingovými strategiemi a dalšími charakteristikami (Dunovský, 1999).

Jaro Křivohlavý (2009) vymezil bio-psycho-sociální faktory, které zdraví podporují, nebo naopak poškozují. Poukázal na vztah imunitního systému a psychologických jevů, jímž se zabývá psychoneuroimunologie. Tento obor vychází z empirických studií, které dokládají vztah mezi endokrinní a nervovou soustavou, přes níž se ovlivňují s psychickými pochody. Ukazuje se ovšem, že k poklesu imunity dochází spíše u stresu chronického než akutního. Další důležitou determinantu zdraví tvoří vnímaná sociální opora, která se může u dětí v raném věku promítat do kvality attachmentu.

Z výše popsaných faktorů je zřejmé, že zdraví je multifaktoriálně podmíněné a v individuálních případech půjde vždy o jedinečný souhrn, který vyústí v konkrétní zdravotní stav. Z toho důvodu byly zmíněné faktory zahrnuty do dotazníků v empirické části, aby posloužily lepšímu pochopení kontextu stonání.

1.4.3 Zdravotní obtíže

U dítěte se v průběhu vývoje objevují různé zdravotní odchylky, které jsou lékařem označeny buď za přirozené, fyziologické obtíže daného věku, nebo patologii (Tress et al., 2008). V následující části byl popsán přehled onemocnění jednotlivých soustav. Větší prostor byl věnován častějším onemocněním. Přehled onemocnění byl, vzhledem k rozsahu bakalářské práce, popsán pouze velmi povrchně a zcela jistě není vyčerpávající.

Úrazy a otravy

Úrazy představují pro dítě velké nebezpečí a patří mezi jednu z významných příčin úmrtí. Jejich škála je poměrně široká. Mohou zasahovat více orgánových soustav, a proto jsou uvedeny zvlášť. V období prvního roku života se nejhojněji jedná o pády, odřeniny, později také opařeniny. Otravy se vyskytují většinou v důsledku podání nesprávného léku nebo jeho neúměrné dávky (Klíma, 2016). Zodpovědnost tedy leží v tomto věku především na pečovateli, který má většinou možnost úrazům i otravám předcházet.

Onemocnění dýchací soustavy

Tato skupina onemocnění se v kojeneckém věku a celkově v období dětství vyskytuje velmi často, a proto jí bude věnován větší prostor (Klíma, 2016).

Respirační onemocnění se projevují například kašlem, jehož funkce je obranná a vzniká na základě virové či bakteriální infekce, astmatu, exogenních příčin (vniknutí cizího tělesa), anomálií trachey apod. (Muntau, 2009). Dalším příznakem onemocnění dýchací soustavy je dušnost, která se vyznačuje ztěžklým dýcháním (Klíma, 2016). Může být způsobena narušením dýchacích cest, pak se jedná o onemocnění obstrukční. Do této skupiny patří astma bronchiale a obstruktivní bronchitida (Muntau, 2009). Také dýchání, které doprovází charakteristický, slyšitelný zvuk na dálku, poukazuje na chorobu dýchacích cest, a to například laryngitidu (Klíma, 2016).

Velkou skupinu tvoří zánětlivá onemocnění dýchací soustavy. Právě tato kategorie zastává necelou polovinu všech chorob, s nimiž se děti potýkají (Šlapák, 2017). Patří mezi ně akutní rýma, která je virového původu a často doprovází další onemocnění této skupiny (Klíma, 2016). Dále se jedná o zánět vedlejších dutin nosních, který je bakteriálního či virového původu a vyznačuje se „zvýšenou tělesnou teplotou, bolestí hlavy, kašlem a hnisavou sekrecí z nosu“ (Klíma, 2016, s. 122). Infekce horních cest dýchacích bývají u menších dětí častější (Muntau, 2009). K zánětlivým onemocněním se řadí také angína, která je způsobena streptokokovou infekcí. Akutním zánětem hrtanu s prudkým nástupem je laryngitida, která může vést až k dechové nedostatečnosti. Patří sem také akutní bronchitida, tedy zánět průdušek, který bývá virového původu a z počátku se vyznačuje suchým kašlem (Klíma, 2016). Ukazuje se, že průběh a délka infekčních onemocnění horních cest dýchacích souvisí s výskytem stresových událostí v rodině (Boyce et al., 1977). Tato souvislost neodkazuje k samotnému výskytu, ale spíše závažnosti průběhu choroby.

Zápaly plic se člení podle původce, u něhož se vždy vyskytuje typický klinický obraz. Může se jednat například o pneumonii bakteriální, způsobenou většinou pneumokokem či stafylokokem. Pneumonie aspirační, která je typická právě pro děti v kojeneckém věku či novorozence, vzniká na základě vdechnutí jídla či cizích těles (Klíma, 2016).

K onemocněním dýchací soustavy patří chronické astma bronchiale, které se vyznačuje zúžením dýchacích cest, jejich otokem a zároveň vyšší sekrecí hlenu. Ze

skupiny chronických onemocnění v dětství se vyskytuje nejčastěji. Konkrétně v České republice je jeho předpokládaný výskyt u 10-15 % dětí (Muntau, 2009). Křivohlavý (2009) u tohoto onemocnění poukazuje na významnou provázanost s psychikou člověka. Uvádí, že astmatické záchvaty bývají typicky spouštěny stresem. V kojeneckém věku se ovšem nesetkáváme s typickými záchvaty, nýbrž jde spíše o dlouhodobější dráždivý kašel (Klíma, 2016). Ukazuje se, že vzhledem k vyšší úzkostnosti pacientů s astmatem a provázanosti tohoto onemocnění se stresem a silnými emocemi ho lze považovat za psychosomatické onemocnění (Moes-Wójtowicz et al., 2012)

Onemocnění trávicí soustavy

Stejně jako u všech ostatních orgánových soustav má dítě v kojeneckém věku některé orgány nevyvinuté nebo nezralé. Z toho plynou určitá specifika, která se týkají například stravování, ale také odlišného výskytu nemocí než u dospělých (Klíma, 2016).

Mezi příznaky onemocnění trávicí soustavy se řadí zvracení, nechutenství, průjem, zácpa, bolesti břicha a celkové neprospívání. Zvracení může mít mnoho příčin, a proto je vždy nutné zhodnotit jeho celkové okolnosti. Nejčastěji se vyskytuje v kontextu infekcí, ale může se objevit například i při zvýšeném působení stresu (Klíma, 2016). René Spitz zaznamenal souvislost mezi zvracením u kojenců a matkami, které se k dítěti chovaly odmítavě. V raném dětství bývají nejčasnějšími projevy nepohody právě poruchy související s příjmem potravy (Hopf, 2016). Pro toto období je také velmi důležité prospívání, které může naznačit kvalitu fungování procesu trávení (Klíma, 2016).

Další příznak představuje nechutenství, které doprovází řadu nemocí. Klíma (2016) uvádí, že bývá ovlivněno psychickým stavem jedince a celkovou atmosférou rodiny. Typicky souvisí s infekčními onemocněními, ale třeba také se srdeční vadou. Bolest břicha bývá u kojenců způsobena nejčastěji kolikou, což lze zjistit na základě typických projevů jako je náhlý neklid, pláč, napnuté břicho a jiné. V souvislosti s kojeneckým věkem se hovoří o tzv. kojenecké tříměsíční kolice, která se vyskytuje u 15-20 % kojenců (Gregora, 2010). Často bývá dávána do souvislosti s intolerancí na bílkovinu kravského mléka. Vedle biologických faktorů byly prokázány i některé psychosociální determinanty. Kolikami častěji trpí děti, jejichž matky vykazují úzkostné rysy (Canivet et al., 2005). Také se ukazuje, že protektivním faktorem před vznikem kojenecké koliky je šťastně prožívaný vztah matky s partnerem, její vnímaná sociální podpora a pomoc partnera při péči o dítě (Alexander et al., 2017). Bolesti břicha, které

nelze blíže specifikovat bývají řazeny k typickým psychosomatickým onemocněním dětského věku (Říčan & Krejčířová, 2006).

V kojeneckém období se spíše než se specifickým zánětem jednotlivých částí trávicího ústrojí setkáme s celkovým zánětem trávicí trubice, který vede ke zvracení, průjmům, zvýšené tělesné teplotě a nechutenství. Tyto záněty se nazývají gastroenteritidy a jejich původci jsou viry či bakterie (Klíma, 2016). Patří k druhému nejčastějšímu infekčnímu onemocnění a bývají laicky označovány jako „střevní chřipky“ (Rainetová, 2017).

Do této skupiny patří také gastroezofageální reflux, při němž se potrava vrací do jícnu. Tato porucha bývá doprovázena kašlem (Klíma, 2016). Vzhledem k nezralosti trávicího ústrojí se vyskytuje v novorozeneckém a kojeneckém období asi u 50 % dětí. Nejedná se ovšem o refluxní chorobu jícnu, která má jinou charakteristiku (Volf, 2013).

Nemoci srdce, cév a krve

Vrozené vývojové vady srdce patří vůbec k nejčastějším vrozeným vývojovým vadám (Vrozené vady, 2017). Vyskytují se u šesti živě narozených dětí z tisíce a jedna třetina těchto případů vyžaduje akutní zásah lékařů. Nejčastěji se jedná o defekt komorového septa, který má bez dalších přidružených vad příznivou prognózu. Další vrozenou vývojovou vadou srdce je defekt síňového septa, což může vést k častějším infekcím dýchací soustavy, nicméně prognóza je i v tomto případě velmi dobrá. U poruch srdečního rytmu jde o zrychlení (tachykardie), zpomalení (bradykardie) nebo nepravidelnosti. K onemocněním srdce patří také hypertenze, tedy zvýšený krevní tlak, který se vyskytuje u jednoho dítěte ze sta (Klíma, 2016).

Nádorová onemocnění

Nádorová onemocnění se mohou vyskytnout v průběhu celého života a představují druhou nejčastější příčinu úmrtí u pacientů dětského věku u nás. Nejhojněji se děti setkávají s leukémiemi, nádory postihujícími nervovou soustavu, lymfatický systém, ledviny a také s širokou skupinou nádorů měkkých tkání. Měkké tkáně jsou nejčastěji zasaženy nezhoubným hemangiomem nebo lymfangiomem (Klíma, 2016).

Onemocnění imunitní soustavy

Mezi choroby imunitního systému patří skupina alergických onemocnění, která se vyznačují přecitlivělou reakcí na tzv. alergeny. Výskyt alergií odpovídá minimálně 20 % dětské populace a nejčastějšími projevy v prvním roce života jsou potravinové

alergie, ekzém a astma. Alergie jsou do jisté míry dědičné, ale na jejich vzniku se podílí také četnost vystavení se alergenům v raném věku (Klíma, 2016). Klíma uvádí, že protektivně působí kojení (2016), nicméně jak již bylo zmíněno, některé studie univerzální ochrannou funkci kojení před alergiemi relativizují. Významné je potom posouzení rodinné anamnézy, kde může být pro dítě kojení od matky se zatíženou anamnézou rizikem pro vznik astmatu. Pokud se u rodičů a sourozenců dítěte alergie nevyskytuje, může se u dítěte objevit s 5% až 10% pravděpodobností. V případě, že je jeden rodič nebo sourozenec dítěte alergik, zvyšuje se pravděpodobnost na 30 %, a pakliže se alergie vyskytuje u obou rodičů, nebo u jednoho rodiče a sourozence dítěte, existuje 40% až 60% pravděpodobnost, že jí dítě bude mít také (Novák, 2007). V kojeneckém věku se potravinová alergie nejčastěji pojí s bílkovinou kravského mléka a sójou. Dále se může jednat o alergickou rýmu, již uváděné astma bronchiale, lékové alergie, anafylaktický šok, kopřivku nebo atopickou dermatitidu (Klíma, 2016). S příznaky alergické rýmy se ovšem setkáváme až na začátku období mladšího školního věku (Špičák, 2007). V jedné studii byl výskyt potravinových alergií asociován s vyšším stresem u matek v průběhu těhotenství a tři měsíce po porodu (Polloni et al., 2015).

Kůže tvoří vstupní bránu do těla organismu a je významným orgánem komunikace. V tomto případě je propojení složek biologické, psychické a sociální velmi významné (Tress et al., 2008). Ke kožním onemocněním, jsou řazeny atopické ekzémy, které se objevují na základě alergie a dělí se dle vývojového období. Kojenecký ekzém typicky nastupuje ve třech měsících věku (Klíma, 2016). Některé studie poukazují na existenci vztahu mezi stresem matky v období těhotenství a následným vznikem symptomů atopické dermatitidy (Braig et al., 2017). Typicky bývají atopický ekzém i další kožní onemocnění řazeny mezi psychosomatické nemoci (Říčan & Krejčířová, 2006). Taktéž kopřivka vzniká jako alergická reakce, vyznačuje se pupeny, které po odeznění reakce zmizí. Výsev kopřivky může taktéž souviset s psychickým stresem (Klíma, 2016).

Další onemocnění

K dalším infekčním onemocněním patří exantémové choroby, mezi něž patří spalničky a zarděnky, proti kterým je zavedené očkování. Dále se k této skupině řadí spála, plané neštovice a pátá s šestou exantémovou nemocí, která se typicky vyskytuje právě v kojeneckém a batolecím věku (Klíma, 2016).

Oční onemocnění zánětlivého charakteru postihují nejčastěji spojivky. Může se jednat o zánět slzného kanálku či váčku, což bývá způsobeno narušeným průchodem kanálku. V oblasti středouší se u dětí v kojeneckém i v batolecím věku velmi často objevuje zánět středního ucha (Klíma, 2016). Vůbec nejzatíženější věk pro tuto chorobu představuje období od 6 do 18 měsíců (Hybášek, 1999).

1.4.4 Shrnutí nejčastějších nemocí v kojeneckém věku

Mezi nejčastější onemocnění patří záněty dýchacích cest (Šlapák, 2017) a střevní chřipky (Rainetová, 2017). Typicky v kojeneckém věku se častěji objevují koliky (Gregora, 2010), gastroezofageální reflux (Volf, 2013), šestá exantémová nemoc (Klíma, 2016) a zánět středního ucha (Hybášek, 1999). Nejčastější vrozené vývojové vady postihují srdce (Vrozené vady, 2017) a chronicky se nejčastěji objevují alergická onemocnění (Klíma, 2016).

V jedné studii byly zjišťovány informace o zdraví dítěte v kojeneckém věku každý měsíc. Nemoci byly rozděleny do kategorií respiračních, trávicích, kožních a celkových onemocnění. Průměrně nejčastěji, a to s výrazně vyšším rozdílem, se děti během prvního roku setkávaly s obtížemi respiračního ústrojí, kam patří například kašel, rýma, infekce dýchacích cest, astma, bronchitida a laryngitida. Dále se vyskytly onemocnění z kategorie obecné, kam patří horečka, alergie, neštovice, virové exantémové onemocnění, další infekční onemocnění, infekce očí, zánět slzného kanálku, zánět středního ucha atd. Na dalším místě v pořadí se vyskytovaly kožní onemocnění, kam spadají symptomy jako svědění, otoky kůže, vředy, seboroická dermatitida, atopický ekzém a kontaktní alergie. Nejméně se objevily symptomy spojené s trávicím ústrojím jako je bolest břicha, zvracení, průjem, zácpa, gastroenteritida, výskyt parazitů a podobně (Beijers et al., 2010).

Bylo zjištěno, že úzkostnost a stres matky v prenatálním období souvisí s nemocností dítěte během prvního roku života. Konkrétně se jednalo o choroby respirační soustavy, kožní onemocnění a nemoci z kategorie obecné. Dále se ukázalo, že úzkostnost a stres matky v období těhotenství jsou spjaty s užíváním antibiotik u dítěte během prvního roku života (Beijers et al., 2010).

2 Empirická část

V teoretické části bylo nastíněno téma psychické pohody matky a zdraví dítěte v prvním roce života. Z uvedených výzkumů vidíme, že byla věnována velká pozornost psychické pohodě matky především v období těhotenství a následným souvislostem se zdravím dítěte. Dále se výzkumy zabývaly některými typy onemocnění nebo četností návštěv u lékaře v kontextu psychické pohody matky či celé rodiny. Výsledky těchto studií naznačují význam psychosomatického přístupu pro chápání nemocí. Tato práce se snaží zmapovat celkové zdraví dětí v průběhu prvního roku života a zároveň nahlédnout vztah psychické pohody matky a somatického stavu dítěte, prostřednictvím dotazníkových šetření matky. Zdraví je velmi komplexní jev a faktorů, které ho mohou ovlivnit, je mnoho. Pro úplnější informace byly zjišťovány také informace o prenatálním a perinatálním období, temperamentových rysech dítěte a dalších charakteristikách, které budou níže popsány.

Z nalezených zdrojů je patrné, že doposud nebyla věnována pozornost vztahu všeobecného zdraví dítěte v prvním roce života, psychické pohodě matek a vnímané náročností mateřství. Byly provedeny výzkumy, které mapovaly dílčí vztahy ze zmíněných proměnných. Následující výzkumné otázky a hypotézy byly tedy formulovány především proto, aby rozšířily informace obecně o stonání dětí v souvislosti se stresem matek, čemuž dříve v tomto specifickém období na základě dohledaných zdrojů nebyla věnována větší pozornost. Na základě této kvantitativní analýzy by bylo v budoucnu vhodné zaměřit se na oblast stonání dětí v rodině, které by bylo zajímavé prozkoumat podrobněji za použití kvalitativní analýzy.

2.1 Cíle a výzkumné otázky

2.1.1 Cíle výzkumu

1. Zmapovat nemoci, které se vyskytují u dětí v průběhu prvního roku života.
2. Zjistit, zda existuje souvislost mezi psychickou pohodou matky a zdravím dětí v prvním roce věku.
3. Zjistit, zda existuje souvislost mezi vnímanou náročností mateřství a zdravím dětí v prvním roce věku.

4. Zjistit, zda existuje souvislost mezi psychickou pohodou matky a vnímanou náročností mateřství.
5. Zjistit další faktory, které se vztahují ke zdraví dítěte, psychické pohodě matky a její vnímané náročnosti mateřství.

2.1.2 Výzkumné otázky

1. Jaké nemoci se vyskytují u dětí v kojeneckém období?
2. Jaký je vztah mezi psychickou pohodou matek a zdravím dětí v prvním roce věku?
3. Jaký je vztah mezi vnímanou náročností mateřství a zdravím dětí v prvním roce věku?
4. Jaký je vztah mezi psychickou pohodou matek a jejich vnímanou náročností mateřství?
5. Jaké další faktory se vztahují ke zdraví dítěte, psychické pohodě matky a její vnímané náročnosti mateřství?

U výzkumných otázek 2-4 autorka předpokládá existenci vztahu (korelaci), nicméně se tak nesnaží poukázat na lineární kauzalitu. Usuzuje na cirkulární a zpětnovazebné propojení, které by bylo možné identifikovat spíše formou opakovaného dotazování. Je důležité mít zmíněnou úvahu na mysli při interpretaci zjištění z tohoto výzkumu. Zde použitá kvantitativní metodologie může svádet k nepatřičnému lineárně kauzálnímu zjednodušování. Mnoho souvislostí a významů může zůstat v kvantifikovaných údajích zamlčeno. To jsou metodologické limity, se kterými se právě psychosomatika vyrovnává. Zvolený výzkumný postup byl nicméně proveden jako první krok ke zmapování problematiky nemocnosti dětí v rodinném kontextu. K podrobnějšímu pochopení nemoci a stonání u dětí bychom se dostali kvalitativním zkoumáním příběhů obou rodičů, aby bylo zkoumané emoční pole úplné.

2.1.3 Hypotézy

H₁: Děti matek s vyšším skóre v GHQ-12 dosahují v testu Nemocnost 1 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v GHQ-12 nižších skóre.

| |
|--|
| H1 ₀ : Není rozdíl mezi Nemocností 1 u dětí matek s vyšším skóre v GHQ-12 a u dětí matek s nižším skóre v GHQ-12. |
| H ₂ : Děti matek s vyšším skóre v GHQ-12 dosahují v testu Nemocnost 2 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v GHQ-12 nižších skóre. |
| H2 ₀ : Není rozdíl mezi hodnotou Nemocnosti 2 u dětí matek s vyšším skóre v GHQ-12 a u dětí matek s nižším skóre v GHQ-12. |
| H ₃ : Děti matek s vyšším skóre v PDHS-IO dosahují v testu Nemocnost 1 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-IO nižších skóre. |
| H3 ₀ : Není rozdíl mezi Nemocností 1 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS-IO a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS-IO. |
| H ₄ : Děti matek s vyšším skóre v PDHS-IO dosahují v testu Nemocnosti 2 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-IO nižších skóre. |
| H4 ₀ : Není rozdíl mezi Nemocností 2 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS-IO a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS-IO. |
| H ₅ : Děti matek s vyšším skóre v PDHS-F dosahují v testu Nemocnosti 1 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-F nižších skóre. |
| H5 ₀ : Není rozdíl mezi Nemocností 1 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS-F a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS-F. |
| H ₆ : Děti matek s vyšším skóre v PDHS-F dosahují v testu Nemocnosti 2 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-F nižších skóre. |
| H6 ₀ : Není rozdíl mezi Nemocností 2 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS-F a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS - F. |
| H ₇ : Matky s vyšším skóre PDHS-IO dosahují vyšších skóre v GHQ-12 než matky, které dosahují nižších skóre v PDHS-IO. |

H7₀: Není rozdíl mezi PDHS-IO u matek s vyšším skóre v GHQ-12 a u matek s nižším skóre v GHQ-12.

2.2 Metody sběru dat

Při prvotním plánování výzkumu bylo záměrem analyzovat údaje o nemocnosti dětí z ordinací pediatrů jakožto „objektivních údajů“. S ohledem na ochranu osobních údajů a administrativní náročnost tohoto kroku byly nakonec ve výzkumu použity informace o nemocnosti dětí od matek. Proto je nutné mít na vědomí, že tyto údaje reprezentují subjektivní pohled matek. Dalším aspektem je, že v analýze není zachycen pohled otce dítěte. V případě pokračování tohoto výzkumu v budoucnu by byla perspektiva otce určitě zařazena.

Data byla sebrána pomocí souboru dotazníků, které respondentky vyplňovaly prostřednictvím elektronického formuláře. Respondentky byly osločovány na sociálních sítích, které sdružují matky s malými dětmi. Celkem byly každé respondentce administrovány čtyři dotazníky, z nichž dva byly volně přístupné na internetu a dva byly vytvořeny pro účely této práce.

Při vstupu do elektronického dotazníku každá respondentka potvrdila informovaný souhlas, ve kterém bylo napsáno, že veškeré informace získané z dotazníků budou zpracovány anonymně a využity výhradně pro účely bakalářské práce. S daty bylo nakládáno v souladu se zněním zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Z toho důvodu byly některé informace v kazuistikách upraveny, aby nebylo možné respondentky identifikovat.

2.2.1 Úvodní dotazník

Úvodní dotazník byl zhotoven pro účely této práce. Získával základní informace o rodině, jejím modelu a rodinné anamnéze. Pomocí těchto dat bylo možné zmapovat rodinu z hlediska jejího složení, věku, stupně vzdělání a případného výskytu onemocnění rodičů. Dále zachytil data o průběhu těhotenství, porodu, kojení a náročnosti temperamentu dítěte. Otázky zjišťovaly, jak vypadá spánek dítěte, reakce na nové osoby, převažující nálada, případně obtíže při stravování. Tyto otázky byly hodnoceny na čtyřbodové škále, přičemž čím je hodnota vyšší, tím je temperament dítěte náročnější.

Úvodní dotazník byl sestaven tak, aby zachytil proměnné, které by mohly souviset s psychickou pohodou matky, zdravím dítěte nebo náročností mateřství. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze.

2.2.2 Dotazník – Nemocnost dítěte

Jak již bylo v teoretické části nastíněno, zdraví je velmi obtížné objektivně zachytit, a to zvláště v raném dětství. Informace nebylo možné získávat od samotných dětí, ani od lékařů, ale pouze od matek, jejichž náhled na situaci může být zatížen subjektivním prožitkem. Druhý problém, který se v kontextu zkoumání nemocnosti vyskytl, bylo vůbec zhodnocení zdravotního stavu. Nejen, že byly informace zatížené subjektivním názorem respondentek, ale pokud je cílem pracovat s daty kvantitativním způsobem, je potřeba velmi komplexní informace operacionalizovat a kvantifikovat, což informace redukuje. Pokud je tedy v následujících částech textu psáno o nemocnosti dětí, je nutné mít na paměti, že se jedná pouze o určitý výsek informací, které mohou být navíc zatíženy subjektivním náhledem matek.

Pro výzkum byl vytvořen dotazník, který se snaží zdraví zachytit. Mapuje přítomnost a závažnost třinácti vybraných nemocí či symptomů. Otevřenými otázkami se dotazuje na případná další onemocnění či symptomy, hospitalizace, medikace, očkování a návštěvy lékaře. Vychází z dotazníku T5 z Evropské longitudinální studie těhotenství a dětství (Zdraví vašeho dítěte, n.d.) a je upraven pro účely této práce. Za jeden poměrně čistý kvantifikátor by se dal považovat údaj o počtu návštěv pediatra. Jednotlivé položky nabízely výběr ze tří odpovědí, které informují o přítomnosti nebo nepřítomnosti jevu a také o případné návštěvě lékaře. Pokud respondentka potvrdila přítomnost symptomu, měla odpověď doplnit slovním komentářem, kde projevy specifikuje a uvede přibližnou četnost výskytu. Z dotazníku tedy byly získány dva skóry, přičemž v prvním byl zachycen výskyt symptomu a zároveň to, zda bylo dítě s tímto problémem u lékaře. Tento výsledek bude v práci dále označován jako Nemocnost 1. Druhý skór odpovídal četnosti výskytu daných symptomů a byl označen jako nemocnost 2.

2.2.3 General Health Questionnaire 12

Respondentkám byl administrován upravený Goldbergův dotazník s názvem General Health Questionnaire (GHQ-12), tedy obecný dotazník zdraví. Dotazník byl upraven pro účely této práce. Každá otázka nabízí čtyři položky odpovědí a hodnotí psychický distres spolu s krátkodobými změnami psychického zdraví. Otázky se týkají

například toho, zda se respondentka cítí být pod neustálým tlakem a zda se jí daří překonávat těžkosti.

2.2.4 Parenting Daily Hassles Scale

Poslední dotazník s názvem Parenting Daily Hassles Scale (PDHS), tedy dotazník každodenních rodičovských těžkostí, zachycuje informace o četnosti výskytu náročných rodičovských situací a to, jak moc jsou pro ně iritující. Dotazník se skládá ze čtyřiceti otázek. Každá položka popisuje běžně se vyskytující situaci v péči o dítě, jako je například neustálý pláč dítěte, problém sehnat někoho na hlídání nebo nedostatek soukromí. Respondentky hodnotí frekvenci výskytu dané situace a intenzitu „otravnosti“ jevu. Pro účely této práce byl dotazník upraven tak, aby byl vhodný pro matky dětí ve věku jednoho roku.

2.3 Průběh sběru a zpracování dat

Na základě dotazníků Nemocnost dítěte 1 a 2, General Health Questionnaire (GHQ-12) a Parenting Daily Hassles Scale (PDHS) byly získány kumulativní skóry. Ve všech třech dotaznících odpovídala vyšší hodnota horšímu výsledku. Pro zpracování dat bylo využito programů Microsoft Excel, JASP a SPSS.

Výzkumné šetření proběhlo od 28. března do 10. září v roce 2017. Výzkumný soubor tvořilo 133 matek, které elektronicky vyplňovaly soubor dotazníků. Respondentky byly osločovány prostřednictvím několika pediatriů po České republice, nicméně návratnost dotazníků byla velmi malá. Z toho důvodu byl dotazník umístěn na několik internetových sociálních sítí, jejichž primární cílovou skupinu tvoří matky. Jednotlivé sociální sítě byly většinou děleny dle města či kraje, z něhož respondentky pocházely. Dotazníky tedy vyplňovaly matky z celé České republiky.

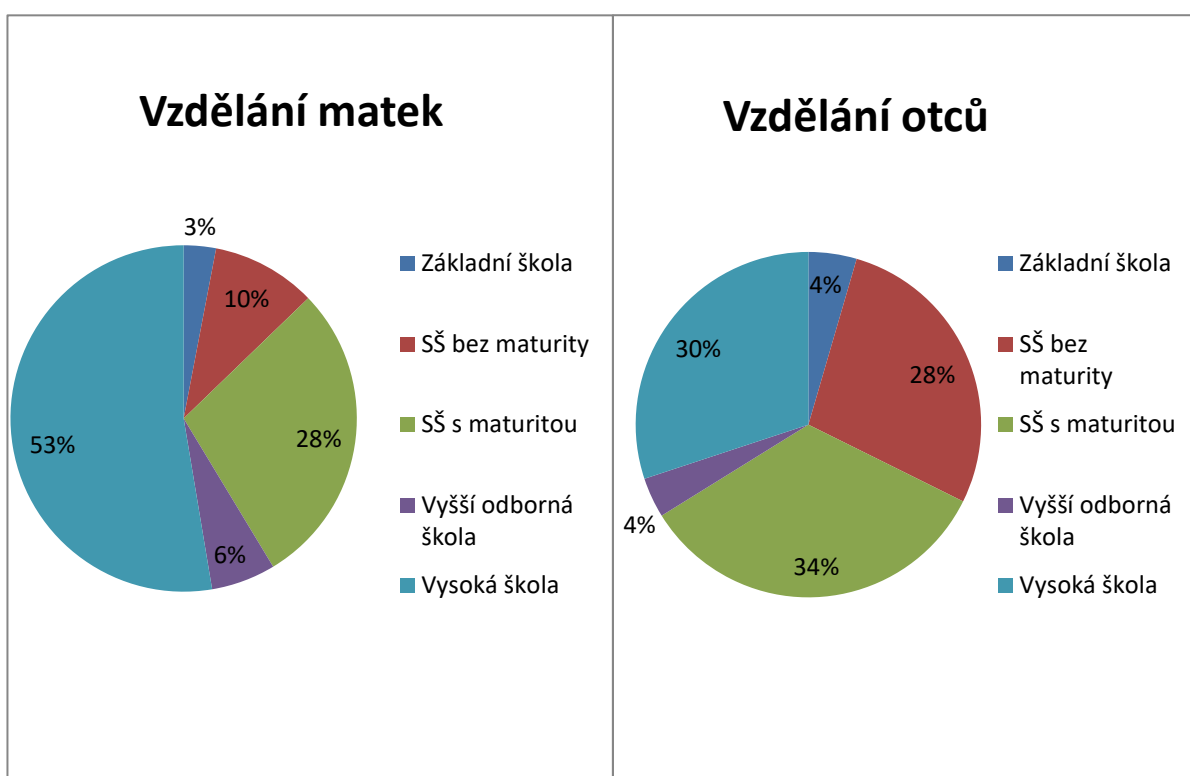
Náhodnost výběru zkrusloval výběr matek, které jsou přítomny na dané sociální síti, a zároveň jejich motivace k účasti ve výzkumu. Skutečnou reprezentativnost vzorku by napomohly odhadnout údaje, které by vyjasnily, zda existuje souvislost mezi ochotou vyplnit tento soubor dotazníků a zdravím dítěte či psychickou pohodou matek.

2.4 Výzkumný soubor

Průměrný věk respondentek odpovídal 30 letům (SD = 4,9 let; R = 24 let) a otcům bylo průměrně 34 let (SD = 5,8 let; R = 31 let). Cílem bylo získat informace o dětech, kterým je momentálně přibližně jeden rok. V souboru dotazníků matky vyplňovaly informace o svém dítěti, jejichž průměrný věk odpovídal 13 měsícům (SD = 1,6 měsíců; R = 6,5 měsíců). Dolní kvartil představuje 11,7 měsíců a horní kvartil 14,3 měsíců. Vzhledem k tomu, že mnoho matek vyplnilo dotazník i přes to, že jejich potomek do věkového intervalu nezapadal, bylo nutné ze 170 odpovědí 37 respondentek vyřadit. Z celkového počtu 133 dětí se sešla data od 59 chlapců a 74 dívek. Relativní četnosti pohlaví tedy odpovídaly 44 % chlapců a 56 % dívek, což podle Českého statistického úřadu nekorresponduje s běžným poměrem porodnosti chlapců a dívek v ČR. Obecně je o něco málo vyšší porodnost chlapců (51 %) než dívek (Česká republika v číslech, 2017).

2.4.1 Vzdělání rodičů dítěte

Matky a otcové se výrazně lišili ve stupni dosaženého vzdělání. Z výsledků plyne,



Graf č. 1

Graf č. 2

že pouze 13 % respondentek nedosáhlo vzdělání zakončeného maturitní zkouškou, oproti otcům, kteří maturity nedosáhli ve 32 %. Výzkumu se zúčastnily z více než poloviny matky, které dosáhly vysokoškolského stupně vzdělání. Možná se touto problematikou

více zabývají nebo byly ochotnější zapojit se do výzkumu. Pouze 3 % tvořily matky se základním vzděláním. Procentuálně vyjádřené nejvyšší dosažené vzdělání rodičů je znázorněno v grafech č. 1 a 2.

2.5 Prezentace výsledků

2.5.1 Reliabilita

Reliabilita, tedy spolehlivost dotazníků, byla zjišťována pomocí koeficientu Cronbachova alfa. U dotazníku GHQ-12 odpovídala hodnota číslu 0,7. Vyšší hodnotu – konkrétně 0,8 – vykazoval dotazník PDHS, a to v otázkách frekvence situací a stejně tak u intenzity „otravnosti“. Tyto hodnoty jsou přijatelné. Nižší byla Cronbachova alfa u dotazníku nemocnosti dítěte, kde dosahovala hodnoty 0,6. Tato hodnota byla významně ovlivněna teoretickým pozadím dotazníku, který se snaží zachytit nemocnost dítěte v jeho šíři, tudíž některé položky nemusí vzájemně souviset.

2.5.2 Deskriptivní analýza dat

Základní údaje o rodinách

Většina domácností (88 %) byla ve formě nukleární rodiny, tedy matka, partner (otec) a dítě. Podstatně méně se vyskytlo soužití rodičovského páru, dítěte a prarodičů, dále potom matky s dítětem bez partnera. Nejméně zastoupená kategorie seskupovala matku, partnera, dítě a strýce či tety. Rodinný stav odpovídal v 11 % nezadaným matkám, ve 29 % šlo o nesezdané páry a 60 % matek žilo v manželském páru.

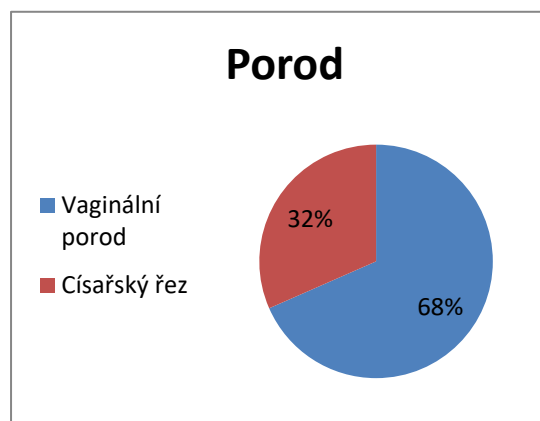
V 78 případech, tedy z 59 %, šlo o rodiny, v nichž je vychováváno pouze jedno dítě. Dvě děti se nacházely ve 47 rodinách (35 %) a 7 rodin (5 %) vychovávalo děti tři. Vzorek obsahuje také 2 respondentky, které vychovávají čtyři děti.

Těhotenství a porod

Ze 133 respondentek došlo v 5 % případů k oplodnění pomocí asistované reprodukce. Těhotenství probíhalo u 59 % (n = 78) žen bez komplikací. Menší komplikace se vyskytly u 27 % (n = 36) respondentek a u 14 % (n = 19) bylo těhotenství označeno za rizikové. Nicméně s přihlédnutím ke konkrétním příčinám lze konstatovat, že se označení menší komplikace a rizikové těhotenství prolínají, tudíž jejich rozlišení není na místě. Nejčastěji se matky během těhotenství potýkaly s krvácením (n = 7),

gestačním diabetem mellitus (n = 6) a hypertenzí (n = 6). Právě vysoký krevní tlak je jedním z příznaků těhotenské nemoci preeklampsie, kterou potvrdilo celkem 5 respondentek a jedna uvedla, že byla označena za hraniční k této nemoci. Mezi další komplikace, které se vyskytly v období těhotenství, patřilo předčasné otevírání děložního hrdla, edémy a nevolnost.

Těhotenství trvalo průměrně 39 týdnů (SD = 1,9 týdne). Z celkového vzorku se 11 % (n = 15) dětí narodilo předčasně, tedy nedokončilo 38. týden těhotenství. Nejnižší délkou trvání bylo 32 týdnů a nejvyšší 42 týdnů těhotenství. Ve vzorku nebylo žádné dítě, které by bylo přenášeno. Spontánní porod proběhl u 62 % žen, u 28 % se jednalo o vyvolávaný porod a 10 % představovalo plánovaný operativní porod (císařský řez). Celkem 68 % dětí (n = 90) bylo porozeno vaginální cestou v porodnici a zbylých 32 % císařským řezem. Jedna respondentka uvedla, že porod proběhl v domácím prostředí. Celkem 77 % porodů proběhlo bez komplikací. Ve zbylých 23 % se jednalo nejčastěji o následující komplikace: protrahovaný porod, abnormální rotace hlavičky a překotný porod. Analgetika byla během porodu podána u 32 % žen.



Graf č. 3

Apgar skóre uvedla jen část respondentek, konkrétně 90 případů.

V 61 % odpovídala sečtená hodnota skóre 30, tedy plnému počtu. O jeden bod méně mělo 18 % dětí a dále se počet osob a skóre úměrně snižoval. Nejnižší hodnotou bylo u jedné respondentky 20 bodů po sečtení.

Porodní hmotnost zapadala v 85 % případů do intervalu normy (2500–4000 g). Nízkou porodní hmotnost uvedlo 7 % a vysokou 8 % respondentek.

Kojení probíhalo v celém vzorku průměrně 9 měsíců, ovšem modus, medián i hodnota maxima

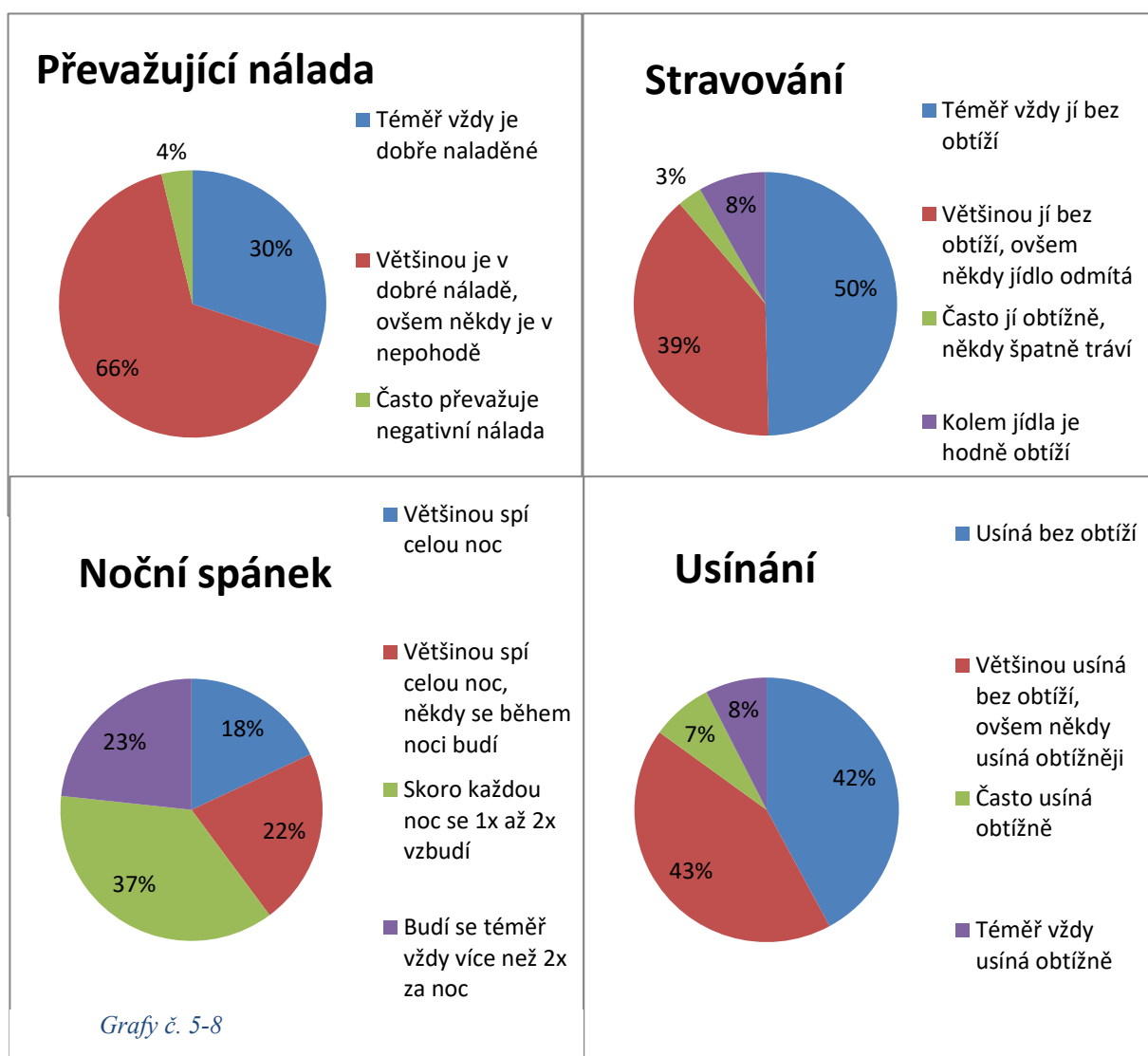


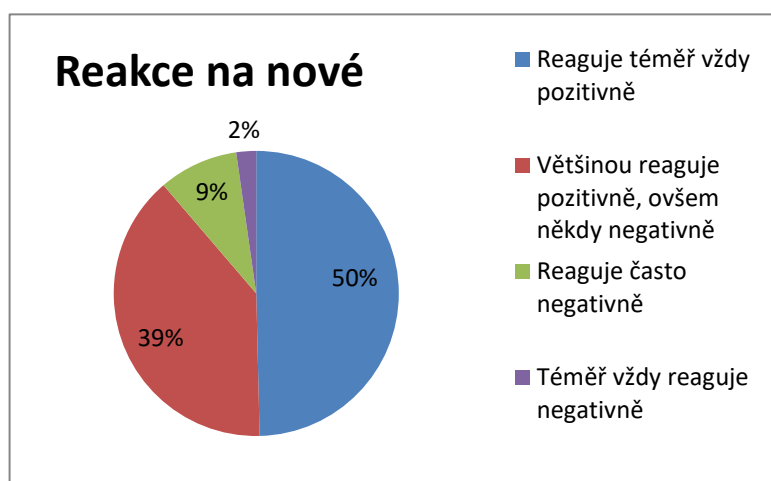
Graf č. 4

odpovídaly 12 měsícům. Celkem 59 % matek kojilo celý první rok a 7 % nekojilo vůbec. Graf č. 4 znázorňuje délku kojení v celém vzorku. Několik respondentek ukončení kojení okomentovalo. Z jejich výpovědí vyplývá, že nejčastěji se jednalo o samovolné odmítání mateřského mléka dítětem, nemoc matky nebo nedostatek mléka. V jednom případě respondentka uvedla, že bylo dítě odstaveno kvůli žárlivosti staršího syna.

Temperament dítěte

Jednotlivé charakteristiky, které byly zařazeny pod otázky k temperamentu dítěte jsou znázorněny v koláčových grafech č. 5-9. U převažující nálady žádná respondentka neuvedla odpověď „Téměř vždy je špatně naladěná“. U otázek na převažující náladu, stravování, usínání i reakce na nové matky většinou uvedly méně obtížné charakteristiky. Jejich děti tedy vykazovaly spíše dobrou náladu, dobře zvládaly nové podněty, většinou snadno usínaly a stravovaly se bez obtíží. Nejvíce se děti různily v četnosti nočního buzení.





Graf č. 9

Nemocnost 1 a 2

Průměrná hodnota Nemocnosti 1 odpovídala 9 bodům (SD = 4 b.; R = 19 b.) a Nemocnost 2 odpovídala průměrně 6 b. (SD = 2,8 b.; R = 13 b.). U obou proměnných dosahovala data normálního rozdělení.

Pravidelně užívalo nějaké léky 11 % dětí. Většinou se jednalo o vitamíny, probiotika, či léky působící proti nadměrné střevní plynatosti (deflatulancia). Léky, které nebyly užívány pravidelně, ale pouze příležitostně, nejhojněji zastupovala antibiotika a analgetika – antipyretika, tedy léky působící na snížení zvýšené tělesné teploty a utlumení bolesti. Hojně zastoupená byla také antivirotika, z nich především léky proti rýmě.

| Typ léčiva | četnost | Relativní četnost (%) | Pravidelné užívání | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|---------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Antibiotikum | 29 | 21,8 | - | - |
| Analgetikum, antipyretikum | 27 | 20,3 | - | - |
| Vitamíny (D, Fe, B6) | 8 | 6,0 | 18 | 13,5 |
| Antivirotikum | 8 | 6,0 | - | - |
| Antitusikum | 6 | 4,5 | - | - |
| Bronchodilatanc | 5 | 3,8 | - | - |
| Antihistaminikum | 4 | 3,0 | 1 | 0,8 |
| Expektorancia | 4 | 3,0 | - | - |
| Antiflogistikum | 3 | 2,3 | - | - |
| Probiotika | 3 | 2,3 | 2 | 1,5 |
| Homeopatika | 3 | 2,3 | - | - |
| Bylinné sirupy na kašel | 3 | 2,3 | - | - |

| | | | | |
|----------------------|---|-----|---|-----|
| Kortikoidy | 2 | 1,5 | - | - |
| Deflatulencia | 2 | 1,5 | 2 | 1,5 |
| Antiarytmikum | 1 | 0,8 | - | - |
| Antimykotikum | 1 | 0,8 | - | - |

Tabulka č. 1

Průjem se vyskytl u 48 % (n = 64) dětí, přičemž nejčastěji (n = 25) se vyskytoval v kontextu růstu zubů. Tato porucha zažívání byla v 15 případech způsobena virovými či bakteriálními onemocněními, za 7 případy stály změny obvyklého stravování (alergie, reakce na pevnou stravu) či prostředí a 20 respondentek příčinu nespecifikovalo. U tří dětí se průjem vyskytl opakovaně, a to pokaždé z jiné příčiny.

Zvracení se v 8 případech objevilo spolu s virovým onemocněním. Další velmi častou příčinu tvořil reflux (n = 11), který se vyskytoval především v prvních měsících života. Část respondentek (n = 14) příčinu nespecifikovala a u 6 dětí bylo zvracení vyvoláno jídlem. V jednom případě způsobilo zvracení kašel, v dalším rýma a v jednom také růst zubů.

S kašlem se v prvním roce života setkalo více než polovina dětí (71 %). V osmi případech respondentky uvedly, že se jednalo o zánět průdušek (bronchitidu) a 3 děti prodělaly zápal plic. V jednom případě se zjevně jednalo o alergický kašel. 7 respondentek specifikovalo, že byl kašel způsoben nachlazením a 75 odpovědí specifikováno nebylo. S největší pravděpodobností se ovšem jednalo o virové či bakteriální infekce.

Zvýšená teplota tvoří v souboru vůbec nejčastěji zastoupený symptom. Setkalo se s ním 88 % dětí. Tato kategorie je hojněji zastoupená, protože je obecnější a doprovází mnoho jiných kategorií. Nejčastěji zvýšená teplota doprovázela růst zubů (n = 46). U virových či bakteriálních onemocnění se zvýšená teplota vyskytovala velmi často (n = 42). Jednalo se především o šestou exantémovou nemoc, nachlazení, spálovou angínu, ale také záněty průdušek, ledvin, močové trubice, nebo středního ucha. Zvýšená teplota, jako reakce na očkování, postihla 26 dětí. Značná část (n = 44) respondentek příčinu blíže nespecifikovala.

S rýmou se potýkalo během prvního roku 68 % (n = 90) dětí ze zkoumaného vzorku. Z této skupiny se v 62 % (n = 56) vyskytla opakovaně a v 10 případech se objevila alespoň pětkrát.

Bolest břicha se vyskytla u 38 % dětí (n = 50) a byla nejčastěji projevem kojenecké koliky, konkrétně v 72 % (n = 36), která většinou do tří měsíců odezněla. V několika případech (n = 5) se jednalo o alergickou reakci a u dvou dětí se bolest břicha vyskytla po podání léků.

Vyrážku nebo změny na kůži mělo celkem 47 % (n = 63) dětí, z nichž v osmi případech se jednalo o atopickou dermatitidu a ve dvou případech o seboroickou dermatitidu. U 12 dětí šlo o alergickou reakci, která byla nejčastěji spojena s potravinou. Část dětí (n = 13) postihla vyrážka ve spojení s pátou či šestou infekční exantémovou nemocí. V šesti případech se jednalo o kontaktní nebo plenkovou dermatitidu, která po změně kontaktního materiálu většinou vymizela. Ve třech případech proběhly plané neštovice a v dalších dvou byla vyrážka reakcí na očkování. U dvou dětí se na kůži objevil nezhoubný nádor hemangiom. Osmnáct respondentek příčinu nespécifikovalo.

Sípání patřilo k nejméně zastoupeným symptomům a vyskytovalo se u 15 % (n = 20) případů. Příčinu většinou představovala bronchitida, nebo alergická reakce. V jednom případě sípání zapříčinila laryngitida a v jednom zápal plic. Osm respondentek další informace neuvedlo.

Pouze 8 % (n = 10) respondentek uvedlo, že se jejich dítě během prvního roku setkalo s dušností. Z toho 8 respondentek v předchozí odpovědi zároveň uvedlo, že jejich dítě postihlo také sípání. Opakovaly se zde obdobné příčiny jako u dušnosti, tedy bronchitida, laryngitida, zápal plic a alergická reakce. V jednom případě byla dušnost zapříčiněna refluxem a u jednoho dítěte se těsně po porodu výrazně zvýšila dechová frekvence (tachypnoe) a došlo k desaturaci.

Devatenáct matek (14 %) uvedlo, že u jejich dítěte došlo k úrazu. Ve většině případů se jednalo o pád (z lavičky, z postele) bez závažnějších následků. Tato otázka mohla být zavádějící v tom smyslu, že záleželo na uvážení respondentky, zda se jednalo o úraz. U čtyř dětí došlo ke zlomenině horní končetiny, z toho se u dvou jedinců jednalo o klíční kost. V jednom případě respondentka uvedla autonehodu, jiná matka úraz do fontanely, jedno dítě spolkló pružinku a v jednom případě došlo k vykloubení ruky.

Alergii potvrdilo u svých dětí třináct matek (10 %), z toho v 10 případech se jednalo o potravinovou alergii. Nejčastěji (n = 6) byly děti alergické na bílkovinu kravského mléka. Do alergií spadá také atopická dermatitida, která byla uvedena již výše. U 78 % případů se nenacházela alergie, atopický ekzém a astma ani u rodiče, ani u dítěte.

V 5 % se shodoval výskyt alergie alespoň u jednoho rodiče s dítětem. Nicméně 9 % dětí mělo potvrzenou alergii, i když jejich rodiče alergii nepotvrdili. V 8 % jeden rodič alergii uvedl a u dítěte se nevyskytovala. V žádném případě se ovšem nevyskytla situace, kdy by oba rodiči alergii měli a dítě by ji naopak nemělo. Dědičnost alergie se značně různila. Je ovšem nutné dodat že rodiče, kteří alergii mají, nemuseli tuto informaci v dotazníku vůbec uvést, protože otázka na jejich onemocnění byla položena pouze obecně. Můžeme se tedy domnívat, že je ve vzorku část dětí, u nichž matky alergii neuvedly, ale přesto mají alergii v rodinné anamnéze.

Osm respondentek, tedy 6 %, uvedlo, že jejich dítě prodělalo zánět středního ucha. Dotazník obsahoval také otázku na otravu, nicméně všechny respondentky její výskyt negovaly.

Následovala otevřená otázka, kde mohly respondentky uvést další obtíže, které se u dítěte vyskytly nebo vyskytují. Nejčastěji se jednalo o vadu srdce ($n = 4$), z toho u dvou dětí šlo o defekt síňového septa. Tři respondentky uvedly, že jejich dítě mělo zánět slzných kanálků a u jednoho dítěte se vyskytlo krvácení do očí po porodu. Dvě děti se potýkají s centrální hypotonií a jedna respondentka uvedla, že má její dítě ortopedické problémy. Také matky uvedly po jednom případě cystu v hlavě, zánět ledvin, nízkou hmotnost a tupozrakost.

Očkování

Z celkového vzorku 133 jedinců není očkováno 6 dětí. Po očkování se s obtížemi setkala 59 % dětí, přičemž většinou (v 84 %) se jednalo o zvýšenou tělesnou teplotu. V dalších případech se vyskytla vyrážka, zhoršil se atopický ekzém, dítě vykazovalo horší náladu nebo došlo na nějakou dobu k vývojové regresi (přestalo žvatlat, otáčet se). V jednom případě bylo dítě po očkování dezorientované.

Hospitalizace a volání lékaře domů

V nemocnici bylo hospitalizováno 28 kojenců, tedy 20 % dětí. Důvody pobytu v nemocnici se značně různily. Opakovanou příčinu hospitalizace představovala dehydratace, bronchitida, laryngitida, nízká hmotnost a úrazy, které byly nejčastěji způsobené pádem na hlavu. V 8 případech byl během prvního roku volán lékař domů.

Onemocnění rodičů

U 35 % ($n = 46$) dětí se alespoň u jednoho rodiče vyskytovalo onemocnění. Ve 13 % případů ($n = 17$) se nějaká choroba objevila u obou rodičů, 12 % ($n = 16$) dětí mělo

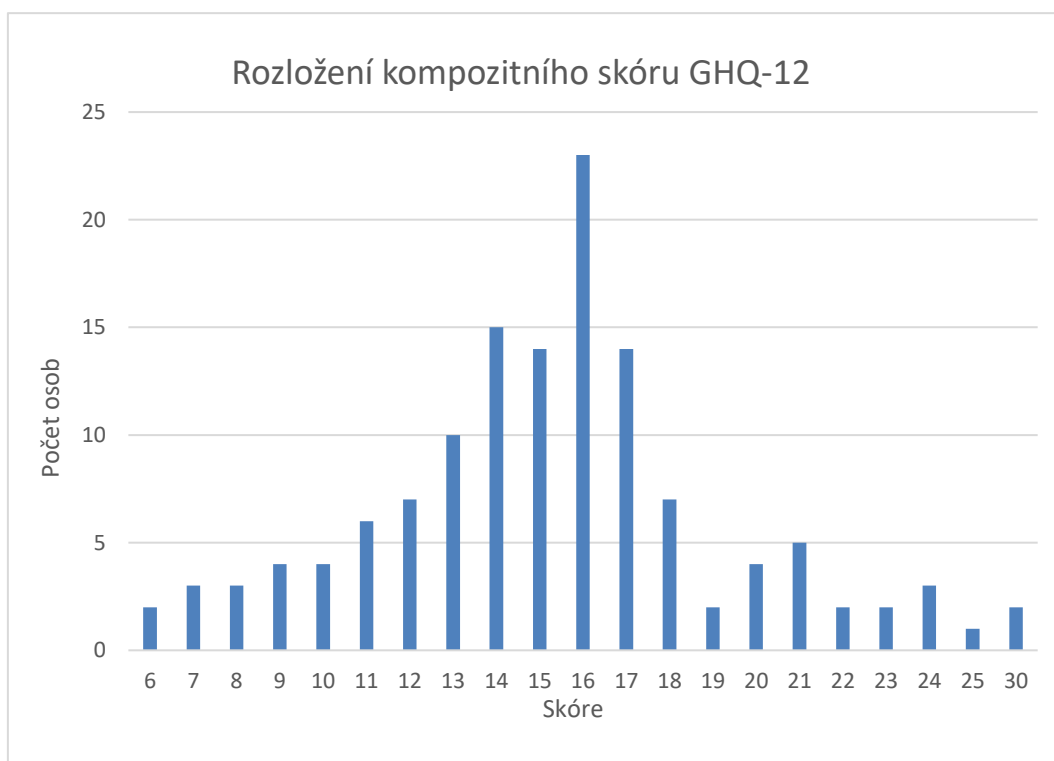
nemocnou výhradně matku a 10 % (n = 13) mělo nemocného pouze otce. Nejčastěji byly uvedeny nespecifikované alergie (29 %), astma bronchiale (13 %) a u 5 % se vyskytoval atopický ekzém. Poměrně často se objevila hypofunkce nebo hyperfunkce štítné žlázy, konkrétně u 13 % rodičů, kteří uvedli nějaké onemocnění. U tří rodičů byla uvedena přítomnost Leidenské mutace, což je dědičná mutace genu, která se vyznačuje vyšší srážlivostí krve a představuje riziko pro vznik plicní embolie, kterou jeden rodič taktéž prodělal (Hněvsová, 2013). U 10 % (n = 6) osob se jednalo o onemocnění či vadu srdce. Diabetes mellitus potvrdilo 8 % (n = 5) rodičů a ve čtyřech případech se u rodičů vyskytla rakovina, z toho u dvou byla u matky i otce stejného dítěte. U matek dětí se vyskytla také gynekologická onemocnění či vady. Dvě respondentky napsaly, že mají vývojové anomálie dělohy, a jedna uvedla polycystický syndrom ovárií. U této ženy a u ženy s anomálií dělohy došlo k početí pomocí asistované reprodukce. Ve vzorku se jednotlivě vyskytly u otců dětí deprese, závislost na alkoholu, Alzheimerova choroba a roztroušená skleróza u matky.

GHQ-12

Z dvanácti položek dotazníku General Health Questionnaire 12 byl sečtením bodů všech otázek vytvořen kompozitní skór pro každou respondentku. Každá položka byla hodnocena čtyřbodovou škálou na stupnici 0-3. Kompozitní skór dotazníku mohl nabývat hodnot od 0-36 bodů (dále jen b.), přičemž čím je výsledná hodnota vyšší, tím je kvalita psychického zdraví horší (a naopak – nižší hodnota značí lepší psychické zdraví). Průměrně matky dosahovaly 15,3 bodů (SD = 4,3 b.; R = 24 b.). Na grafu č. 10 je znázorněno rozložení hodnot, ze kterého je patrné, že o něco málo častěji se vyskytovaly hodnoty nižší.

V jednotlivých otázkách odpovídaly respondentky průměrně nejvyšší hodnotou (2,3 b.) na otázku o schopnosti soustředění. Naopak nejnižší průměr (0,7 b.) byl zastoupen u otázky, která zjišťovala pocity zbytečnosti a neschopnosti. Respondentky referovaly nejvíce o horší soustředěnosti. Zároveň ovšem neprožívaly pocity zbytečnosti a neschopnosti.

Tabulka č. 2 znázornila procentuální zastoupení čtyř vytvořených intervalů po devíti hodnotách. První dva intervaly s nižšími, tedy lepšími hodnotami zahrnovaly 84 % respondentek. Vzhledem k většímu vychýlení dat do levé poloviny grafu nedosahují výsledky dotazníku parametrů normálního rozdělení, což bylo ověřeno v programu SPSS.



Většina respondentek tedy vykazovala hodnoty psychické pohody nižší, z čehož lze usuzovat, že je období mateřství bylo v tomto vzorku prožíváno spíše kladně.

| Relativní četnosti intervalů GHQ 12 | |
|-------------------------------------|-------------------|
| Bodový interval | Relativní četnost |
| 0-9 | 9 % |
| 10-18 | 75 % |
| 19-27 | 14 % |
| 28-36 | 2 % |

Tabulka č. 2

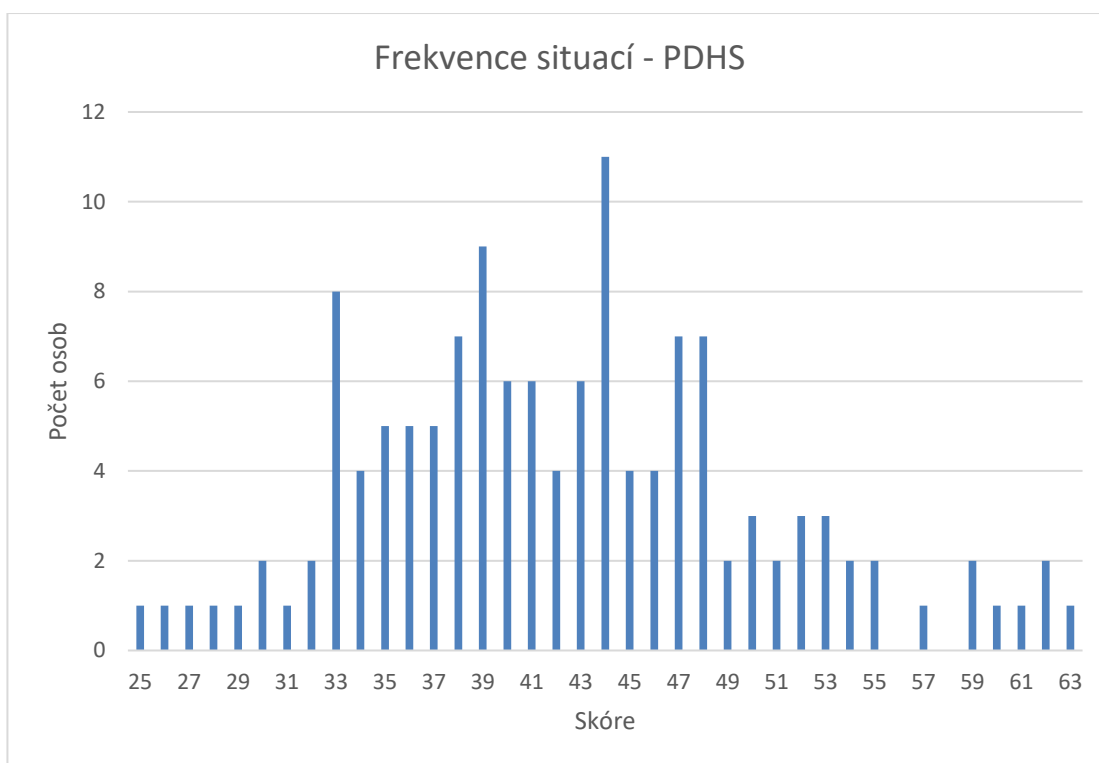
Parental Daily Hassles Scale

Dotazník, který mapoval každodenní těžkosti během rodičovství, přinesl dvojici číselných údajů. Jednalo se o frekvenci výskytu konkrétní rodičovské situace a intenzitu „otravnosti“ takové události. Tyto dva skóre spolu korelovaly hodnotou, která zapadá do střední síly korelace ($r = 0,4^{***}$).

Graf č. 10

- Frekvence situací (F)

Frekvence výskytu situací byla hodnocena čtyřmi stupni (výjimečně, někdy, často, každou chvíli), přičemž čím častěji se situace vyskytovala, tím vyšší počet bodů respondentka získala. Za každou otázku byly přiděleny 1-4 body, tudíž celkové skóre se pohybovalo v rozhraní 20-80 bodů. Průměr odpovídal hodnotě 42,4 b. (SD = 8 b.; R = 38 b.) a maximální dosažená hodnota odpovídala 63 bodům. Graf č. 11 znázorňuje rozložení skóre frekvencí. Na základě výpočtu z SPSS bylo zjištěno, že rozložení odpovídá normálnímu rozdělení. Opět byla vytvořena tabulka rozdělující body do čtyř intervalů, z něhož je patrné, že do intervalu nejvyšších hodnot nezapadal nikdo. Podle průměrných hodnot se v rodinách nejčastěji vyskytovaly situace, kdy je nutné po dítěti ustavičně uklízet (3,4 b.), nedostatek soukromí (3 b.) a nutnost neustálého dohledu (3 b.). Nejméně matky referovaly o situaci, kdy se dítě obtížně adaptuje.



Graf č. 11

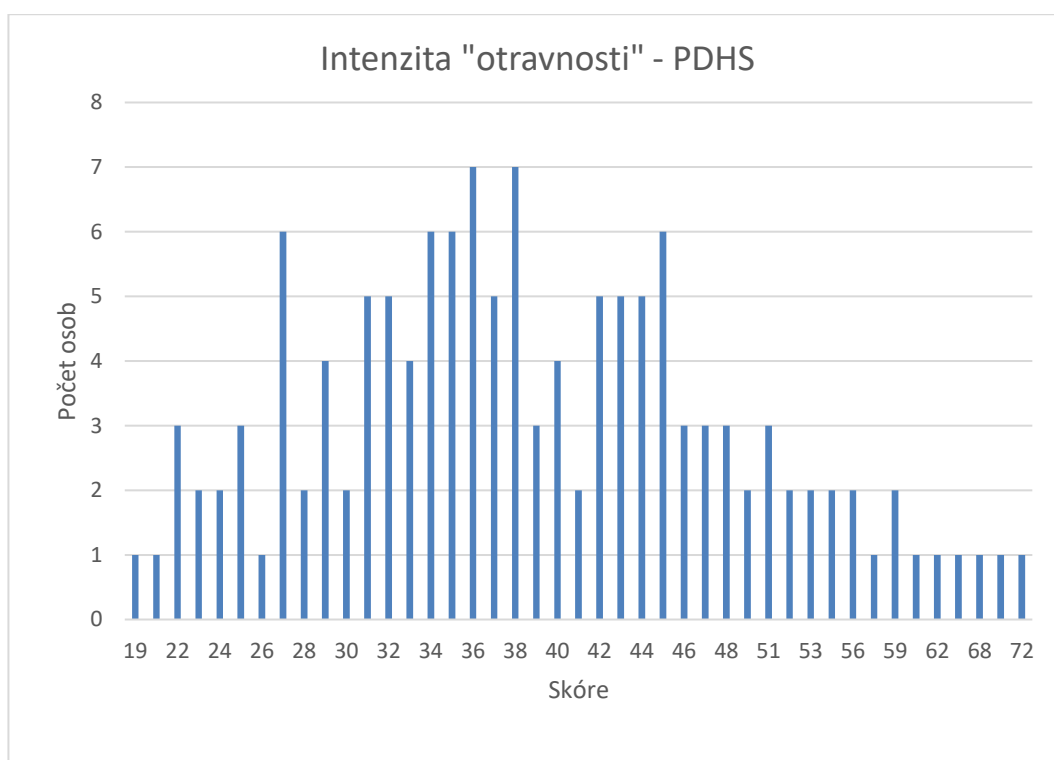
| Relativní četnosti intervalů PDHS (F) | |
|---------------------------------------|-------------------|
| Bodový interval | Relativní četnost |
| 20-35 | 17 % |
| 36-50 | 66 % |
| 51-65 | 17 % |

| | |
|-------|-----|
| 66-80 | 0 % |
|-------|-----|

Tabulka č. 3

- Intenzita „otravnosti“ (IO)

Respondentky nejdříve odpověděly na frekvenci výskytu dané situace, a následně na škále 1-5 (1 – nevadí mi to, 5 – velmi mě to obtěžuje) hodnotily, jak moc je pro ně daná situace obtěžující. Hodnoty se tedy mohly pohybovat v rozmezí od 20 do 100. Průměr intenzity „otravnosti“ odpovídá 39,2 bodům (SD = 10,8 b.; R = 53 b.) a rozložení četností koresponduje s normálním rozdělením. Z tabulky intervalové četnosti je patrné, že většina respondentek vnímá každodenní těžkosti mateřství jako málo otravné.



Graf č. 12

| Relativní četnosti intervalů PDHS (IO) | |
|--|-------------------|
| Bodový interval | Relativní četnost |
| 20-40 | 59 % |
| 41-60 | 37 % |
| 61-80 | 4 % |
| 81-100 | 0 % |

Průměrně nejvyšších hodnot intenzity „otravnosti“ dosahovaly situace, kdy děti bez naléhání neuposlechnou (2,8 b.) nebo neustále pláčou (2,5 b.). Za nejméně „otravné“ respondentky označily situace, kdy se dítě několikrát za den ušpiní a je třeba ho převléci (1,4 b.) a zařizování navíc kvůli dítěti (1,4 b.).

Tabulka č. 4

Shrnutí výsledků dotazníků

Nejčastěji se ve vzorku vyskytovaly úplné nukleární rodiny s jedním dítětem. Ve většině případů (95 %) bylo dítě počato přirozenou cestou. Více než polovina těhotenství proběhla bez komplikací a porod byl zahájen spontánně. Jedna třetina dětí přišla na svět císařským řezem a předčasně se narodilo 11 % dětí. Většina porodů se obešla bez komplikací a dítě mělo normální porodní hmotnost. Více než polovina (59 %) dětí byla kojena celý první rok a malá část (7 %) dětí nebyla kojena vůbec. Dá se tedy říci, že hodnocené děti měly na začátku svého života spíše výhodné podmínky, které působí protektivně z hlediska zdraví a rizik onemocnění.

Během prvního roku života se zkoumané děti nejčastěji potýkaly se zvýšenou tělesnou teplotou, kašlem a nachlazením. Přibližně polovina dětí se setkala s průjmem a vyrážkou. V pořadí podle výskytu, se ve vzorku dále vyskytovala bolest břicha, zvracení, sípání a úraz. Nejméně byly zastoupeny alergie, dále pak dušnost, a nakonec zánět středního ucha. Více zmíněných symptomů se vyskytlo v kontextu růstu zubů, a to především zvýšená teplota a průjem. Zvýšená teplota byla také nejčastější reakcí na očkování, u něhož mělo různé zdravotní komplikace přes polovinu dětí (59 %). S vrozenou srdeční vadou se narodila 3 % dětí a 2 % dětí měla zánět slzných kanálků. Hospitalizováno bylo celkem 10 % dětí.

| | Výskyt projevu |
|----------------------|----------------|
| Zvýšená teplota | 88 % |
| Kašel | 71 % |
| Rýma | 68 % |
| Průjem | 48 % |
| Vyrážka | 45 % |
| Bolest břicha | 38 % |
| Zvracení | 30 % |
| Sípání | 15 % |
| Úraz | 14 % |
| Alergie | 10 % |
| Dušnost | 8 % |
| Zánět středního ucha | 6 % |

V testu psychické pohody GHQ-12 se ukazuje, že vzorek matek prožívá mateřství spíše jako šťastné období, což by bylo možné považovat za další protektivní faktor zdraví. Pouze 16 % se nacházelo v polovině bodového hodnocení, které značí spíše o psychické nepohodě. Frekvence každodenních situací mateřství, které mohou způsobovat těžkosti, odpovídala normálnímu rozdělení, přičemž žádná matka frekvenci nehodnotila v nejvyšších možných hodnotách. Z výsledků o intenzitě otravnosti je zjevné, že i když se tyto těžkosti vyskytují, většinou je matky nevnímají jako významně iritující. To ovšem může souviset s tím, že vzorek obsahuje většinu matek pouze s jedním dítětem, tudíž je kumulace těchto obtížných situací nižší.

Tabulka č. 5

2.5.3 Korelační analýza dat

V této části bude popsána korelační analýza, která byla provedena mezi různými proměnnými z dotazníků. Vzhledem k velkému rozsahu korelačních matic jsou zde kromě klíčových hodnot, které odpovídají na stanovené hypotézy, uvedeny jen korelace, které vyšly jako statisticky významné. Korelace byly zjišťovány pomocí Pearsonova a Spearmanova korelačního koeficientu, který bere v úvahu také pořadí v souboru. Pro GHQ-12 byl použit Spearmanův korelační koeficient, protože data nedosahují normálního rozdělení. U binárních proměnných byl použit Pearsonův korelační koeficient, který lze použít místo biserálního korelačního koeficientu (Hendl, 2012). U dalších proměnných byla zjišťována normalita proměnné a na základě toho volen výpočet korelace.

Nemocnost dítěte a GHQ-12, PDHS

Korelační analýza zhodnotila přítomnost a směr vztahu mezi jednotlivými proměnnými. Pro tuto práci bylo jedním z hlavních cílů zjistit vztahy mezi nemocností dítěte, psychickou pohodou matky a vnímanou náročností každodenních rodičovských těžkostí. Vzhledem k tomu, že je tato otázka pro výzkum klíčová, zde byly uvedeny i korelace, které nejsou statisticky významné. Z korelační tabulky č. 1 je patrné, že hodnoty korelací, které jsou hodnoceny jako statisticky významné, se po zaokrouhlení rovnaly hodnotě 0,2. Jednotlivé vztahy se tedy pohybují v malé síle vztahu, který je určen intervalem 0,1 - 0,3 (Hendl, 2012).

| Korelační tabulka č. 1 | | | | |
|---|--------------|--------|-------------------------------|--------------------------|
| Proměnná | Typ korelace | GHQ-12 | PDHS - intenzita "otravnosti" | PDHS - frekvence situací |
| Nemocnost 1 | Pearson r | | 0,181* | 0,129 |
| | p-value | | 0,038 | 0,139 |
| | Spearman rho | 0,160 | | |
| | p-value | 0,066 | | |
| Nemocnost 2 | Pearson r | | 0,155 | 0,174* |
| | p-value | | 0,075 | 0,045 |
| | Spearman rho | 0,149 | | |
| | p-value | 0,088 | | |
| * p <. 05, ** p <. 01, *** p <. 001 | | | | |
| H ₁ : Děti matek s vyšším skóre v GHQ-12 dosahují v testu Nemocnost 1 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v GHQ-12 nižších skóre. | | | | |

H1₀: Není rozdíl mezi Nemocností 1 u dětí matek s vyšším skóre v GHQ-12 a u dětí matek s nižším skóre v GHQ-12.

Nulovou hypotézu H1₀ nezamítám. Na hladině významnosti 5 % nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi GHQ-12 a Nemocností 1.

H₂: Děti matek s vyšším skóre v GHQ-12 dosahují v testu Nemocnost 2 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v GHQ-12 nižších skóre.

H2₀: Není rozdíl mezi hodnotou Nemocnosti 2 u dětí matek s vyšším skóre v GHQ-12 a u dětí matek s nižším skóre v GHQ-12.

Nulovou hypotézu H2₀ nezamítám. Na hladině významnosti 5 % nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi GHQ-12 a Nemocností 2.

H₃: Děti matek s vyšším skóre v PDHS-IO dosahují v testu Nemocnost 1 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-IO nižších skóre.

H3₀: Není rozdíl mezi Nemocností 1 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS-IO.

Nulovou hypotézu H3₀ zamítám. Na hladině významnosti 5 % byl prokázán vztah mezi PDHS-IO a Nemocností 1.

H₄: Děti matek s vyšším skóre v PDHS-IO dosahují v testu Nemocnost 2 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-IO nižších výsledků.

H4₀: Není rozdíl mezi Nemocností 2 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS-IO a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS-IO.

Nulovou hypotézu H4₀ nezamítám. Na hladině významnosti 5 % nebyl prokázán vztah mezi PDHS-IO a Nemocností 2.

H₅: Děti matek s vyšším skóre v PDHS-F dosahují v testu Nemocnosti 1 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-IO nižších skóre.

H5₀: Není rozdíl mezi Nemocností 1 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS-F a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS-F.

Nulovou hypotézu H5₀ nezamítám. Na hladině významnosti 5 % nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi Nemocností 1 a PDHS-F.

H₆: Děti matek s vyšším skóre v PDHS-F dosahují v testu Nemocnosti 2 vyšších skóre než děti matek, které dosahují v testu PDHS-F nižších výsledků.

H₆₀: Není rozdíl mezi Nemocností 2 u dětí matek s vyšším skóre v testu PDHS-F a u dětí matek s nižším skóre v testu PDHS-F.

Nulovou hypotézu H₆₀ zamítám. Na hladině významnosti 5 % byl prokázán vztah mezi PDHS-F a Nemocností 2.

Jednotlivé symptomy, nemoci dětí a GHQ-12, PDHS

V následujícím kroku byla provedena korelační analýza mezi jednotlivými četnostmi symptomů (Nemocnost 2) a GHQ-12, PDHS intenzitou „otravnosti“ a frekvencí situací. V korelační tabulce č. 2, 3 a 4 byly zaznamenány pouze ty vztahy, u nichž vyšla korelace jako statisticky významná. Na hladině významnosti 5 % tedy nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi četností zvracení, průjmu, kašle, dušnosti, sípání, zvýšené teploty, nachlazení, bolestí břicha, úrazu, zánětu středního ucha, dalších obtíží a GHQ-12, ani PDHS.

V kontextu GHQ-12 byl na hladině významnosti 5 % prokázán statisticky významně vyšší výskyt alergií u matek, které vykazovaly horší psychickou pohodu. Na hladině významnosti 5 % byl prokázán statisticky významně vyšší výskyt vyrážky u matek, které vnímaly každodenní těžkosti mateřství jako „otravnější“, a zároveň referovaly o vyšším výskytu těchto situací. Na hladině významnosti 1 % byl prokázán statisticky významně vyšší výskyt atopické dermatitidy u matek s vyšší hodnotou intenzity „otravnosti“. Stejně jako v korelacích ze souhrnného testu, nepřesáhla síla vztahu číslo 0,2, tedy odpovídá pásmu malé korelace.

| Korelační tabulka č. 2 | | |
|------------------------|-----------|-------------------------------|
| Proměnná | | GHQ-12 |
| Alergie | Pearson r | 0,188* |
| | p-value | 0,030 |
| Korelační tabulka č. 3 | | |
| | | PDHS - frekvence situací |
| Vyrážka - četnost | Pearson r | 0,218* |
| | p-value | 0,012 |
| Korelační tabulka č. 4 | | |
| | | PDHS - intenzita „otravnosti“ |
| Vyrážka - četnost | Pearson r | 0,196* |
| | p-value | 0,024 |

| | | |
|-------------------------------------|-----------|----------------|
| Atopická dermatitida | Pearson r | 0,224** |
| | p-value | 0,009 |
| * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 | | |

Dále byla korelační matice vytvořena pro GHQ-12, PDHS a jednotlivé symptomy, které byly hodnoceny na základě jejich výskytu a návštěvy lékaře (Nemocnost 1). Stejně jako v předchozích případech, odpovídaly statisticky významné korelace hodnotě 0,2. Výsledné korelace zachycuje tabulka č. 5. Na hladině významnosti 5 % byl u matek s horší psychickou pohodou prokázán statisticky významně častější výskyt a návštěva lékaře kvůli vyrážce. Na hladině významnosti 5 % nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi výskytem a návštěvou lékaře z důvodu zvýšené teploty, zvracení, průjmu, kašle, sípání, dušnosti, nachlazení, bolestí břicha, úrazu, zánětu středního ucha, dalších obtíží a GHQ-12 ani PDHS.

| Korelační tabulka č. 5 | | |
|-------------------------------------|--------------|---------------|
| Proměnné | Typ korelace | GHQ-12 |
| Vyrážka - návštěva lékaře | Pearson r | 0,199* |
| | p-value | 0,022 |
| * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 | | |

Stravování, počet dětí v domácnosti a temperament

Tabulka č. 6 zachycuje korelace, které se týkají obtíží při stravování, kojení a počtu dětí v domácnosti. Tyto položky byly korelovány s mnoha dalšími proměnnými a stejně jako v předchozích případech byly zaznamenány pouze statisticky významné korelace.

Na hladině významnosti 0,1 % bylo prokázáno, že děti matek, které jsou déle kojeny, se statisticky významně častěji v noci budí. Další statisticky významný vztah byl prokázán mezi obtížemi při stravování a četností nočního buzení. Tedy čím více má dítě obtíže se stravováním, tím častěji se v noci budí. Na hladině významnosti 5 % byla prokázána statisticky významná korelace mezi převažující náladou dítěte a počtem dětí v domácnosti. Čím více dětí se nacházelo v domácnosti, tím pozitivnější byla převažující nálada dítěte. Na hladině významnosti 0,1 % byl prokázán statisticky významný vztah mezi počtem dětí v domácnosti a intenzitou „otravnosti“.

Byl zkoumán také vztah mezi věkem rodičů, jejich vzděláním a kojením. Na hladině významnosti 0,1 % byl zjištěn statisticky významný vztah mezi vzděláním matky a délkou kojení. Čím vyšší měla matka vzdělání, tím déle kojila.

| Korelační tabulka č. 6 | | | | |
|--|--------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| Proměnné | Typ korelace | Kojení | Obtíže při stravování | Počet dětí v domácnosti |
| Četnost nočního buzení | Pearson r | 0,298*** | | |
| | p-value | <0,001 | | |
| | Spearman rho | 0,329*** | 0,301*** | |
| | p-value | <0,001 | <0,001 | |
| Vzdělání matky | Pearson r | 0,373*** | | |
| | p-value | <0,001 | | |
| Převažující nálada | Spearman rho | | | -0,183* |
| | p-value | | | 0,035 |
| PDHS – intenzita “otravnosti” | Spearman rho | | | 0,316*** |
| | p-value | | | <0,001 |
| * p < . 05, ** p < . 01, *** p < . 001 | | | | |

Prenatální a perinatální období

V dalším oddíle byla provedena korelační analýza charakteristik, které se pojí s obdobími prenatálním, perinatálním a časně postnatálním.

Komplikace u porodu korelovaly hodnotou 0,3** s komplikacemi v těhotenství a podáním analgetik během porodu. Na hladině významnosti 1 % bylo zjištěno, že matky, které měly komplikovaný porod, měly častěji komplikace už v těhotenství a byla jim podána analgetika během porodu. Toto zjištění není příliš překvapivé, protože komplikace u porodu mohou být důvodem k podání analgetik či anestezie. Komplikace při porodu a podání analgetik také pozitivně korelují s nižším Apgar skóre dětí. Zajímavé je zjištění, které bylo prokázáno na hladině významnosti 1 %, že pokud se jednalo o početí pomocí asistované reprodukce, byla během porodu statisticky významně častěji podána analgetika. Asistovaná reprodukce byla asociována také s komplikacemi během těhotenství a častěji byl u těchto žen prováděn císařský řez. Tato zjištění jsou důkazem častějšího negativního řetězení nepříznivých okolností prenatálního a perinatálního vývoje.

| Korelační tabulka č. 7 | | | | | |
|---|-----------|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Proměnné | Výpočet | Komplikace při porodu | Apgar skóre | Způsob početí | Věk matky |
| Analgetika | Pearson r | 0,281** | -0,222* | 0,237** | |
| | p-value | 0,001 | 0,033 | 0,006 | |
| Komplikace v těhotenství | Pearson r | 0,241** | | 0,182* | |
| | p-value | 0,005 | | 0,036 | |
| Typ porodu | Pearson r | | | 0,225** | 0,264** |
| | p-value | | | 0,009 | 0,002 |
| * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 | | | | | |

Prenatální, perinatální období a nemocnost

V dalším kroku byla provedena korelační analýza proměnných, týkajících se těhotenství a porodu, v souvislosti s následným výskytem onemocnění. Na hladině významnosti 5 % byl prokázán statisticky významně vyšší výskyt alergií u dětí matek, které měly během porodu komplikace a u dětí matek, kterým byla během porodu podávána analgetika. Alergie byla na hladině významnosti 1 % statisticky významně častěji u dětí matek, které déle kojily. Dále bylo na hladině významnosti 5 % prokázáno, že děti matek, u nichž byl porod veden jako císařský řez, měly statisticky významně vyšší hodnotu Nemocnosti 1.

| Korelační tabulka č. 8 | | | | | |
|---|--------------|-----------------------|---------------|---------------|----------------|
| Proměnné | Typ korelace | Komplikace při porodu | Analgetika | Nemocnost 1 | Kojení |
| Alergie | Pearson - r | 0,174* | 0,181* | | 0,250** |
| | p-value | 0,046 | 0,038 | | 0,004 |
| Typ porodu | Pearson - r | | | 0,189* | |
| | p-value | | | 0,030 | |
| * p < .05, ** p < .01, *** p < .001 | | | | | |

PDHS, GHQ 12 a Nemocnost

Na závěr byly provedeny korelace mezi dotazníky GHQ-12, PDHS a náročností temperamentu, které jsou zaznamenány v tabulce č. 8.

Na hladině významnosti 0,1 % byla prokázána statisticky významná souvislost mezi GHQ-12 a PDHS-IO. Čím více byly pro matku situace iritující, tím byla také horší celková psychická pohoda. Dále byla na hladině významnosti 0,1 % prokázána statisticky významně vyšší vnímaná intenzita „otravnosti“ u matek dětí s náročnějším

temperamentem. Tyto korelace v podstatě vyplývají z podstaty dotazníků a jsou uváděny spíše pro úplnost.

| Korelační tabulka č. 8 | | | |
|--|-------------|-------------------------------|------------------|
| Proměnné | Výpočet | PDHS – intenzita „otravnosti“ | PDHS - frekvence |
| GHQ-12 | Pearson – r | 0,287*** | 0,192* |
| | p-value | <0,001 | 0,027 |
| PDHS – intenzita „otravnosti“ | Pearson – r | | 0,373*** |
| | p-value | | <0,001 |
| Náročnost temperamentu | Pearson – r | 0,268*** | 0,412*** |
| | p-value | 0,002 | <0,001 |
| * p < . 05, ** p < . 01, *** p < . 001 | | | |

H₇: Matky s vyšším skóre PDHS-IO dosahují vyšších skóre v GHQ-12, než matky, které dosahují nižších skóre v PDHS-IO.

H₇₀: Není rozdíl mezi PDHS-IO u matek s vyšším skóre v GHQ-12 a u matek s nižším skóre v GHQ-12.

Nulovou hypotézu H₇₀ zamítám. Na hladině významnosti 0,1 % byl prokázán statisticky významný vztah mezi PDHS-IO a GHQ-12.

2.6 Kazuistiky o přítomnosti rizikových faktorů

V předchozí části byl zmapován výskyt onemocnění u dětí ve věku jednoho roku, a to v kontextu psychické pohody matky a vnímané náročnosti každodenních těžkostí, které se pojí s mateřstvím. Vedle toho byly popsány charakteristiky, které se týkají těhotenství, porodu, temperamentu dítěte a dalších souvislostí.

Ukázalo se, že vzorek obsahuje spíše matky, které toto období prožívají jako spokojené a šťastné. To možná odpovídá i všeobecnému očekávání ve společnosti. Je ovšem nutné připomenout, že složení vzorku čítá téměř 90 % úplných rodin. Jak již bylo v teoretické části zmíněno, u matek samoživitelek bývá psychická pohoda významně horší (Van den Velde et al., 2014; Rousou et al., 2016).

Určité procento dětí je více nemocné, případně více ohrožené, a to například kvůli zatížené rodinné anamnéze. Každý případ je svými charakteristikami jedinečný a dané kontexty rozšiřují perspektivu, která napomáhá pochopení nemoci. Pro dokreslení pestrosti vzorku budou v následující části uvedeny tři kazuistiky, které se v určitém znaku výrazně odchylovaly od průměru. Bude na nich možné demonstrovat koncentraci rizikových faktorů, které byly uvedeny v teoretické části.

2.6.1 Chlapec, který nejvíce stonal

Chlapec se narodil jako prvorozený syn do manželského páru matce (29 let) s vysokoškolským vzděláním a otci (36 let) s vyšším odborným vzděláním. V rodičovské anamnéze se vyskytují alergie a atopický ekzém u matky. O dítě pečuje většinu času matka, přičemž otec se do péče také zapojuje.

Těhotenství bylo označeno za rizikové, protože se u matky vyskytla hypertenze, která vyústila v preeklampsii. Z důvodu vysokého krevního tlaku matky byla nutná akutní sekce ve 32. týdnu těhotenství. Jednalo se tedy o předčasné narození, a z toho důvodu podstupovalo dítě průběžnou rehabilitaci, neurologická vyšetření, kardiologická vyšetření, kontrolu psychomotorického vývoje a kontroly v poradně pro rizikové novorozence. Apgar skóre odpovídalo hodnotám 4, 9 a 10. Porodní hmotnost i délka byla vzhledem k předčasnému porodu nízká.

Chlapcův biorytmus je bez výraznějších odchylek. Většinou dobře spí i usíná a bývá spíše dobře naladěný. Vzhledem k předčasnému narození nebylo dítě schopno při kojení dostatečně sát, proto bylo krmeno do sedmého měsíce odstříkaným mateřským

mlékem. Následně dostávalo umělé hypoalergenní mléko (vzhledem k alergiím matky) spolu s příkrmy. U dítěte se v raném věku často objevoval reflux. Opakovaně bylo provedeno sono hlavy kvůli cystě, která se postupně vstřebala. Během prvního roku dítě užívalo několik doplňků stravy. Dále mu byly podány antiviretika, antihistaminika, antipyretika a antibiotika. Třikrát se u dítěte objevil průjem, který byl korigován v domácím prostředí. Během prvního roku chlapec dvakrát prodělal bronchitidu, která byla spojená se zvýšenou teplotou. Zvýšená tělesná teplota se objevila také při prořezávání zubů a po očkování. Jednou byl chlapec nachlazený a také se potýkal s kolikami. Ekzém se u dítěte nevyskytoval. Během letních měsíců se objevilo sípání spolu s dušností, díky čemuž byl na čtyři dny hospitalizován a byla mu diagnostikována blíže nespecifikovaná alergie.

V testu GHQ-12 získala chlapcova matka 20 bodů ($M = 15,3$; $SD = 4,3$ b.), tudíž při zařazení do intervalu by se nacházela ve třetím oddílu, což odpovídá vyšším projevům psychické nepohody. Frekvence v testu PDHS odpovídala 40 bodům a intenzita „otravnosti“ 28, což je výrazně méně, než odpovídá průměrná hodnota v celém vzorku ($M = 38$ b., $SD = 10,8$ b.).

Frekvence situací se velmi blíží průměru (42 b., $SD = 8$ b.) a intenzita „otravnosti“ těchto situací je nižší téměř o jednu směrodatnou odchylku. Matka každodenní těžkosti s péčí o dítě nepovažuje za výrazně nepříjemné, většinou je hodnotila číslem 1-2, tedy jako málo obtěžující. Ovšem v dotazníku na psychickou pohodu vykazovala hodnotu o něco málo vyšší než jedna směrodatná odchylka. Psychická pohoda tedy byla o něco horší, zároveň je pravděpodobné, že nepramení z těžkostí, které přináší mateřství. Mezi rizikové faktory pro zdravý vývoj tohoto chlapce patří výskyt atopie u matky a rizikový průběh těhotenství, které bylo zakončené akutním císařským řezem. Vzhledem k tomu, že šlo o předčasný porod, pojí se s ním také nižší hodnoty Apgar skóre, nižší porodní hmotnost, kratší délka a nevyvinutý reflexem sání. U dítěte se objevily problémy se zažíváním a cysta v hlavě, což mohlo vést ke zvýšeným obavám a pocitům nejistoty v rodině, které mohly být spojeny s vyšetřeními. Nepříznivě mohla na dítě působit také hospitalizace, spojená s nespecifickou alergií. Jedná se tedy o sumu rizikových faktorů, které se mohou řetězit a vzájemně interagovat.

2.6.2 Nejzdravější dítě

Dívka se narodila matce (25 let) a otci (věk neuveden), kteří dokončili vysokoškolské vzdělání a žijí ve vztahu nesezdání. V rodině žijí také zvířata.

Respondentka uvedla, že ona ani otec dítěte žádné nemoci nemají. Těhotenství proběhlo bez komplikací a porod začal spontánně v 39. týdnu těhotenství. Průběh porodu byl komplikovaný, protože postupoval pomalu a respondentka uvedla, že dítě vykazovalo špatné hodnoty. Během porodu nebyla podána analgetika a Apgar skóre bylo ve všech třech minutách po 10 bodech. Porodní hmotnost odpovídala normě. Dívka velmi dobře usíná a většinou se budí více než dvakrát za noc, a to z nejasného důvodu. Převážně je dobře naladěná a obtíže jí dělají změny ve stravovacím režimu. Délka kojení není blíže specifikována, pouze je uvedeno, že se jednalo o kombinaci mateřského a umělého mléka. Všechny symptomy a nemoci dotazníku spolu s otevřenou otázkou na další zdravotní obtíže matka negovala.

Frekvence situací v testu PDHS odpovídala 52 b. a intenzita „otravnosti“ 59 bodům ($M = 38$ b., $SD = 10,8$ b.). V testu GHQ-12 získala matka 23 bodů ($M = 15,3$; $SD = 4,3$). Obě hodnoty jsou vyšší, tedy horší, než je aritmetický průměr proměnných. Tento konkrétní příklad byl tedy v úplném rozporu proti hypotéze, že čím lepší výsledek z testu GHQ-12 a PDHS, tím menší bude hodnota z testu nemocnosti. Možná by ovšem bylo možné zvažovat, zda je skutečně takto „čistá“ anamnéza reálná.

V dotazníku se informace o rizikových faktorech téměř nevyskytly. Dítě se narodilo mladé matce, která je stejně jako otec zdravá a vzdělaná. Na základě toho se můžeme domnívat, že jsou oba lépe informovaní. Těhotenství proběhlo bez komplikací; přes komplikace během porodu dítě vykazovalo plný počet bodů v Apgar skóre a přiměřenou porodní váhu. Dítě má spíše klidný temperament. Matka referuje o horší psychické pohodě, více jí mateřské těžkosti iritují, dítě je ovšem přesto zdravé. Tato kazuistika poukazuje na souhru dalších faktorů, které vedou k výslednému zdravotnímu stavu a pravděpodobně sehrály větší úlohu než právě psychická pohoda matky.

2.6.3 Dítě matky s nejnižší subjektivně uvedenou psychickou pohodou

Matka (31 let) spolu s manželem (25 let) vychovávají roční dívku a pětiletého syna. Oba rodiče mají nejvyšší dosažené vzdělání střední. Matka uvedla, že má astma a otec dítěte je zdravý. Většinu času se o děti stará ona, protože otec tráví hodně času na pracovních cestách jako podnikatel a doma tráví maximálně dva dny v týdnu. Vzhledem k císařskému řezu u prvního dítěte a tenké děložní stěně bylo těhotenství označeno za rizikové. Dívka se narodila v 37. týdnu těhotenství, porod byl předem plánován jako

císařský řez a proběhl bez komplikací. Apgar skóre odpovídalo hodnotám v součtu 29 bodům a porodní váha i délka odpovídaly normě. Se spánkem a usínáním nebývají větší obtíže a dívka bývá převážně pozitivně naladěná.

Kojení probíhalo pouze první čtyři měsíce, protože dítě trpí silným refluxem. Respondentka uvedla: „Co vypilo, ihned vyzvrátilo, ubíralo na váze a muselo se sáhnout i na dokrmování UM. Jak se začalo dokrmovat UM, začala krmení z prsu odmítat a i přes veškeré snahy se to nepodařilo zvrátit.“

V průběhu prvního roku byl jednou nebo dvakrát volán lékař domů. Pravidelně dítěti léky podávány nebyly, ale dvakrát mu byla předepsána antibiotika. Dívka byla dvakrát hospitalizována se zánětem průdušek, které doprovázelo sípání a dušnost. Během jednoho pobytu v nemocnici se u dítěte objevila vyrážka. V průběhu prvního roku mělo dítě čtyřikrát zvýšenou tělesnou teplotu a rýmu. Respondentka uvedla, že v kontextu očkování se nedostavily žádné obtíže, a také to, že dítě nemá alergie.

V GHQ-12 získala respondentka 30 bodů ($M = 15,3$; $SD = 4,3$), což odpovídá nejvyšší, tedy nejhorší naměřené hodnotě z celého vzorku. Na PDHS škále bylo po sečtení získáno 37 bodů za frekvenci situací a v kategorii intenzita „otravnosti“ 44 bodů ($M = 38$ b., $SD = 10,8$ b.). Těžkosti spojené s mateřstvím vnímá jako „otravnější“, než odpovídá průměrné hodnotě vzorku. Tyto proměnné by mohly souviset s rodinnou situací, kdy je matka na dítě většinou sama, muž je doma pouze dvakrát v týdnu, tudíž ona sama má mnohem menší míru sociální podpory a zároveň se stará o dvě děti. Během prvního roku se vyskytlo větší množství zdravotních komplikací. Těhotenství bylo označeno za rizikové a po narození byla adaptace delší a náročnější. V tomto případě by se možná dalo hovořit o interakci tří zásadních faktorů, a to méně výhodné rodinné situace, více somaticky nemocného dítěte a matky ve větší nepohodě.

Diskuse

Ze vzorku bylo 5 % dětí počato asistovanou reprodukcí, což je oproti běžnému standardu v České republice o 2 % více („Neplodnost“, 2014). **U těchto dětí byly častěji prováděny císařské řezy, vyskytly se komplikace v těhotenství a častěji byla podána analgetika u porodu. Zjištění svědčí o vyšším výskytu méně výhodných výchozích podmínek pro dítě i matku v období těhotenství a po porodu.** Referovaly o nich už předchozí výzkumy, a to vzhledem k předčasnému narození, vývojovým odchylkám, vyššímu riziku vzniku malformací a nižší porodní hmotnosti (Merlob et al., 2005; Hansen et al., 2013). Tato zjištění je ovšem potřeba prověřit, protože celkem bylo těchto respondentek ve vzorku práce poměrně málo.

Porod byl veden ve 32 % případech císařským řezem, což je o 6 % více než uvádí Český statistický úřad pro rok 2015 (Císařský řez, 2017). Ve shodě s jinými zjištěními (Roztočil, 2008) byl u starších matek císařský řez častější. **Mezi císařským řezem a Nemocností 1 byl prokázán vztah, což poukazuje na vyšší nemocnost a četnost návštěv lékaře těchto dětí.** Tento vztah je v souladu s teorií (Gregora, 2013), která poukazuje na horší imunitu u dětí narozených císařským řezem. Na druhou stranu se neprokázal vztah mezi císařským řezem a četností nemocí a zároveň je síla zjištěného vztahu mezi Nemocností 1 a císařským řezem velmi malá.

Nebyl prokázán vztah císařského řezu a výskytu alergií, což je v rozporu s tvrzením z teoretické části, které naopak zasazuje výskyt alergií do vztahu s císařským řezem (Gregora, 2013). Tento rozpor může být zapříčiněn vznikem alergií, které se mohou objevit až v pozdějším vývoji, nebo jen nebyly doposud zjištěny. Na druhou stranu byl zjištěn vztah (malé síly) komplikací u porodu s podáváním analgetik a následným vznikem alergie. Typ porodu nebyl asociován s psychickou pohodou matky ani vnímanou náročností mateřství, což neodpovídá předchozímu výzkumu, kde byl tento vztah prokázán (Saisto et al., 2008).

Porod byl vyvoláván téměř u jedné třetiny respondentek, což koresponduje s výsledky jedné americké studie, kde byl porod vyvolán u 30 % žen (Declercq et al., 2014). Podle jednoho internetového průzkumu v České republice je číslo nižší. O vyvolávaném porodu referuje 18 % matek (Zichová & Wolfová, 2017). V tomto případě je ovšem vzorek limitovaný nenáhodným výběrem, stejně jako vzorek této práce. Předčasné narození nesouviselo s nemocností dětí a návštěvností lékaře, což neodpovídá

předchozím zjištěním (Kaitz et al., 2017). Pokud připočteme plánované operativní porody, bylo celkem 38 % porodů zahájeno lékařem.

Z výzkumného vzorku nebylo vůbec kojeno 7 % dětí, což je o 2 % vyšší hodnota, než uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (Jírová, 2013) v průběhu roku 2013. Počet dětí, které jsou v České republice kojené alespoň šest měsíců, odpovídal v roce 2013 číslu 40 %. Ve vzorku je tato hodnota podstatně vyšší, 73 % matek kojilo své děti alespoň šest měsíců. Tento významný nepoměr může pramenit z nejasné informace, zda se jedná o plné kojení, či kojení doplněné příkrmy. Pravděpodobně se v informaci ÚZIS jedná o plně kojené děti, zatímco tento výzkum nerozlišoval, zda již byly ke kojení zavedeny příkrmy.

Čím déle matky kojily, tím častěji se u dětí objevily alergie. Tento vztah se pohybuje na hranici malé až střední síly vztahu a jeho statistická významnost je vyšší. Z výzkumu nebyly získány úplné informace o výskytu alergie a astmatu u rodičů, nicméně tato souvislost by mohla korespondovat s výsledky výzkumu, který prokázal souvislost kojení matek alergiček či astmaticek a následného výskytu alergie či astmatu u dítěte (Martinez & Tucsonská cit. podle Novák, 2007). Také by to bylo možné interpretovat jako snahu (především matek alergiček) zajistit dětem „ideální“ podmínky pro posílení imunity. Samotná přítomnost diagnózy alergie u matky se zdá být ale silnějším faktorem, který působí na výskyt alergie u dítěte. Ukazuje se také, že častěji kojily vzdělanější matky, což by mohlo vyplývat z větší informovanosti o přínosech kojení mezi matkami s vyšším vzděláním. Tento vztah se pohyboval ve střední síle korelace. Kojené děti se v noci častěji budily, z čehož by bylo možné usuzovat, že děti, které kojené nejsou, si rychleji uzpůsobí denní a noční režim.

Nejhojněji se u dětí objevovala zvýšená teplota, která doprovázela růst zubů, ale také se vyskytovala jako reakce na očkování. Tyto dva kontexty by bylo možné považovat za fyziologické reakce na vývojovou změnu (Klíma, 2016), nebo zásah do organismu. V souladu se zmíněnými výzkumy (Beijers et al., 2010; Šlapák, 2017) se velmi často objevila onemocnění respirační soustavy, která se vyznačovala kašlem a rýmou. S alergií se potýká 10 % souboru, což je podstatně nižší procento, než uvádí Klíma (2016), který ovšem výskyt alergie nespecifikuje výhradně na kojeneckou, nýbrž na celou dětskou populaci a její hodnota odpovídá 20 % dětí. Situaci vysvětluje fakt, že některé projevy alergií se mohou objevit typicky až v pozdějším věku (Špičák, 2007), případně se mohou později detekovat.

Psychická pohoda matek dosahovala většinou spíše lepších výsledků, což může poukazovat na převahu matek, které měly příznivé podmínky pro narození dítěte. Vzorek obsahoval především matky, které žily v partnerském vztahu. Právě nepřítomnost partnera souvisí s horší psychickou pohodou matek (Van de Velde et al., 2014; Rousou, et al., 2016). Čím více dětí bylo v rodině vychovááno, tím více byly těžkosti spojené s mateřstvím pro matku iritující. Toto zjištění je ve středním pásmu věcné významnosti. Výsledek pravděpodobně souvisí s delším a intenzivnějším působením těžkostí, když je dětí více. Většina matek měla ovšem jedno dítě, což může také vysvětlovat celkově lepší psychickou pohodu a lepší zvládání těžkostí v celém vzorku. Na četnosti a intenzitě „otravnosti“ rodičovských těžkostí se podílí také temperament dítěte. Významná je též souvislost psychické pohody matky s intenzitou „otravnosti“. Pravděpodobně poukazuje na důležitý podíl každodenních rodičovských těžkostí na psychické pohodě matky.

Výskyt každodenních rodičovských těžkostí byl, v porovnání s jiným výzkumem, průměrně o 5 bodů frekventovanější (Crnic et al., 1990). Nicméně ve zmíněném výzkumu byly dotazovány matky dětí ve věku 5 let, což logicky implikuje vyšší výskyt těchto situací v raném dětství. Intenzitu „otravnosti“ hodnotily matky pětiletých o 2,6 bodu vyšší oproti výzkumu této práce, tedy vnímaly tyto situace jako více iritující. Zde by bylo možné položit otázku, zda se intenzita „otravnosti“ mateřských těžkostí s přibývajícím věkem dětí zvyšuje. Čím náročnější byl temperament dítěte, tím vyšší hodnoty vykazovaly v rodičovském stresu (PDHS), což je v souladu s předchozím zjištěním (Saisto et al., 2008).

Z výše popsaného je patrné, že některé rizikové faktory se mohou řetězit, tedy vzájemně na sebe navazovat. Můžeme za ně považovat asistovanou reprodukci a vyšší věk matky, které se často pojí s císařským řezem. Asistovaná reprodukce častěji souvisí s komplikacemi v těhotenství a u porodu, které bývají následně spojeny s podáním analgetik, což koreluje s výskytem alergie a nižším Apgar skóre. Čím více je v rodině dětí, tím je náročnější péče, kterou pak matky vnímají jako více iritující. Na druhou stranu matky referují o lepší převažující náladě dítěte v rodinách, kde je dětí více. Za protektivní faktor vzhledem k delšímu kojení by bylo možné považovat vyšší vzdělání.

Zásadním těžištěm této práce je vztah mezi nemocnostmi dětí a psychickou pohodou matek spolu s vnímanou náročností každodenních mateřských těžkostí. Ukazuje se, že děti matek s různou psychickou pohodou se nelišily v nemocnosti během prvního roku života. V této proměnné byly zahrnuty také návštěvy pediatra, které s výsledky psychické

pohody nesouvisely. Toto zjištění nekorresponduje s výsledky Sandalla (2008), který poukázal na souvislost postnatální deprese s častějšími návštěvami pediatra. To může ovšem souviset se specifiky tohoto vzorku, který je celkově spíše spokojený. Vnímaná intenzita „otravnosti“ souvisí s nemocností dítěte, jakožto výskytem symptomů a návštěvami lékaře. Matky, které se cítí více zatěžovány mateřskými povinnostmi a náročnými situacemi, tedy častěji navštěvují lékaře a jejich děti mají více symptomů onemocnění. Možná jejich častější návštěvy lékaře souvisí s hledáním sociální podpory. Hodnoty výsledných vztahů jsou opět poměrně nízké, tudíž jsou spíše podnětem pro další zkoumání.

Nemocnost jako obecná proměnná tedy nesouvisela s psychickou pohodou matek, a zároveň slabě souvisela s intenzitou „otravnosti“ rodičovských obtíží. **Vedle toho se ukazuje, že horší psychická pohoda matky byla asociována s výskytem alergie a vyrážky u dítěte. Z výsledků také vyplývá, že čím vyšší hodnoty matky vykazovaly v intenzitě „otravnosti“, tím častěji se u dětí objevila vyrážka, a zvláště pak atopická dermatitida.** Alergická onemocnění, kam lze zařadit i atopickou dermatitidu, souvisí se stresem matky v období těhotenství a ranně postnatálním obdobím (Polloni et al., 2015). V této práci korelace naznačují souvislost i v období prvního roku života. Stejně jako v předchozích výsledcích jsou výsledné hodnoty korelací v pásmu malé síly. Alergická onemocnění se lišila od ostatních onemocnění svým chronickým charakterem. Z těchto symptomů byla nejvíce asociována intenzita „otravnosti“ s atopickou dermatitidou, která je typicky označována za psychosomatické onemocnění (Říčan & Krejčířová, 2006). Je opět na místě zdůraznit, že tento vztah nepoukazuje na lineární kauzalitu, ale spíše na vzájemnou provázanost. Tato zjištění představují důležité poznatky práce.

Výše zmíněné výsledky poukázaly na některé statisticky významné vztahy mezi proměnnými, které se týkají psychické pohody/distresu matky a nemocnosti dětí. Vztahy by bylo vhodné opětovně prozkoumat, ideálně longitudinálním výzkumem, čímž by se prověřila jejich síla. Výzkum získával informace o psychické pohodě matek pouze jednorázově, tudíž zachycoval spíše krátkodobý než chronický stres, který navíc nemusel odpovídat stresu v období výskytu daných symptomů. Pokles imunity je spojován spíše se stresem chronickým (Křivohlavý, 2009). To může představovat jeden z důvodů, proč nebyl prokázán vztah mezi psychickou pohodou matky a dalšími nemocemi dětí. Spíše byly zachyceny vztahy mezi alergickými onemocněními a psychickým distresem matek. Lze tedy konstatovat, že na základě tohoto i předchozích

výzkumů se ukazuje, že u alergických onemocnění je psychický faktor významný. Ve vztahu dětí v kojeneckém věku s matkami nelze říci přesně jakým mechanismem faktory psychické pohody matky a zdraví dětí interagují, ale můžeme konstatovat, že tam interakce probíhá. U ostatních zmíněných onemocnění se vztah s psychickou pohodou neprokázal, což může být způsobeno limity tohoto výzkumu, ale také menším zastoupením psychických či sociálních faktorů u daných onemocnění.

Závěr

Tato bakalářská práce vychází z psychosomatického přístupu a Engelova bio-psycho-sociálního modelu nemoci. Snaží se zachytit psychosomatické souvislosti v období prvního roku života, které zasazuje do kontextu psychické pohody v rodině, především pak psychické pohody matky. Cílem výzkumu bylo zmapovat stonání prvního roku života, prozkoumat vztahy mezi psychickou pohodou matky, vnímanou náročností mateřství a nemocností dětí a také zachytit rizikové faktory, které mohou ovlivnit výše zmíněné proměnné. Pro výzkum bylo využito kvantitativních metod a práce byla doplněna třemi kazuistikami, které se v nějakém rysu výrazně odlišovaly a sloužily pro dokreslení rizikových či protektivních faktorů pro rodinný systém.

Z výzkumu vyplývá, že tento vzorek matek prožíval období mateřství spíše jako šťastné období a byl zatížen nižším stresem. Souvislost psychické pohody/ distresu matky se projevila u alergií, atopického ekzému a vyrážky obecně. Atopický ekzém byl z těchto vztahů nejvýznamnější, což potvrzuje jeho označení, jakožto psychosomatické nemoci (Poněšický, 2002). Naopak v souvislosti s nemocností obecně se vztah s psychickou pohodou neprokázal. Výsledky naznačují souvislost stonání a vnímané intenzity „otravnosti“ rodičovských těžkostí, které mohou představovat jeden z klíčových stresorů pro matky s malými dětmi. Věcná významnost tohoto vztahu je ovšem nízká. Tato vnímaná intenzita „otravnosti“ se zvyšuje s počtem dětí v domácnosti a s náročnějším temperamentem dítěte. Na sledovaném vzorku bylo překvapivě zjištěno, že výskyt alergií pozitivně koreloval s délkou, po kterou byly děti kojeny. Je nutno poznamenat, že celkový výsledek je zkreslený alergiemi rodičů, které nebyly kompletně zjištěny. V souvislosti s alergiemi byly zaznamenány statisticky významné vztahy s komplikacemi a analgetiky u porodu, nicméně tyto vztahy jsou poměrně slabé. Císařský řez byl asociován s vyšší mírou nemocnosti u dítěte. Přes jeho statistickou významnost je ovšem opět slabý. Lze tedy poukázat na určitou asociaci mezi proměnnými, ale pro jejich potvrzení je potřeba dalších výzkumů.

Významným zjištěním této práce je vztah psychické pohody matky s alergickými onemocněními. Z výzkumu vyplývá, že zobecnění nemocnosti není v kontextu psychosomatiky vhodné. Spíše je na místě prohlédnout jednotlivá onemocnění. Jak již bylo v teoretické části uvedeno, poměr biologických, psychických a sociálních faktorů se u jednotlivých onemocnění liší a v tomto výzkumu bylo potvrzeno, že alergická onemocnění patří k těm, kde vedle genetických dispozic, hrají psychické, případně

sociální faktory výraznější úlohu. Pro úplnější informace by bylo potřebné provést další výzkumná šetření, která vztah zmapují podrobněji, přesněji a zahrnou do šetření postavu otce. Pro další výzkum by bylo vhodné provést sběr dat o psychické pohodě opakovaně nebo pracovat kvalitativně a získat tak podrobnější informace o kontextech symptomů a emočním poli rodiny. Výzkumný soubor nebyl vybrán náhodným výběrem, což se může promítnout v jeho charakteristikách. Má tedy své limity z hlediska výběru, tudíž i jeho znaky mohou být specifické. Dotazník vyplnily převážně respondentky s vysokoškolským vzděláním, což je pro jeho reprezentativnost limitující. V případě výzkumu podobného charakteru musíme vždy předpokládat jistou míru zkreslení, protože se účastnily matky dobrovolně a měly ochotu dotazníky vyplnit. Také na to měly čas, což vše poukazuje spíše na pozitivně motivované matky. Taktéž retrospektivní sběr dat o zdraví dítěte mohl být pro výsledky limitující a informace není možné verifikovat. Kromě toho, že je možné formulovat limity této metodologie, jsou vidět určité obecné rysy: témata nemocnosti dětí do jednoho roku věku a významný vztah mezi alergickými onemocněními dětí a psychickou pohodou matky. Dětská nemocnost by se pak mohla a měla dále zkoumat kvalitativně – ideálně formou časové osy, porovnáním sdělení u otců a matek nebo podrobnou analýzou vyprávění. Případně by mohl být výzkum zaměřen na konkrétní diagnózu.

Seznam literatury

- Alexander, C. P., Zhu, J., Paul, I. M., & Kjerulff, K. H.** (2017). Fathers make a difference: positive relationships with mother and baby in relation to infant colic [Online]. *Child: Care, Health And Development*, 43(5), 687 - 696. <http://doi.org/10.1111/cch.12445>
- Beijers, R., Jansen, J., Riksen-Walraven, M., & de Weerth, C.** (2010). Maternal prenatal anxiety and stress predict infant illnesses and health complaints [Online]. *Pediatrics*, 126(2), e401-9. <http://doi.org/10.1542/peds.2009-3226>
- Boyce, W. T., Jensen, E. W., Cassel, J. C., Collier, A. M., Smith, A. H., & Ramey, C. T.** (1977). Influence of Life Events and Family Routines on Childhood Respiratory Tract Illness [Online]. *Pediatrics*, 60(4), 609-615.
- Braig, S., Weiss, J. M., Stalder, T., Kirschbaum, C., Rothenbacher, D., & Genuneit, J.** (2017). Maternal prenatal stress and child atopic dermatitis up to age 2 years: The Ulm SPATZ health study [Online]. *Pediatric Allergy And Immunology: Official Publication Of The European Society Of Pediatric Allergy And Immunology*, 28(2), 144-151. <http://doi.org/10.1111/pai.12680>
- Canivet, C. A., Ostergren, P. O., Rosén, A. S., Jakobsson, I. L., & Hagander, B. M.** (2005). Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors [Online]. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 33(1), 26-34.
- Císařský řez.** (2017). Císařský řez [Online]. Získáno 13. dubna 2018 z <https://www.uzis.cz/node/7730>
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T.** (1990). Minor Parenting Stresses with Young Children [Online]. *Child Development*, 61(5), 1628-1637. <http://doi.org/10.2307/1130770>
- Česká republika v číslech - 2017.** Česká republika v číslech - 2017 [Online]. Získáno 13. dubna 2018 z https://www.czso.cz/documents/10180/51020244/32020317_cz.pdf/f7ea1914-01e2-40c2-ba4b-e9ff546d4827?version=1.1
- Danzer, G.** (2001). *Psychosomatika: celostní pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
- De Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., et al.** (2005). Pre- and postnatal depression and coping: A comparative approach [Online]. *Journal Of Affective Disorders*, 85(3), 323 - 326. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2004.11.004>

- Declercq, E. R., Corry M., P., & Applebaum, S. (2014).** Major Survey Findings of Listening to MothersSM III: Pregnancy and Birth [Online]. *The Journal Of Perinatal Education*, 23(1), 9-10. <http://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.9>
- Dulude, D., Bélanger, C., Wright, J., & Sabourin, S. (2002).** High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment [Online]. *Journal Of Reproductive*, 20(2), 101-123. <http://doi.org/10.1080/02646830220134612>
- Dunovský, J. (1999).** *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
- Engel, G. L. (2012).** The need for a new medical model: A challenge for biomedicine [Online]. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377 - 396. <http://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1999).** *Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Fava, G. A., Guidi, J., & Sonino, N. (2016).** The psychosomatic practice [Online]. *Acta Dermato-Venereologica*, 96, 9 - 13. <http://doi.org/10.2340/00015555-2431>
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009).** *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy* (2., dopl. a přeprac. vyd). Praha: Grada.
- Glynn, L. M., Howland, M. A., Sandman, C. A., Davis, E. P., Phelan, M., Stern, H. S., & Baram, T. Z. (2018).** Prenatal maternal mood patterns predict child temperament and adolescent mental health [Online]. *Journal Of Affective Disorders*, 228, 83-90.
- Gregora, M. M. (2010).** Kojenecké koliky. *Pediatr. praxi*, 11(4), 236-238.
- Gregora, M. M. (2013).** Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. *Pediatr. praxi*, 14(6), 404-406.
- Hendl, J. (2012).** *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat* (4., rozš. vyd). Praha: Portál.
- Hopf, H. (2016).** *Když děti často stůňou: psychosomatika pro rodiče*. Praha: Portál.
- Hybášek, I. (1999).** *Ušní, nosní a krční lékařství*. Praha: Galén.
- Jírová, J. (2013).** Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2012 [Online]. Získáno 13. dubna 2018 z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-detskeho-dorostoveho-ambulantni-peci-roce-2012>

Kaitz M, Mankuta D, Rokem AM, & Faraone SV. (2017). Gestational age within normal range and infants' health and temperament at 3-months of age [Online]. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 38(2), 111-120. <http://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1271978>

Klíma, J. (2016). *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing.

Kojení dar pro život. (1998). (Vyd. 2). Praha: Grada.

Kolak, A. M., Frey, T. J., Brown, C. A., & Vernon-Feagans, L. (2013). Minor Illnesses, Temperament, and Toddler Social Functioning [Online]. *Early Education And Development*, 24(8), 1232-1244.

Komárek, S. (2005). *Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (Vyd. 3). Praha: Portál.

Lobel, M., Dunkel-Schetter, Ch., & Scimshaw, S., C. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: A prospective study of socioeconomically disadvantaged women [Online]. *Health Psychology*, 11(1), 32-33. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.11.1.32>

Matvienko-Sikar, K., Murphy, G., & Murphy, M. (2017). The role of prenatal, obstetric, and post-partum factors in the parenting stress of mothers and fathers of 9-month old infants [Online]. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynecology*, 1 - 9. <http://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1286641>

Merlob, P., Sapir, O., Sulkes, J., & Fisch, B. (2005). Original article: The prevalence of major congenital malformations during two periods of time, 1986–1994 and 1995–2002 in newborns conceived by assisted reproduction technology [Online]. *European Journal Of Medical Genetics*, 48(1), 5-11. <http://doi.org/10.1016/j.ejmg.2005.01.019>

Hansen, M., Kurinczuk, J. J., Milne, E., de Klerk, N., & Bower, C. (2013). Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis [Online]. *Human Reproduction Update*, 19(4), 330-53. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmt006>

Moes-Wójtowicz, A., Wójtowicz, P., Postek, M., & Domagała-Kulawik, J. (2012). [Asthma as a psychosomatic disease. The causes, scale of the problem, connection with alexithymia and asthma control] [Online]. *Pneumonologia I Alergologia Polska*, 80(1), 13-9.

- Muntau, A. C.** (2009). *Pediatrie*. Praha: Grada Publishing.
- Novák, M. J.** (2007). Primární prevence alergie a alergického astmatu. *Pediatr. praxi*, 8(3), 144-146.
- Official records of the World Health Organization.** (1946). Official records of the World Health Organization [Online], (No. 2). Získáno 13. dubna 2018 z http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=5D27BC017325BE61F27B898FCBB6DAAD?sequence=1
- Polloni, L., Ferruzza, E., Ronconi, L., Lazzarotto, F., Toniolo, A., Bonaguro, R., & Muraro, A.** (2015). Perinatal stress and food allergy: a preliminary study on maternal reports [Online]. *Psychology, Health, 20*(6), 732-741.
- Poněšický, J.** (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- Praško, J., Prašková, J., & Prašková, H.** (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
- Rainetová, M.P.** (2017). Virové střevní infekce – virové gastroenteritidy. *Pediatr. praxi*, 18(1), 44-49.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G.** (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study [Online]. *Lancet (London, England)*, 365(9478), 2201-5.
- Rousou, E., Kouta, C., & Middleton, N.** (2016). Association of social support and socio-demographic characteristics with poor self-rated health and depressive symptomatology among single mothers in Cyprus: A descriptive cross-sectional study [Online]. *Bmc Nursing, 15*(1). <http://doi.org/10.1186/s12912-016-0134-x>
- Roztočil, A.** (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.
- Říčan, P., & Krejčířová, D.** (2006). *Dětská klinická psychologie* (4., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.
- Říčan, P.** (2014). *Cesta životem: [vývojová psychologie]:* (3., přeprac. vyd). Praha: Portál.
- Saisto, T., Halmesmäki, E., Salmela-Aro, K., & Nurmi, J. -E.** (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers [Online]. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynecology, 29*(3), 213 - 222. <http://doi.org/10.1080/01674820802000467>

- Sandall, J., Chee, C. Y. I., Ng, T. P., Tan, L. K., Chong, Y. -S., & Lee, D. T. S. (2008).** The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor - A cohort study [Online]. *Journal Of Affective Disorders*, 107(1-3), 247-253.
- Sikorová Ph.D., P.L., & Plačková, M.S. (2015).** Souvislost mezi excesivním pláčem kojence a rodinnými faktory. *Pediatr. praxi*, 16(5), 348-351.
- Šlapák, M.I., & C. (2017).** Záněty dýchacích cest u dětí. *Pediatr. praxi*, 18(6), 375-378.
- Špičák, M.V. (2007).** Alergická rýma není jen nemocí nosu. *Pediatr. praxi*, 8(3), 152-155.
- Šulová, L., & Zaouche-Gaudron, C. (2003).** *Předškolní dítě a jeho svět: L'enfant d'âge préscolaire et son monde*. Praha: Karolinum.
- Thorová, K. (2015).** *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Trapková, L., & Chvála, V. (2004).** *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008).** *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2005).** *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Van de Velde, S., Bambra, C., Van der Bracht, K., Eikemo, T. A., & Bracke, P. (2014).** Keeping it in the family: the self-rated health of lone mothers in different European welfare regimes [Online]. *Sociology Of Health*, 36(8), 1220-1242. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.12162>
- Neplodnost trápí každý šestý pár v České republice.** Neplodnost trápí každý šestý pár v České republice [Online]. Získáno 13. dubna 2018 z www.vfn.cz/o-nemocnici/pro-media/tiskove-zpravy-rok-2014/
- Volf, M. V., & P. D. (2013).** Ublinkávání v kojeneckém věku. *Pediatr. praxi*, 14(3), 178-181.
- Vrozené vady u narozených v roce 2013-2014.** (2017). Vrozené vady u narozených v roce 2013-2014 [Online]. Praha. Získáno 13. dubna 2018 z https://www.uzis.cz/system/files/vrozvnar2013_2014.pdf

Zdraví vašeho dítěte (Dotazník T5). (n.d.). Zdraví vašeho dítěte (Dotazník T5) [Online]. Získáno 13. dubna 2018 z <http://www.elspac.cz/res/file/dotazniky/T5.pdf>

Zichová, R., & Wolfová, A. (2017). Podrobné statistiky [Online]. Získáno 13. dubna 2018 z <https://mujporod.eu/cs/podrobne-statistiky/>

Přílohy - dotazníky

Úvodní dotazník

Pozorně si prosím přečtete otázky. Zaškrtněte a vyplňte odpověď, která nejlépe odpovídá Vaší zkušenosti. V případě potřeby můžete odpověď doplnit vlastními slovy v komentáři.

1. Jaký je Váš rok narození?
2. Jaký rok narození otce dítěte?
3. Jaké je datum narození dítěte?
4. Jaké je pohlaví dítěte?
 - a. chlapec
 - b. dívka
5. S kým žijete ve společné domácnosti?
6. Jaký je Váš rodinný stav? (Můžete zaškrtnout i kombinaci ve vztahu + rozvedená)
 - a. Svobodná
 - b. Vdaná
 - c. Ve vztahu
 - d. Rozvedená
 - e. Jiné:
7. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a. Základní
 - b. Střední - bez maturity
 - c. Střední - s maturitou
 - d. Vyšší odborné vzdělání
 - e. Vysokoškolské
8. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání otce dítěte?
 - a. Základní
 - b. Střední - bez maturity
 - c. Střední - s maturitou
 - d. Vyšší odborné vzdělání
 - e. Vysokoškolské
9. Kolik dětí v rodině vychováváte celkem?
10. Vyskytuje se u Vás nějaké onemocnění nebo vrozená vada? (Pokud ano, uveďte jaká/jaké.)

11. Vyskytuje se u otce dítěte nějaké onemocnění nebo vrozená vada? (Pokud ano, uveďte jaká/jaké.)
12. Jak probíhalo těhotenství?
 - a. bez komplikací
 - b. s menšími komplikacemi, ale nejednalo se o rizikové těhotenství
 - c. jednalo se o rizikové těhotenství
13. Pokud se během těhotenství vyskytly komplikace, o jaký problém se jednalo?
14. Těhotenství začalo...
 - a. přirozenou cestou
 - b. asistovanou reprodukcí
15. Zde můžete okomentovat předchozí odpověď.
16. V kolikátém týdnu těhotenství proběhl porod?
17. Jakým způsobem byl porod zahájen?
 - a. spontánní porod
 - b. vyvolávaný porod
 - c. operativní porod (plánovaný císařský řez)
18. Jaký byl způsob porodu?
 - a. vaginální - v nemocnici
 - b. císařský řez
 - c. vaginální - doma
 - d. Jiné:
19. Jaký byl průběh porodu?
 - a. Bez komplikací
 - b. Komplikovaný porod
20. Zde je prostor pro komentář, pokud se jednalo o komplikovaný porod.
21. Byly vám během porodu podány farmakologické látky tlumící bolest (analgetika)?
 - a. ne
 - b. ano
22. Jaké bylo Apgar skóre dítěte? (Jedná se o 3 hodnoty bodovacího systému, používané k orientačnímu posouzení zdravotního stavu novorozence bezprostředně po narození. Informace bývá v očkovacím průkazu.)
23. Jaká byla porodní hmotnost a délka dítěte?
24. Jak dítě večer usíná?

- a. Téměř vždy usíná rychle a samostatně ve své postýlce.
 - b. Většinou usíná bez obtíží, ovšem někdy obtížněji (vyžaduje houpání, hudbu,...).
 - c. Často usíná obtížně (pláče a vyžaduje naše houpání, zpívání, nošení,...).
 - d. Téměř vždy usíná obtížně.
25. Zde můžete usínání dítěte okomentovat.
26. Jak dítě v noci spí?
- a. Téměř vždy spí celou noc.
 - b. Většinou spí celou noc, ovšem někdy se během noci vzbudí.
 - c. Skoro každou noc se 1-2x vzbudí.
 - d. Budí se téměř vždy více než dvakrát za noc.
27. Zde můžete okomentovat noční spánek dítěte.
28. Jak dítě reaguje na nové osoby, situace, změny rozvrhu?
- a. Reaguje téměř vždy pozitivně.
 - b. Většinou reaguje pozitivně, ovšem někdy negativně.
 - c. Reaguje často negativně.
 - d. Téměř vždy reaguje negativně.
29. Jaké změny dělají dítěti potíže?
30. Jak bylo dítě během prvního roku kojeno? (Pokud zaškrtnete jiné, uveďte vlastní odpověď.)
- a. Kojeno během celého prvního roku (včetně příkrmů)
 - b. Nekojeno
 - c. Jiné:
31. Zde můžete okomentovat kojení během prvního roku.
32. Jak dítě jí?
- a. Téměř vždy jí bez obtíží, s chutí a hodně.
 - b. Většinou jí bez obtíží, ovšem někdy jídlo odmítá.
 - c. Často jí obtížně, je vybíravé a někdy špatně tráví.
 - d. Kolem jídla je hodně obtíží.
33. Zde prosím uveďte komentář ke stravování dítěte (konkrétní obtíže v jídle – např. častý reflux, nechut' zkoušet nová jídla, alergie na potraviny, vybíravost v jídle atd.).
34. Jaká je podoba převažující nálady dítěte?
- a. Téměř vždy je dobře naladěné.

- b. Většinou je dobře naladěné, málokdy je v nepohodě.
- c. Často převažuje negativní nálada, hodně pláče, fňuká.
- d. Téměř vždy převažuje negativní nálada, dítě je hodně plačtivé. Také je náročné na uklidnění.

Nemocnost dítěte

1. Jak byste zhodnotila zdraví svého dítěte za poslední rok?
 - 1) Je úplně zdravé, bez obtíží.
 - 2) Je zdravé, s několika menšími problémy.
 - 3) Je často nemocné.
 - 4) Téměř stále je nemocné.
2. Volala jste do prvního roku dítěte lékaře domů, protože bylo nemocné?
 - 1) ne
 - 2) ano - jednou nebo dvakrát
 - 3) ano - více než dvakrát
3. Užívá dítě pravidelně nějaké léky? Pokud ano, uveďte jaké.
 - 1) ne
 - 2) jiné:
4. Užívalo dítě během prvního roku nějaké léky? Pokud ano, uveďte jaké a kolikrát.
 - 1) ne
 - 2) jiné:
5. Byla dítěti diagnostikovaná vývojová vada nebo nemoc?
6. **Mělo dítě do prvního roku některou z následujících obtíží?**
 - 1) **Průjem**
 - i. ano a bylo u lékaře
 - ii. ano, ovšem u lékaře nebylo
 - iii. ne
 - 2) Pokud dítě mělo průjem, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.
 - 3) **Zvracení**
 - i. ano a bylo u lékaře
 - ii. ano, ovšem u lékaře nebylo
 - iii. ne

4) Pokud dítě zvracelo, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.

5) Kašel

- i. ano a bylo u lékaře
- ii. ano, ovšem u lékaře nebylo
- iii. ne

6) Pokud dítě mělo kašel, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.

7) Zvýšenou teplotu či horečku

- i. ano a bylo u lékaře
- ii. ano, ovšem u lékaře nebylo
- iii. ne

8) Pokud dítě mělo zvýšenou teplotu či horečku, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.

9) Rýmu, nachlazení

- i. ano a bylo u lékaře
- ii. ano, ovšem u lékaře nebylo
- iii. ne

10) Pokud dítě mělo rýmu či bylo nachlazené, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.

11) Bolest břicha

- i. ano a bylo u lékaře
- ii. ano, ovšem u lékaře nebylo
- iii. ne

12) Pokud dítě mělo bolest břicha, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.

13) Vyrážku

- i. ano a bylo u lékaře
- ii. ano, ovšem u lékaře nebylo
- iii. ne

14) Pokud dítě mělo vyrážku, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.

15) Sípání

- i. ano a bylo u lékaře

ii. ano, ovšem u lékaře nebylo

iii. ne

16) Pokud dítě sípalo, uveďte přibližně kolikrát, případně okomentujte vlastními slovy.

17) Dušnost

i. ano a bylo u lékaře

ii. ano, ovšem u lékaře nebylo

iii. ne

18) Pokud bylo dítě dušné, uveďte přibližně kolikrát a okomentujte vlastními slovy.

19) Úraz

i. ano a bylo u lékaře

ii. ano, ovšem u lékaře nebylo

iii. ne

20) Pokud dítě prodělalo úraz, uveďte, o jaký se konkrétně jednalo a v jakém věku jej prodělalo.

21) Otrava

i. ano a bylo u lékaře

ii. ano, ovšem u lékaře nebylo

iii. ne

22) Pokud došlo k otravě, napište, o jakou otravu se jednalo.

23) Zánět středního ucha

i. ano a bylo u lékaře

ii. ano, ovšem u lékaře nebylo

iii. ne

24) Pokud dítě prodělalo zánět středního ucha, uveďte přibližně kolikrát, případně okomentujte vlastními slovy.

25) Mělo dítě jiné potíže? Pokud ano, uveďte jaké, zda s nimi bylo u lékaře a kolikrát se přibližně vyskytly.

7. Bylo dítě během prvního roku hospitalizováno? Pokud ano, uveďte, z jakého důvodu a kolikrát.

8. Mělo dítě po očkování nějaké obtíže? (Pokud zaškrtnete jiné, uveďte vlastní odpověď.)

1) ne

2) zvýšenou teplotu

3) Jiné:

9. Má dítě alergie?

1) ano

2) ne

10. Pokud má dítě alergie, uveďte jaké.

11. Napadají Vás nějaké další informace o zdravotním stavu dítěte, které nebyly popsány výše?