

MASARYKOVA UNIVERZITA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Katedra psychologie

Vnímání kojeneckého pláče

Disertační práce

Zuzana Masopustová

Školitel: prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.

Brno 2011

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu.

Brno 13. 7. 2011

Zuzana Masopustová

Poděkování

Ráda bych poděkovala prof. PhDr. Ivo Čermákovi, CSc. za ochotu, s níž se ujal role mého školitele, přestože si mne jako svou doktorskou studentku původně nevybral a přestože se téma mé disertační práce vymyká tématům disertačních prací, které obvykle vede. Chtěla bych mu poděkovat za to, s jakou s laskavostí a trpělivostí pak celých pět let roli mého školitele vykonával. Poděkování patří též mým kolegům a přátelům – Lence, Radce a Ondřejovi. Jsem jim vděčná za inspiraci (nejen při práci), cenné připomínky a především za přátelskou podporu a nehynoucí smysl pro humor.

V neposlední řadě patří mé poděkování též všem ostatním, kteří při mně nejen při psaní této práce stojí.

ÚVOD	6
VÝZKUMNÝ DESIGN A POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	8
KOJENECKÝ PLÁČ	10
OBECNÉ CHARAKTERISTIKY KOJENECKÉHO PLÁČE	10
POPISOVANÁ PLAČTIVOST – ANALÝZA DAT	14
POPISOVANÁ PLAČTIVOST – DISKUZE VÝSLEDKŮ	18
SYNDROM EXCESIVNÍHO PLÁČE	20
DEFINICE EXCESIVNÍHO PLÁČE	20
DIAGNOSTIKA	21
PREVALENCE	22
EXCESIVNÍ PLÁČ – ANALÝZA DAT	25
EXCESIVNÍ PLÁČ – DISKUZE VÝSLEDKŮ	27
ETIOLOGIE	28
ALERGICKÉ REAKCE – GASTROINTESTINÁLNÍ POTÍŽE	28
REAKCE NA BOLEST	29
NEVYZRÁLOST AUTONOMNÍHO NERVOVÉHO SYSTÉMU	29
FYZIOLOGICKÉ PŘÍČINY	31
POTÍŽE S ADAPTACÍ	32
RIZIKA NA STRANĚ RODIČŮ A PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY	33
PROGNÓZA SYNDROMU EXCESIVNÍHO PLÁČE	34
TĚŽKO ZVLÁDNUTELNÝ TEMPERAMENT	37
PSYCHOSOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI SYNDROMU EXCESIVNÍHO PLÁČE	39
SITUAČNÍ KONTEXT EXCESIVNÍHO PLÁČE	39
RODINY KOJENCŮ SE SYNDROMEM EXCESIVNÍHO PLÁČE	40
PÉČE O KOJENCE SE SYNDROMEM EXCESIVNÍHO PLÁČE	43
TERAPIE SYNDROMU EXCESIVNÍHO PLÁČE	46
PSYCHOSOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI KOJENECKÉHO PLÁČE	52
INTERAKCE S DÍTĚTEM	52
OČEKÁVÁNÍ OD DÍTĚTE A RODIČOVSKÉ ROLE	57
PERCEPCE PLÁČE	59
USUZOVÁNÍ NA PŘÍČINU PLÁČE	62
VNÍMANÉ ROZDÍLY V PROJEVECH KOJENCŮ V ZÁVISLOSTI NA POHLAVÍ	64
POCITY Z KOJENECKÉHO PLÁČE A REAKCE NA KOJENECKÝ PLÁČ	65
VIDEODOTAZNÍK KOJENECKÉHO PLÁČE – PŘEDSTAVENÍ METODY	67
CHARAKTERISTIKY KOJENECKÉHO PLÁČE – FAKTOROVÁ STRUKTURA	68
POCITY Z KOJENECKÉHO PLÁČE – FAKTOROVÁ STRUKTURA	70
VIDEODOTAZNÍK KOJENECKÉHO PLÁČE – SHLUKOVÁ ANALÝZA	72
SOUVISLOST JEDNOTLIVÝCH SHLUKŮ VIDEODOTAZNÍKU KOJENECKÉHO PLÁČE S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ – ANALÝZA DAT	74
VIDEODOTAZNÍK KOJENECKÉHO PLÁČE – SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	76
OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY MATEK A JEJICH VLIV NA INTERAKCI MATKA-DÍTĚ	77
ÚZKOSTNOST	77
RYSOVÁ ÚZKOSTNOST (STAI-T) – ANALÝZA DAT	78
SOUVISLOST RYSOVÉ ÚZKOSTNOSTI MATKY S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE	79
SOUVISLOST RYSOVÉ ÚZKOSTNOSTI MATKY S PERCEPCIÍ KOJENECKÉHO PLÁČE	79
RYSOVÁ ÚZKOSTNOST (STAI-T) – SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	82
DEPRESIVITA	82

DEPRESIVITA MATKY (BDI-II) – ANALÝZA DAT	86
SOUVISLOST DEPRESIVITY MATKY S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE.....	87
SOUVISLOST DEPRESIVITY MATKY S PERCEPCI KOJENECKÉHO PLÁČE	88
DEPRESIVITA MATKY (BDI-II) – SHRNUÍ VÝSLEDKŮ	89
VÝCHOVNÉ POSTOJE	90
VÝCHOVNÉ POSTOJE (IRA) – ANALÝZA DAT.....	90
SOUVISLOST VÝCHOVNÝCH POSTOJŮ MATKY S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE.....	91
SOUVISLOST VÝCHOVNÝCH POSTOJŮ MATKY S PERCEPCI KOJENECKÉHO PLÁČE	92
VÝCHOVNÉ POSTOJE (IRA) – SHRNUÍ VÝSLEDKŮ	95
MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ A POCIT VLASTNÍ MATEŘSKÉ ÚČINNOSTI.....	95
MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ (MSRI-s) – ANALÝZA DAT.....	99
SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE.....	100
SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ S PERCEPCI KOJENECKÉHO PLÁČE	101
MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ (MSRI-s) – SHRNUÍ VÝSLEDKŮ.....	103
MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ PO PORODU (MSRI-s) – ANALÝZA DAT	104
SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ PO PORODU S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE.....	105
SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ PO PORODU S PERCEPCI KOJENECKÉHO PLÁČE	106
MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ PO PORODU (MSRI-s) – SHRNUÍ VÝSLEDKŮ	108
SHLUKY VIDEODOTAZNÍKU KOJENECKÉHO PLÁČE – REGRESNÍ ANALÝZA	109
POPISOVANÁ PLAČTIVOST KOJENCE – SHLUKOVÁ ANALÝZA.....	110
ROZDÍLY MEZI SHLUKY POPISOVANÉ PLAČTIVOSTI V MATEŘSKÝCH CHARAKTERISTIKÁCH	114
ROZDÍLY MEZI SHLUKY POPISOVANÉ PLAČTIVOSTI V PERCEPCI KOJENECKÉHO PLÁČE	117
SHRNUÍ VÝZNAMNÝCH ZJIŠTĚNÍ A DISKUZE	119
LIMITY STUDIE.....	124
LITERATURA.....	125
PŘÍLOHY	139
Příloha 1	140
Příloha 2	141
Příloha 3	142
Příloha 4	142
Příloha 4	143
Příloha 5	144
Příloha 6	145
Příloha 7	146

ÚVOD

K problematice kojeneckého pláče mne původně přivedl zájem o rané projevy poruch autistického spektra. Při vlastní poradenské práci s rodinami dětí s autismem jsem se při odebírání osobních anamnéz opakovaně setkala s popisem obvykle již od narození zvýšené dráždivosti těchto dětí. Tato dráždivost se dle vzpomínek rodičů projevovala například nadměrnou plačtivostí a záchvaty obtížně utišitelného pláče již v prvních týdnech života dítěte. Při hledání bližších informací o problematice nadměrné plačtivosti kojenců jsem narazila na fenomén syndromu excesivního pláče. Rozporuplnost výsledků studií, které se syndromu excesivního pláče věnovaly, mne pak přivedla k problematice percepce kojeneckého pláče.

I přes výše zmíněnou původní inspiraci je téma souvislostí nadměrné plačtivosti či syndromu excesivního pláče v kojeneckém věku s poruchami psychického vývoje v textu záměrně opomenuto. Vzhledem k tomu, že jsou data o kojenecké plačtivosti dětí, u nichž byla později diagnostikována některá z poruch psychického vývoje, získávána většinou retrospektivně, mohly by být tyto informace spíše zavádějící. Navíc je lze s ohledem na hlavní téma této studie považovat za nadbytečné.

Hlavním tématem této studie je percepce kojeneckého pláče. K problematice kojeneckého pláče a vnímání kojeneckého pláče se ale váže mnoho dalších témat (včetně např. již výše zmíněného syndromu excesivního pláče), bez nichž by pochopení této problematiky bylo neúplné. Kapitoly věnované přímo vnímání kojeneckého pláče tedy v uvedeny až v druhé polovině textu, jelikož je považuji za logické vyústění předchozích kapitol. Svým rozsahem tedy nijak nápadně nepřevyšují kapitoly předcházející. K hlavnímu tématu studie byl totiž vztahován i obsah ostatních kapitol.

Studie není členěná do teoretické a empirické části. Teoretická shrnutí a původní výzkumná sdělení se prolínají celým textem a tematicky na sebe navazují. Vlastní empirická sdělení pocházejí z jednoho výzkumného šetření, které probíhalo od prosince 2008 (některé dílčí analýzy dat z této studie již byly publikovány, část dat z prvního roku výzkumu též byla zpracována v mnou konzultované magisterské diplomové práci Mgr. Ivy Korábové). Jednotlivé analýzy tedy byly provedeny na datech získaných od respondentek ze stejného výzkumného souboru.

Popis designu výzkumu a výzkumného souboru se nachází na počátku textu. Informace specifické pro konkrétní proměnné či škály jsou pak uvedeny přímo u analýz, které s těmito daty pracují. Data z prezentovaného výzkumu nabízejí široké spektrum výzkumných otázek a analýz.

V tomto textu jsou prezentovány pouze ty analýzy, které se nějak vážou k hlavnímu tématu studie.

V textu je téměř výhradně používán termín kojenec. Jedinou výjimku tvoří odkazy na studie, které popisují děti těsně po narození (a které byly v době provedení studie ještě hospitalizované v porodnici). Jelikož někteří autoři (např. Nagy, 2011) považují za novorozenecké období pouze první 4 týdny po narození dítěte, mohlo by používání termínu novorozenec být vzhledem k zaměření vlastního výzkumu i většiny studií popsanych v tomto textu (zaměření na období kolem 6 týdnů po narození dítěte) zavádějící. Většina textu vychází ze zahraničních zdrojů, proto jsou termíny, které bývají do češtiny překládány nejednotně, případně termíny, jejichž český překlad zcela neodpovídá anglickému originálu, v textu doplněny o původní termín v angličtině. Tyto původní termíny jsou pak uvedeny kurzivou v závorce za českým překladem.

VÝZKUMNÝ DESIGN A POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Sběr dat byl realizován dlouhodobě (od prosince 2008 do dubna 2011) prostřednictvím internetu. Sběr dat probíhal ve 2 etapách. První etapa probíhala vždy v posledním trimestru těhotenství, druhá vždy v době 4 – 8 týdnů po narození dítěte. Pro účast ve výzkumu bylo nutné, aby žena měla přístup k internetu a mohla se tak zúčastnit obou etap výzkumu.

Těhotné ženy ve 3. trimestru byly osločovány prostřednictvím tištěných letáků a inzerátů umístěných na internetu. Tištěné letáky byly umístěny (po domluvě s lékaři) do některých gynekologických ambulancí, do obchodů s oblečením pro těhotné a vybavením pro kojence a do mateřských center. Na internetu byly výzvy k účasti na výzkumu umístěny na weby věnované těhotenství a péči o dítě, na weby některých porodnic a opakovaně byla výzva k účasti na výzkumu umístěna i na Facebooku. V inzerátu byly základní informace o probíhajícím výzkumu. V inzerátu bylo uvedeno, že cílem výzkumu má být zjištění vzájemných souvislostí mezi osobností matky a chováním kojence. V textu inzerátu bylo též uvedeno, že údaje budou anonymně zpracovány dle zákona na ochranu osobních údajů (101/2000Sb.). Účast na výzkumu byla anonymní. Ženy nemusely poskytovat své jméno, ale pouze libovolnou funkční e-mailovou adresu. Ženám, které se do výzkumu přihlášily, bylo přiřazeno ID, pod kterým vystupovala v obou vlnách testování.

Po přihlášení se k účasti na výzkumu a přiřazení ID obdržela každá respondentka na svou uvedenou e-mailovou adresu e-mail s doprovodným dopisem a unikátním automaticky vygenerovaným odkazem na webovou stránku s dotazníky pro první vlnu sběru dat. Součástí první sady dotazníků byl i dotaz na předpokládaný termín porodu. V rámci doprovodných informací k první vlně testování byly respondentky též požádány, aby skutečné datum narození svého dítěte oznámily e-mailem. Respondentkám, které skutečné datum narození svého dítěte e-mailem oznámily, byla druhá sada dotazníků zaslána obvykle zhruba za 4 – 6 týdnů po termínu porodu. Pokud byl k dispozici jen předpokládaný termín porodu, obdržela respondentka e-mail s odkazem na druhou sadu dotazníků obvykle zhruba v době 5 – 8 týdnů po datu předpokládaného termínu porodu, které uvedla v dotazníku.

Jelikož systém pro správu dotazníků automaticky ukládá čas vyplnění dotazníku, mohl být vypočten rozdíl mezi datem vyplnění první sady dotazníků a mezi předpokládaným termínem porodu a datem vyplnění druhé sady dotazníků. Do výzkumu pak byly zařazeny pouze ty respondentky, které první sadu dotazníků vyplnily v době 3. trimestru svého těhotenství a druhou sadu dotazníků mezi 28 a 56 dny po narození dítěte. Z analýz byly vyloučeny respondentky,

jejichž dítě se narodilo více než 14 dní před předpokládaným termínem porodu a respondentky, jejichž dítě po narození vážilo méně než 2 500 gramů.

Obě sady dotazníků ve výše uvedeném časovém rozpětí vyplnilo 310 matek donošených (dle výše uvedených kritérií) dětí. Průměrný věk respondentek byl v době vyplňování první sady dotazníků 28,83 let ($SD = 4,22$; min. = 17; max. = 42; $N = 309$). Ve výzkumném souboru byly zastoupeny respondentky se všemi typy nejvyššího dosaženého vzdělání – 6 respondentek (1,9 %) mělo základní vzdělání, 19 respondentek (6,1 %) dosáhlo vyučení bez maturity, 10 respondentek (3,2 %) pak vyučení s maturitou. Středoškolského vzdělání dosáhlo 112 (36,1 %) a vysokoškolského 163 (52,6 % respondentek).

Většina respondentek žila ve městech, přičemž 126 (40,6 %) respondentek uvedlo, že žijí v městě nad 100 000 obyvatel, 103 (33,2 %) pak ve městě do 100 000 obyvatel. Na vesnici žilo 81 (26,1 %) respondentek. Naprostá většina (95,5 %) respondentek žila v době vyplňování první sady dotazníků v jedné domácnosti s otcem svého dítěte. Pouze 14 (4,5 %) žen uvedlo, že s otcem svého dítěte ve společné domácnosti nežije.

Více než polovina (66,8 %) respondentek byly prvorodičky. Ze 104 (33,5 %) žen, které uvedly, že již dítě mají, jich 81 (26,1 % z celkového počtu respondentek) uvedlo, že mají jedno dítě. Dvě děti již mělo 22 (7,1 %) respondentek. Jedna žena (0,3 %) uvedla, že má již 5 dětí.

Z celkového počtu žen ($N = 309$), které uvedly informace o průběhu porodu, jich 243 (78,6 %) uvedlo, že porod proběhl vaginálně bez komplikací. Vaginálně s komplikacemi rodilo 9 (2,9 %) respondentek. Plánovaným císařským řezem porodilo 24 (7,8 %) respondentek a neplánovaným císařským řezem 33 (10,7 %) respondentek.

Zvláštní lékařskou péči vyžadoval po porodu stav 33 (10,6 %) dětí. Zdravotní stav ostatních 277 (89,4 %) dětí byl po porodu dobrý a nevyžadoval žádnou zvláštní lékařskou péči. V době vyplňování druhé sady dotazníků (tedy v době mezi 4 a 8 týdny po narození dítěte) byl zdravotní stav 294 (95,1 %) dětí. Lehké/mírné zdravotní komplikace mělo v té době 15 (4,9 % dětí). Možnost odpovědi „vážné zdravotní komplikace“ na otázku „Jaký je současný zdravotní stav Vašeho dítěte?“ nevyužila žádná respondentka. Porodní hmotnost dětí sledovaných matek se pohybovala od 2500 do 4580 gramů. Průměrná porodní hmotnost byla 3412,21 gramů ($SD = 420,36$).

KOJENECKÝ PLÁČ

OBECNÉ CHARAKTERISTIKY KOJENECKÉHO PLÁČE

Kojenecký pláč je jedním z prvních projevů dítěte. Jeho charakteristiky (jako např. jeho intenzita, frekvence výskytu a délka jednotlivých epizod pláče, utišitelnost) poskytují okolí první informace o temperamentu dítěte a jsou nedílnou součástí počátku budování vztahu mezi dítětem a jeho rodiči. V této kapitole bude popsáno, jak se kojenecký pláč vyvíjí a jaký má význam.

Pláč lze obecně popsat jako hlasové vyjádření emocí a behaviorálního stavu (Wolff cit. dle Barr, Hopkins, & Green, 2000). Funkce kojeneckého pláče spočívá především v přivolání pečující osoby. Podle D. Sobotkové a kol. (Sobotková, Ditrichová, Mandys, Paul, & Procházková, 2004, s. 153) vypovídají stavy chování kojence „o stavu integrity centrálního nervového systému, a podobně jako jiné složky chování, mohou být postupně prostředím modifikovány.“ Dle intenzity můžeme rozlišit 3 základní typy pláče – mírné projevy rozlady */fussing/*, pláč a záchvat excesivního pláče. Projevy rozlady */fussing/* bývají definovány jako stav, kdy je dítě neklidné */unsettled/* a podrážděné */irritable/*, vokalizuje, ale nepláče nepřetržitě. Pláč */crying/* bývá definován jako stav déletrvající vokalizace distresu */distressed vocalization/* a záchvat excesivního pláče jako intenzivní neutišitelný pláč s dalšími doprovodnými projevy distresu dítěte (St James-Roberts, Conroy, & Wilsher, 1998).

Na začátku lidského života je pláč poměrně nediferencovaným projevem. Dle H. Karpa (2004) je pláč v raném kojeneckém věku sice jednoznačnou známkou potřeby, ale velmi slabým indikátorem toho, co touto potřebou je. Pláč se diferencuje až během vývoje a stává se tak postupně záměrným komunikačním prostředkem (Bell & Ainsworth; Hopkins & Palthe; Barr et al.; St. James-Roberts & Halil; St. James & Plewis et al. cit. dle Barr, 1998).

Součástí normálního vývoje dítěte v kojeneckém věku je kulminace celkové doby pláče v prvních 3 měsících a následný prudký pokles v dalších týdnech (Hubbard & Van IJzendoorn, 1991). Dítě tedy nepláče nejvíce v prvních dnech po narození, ale obvykle až o několik týdnů později. K nárůstu doby, kterou dítě za den propláče a kdy vykazuje známky celkové nepohody, dochází typicky mezi 2. a 6. týdnem jeho života. Tento průběh vývoje kojeneckého pláče je zřejmě typický pro lidský druh jako takový, napříč všemi jeho kulturami (Konner cit. dle Barr, 1998). Svého vrcholu dosahuje křivka vývoje celkového úhrnu plačtivosti dítěte typicky v 6 týdnech života, přičemž u nekojených dětí dochází k této kulminaci již ve 2 týdnech (Lucas & St James-Roberts, 1998).

Na základě srovnání výsledků mnoha studií různých autorů založených na přímé observaci i dotazování rodičů se udává, že průměrná doba pláče za den se v době kulminace křivky pláče pohybuje mezi 1 hodinou 45 minutami a až 3 hodinami 30 minutami pláče za den (Drummond et al., 1999). Po dosažení svého vrcholu křivka vývoje celkové doby pláče za den opět klesá. Do konce 3. měsíce celkový úhrn doby pláče kojence za den klesá na zhruba 20 minut až 1 hodinu. Frekvence, s jakou se jednotlivé záchvaty pláče vyskytují, je na rozdíl od délky pláče v prvních 9 měsících života přibližně stejná a uvádí se, že ani frekvence výskytu epizod pláče, ani délka pláče nejsou závislé na pohlaví dítěte (Hubbard & Van IJzendoorn, 1991).

J. Brooks-Gunnová a M. Lewis (cit. dle Craig, Gilbert-MacLeod, & Lilley, 2000) uvádějí, že postupné snižování celkové doby pláče i délky jednotlivých epizod pláče patří mezi hlavní cíle socializace již v raném vývoji. Pokles křivky zaznamenávající vývoj celkové doby, kterou dítě za den propláče, by tedy mohl být vnímán jako znak úspěšně započaté socializace.

Ačkoliv je tvar křivky vývoje celkové doby pláče za den typický pro kojence napříč kulturami, mohou být celkový úhrn pláče (který je v takové křivce zaznamenán) i počet a délka epizod, které celkovou dobu pláče za den tvoří, individuálně či kulturně specifické. Nejčastěji bývá kulturní podmíněnost délky kojeneckého pláče dokumentována na kojeneckém pláči národa Sanů (Křováků). Pláč kojenců Sanů se vyskytuje přibližně se stejnou frekvencí jako pláč kojenců v naší civilizaci, ale doba pláče za den i délka jednotlivých epizod pláče jsou u kojenců Sanů výrazně kratší.

Sanové jsou národ sběračů a lovců žijících na území pouště Kalahari v Jižní Africe. Vývoj pláče u kojenců Sanů částečně kopíruje výše popsanou křivku typického vývoje pláče. Podobný je i počet epizod pláče v průběhu dne, kterých bylo u kojenců Sanů zaznamenáno přibližně stejné množství jako u holandských kojenců. Délky jednotlivých epizod pláče a celková doba pláče za den však byly u Sanů více než o polovinu kratší (Barr et al. cit dle Kruger & Konner, 2010). Ve studii provedené mezi lety 1962 a 1975 (tedy v době, kdy se Sanové nezasazeni západní civilizací ještě živilo především jako lovci a sběrači) se uvádí, že kojenci Sanů propláčou průměrně 1 minutu za hodinu, přičemž typická délka běžné epizody pláče trvá průměrně do 10 vteřin (Kruger & Konner, 2010). Zdá se tedy, že frekvence výskytu pláče i narůstání celkové doby pláče během dne jsou lidem jako živočišnému druhu vlastní, zatímco délka jednotlivých epizod pláče a celkový úhrn pláče za den jsou specifické pro konkrétní jedince či kultury.

Jak již bylo zmíněno výše, po kulminaci křivky vývoje celkové doby pláče za den v 6 týdnech života by se měla celková doba, kterou dítě za den propláče, začít snižovat. V rámci typického vývoje by k tomuto poklesu mělo dojít zhruba ve 3 měsících života dítěte. Dosud nebylo zcela jednoznačně vysvětleno, proč plačtivost dítěte takto dramaticky stoupne a klesne

během relativně krátké doby pohybující se v řádu pouhých několika málo týdnů (Barr, 1998). Zvažuje se například souvislost s počátky vzniku cirkadiálního rytmu, který by měl vést k prodlužování délky spánku během noci, či souvislost s dozráváním osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny.

Dozrávání osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny, mající za následek čtyřadvacetihodinový cyklus vylučování kortizolu, je obdobně jako výše popsany vývoj celkové doby pláče za den situován do prvních 3 měsíců života. Též cirkadiální rytmus se začíná objevovat mezi 2. a 3. měsícem života dítěte (Sheldon cit. dle Brand, Furlano, Sidler, Schulz, & Holsboer-Trachsler, 2011). K počátkům synchronizace čtyřadvacetihodinového cyklu sekrece kortizolu s rytmem spánku a bdění začíná docházet mezi 12 a 16 týdnů po narození (Gunnar et al. cit dle Brand et al., 2011).

Zkoumáním souvislostí mezi zvýšenou plačtivostí a poruchou či zpomalením vývoje rytmu spánku a bdění se zabývala studie analyzující data z dvou výzkumů (St James-Roberts & Peachey, 2011). Do prvního výzkumu bylo zapojeno 612 zdravých britských kojenců mezi 1 a 2 týdnů po narození. Ve druhém výzkumu byla sbírána a analyzována data o kojencích z Anglie a Dánska. V obou výzkumech vyplňovali rodiče kojenců ve 2 etapách deníkové záznamy o chování svého dítěte, poprvé mezi 5 a 6 týdnů a podruhé ve 12 týdnech života dítěte. Z výsledků studie vyplývá, že většina kojenců, kteří v období mezi 5 až 6 týdnů svého života plakali více než 3 hodiny denně, dokázala v 12 týdnech spát v noci více než 5 hodin bez pláče. Autoři studie uvádějí, že časté probouzení se během noci je ještě pro tříměsíční kojence běžné, ale již jen asi 25% kojenců v tomto období ještě při každém svém probuzení pláče. Vztah mezi zvýšenou celkovou dobou pláče za den v 5 a 6 týdnech (tedy v období typického vrcholu křivky úhrnu celkové doby pláče za den) a příliš častým buzením se s pláčem v průběhu noci ve 12 týdnech života dítěte tedy nebyl výzkumně potvrzen a lze se domnívat, že poruchy vývoje spánku v kojeneckém věku nemají stejnou příčinu jako zvýšená plačtivost v tomto vývojovém období (St James-Roberts & Peachey, 2011). Souvislost ale zřejmě existuje mezi spánkem/bdělostí a dráždivostí dítěte. Ve 3 měsících věku byli nejvíce dráždiví chlapci zároveň nejméně bdělí, zatímco nejvíce dráždivé dívky byly zároveň i nejvíce bdělými kojenci z výzkumného souboru 56 dětí (Crockenberg & Smith, 2002). Vztah mezi dráždivostí kojence a spánkem/bdělostí se tedy zřejmě liší v závislosti na pohlaví dítěte.

Dle U. A. Hunzikera a R. G. Barra (1986) je snižování celkové doby pláče spíše než déletrvajícím spánkem pozvolna nahrazováno delšími úseky spokojené bdělosti, která se dle Brazeltona (1962) projevuje zvýšením času tráveného otáčením se, prohlížením si rukou či věcí apod. i zvýšením počtu interakcí s rodiči.

Další zvažovanou souvislostí či příčinou zvýšení a následného poklesu celkové doby pláče za den v prvních týdnech života dítěte je ustalování sekrece kortizolu způsobené dozráváním funkce osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny. Kortizol je jedním z hormonů souvisejících se zvládáním stresu. V prvních 4 týdnech po narození má sekrece kortizolu kvůli nevyzrálosti osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny ještě dva vrcholy během dne (Davis & Granger cit. dle Brand et al., 2011). Zhruba v 8 týdnech po narození je už ale osa hypothalamus-hypofýza-nadledviny dostatečně zralá, aby byla schopná produkovat kortizol v čtyřadvacetihodinovém rytmu (Brand et al., 2011). Rytmus sekrece kortizolu ale ještě nemusí být v tomto období synchronizován se vznikajícím rytmem spánku a bdění, který není tolik podmíněn biologicky, ale který je závislý spíše na střídání světla a tmy a zvnějšku nastavovaném denním režimu (stimulace a krmení dítěte během dne a útlum stimulace a aktivit v noci).

Do studie zabývající se souvislostí produkce kortizolu s vývojem pláče a spánku (Brand et al., 2011) bylo zapojeno 16 kojenců v průměrném věku 8 týdnů ($SD = 1,5$ týdne), kterým byl diagnostikován syndrom excesivního pláče (dodrženo pravidlo Wesselovo pravidlo tří – více viz kapitola věnovaná diagnostice excesivního pláče). Spánek a pláč kojenců byly sledovány v prvních 5 dnech studie. Na konci 5. dne byl kojencům odebrán vzorek slin pro zjištění hladiny kortizolu. Po dalších 4 týdnech byly opět po dobu 5 dní sledovány pláč i spánek dítěte a následně opět odebrány vzorky slin. V průběhu sledovaného období nebyl zaznamenán významný pokles hladiny kortizolu, přestože byly zaznamenány statisticky významné změny v plačtivosti dítěte (pokles intenzity i délky trvání pláče) a spánku (nárůst doby bdění během dne a nárůst doby spánku během noci).

Na základě analýzy získaných dat z výše popsané studie (Brand et al., 2011) bylo zjištěno, že spánek, pláč, ani hladina kortizolu nejsou závislé na věku zkoumaných kojenců, na jejich porodní hmotnosti, ani na APGAR skóre, či na jejich pohlaví a způsobu porodu. Nebyl též nalezen statisticky významný vztah mezi délkou pláče a hladinou kortizolu ani na začátku, ani na konci zkoumaného období. Pouze na začátku zkoumaného období, ale nikoliv na jeho konci, byl nalezen vztah mezi hladinou kortizolu a hlasitostí pláče. Prokázána byla naopak souvislost aktivity osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny s intenzitou pláče kojence. Na začátku i na konci sledovaného období byla totiž zjištěna statisticky významná souvislost mezi hladinou kortizolu a intenzitou pláče (která v této studii byla zjišťována škálou sahající od jemného poplakování s nepatrnými faciálními projevy po velmi intenzivní pláč s grimasami signalizujícími bolest).

Příčina dramatického nárůstu doby pláče za den v prvních týdnech a následného poklesu v dalších týdnech života dítěte tedy dosud není objasněna. Výsledky výše uvedených výzkumů ale mimo jiné naznačují, že je třeba na kojenecký pláč pohlížet komplexněji a brát v úvahu i jeho jiné

charakteristiky, než jakou je celková doba pláče za den. Jak bude zmíněno dále, pro popis plačtivosti dítěte jsou neméně důležité například intenzita pláče, délky jednotlivých epizod pláče, frekvence výskytu epizod pláče v průběhu dne, srozumitelnost pláče (jak obtížně lze odhalit jeho příčinu) a v neposlední řadě i utišitelnost pláče. Kojenecký pláč je navíc třeba vnímat a posuzovat i v širším kontextu, například s ohledem na to, v jakých situacích dítě pláče nejčastěji či jakou roli může jeho plačtivost hrát v jeho konkrétním rodinném prostředí.

Úvahám nad těmito a dalšími odlišnostmi a jejich možnými příčinami budou věnovány další kapitoly.

POPISOVANÁ PLAČTIVOST – ANALÝZA DAT

V této kapitole budou uvedeny deskriptivní statistiky popisované plačtivosti. Popisovanou plačtivostí jsou v rámci tohoto výzkumu rozuměny 3 proměnné – *doba pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče*. Všechny tyto proměnné byly získány z dotazníků, které respondentky vyplňovaly mezi 4 až 8 týdny po narození dítěte. Jak bylo popsáno v kapitole o kojeneckém pláči, plačtivost kojence by v této době měla dosahovat svého vrcholu. Dle křivky typického vývoje kojeneckého pláče představuje doba mezi 4 a 8 týdny po porodu období 2 týdnů před a 2 týdnů po kulminaci celkové plačtivosti dítěte.

Respondentky měly své odpovědi o plačtivosti svého dítěte vztahovat ke dni, který přímo předcházel dni, v němž dotazník vyplňovaly. Pokud ale byl tento den vzhledem k běžnému dennímu režimu dítěte něčím netypický (např. bylo dítě nemocné nebo se podrobilo lékařské prohlídce), měla respondentka své odpovědi o plačtivosti dítěte vztahovat k jinému dni v uplynulém týdnu.

Proměnná *doba pláče za den* vznikla odpovědí na otázku *Kolik času přibližně Vaše dítě proplakalo dohromady v průběhu celého dne?* V odpovědi na tuto otázku si respondentky volily jednu z možností nabízených v rolovací liště. Jako možné odpovědi byly respondentkám v rolovací liště nabídnuty půlhodinové intervaly 0-30 minut (v datovém souboru značeno jako 0,5), 30 minut až 1 hodina (značeno jako 1). Proměnná *délka průměrné epizody pláče* vznikla odpovědí na otázku *Jak přibližně dlouhé byly ostatní (průměrné/běžné) epizody pláče? (uvedte v minutách)* a proměnná *délka nejdelší epizody pláče* odpovědí na otázku *Jak dlouho přibližně trvala nejdelší epizoda pláče? (uvedte v minutách)*.

Data odpovědí na otázky o průměrné a nejdelší epizodě pláče bylo před samotnou analýzou nutné upravit, jelikož některé odpovědi nebyly uvedeny v minutách, případně byly doplněny o

slovní vysvětlení. Tyto záznamy tedy byly upraveny následujícím způsobem: Pokud respondentka doplnila časový údaj o slovní vyjádření, že se jedná o číslo udávající počet minut, byla v datové matici ponechána pouze číselná hodnota. Pouze uvedená číselná hodnota byla v datové matici ponechána i v případě, že respondentka k této hodnotě přidala doplnění (např. „*chvilku – do 5 min – než přijdem na to, co ji trápí*“). Ve dvou případech byl číselný údaj doplněn poznámkou, že se jedná o čas v sekundách („*20 sekund*“, „*pár sekund*“). V těchto případech byla do datové matice zapsána hodnota 0,5 (při zaokrouhlení směrem dolů by došlo ke ztrátě informace, že dítě vůbec pláče). Pokud respondentka uvedla místo 1 hodnoty rozpětí 2 hodnot, bylo toto rozpětí nahrazeno průměrem těchto hodnot.

Data o popisované plačtivosti byla též analyzována s ohledem na týden, v kterém respondentka dotazníky vyplnila. V níže uvedených tabulkách jsou uvedeny deskriptivní statistiky proměnných popisujících plačtivost dítěte dle proměnných *doba pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče* pro celý soubor a následně zvlášť dle *týdne po porodu*, v němž byly dotazníky vyplněny. Z proměnné udávající, jak dlouho po porodu respondentka vyplnila 2. sadu dotazníků byla vytvořena proměnná *týden po porodu* udávající, v kterém týdnu po porodu k vyplnění došlo. Jelikož byly do výzkumu zařazeny jen respondentky, které druhou sadu dotazníků vyplnily mezi 28 a 56 dní po porodu, mohla proměnná *týden po porodu* nabývat jen hodnot 5-8.

Celková doba pláče za den v jednotlivých týdnech po porodu

Tabulka 1

	pro celý soubor	5. týden	6. týden	7. týden	8. týden
M	1,69	1,88	1,57	1,64	1,81
SD	1,41	1,44	1,43	1,32	1,44
medián	1	1,25	1	1	1,50
minimum	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
maximum	10	5,5	10	8	7
zešíkmení	2,00	0,94	2,75	2,30	1,64
strmost	5,60	-0,257	10,60	7,74	3,19
N	299	74	121	65	39

Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro proměnnou *dobu pláče za den* na celém výzkumném souboru 0,226 ($df = 299$; $p = 0,000$). Nelze tedy potvrdit normální rozložení této proměnné. Mediány hodnot *doby pláče za den* v jednotlivých týdnech vyplnění dotazníku byly porovnány prostřednictvím Kruskal-Wallisova testu. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 2,629 ($df = 3$; $p = 0,452$). Mezi skupinami respondentek dle jednotlivých týdnů po porodu, v nichž dotazníky vyplňovaly, tedy nebyl tedy nalezen rozdíl v mediánech *doby pláče za den*.

Délka průměrné epizody pláče v jednotlivých týdnech po porodu

Tabulka 2

	pro celý soubor	5. týden	6. týden	7. týden	8. týden
M	6,21	5,87	6,65	5,77	6,24
SD	7,99	4,73	10,94	5,60	4,95
medián	5	5	5	5	5
minimum	0	0,5	0	0,5	1
maximum	110	20	110	30	20
zešíkmení	2,00	1,18	7,36	2,76	1,30
strmost	5,60	0,89	67,30	9,42	0,92
N	298	74	121	65	38

Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro proměnnou *délka průměrné epizody pláče* na celém výzkumném souboru 0,292 ($df = 298$; $p = 0,000$). Nelze tedy potvrdit normální rozložení této proměnné. Mediány hodnot *délka průměrné epizody pláče* v jednotlivých týdnech vyplnění dotazníku byly porovnány prostřednictvím Kruskal-Wallisova testu. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 0,560 ($df = 3$; $p = 0,906$). Mezi skupinami respondentek dle jednotlivých týdnů po porodu, v nichž dotazníky vyplňovaly, tedy nebyl tedy nalezen rozdíl v mediánech *délky průměrné epizody pláče*.

Délka nejdelší epizody pláče v jednotlivých týdnech po porodu

Tabulka 3

	pro celý soubor	5. týden	6. týden	7. týden	8. týden
M	16,59	15,54	15,79	17,44	19,71
SD	17,82	12,88	16,46	22,89	20,48
medián	10	10	10	10	12,5
minimum	0	0,5	0	1	2
maximum	120	60	90	120	100
zešíkmení	2,86	1,43	2,42	3,38	2,13
strmost	5,60	2,34	6,89	12,52	5,53
N	298	74	121	65	38

Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro proměnnou *délka nejdelší epizody pláče* na celém výzkumném souboru 0,220 ($df = 298$; $p = 0,000$). Nelze tedy potvrdit normální rozložení této proměnné. Mediány hodnot *délka nejdelší epizody pláče* v jednotlivých týdnech vyplnění dotazníku byly porovnány prostřednictvím Kruskal-Wallisova testu. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 1,221 ($df = 3$; $p = 0,748$). Mezi skupinami respondentek dle jednotlivých týdnů po porodu, v nichž dotazníky vyplňovaly, tedy nebyl tedy nalezen rozdíl v mediánech *délky nejdelší epizody pláče*.

V poslední tabulce této kapitoly je uveden přehled denní doby, v které děti z výzkumného obvykle plakaly nejvíce.

Denní doba, v níž dítě pláče nejčastěji

Tabulka 4

V kterou denní dobu Vaše dítě obvykle pláče nejvíce?	frekvence výskytu	platných procent
ráno (6:00 – 10:00)	28	9,3
dopoledne/poledne (10:00 – 14:00)	31	10,3
odpoledne (14:00 – 18:00)	53	17,7
večer (18:00 – 22:00)	166	55,3
v noci (22:00 – 2:00)	11	3,7
nad ránem (2:00 – 6:00)	11	3,7
N	300	100
chybějící hodnoty	10	
N celkem	310	

Z tabulky je zřejmé, že kojenci z tohoto výzkumného souboru plakali nejčastěji ve večerních hodinách mezi 18. a 22. hodinou. Nejméně kojenců z tohoto výzkumného souboru plakalo nejvíce v době od 22. hodiny večerní do 6. hodiny ranní.

POPISOVANÁ PLAČTIVOST – DISKUZE VÝSLEDKŮ

V předchozí kapitole byl uveden přehled popisované plačtivosti dítěte vyjádřené proměnnými *doba pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče* v 5. až 8. týdnu po narození dítěte. Kruskal-Wallisovy testy nepotvrdily, že by mezi jednotlivými týdny (5. – 8. týdnem) po porodu, během nichž respondentky vyplňovaly dotazníky, byl mezi proměnnými *doba pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče* statisticky významný rozdíl.

Uvedený přehled matkou popisované plačtivosti kojenců v jednotlivých týdnech po narození je pouze ilustrativní a nelze ho zaměňovat s křivkou popisující vývoj plačtivosti, jelikož data o popisované plačtivosti kojence v jednotlivých týdnech se týkají různých kojenců (i celkový počet respondentek v jednotlivých týdnech se liší). I přesto lze popisovanou plačtivost porovnat s výsledky jiných výzkumů.

Při porovnání doby pláče za den v této studii s celkovou dobou pláče, kterou proplakali kojenci ve výzkumu St James-Robertse a kol. (St James-Roberts et al., 1995) se ukazuje, že celková doba pláče uváděná St James-Robertsem pro kojence v 6 týdnech po porodu byla o něco vyšší než v tomto výzkumu. St James-Roberts uvádí, že běžní kojenci (v jeho výzkumu kojenci z kontrolní skupiny bez intervence) plakali v 6 týdnech života průměrně 129 minut (SD = 71). Z tabulky 1 uvedené v předchozí kapitole je patrné, že průměrná hodnota proměnné *doba pláče za den* uváděné respondentkami v tomto výzkumu byla v 6. týdnu po narození dítěte 1,57 hodin (SD = 1,43). Průměrné hodnoty proměnné doba pláče za den uváděné respondentkami v tomto výzkumu jsou tedy nižší. Kojenci matek z výzkumného souboru tedy byli spíše méně plačtiví.

Celková *doba pláče za den* popisovaná respondentkami se více blížila popisované plačtivosti kojenců z jiné studie, v níž kojenci ve 3. týdnu života plakali průměrně 1,7 hodiny denně (Hunziker & Barr, 1986). Plačtivost ve 3. týdnu života by ale dle typického vývoje pláče měla být nižší než v následujících týdnech, kdy má dojít dle křivky typického vývoje pláče ke kulminaci plačtivosti dítěte. I z tohoto srovnání tedy vyplývá již výše zmíněný závěr, že popisovaná plačtivost kojenců ve zde prezentovaném výzkumu vyjádřená proměnnou *doba pláče za den* byla nižší než bývá uváděno v jiných výzkumech a že tedy výzkumný soubor byl tvořen spíše matkami méně plačtivých kojenců.

Přestože byla průměrná popisovaná plačtivost v tomto souboru spíše nižší, je z deskriptivních statistik popisované plačtivosti uvedených v předcházející kapitole patrné, že ve výzkumném souboru byly i respondentky s více plačtivými kojenčí. Například rozpětí hodnot celkové *doby pláče za den* se pohybovalo od 0,5 do 10 hodin a rozpětí hodnot *nejdelší epizody pláče* od 0 do 120 minut. Výzkumný soubor byl tedy z hlediska popisované plačtivosti dítěte poměrně heterogenní.

SYNDROM EXCESIVNÍHO PLÁČE

DEFINICE EXCESIVNÍHO PLÁČE

Úvahy nad problematikou kojeneckého pláče se mnohdy odvíjí od potřeby porozumět extrémní podobě tohoto jevu, syndromu excesivního pláče, který bývá spojován především s prvními 3 měsíci lidského života (Savino, 2007).

S popisem symptomů, které dnes označujeme termínem excesivní pláč, se v odborné literatuře můžeme setkat již minimálně od 18. století (Lindberg, 2000). Lidově bývá tento syndrom označován jako tříměsíční kolika /*3-months-colic*/ (Papoušek & von Hofacker, 1998). V zahraniční literatuře nacházíme pro jeho popis dále termíny kolika /*colic*/ (Carey, 1990; Lester, Boukydis, Garciacoll, & Hole, 1990), nevysvětlitelný /*unexplained*/ (Hofer, 2002) či přetrvávající /*persistent*/ pláč (Bonhoeffer et al., 2004). Jelikož se při užívání českého názvu kolika lze jen těžko oprostit od představy jedné z předpokládaných příčin tohoto syndromu (gastrointestinálních potíží), bude v tomto textu, podobně jak navrhuje například W. B. Carey (1990), používáno raději jednotné symptomatologické označení excesivní pláč, které odkazuje na projevy dítěte, nikoliv na předpokládané příčiny těchto projevů.

Označení excesivní pláč bude v tomto textu používáno i v případě, že je syndrom v původní studii označován jiným termínem. Jak bude popsáno níže, shoda mezi jednotlivými studiemi nepanuje nejen v názvosloví této problematiky, ale ani v diagnostice či v operacionalizaci poruch kojeneckého pláče. Stejně operacionalizované poruchy se tak mohou vyskytovat pod různými názvy a naopak shodný název poruchy není zárukou shodné operacionalizace a diagnostiky. Sjednocení názvů poruch plačtivosti v raném kojeneckém věku pod pojem syndrom excesivního pláče a neopomíjení nuancí v operacionalizacích tohoto syndromu v různých studiích by tedy mohlo problematiku zpřehlednit a napomoci k jejímu lepšímu pochopení.

Syndrom excesivního pláče je označení, které bývá obecně používáno pro popis stavu, kdy se v běžném každodenním režimu somaticky jinak zcela zdravého kojence opakovaně vyskytují dlouhé epizody obtížně utišitelného pláče (Barr, Rotman, Yaremko, Leduc, & Francoeur, 1992), při nichž postupy k tišení pláče běžně používané většinou selhávají. Ačkoliv lze zmínky o projevech excesivního pláče nalézt například již v učebnici pediatrie Nielse Roséna von Rosenstein z roku 1764 (cit. dle Lindberg, 2000), dodnes nepanuje v definici tohoto syndromu jednoznačná shoda.

Při porovnání jednotlivých studií zabývajících se excesivním pláčem se nabízí otázka, zda díky odlišným operacionalizacím výzkumníci nepracují s diametrálně odlišnými výzkumnými soubory. Tato skutečnost pochopitelně i značně ztěžuje možnost srovnání výsledků těchto studií. Nestejně definované skupiny mohou být totiž tvořeny jedinci s výrazně odlišnými symptomy a tedy i s různou etiologií svých potíží i odlišnou prognózou dalšího vývoje. Většina současných studií se při definici excesivního pláče částečně opírá o kritéria M. A. Wessela a jeho kolegů (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954), která jsou známá též jako tzv. „*pravidlo tří*“. Excesivní pláč je zde definován jako pláč, který se vyskytuje u jinak zcela zdravého kojence více než 3 hodiny denně, po více než 3 dny v týdnu, v průběhu více než 3 týdnů.

S. A. Reijnevel, E. Brugman, a R. A. Hirasing (2001) našli deset nejběžněji používaných operacionalizací excesivního pláče. Tyto operacionalizace se pokusili ve své studii na reprezentativním souboru populace holandských kojenců (N = 3345) porovnat. Největší neshody mezi zařazením či nezařazením do skupiny excesivně plačících se objevovaly mezi kritérii vystavěnými na subjektivně pocíťované problematičnosti pláče a mezi kritérii vystavěnými na frekvenci a délce pláče dle pravidla tří. Tato shoda byla vyjádřena Cohenovým kappa v hodnotě pouhých 0,19. V současné odborné literatuře tedy syndrom excesivního pláče popisuje heterogenní skupinu dětí s různými profily behaviorální dysregulace a s různými neurofyzilogickými dispozicemi.

Běžně užívané operacionalizace excesivního pláče lze rozdělit na 3 základní způsoby pojmání excesivního pláče: 1) excesivní pláč jako označení nejvyšších hodnot v rámci normálního rozložení pláče 2) excesivní pláč jako klinický syndrom a 3) excesivní pláč jako výraz popisující takové chování dítěte, které již pečující osoba není schopna tolerovat (Wolke cit. dle Pauli-Pott, Becker, Mertesacker, & Beckmann, 2000).

DIAGNOSTIKA

Při diagnostice excesivního pláče se obvykle využívá především již výše zmíněné pravidlo tří, které znamená, že pláč se vyskytuje u jinak zcela zdravého kojence více než 3 hodiny za den, během více než 3 dnů v týdnu, po dobu více než 3 týdnů (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954). Toto pravidlo je ale poměrně obtížné dodržet a to nejen ve výzkumu, ale i v běžné diagnostice. Poslední část pravidla tří (výskyt nadměrného pláče po dobu minimálně 3 týdnů) bývá proto často vynechávána kvůli přílišné časové a ekonomické náročnosti získávání relevantních dat a přílišnému zatížení rodičů. Doba 3 týdnů v raném kojeneckém věku je

poměrně dlouhá na to, aby v jejím průběhu rodiče stále podrobně zaznamenávali data o výskytu pláče svého dítěte a byli zároveň ponecháni bez intervence. R. G. Barr a kol. (1992) mimo jiné i proto považují za účelné zvažovat nejen celkový čas, který dítě za den propláče, ale doporučují brát v úvahu i délku jednotlivých epizod záchvatů pláče. Dle jejich názoru je důležité rozlišovat mezi případy, kdy je celková doba pláče za den tvořena mnoha krátkými epizodami pláče, a mezi skutečným excesivním pláčem, pro nějž jsou podle nich charakteristické i dlouhé záchvaty obtížně utišitelného pláče. Délka jednotlivých epizod pláče, z nichž je celkový čas, který dítě za den propláče, tvořen, může tedy i bez dodržení všech kritérií pravidla tří pomoci určit, zda se o syndrom excesivního pláče skutečně jedná. Je-li Wesselovo (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954) pravidlo tří splněno, ale celková doba, kterou dítě propláče, je tvořena krátkými epizodami snadno utišitelného pláče, pravděpodobně se o syndrom excesivního pláče nejedná (Barr et al., 1992).

V jedné ze studií zabývajících se problematikou syndromu excesivního pláče (Stifter, Bono, & Spinrad, 2003) byly matky excesivně plačících kojenců dotazovány na popis excesivního pláče. Většina ze 22 dotazovaných matek, které měly kojence se syndromem excesivního pláče (dítě plakalo průměrně více než 3 hodiny denně v průběhu 4 dní, během nichž byly vyplňovány deníkové záznamy), popsala excesivní pláč jako pláč v dlouhých časových periodách a zhruba polovina dotazovaných matek též uvedla, že se jedná o pláč obtížně utišitelný. Zhruba polovina dotazovaných matek též uvedla některé fyziologické symptomy odkazující na problémy dítěte s trávením (Stifter et al., 2003). Kromě délky pláče za den a délky jednotlivých epizod pláče je pro diagnostiku excesivního pláče důležitá i znalost situačního kontextu pláče a prostředků (a jejich úspěšnosti), které rodič k tišení dítěte obvykle volí (Barr et al., 1992). Tišení pláče dítěte a interakcím mezi dítětem a rodiči bude věnována pozornost v dalších kapitolách.

PREVALENCE

Výskyt syndromu excesivního pláče je udáván častěji u chlapců než u dívek (van der Wal, van den Boom, Pauw-Plomp, & de Jonge, 1998). Prevalence excesivního pláče při exaktním dodržení Wesselových kritérií je pouze 1,5 % (Reijneveld et al., 2001). Studie zařazující do skupiny dětí se syndromem excesivního pláče ty děti, které byly za excesivně plačící označeny jen na základě výpovědi svých rodičů, udávají výskyt excesivního pláče o mnoho vyšší. P. Rautava a kol. (Rautava, Lehtonen, Helenius, & Sillanpää, 1995) uvádějí, že v jejich výzkumu označilo za excesivně plačící své dítě 124 rodičů z 1024, tedy 10,3 %. Dle další studie založené na záznamech

o pláči vyplňovaných matkami byla prevalence excesivního pláče v 6 týdnech dokonce 24 % (Clifford, Campbell, Speechley, & Gorodzinsky, 2002). Podobně vysoké prevalence se objevují i ve studiích popisujících subjektivní hodnocení problémů v chování dítěte v raném vývoji obecně. Například ve studii S. C. McDonougha a kol. (1998) 50 % rodičů (n = 409) uvedlo, že jejich dítě (mezi 3 – 18 měsíci věku) jí/spí/pláče příliš mnoho nebo příliš málo. Lze tedy předpokládat, že rodiče mají spíše tendenci vnímat chování svého dítěte v kojeneckém věku jako netypické. Takovéto pojmání problematiky syndromu excesivního pláče nejvíce odpovídá chápání excesivního pláče jako výrazu popisujícího chování, které pečující osoba již není schopna tolerovat (Wolke cit. dle Pauli-Pott et al., 2000).

Zjišťování problémů dítěte jenom z pohledu rodičů, bez využití přesnějších diagnostických postupů, tedy může být značně zavádějící. C. A. Stifterová (1998) navíc na základě výsledků svého výzkumu předpokládá, že k označení kojence jako dítěte s excesivním pláčem vedou matky často spíše projevy rozlady dítěte */fussing/* než přímo celková doba pláče a délka jednotlivých epizod pláče (Stifter, 1998). V názoru na to, zda má být celková doba pláče za den tvořen pouze z epizod pláče, nebo i z projevů rozlady projevující se jen mírnou vokalizací, se různí. Je-li pravidlo tří aplikováno v některých případech pouze na pláč a v jiných i na epizody rozlady, může být i při dodržení pravidla tří shoda mezi operacionalizací syndromu excesivního pláče jen zdánlivá.

V klinické praxi se stává, že za excesivně plačící bývají často označovány i děti, které pravidlo tří nesplňují. Obdobně tak i běžně dráždíví kojenci bývají někdy mylně označováni za děti zvýšeně dráždivé a v některých případech bývá dokonce i mylně usuzováno na organickou příčinu této dráždivosti (Armstrong, Previtara, & McCallum, 2000). Nadhodnocování výskytu syndromu excesivního pláče se tedy dopouštějí nejen rodiče plačících kojenců, ale i odborníci. Ilustrativním příkladem nadhodnocení výskytu syndromu excesivního pláče je studie, v níž syndrom excesivního pláče diagnostikovaly dětské sestry, a v níž dosáhl výskyt tohoto syndromu 13,5 % z kojenecké populace (Rautava et al., 1995).

V návaznosti na syndrom excesivního pláče popsali Papoušková a von Hofacker (1998b) i takzvaný přetrvávající */persistent/* pláč. Tímto názvem označili excesivní pláč kojenců přetrvávající i po 3. měsíci jejich života. Do svého výzkumu zahrnuli 61 kojenců s přetrvávajícím pláčem ve věku od 1 do 6 měsíců (SD = 1,4) zařazených do the Munich Interdisciplinary Research and Intervention Programme, jehož cílem bylo nabídnout rodinám kojenců s přetrvávajícím excesivním pláčem komplexní interdisciplinární diagnostiku a terapii a vysledovat vývojové trajektorie přetrvávajícího excesivního pláče v kontextu různých souvislostí a s ohledem na spojitosti s interakcemi rodič-dítě. Z tohoto výzkumného souboru bylo 35 kojenců, kteří dle

deníkových záznamů matek plakali více než 3 hodiny denně v 5 po sobě jdoucích dnech, zařazeno do skupiny extrémně plačtivých. Zbýlých 26 kojenců z původního výzkumného souboru bylo na základě deníkových záznamů matek označeno za středně plačtivé (celková doba pláče za den u nich nepřesáhla 3 hodiny). Kontrolní skupinu tvořilo 51 kojenců s průměrným věkem 3,6 měsíců ($SD = 1,2$). Z původně kontrolní skupiny byli 2 kojenci přearženi do skupiny extrémně plačtivých, jelikož splňovali výše uvedená kritéria. Dalšíh 12 kojenců muselo být z kontrolní skupiny vyloučeno kvůli excesivnímu pláči v anamnéze. Finální výzkumný soubor se tedy sestával ze 2 referenčních skupin a z jedné skupiny kontrolní. Ve skupině extrémně plačtivých bylo tedy 37 kojenců, ve skupině středně plačtivých 26 kojenců a v kontrolní skupině zůstalo 49 kojenců.

Ze srovnání deníkových záznamů vyplynulo, že kojenci ze skupiny extrémně plačtivých plakali a projevovali známky rozlady a neklidu */fussed/* průměrně zhruba 5 hodin denně (což je ještě o 2 hodiny více než bylo nutné pro zařazení do této referenční skupiny). Kojenci označení jako středně plačtiví plakali v průměru 2 hodiny denně. Kojenci z kontrolní skupiny málo plačtivých plakali průměrně 1 hodinu denně.

U kojenců ze skupiny extrémně i středně plačtivých začal problém se zvýšenou plačtivostí již v 1. či 2. týdnu po narození. Při lékařské prohlídce byly u 50 % kojenců ze skupiny extrémně a středně plačtivých zjištěny mírné až střední neurologické problémy ukazující na mírné neuromotorické opoždění. Podobné potíže byly ale zjištěny i u 18 % kojenců z kontrolní skupiny. Dle očekávání hodnotily jako nejméně předvídatelné a nejobtížnější zvladatelné své kojence matky ze skupiny extrémně plačtivých. Výše uvedené výsledky tedy naznačují, že kojenci s persistentním pláčem, coby extrémní podobou kojenecké plačtivosti přetrvávající i po 3. měsíci života dítěte, se začínají od svých vrstevníků plačtivostí odlišovat již v prvních 2 týdnech po narození. Otázkou zůstává (obdobně jako u mnoha dalších studií podobného typu), čím je odlišnost v plačtivosti dítěte způsobena a jaký vliv na konečné výsledky měla percepce plačtivosti dítěte matkou (neb údaje o plačtivosti v prvních týdnech života byly získávány retrospektivně). Fakt, že se i mezi kojenci z původně kontrolní skupiny nacházeli kojenci přearženi do skupiny extrémně plačtivých, není ve studii nijak diskutován. Právě ale pozornost věnovaná takovýmto případům, kdy kojenec trpí excesivním či persistentním pláčem, ale matka ho za excesivně plačtivého nepovažuje, by mohla problematiku diagnostiky syndromu excesivního pláče a vnímání plačtivosti dítěte obohatit o důležité informace.

EXCESIVNÍ PLÁČ – ANALÝZA DAT

I v tomto výzkumu byl zjišťován výskyt syndromu excesivního pláče. S odkazem na první kritérium z Wesselova pravidla tří byla vytvořena proměnná *nadměrný pláč* nabývající hodnot 0 a 1. Hodnota 1 byla přidělena těm respondentkám, které na otázku *Kolik času přibližně Vaše dítě proplakalo dohromady v průběhu celého dne?* zvolily hodnotu 3,5 (tzn. dítě plakalo 3 až 3,5 hodiny) a vyšší. Do skupiny *nadměrně plačících* spadalo podle tohoto kritéria 41 (13,7 %) kojenců.

Jak bylo uvedeno v kapitole prezentující data o popisované plačtivosti v této studii, měly se odpovědi respondentek na otázky o plačtivosti dítěte vztahovat ke dni, který byl z hlediska denního režimu pro dítě typický. Pro možnost přesnější operacionalizace syndromu excesivního pláče ale obsahoval dotazník ještě otázku, zda den, k němuž se údaje o vyplněné plačtivosti vztahovaly, byl typický i z hlediska plačtivosti dítěte. Matka byla dotazována, zda dítě v tomto dni plakalo ve srovnání s jinými dny spíše méně, zhruba stejně nebo více. Syndrom excesivního pláče byl pak na základě těchto dat operacionalizován tak, že za excesivně plačící bylo považováno dítě, jehož *doba pláče za den* byla 3,5 hodin a více a jehož matka zároveň uvedla, že dítě ve dni, k němuž se tento údaj vztahoval, plakalo zhruba stejně jako v jiné dny. Údaj o typičnosti pláče tedy nahradil druhé kritérium pravidla tří, které uvádí, že by dítě mělo plakat více než 3 hodin za den po 3 a více dní v týdnu. V případě, že byli do analýzy zahrnuti jen kojenci, jejichž matky uvedly, že dítě v předchozím dni plakalo zhruba stejně jako v jiné dny ($N = 209$), spadalo do skupiny kojenců se syndromem excesivního pláče 22 (10,5 %) donošených kojenců. Nebyla zjištěna souvislost mezi excesivním pláčem a tím, zda již matka má nějaké děti ($p > 0,05$), ani mezi excesivním pláčem a pohlavím dítěte ($p > 0,05$).

Další proměnnou, která se zabývala plačtivostí dítěte byla proměnná *hodnocení plačtivosti ve srovnání s jinými dětmi*. Tato proměnná vznikla z odpovědi na otázku *Ve srovnání s jinými dětmi pláče Vaše dítě: méně, zhruba stejně, více*. Vzhledem k tomu, že hlavním tématem studie je vnímání kojeneckého pláče, nabízí se srovnání nadměrně plačících kojenců a excesivně plačících kojenců dle popisované plačtivosti *hodnocením plačtivosti ve srovnání s jinými dětmi*.

Z 41 matek nadměrně plačících kojenců (*doba pláče za den* v předchozím dni byla 3,5h a více) jich 15 uvedlo, že jejich dítě pláče více než jiné stejně staré děti. Dalších 23 matek nadměrně plačících kojenců uvedlo, že jejich dítě pláče zhruba stejně jako ostatní děti v tomto věku, a 3 matky uvedly, že jejich dítě pláče méně než ostatní děti stejného věku. Z 22 matek excesivně plačících kojenců (*doba pláče za den* v předchozím dni byla 3,5h a více a tento den byl z hlediska plačtivosti dítěte pro dítě typický) jich 9 uvedlo, že jejich dítě pláče více než ostatní stejně staré

děti, 11 uvedlo, že jejich dítě pláče zhruba stejně jako ostatní děti v tomto věku, a 2 matky excesivně plačících kojenců uvedly, že jejich dítě pláče méně než ostatní děti.

Souvislost syndromu excesivního pláče dle popisované plačivosti a *hodnocení plačivosti ve srovnání s jinými dětmi* byla ověřována pomocí chí kvadrátu (viz následující tabulka).

Souvislost excesivního pláče a hodnocení plačivosti ve srovnání s jinými dětmi

Tabulka 5

Jak pláče ve srovnání s jinými dětmi?		méně	stejně	více	celkem
excesivní pláč 0	počet	85	97	5	187
	očekávaný počet	77,8	96,6	12,5	187,0
	% z kategorie excesivní pláč 0	45,5%	51,9%	2,7%	100,0%
	% z jednotlivých kategorií srovnání s jinými dětmi	97,7%	89,8%	35,7%	89,5%
	adjustované reziduály	3,3	,2	-6,8	
excesivní pláč 1	počet	2	11	9	22
	očekávaný počet	9,2	11,4	1,5	22,0
	% z kategorie excesivní pláč 1	9,1%	50,0%	40,9%	100,0%
	% z jednotlivých kategorií srovnání s jinými dětmi	2,3%	10,2%	64,3%	10,5%
	adjustované reziduály	-3,3	-,2	6,8	
celkem	počet	87	108	14	209
	očekávaný počet	87,0	108,0	14,0	209,0
	% excesivní pláč	41,6%	51,7%	6,7%	100,0%
	% z jednotlivých kategorií srovnání s jinými dětmi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bylo zjištěno, že existuje vztah mezi excesivním pláčem a mezi tím, jak matka hodnotí plačivost svého dítěte ve srovnání s jinými dětmi téhož věku ($\chi^2 (1) = 49,23$; $p = 0,000$). Hodnota Cramerova V byla 0,485. V tabulce jsou též uvedeny adjustované reziduály, pro které platí, že je-li absolutní hodnota větší než 2, lze rozdíl mezi skutečnou a očekávanou četností v daném poli je s 95 % pravděpodobností nenáhodný.

V případě, že pláč dítěte nebyl označen jako excesivní (excesivní pláč 0), pak matky signifikantně častěji uváděly, že jejich dítě pláče méně než ostatní děti, a signifikantně méně často uváděly, že jejich dítě pláče více než ostatní děti. Z celkového počtu 87 kojenců, jejichž matky uvedly, že tyto děti pláčou méně než jejich vrstevníci, jich 85 (97,7 %) dosahovalo v proměnné doba pláče za den hodnot menších než 3,5h a 2 (2,3 % z celkového počtu kojenců, kteří plakali

méně než ostatní děti téhož věku) kojenci z této kategorie tedy spadali do kategorie excesivní pláč. Mezi kojenci, jejichž matky uvedly, že tyto děti pláčou zhruba stejně jako jiné děti ve stejném věku, bylo 11 (10,2 % z celkového počtu kojenců, kteří plakali zhruba stejně jako ostatní děti téhož věku) kojenců excesivně plačících. Ve skupině kojenců, kteří dle matek plakali více než ostatní děti ve stejném věku, bylo 9 (64,3 % z celkového počtu kojenců, kteří plakali méně než ostatní děti téhož věku) excesivně plačících kojenců.

EXCESIVNÍ PLÁČ – DISKUZE VÝSLEDKŮ

Přestože byly ve výzkumném souboru celkově spíše podprůměrně plačtiví kojenci, bylo mezi nimi 22 kojenců (10,5 % z kojenců, jejichž plačtivost byla v době vyplňování dotazníku přibližně stejná jako v jiných dnech), kteří splňovali 2 kritéria z Wesselova pravidla tří (za předpokladu, že byla za pláč ve více než 3 dnech během týdne považována odpověď, že uvedená doba pláče je pro dané dítě typická). Tento výskyt syndromu excesivního pláče je podobný výskytu, jaký byl zaznamenán v populaci 1024 kojenců v jedné ze studií, která byla zmiňována výše (Rautava, 1995). V Rautavově studii činil výskyt syndromu excesivního pláče 10,3 %.

Podobně jako ve studii S. C. McDonougha a kol. (1998) i ve zde prezentovaném výzkumu téměř polovina matek uvedla, že jejich dítě pláče méně nebo více než ostatní děti. Otázka na hodnocení plačtivosti matkou ale v tomto výzkumu zněla oproti McDonoughově (1998) odlišně. Ve zde prezentovaném výzkumu měla matka porovnat své dítě s tím, jak si myslí že pláčou ostatní děti v jeho věku. V McDonoughova studii byli rodiče tázáni na subjektivní problematičnost pláče a do otázky bylo zahrnuto i další chování dítěte (spánek a jídlo). Ačkoliv se tedy výsledky podobají, nelze je považovat za shodné. Velmi důležité je také zmínit, že i když jen 108 matek (51,7 % matek, které uvedly, že popisovaná plačtivost je pro dané dítě typická) uvedlo, že jejich dítě pláče zhruba stejně jako jiné děti v jeho věku, většina dalších matek (N = 87, 41,6 % matek, které uvedly, že popisovaná plačtivost je pro dané dítě typická) uvedla, že dle jejich názoru jejich dítě pláče dokonce méně než většina dětí v jeho věku. Lze tedy říci, že převážná většina matek z výzkumného souboru považovala své dítě za běžně nebo dokonce podprůměrně plačtivé.

ETIOLOGIE

Vzhledem k odlišným operacionalizacím excesivního pláče v jednotlivých studiích nelze ani po mnoha desetiletích výzkumu příčinu tohoto syndromu jednoznačně určit. Mezi jednotlivými studiemi existují totiž, jak již bylo zmíněno výše, značné rozdíly ve výběru výzkumného souboru a výsledky těchto studií lze tedy vzájemně porovnávat jen s obtížemi.

T. Lindberg (2000) rozlišuje 3 hlavní typy teorií vysvětlujících příčiny excesivního pláče: a) teorie o alergických reakcích – považující za příčinu excesivního pláče alergické reakce na kravské mléko nebo na další součásti potravy b) gastrointestinální teorie – pokládající za příčinu hypertonicitu a nevyzrálост gastrointestinálního traktu a) psychologické teorie – považující za příčinu excesivního pláče neadekvátní interakce mezi matkou a dítětem. V dalších podkapitolách budou postupně zmíněny všechny tyto okruhy zvažovaných příčin

Další kapitoly budou věnovány zvažovaným příčinám syndromu excesivního pláče. Kromě výše uvedených Lindbergových 3 základních typů příčin budou zmíněny ještě

ALERGICKÉ REAKCE – GASTROINTESTINÁLNÍ POTÍŽE

Za příčinu excesivního pláče bývají již od počátku zkoumání problematiky excesivního pláče tradičně považovány gastrointestinální potíže na alergickém základě (White cit. dle Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954). Alergie a jimi způsobené gastrointestinální obtíže považoval za příčinu excesivního pláče kupříkladu již T. M. Rotch (cit. dle Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954). Tvrdil, že určité druhy zeleniny a ryb ve stravě matky způsobují změny v mateřském mléce, díky nimž se dítě cítí diskomfortně, což může dávat najevo právě zvýšenou plačtivostí. Zvažované alergie či nesnášenlivosti některých potravin jsou dle těchto teorií vyvolány některými složkami matčiny stravy, které přecházejí do zažívacího traktu dítěte prostřednictvím mateřského mléka. Za rizikové potraviny v matčině stravě bývají označovány fruktóza, kravské mléko (Lehtonen, Gormally, & Barr, 2000) a veškeré mléčné výrobky, konzervační látky, sója, pšenice, vejce, ořechy a ryby (Hill et al., 2005) a léky (v tomto případě se jednalo o Prozac), které matka i během kojení užívá (Lehtonen, Gormally & Barr, 2000).

Dle studie M. Papouškové a N. von Hofackera (1998) ale gastrointestinální obtíže příčinou excesivního pláče nejsou, jelikož děti se syndromem excesivního pláče pláčou intenzivněji,

v průběhu celého dne a po delší časové úseky než děti prokazatelně plačící v důsledku skutečné kolikové bolesti.

REAKCE NA BOLEST

Výrazné, často až křečovitě pohyby končetin, které záchvaty excesivního pláče provázejí, a obtížná utišitelnost dítěte během těchto záchvatů vedou mnoho rodičů k hypotéze, že excesivní pláč vzniká v důsledku bolesti, kterou jejich dítě pocítuje. Výsledky jednotlivých studií zabývajících se projevy bolesti u kojenců si někdy zdánlivě protirečí, což je zřejmě ale způsobeno různými typy bolesti, které jsou v jednotlivých studiích zkoumány (Fuller, 2002).

Ještě před několika málo desetiletími se předpokládalo, že novorozenci bolest kvůli nedostatečné vyzrálosti CNS pocítovat nemohou. Pozdější výzkumy tyto domněnky vyvrátily a bylo prokázáno, že expresivní projevy kojenců mohou skutečně na pocítovanou bolest odkazovat (Delevati & Bergamasco, 1999). Toto zjištění ale neznamena, že expresivní projevy kojenců odkazují na pocítovanou bolest vždy. V této souvislosti H. Karp (2005) uvádí, že pláč dítěte a jeho expresivní projevy nejsou závislé jen na podnětu samotném, ale též na míře dráždivosti dítěte. Vysoce dráždivý kojenec dle něj může na drobné nepohodlí způsobené například potřebou si odříhnout reagovat se stejně vysokou intenzitou projevu jako na silně bolestivý podnět. Ani samotné faciální projevy kojenců by neměly být jediným indikátorem toho, zda kojenec pocítuje bolest či nikoliv (Fuller, 2002).

NEVYZRÁLOST AUTONOMNÍHO NERVOVÉHO SYSTÉMU

Kojenci se syndromem excesivního pláče bývají matkami popisováni jako děti, které jsou přecitlivělé na stimulaci, snadno se budí, jsou extrémně vnímavé */extremely responsive/* a které se neustále dívají kolem sebe, jako by byly stále v pohotovosti */superalert/* (Levitzky & Cooper, 2000). Během záchvatů excesivního pláče lze dle matek tyto kojence utišit pouze na 5 až 10 minut, kdy je křik dítěte přerušován tišším kňouráním */whimpering/*, krátkým zdřímnutím dítěte či kratšími epizodami kojení. Celkový záchvat pláče i s těmito krátkými intervaly relativního zklidnění tak může trvat až 5 hodin.

Jednou z možných příčin výše popsané zvýšené iritability kojenců se syndromem excesivního pláče by mohla být nevyzrálost a nerovnováha autonomního nervového systému. Ukazuje se totiž, že kojenci se syndromem excesivního pláče mají obdobné symptomy jako

kojenci s vyšším tonem vagu. Kojenci s vyšším tonem vagu jsou též nadprůměrně iritabilní a jejich pláč je též problematické utiřit (Kirjavainen et al., 2001). Nevyzrálost a nerovnováha autonomního nervového systému bývá některými autory navíc též považována za příčinu projevů gastrointestinálních obtíží, které bývají se syndromem excesivního pláče často spojovány (White cit. dle Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954).

Již autoři jedné z prvních publikovaných studií o syndromu excesivního pláče popisovali excesivní pláč jako projev hypertonie v kojeneckém věku, přičemž vycházeli z předpokladu, že excesivní pláč je způsoben vagotonií (Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954). Též P. J. White (cit. dle Wessel, Cobb, Jackson, Harris, & Detwiler, 1954) upozorňoval na podobnost mezi domnělými projevy alergií a vagotonickým projevem a označil syndrom excesivního pláče za vagogenický gastro-enterospasmus. Za nepřímé potvrzení hypotézy o vagogenickém podkladu syndromu excesivního pláče je považováno výzkumně doložené zmírnění projevů excesivního pláče některých kojenců po podání anticholinergik (Illingworth cit. dle Kirjavainen et al., 2001).

Studie založené na sledování akustických charakteristik pláče (Zeskind & Barr; Lester, Boukydis, Garcia-Coll & Hole cit. dle Kirjavainen et al., 2001) však hypotézu o vagotonickém podkladu excesivního pláče nepotvrzují a naopak poukazují na to, že u dětí se syndromem excesivního pláče se objevuje spíše převaha sympatiku. Vzhledem k těmto sporům nebývá tedy v poslední době za možnou příčinu excesivního pláče považována převaha parasympatiku ani sympatiku, ale jakákoliv výrazná nerovnováha mezi nimi (Porges, Doussard-Roosevelt & Maiti cit. dle Kirjavainen et al., 2001).

Na základě dosavadních výzkumů nelze teorii označující nerovnováhu autonomního nervového systému za příčinu excesivního pláče dosud definitivně potvrdit. Studie využívající analýzu proměnlivosti srdečního rytmu /*heart rate variability analysis – HRV*/ totiž mezi dětmi s excesivním pláčem a dětmi z kontrolní skupiny žádné rozdíly ve funkci, rovnováze a zralosti autonomního nervového systému neprokázala (Kirjavainen et al., 2001). Jelikož však v této studii byli kojenci do skupiny excesivně pláčících zařazeni jen na základě uvážení rodičů (rodiče měli výzkumníky kontaktovat v případě, že jejich dítě dle jejich názoru splňuje pravidlo tří), nelze její závěry považovat ani za definitivní vyvrácení hypotézy o nerovnováze autonomního nervového systému.

FYZIOLOGICKÉ PŘÍČINY

Jednou ze snadno se nabízejících hypotéz o příčině excesivního pláče je nezralost novorozence v důsledku předčasného porodu. Tato souvislost byla potvrzena v případě extrémně plačících kojenců se symptomy excesivního pláče přetrvávajícími i po 3. měsíci života dítěte (Papoušek & von Hofacker, 1998). Je ale pravděpodobné, že celková nezralost kojence v důsledku předčasného narození s poruchami plačivosti přetrvávajícími i po 3. měsíci věku života dítěte tvoří samostatný problém behaviorální dysregulace, který se syndromu excesivního pláče jen podobá. Z většiny studií zabývajících se excesivním pláčem bývají nedonošené děti automaticky vylučovány a vznik syndromu excesivního pláče tedy nemůže být předčasným narozením vysvětlen.

Za možnou fyziologickou příčinu excesivního pláče dítěte bývá tradičně považováno například kouření matky během těhotenství a kojení (např. Reijneveld, Lanting, Crone, & Van Wouwe, 2005). Je však otázkou, zda kouření matky je skutečně tím, co excesivní pláč kojence způsobuje, jelikož lze předpokládat, že v chování matek (i v jejich hodnocení projevů dítěte), které se ani v těhotenství a během kojení kouření nevzdaly, mohou být oproti ostatním matkám výrazné odlišnosti. Psychologickým charakteristikám matek, které souvisejí s výskytem excesivního pláče nebo mají na vnímání kojeneckého pláče vliv, budou věnovány samostatné kapitoly..

Přestože též problematice psychosociálních souvislostí syndromu excesivního pláče bude věnována samostatná pozornost, nelze v této kapitole opomenout souvislost excesivního pláče se zvýšenou mírou stresu a konfliktů mezi rodiči dítěte (Papoušek & von Hofacker, 1998). Jedna ze studií (Porter, Wouden-Miller, Silva, & Porter, 2003) například uvádí, že prvorodičky s vyšší mírou zažívaného manželského konfliktu měly častěji kojence se zhoršenou emocionální a fyziologickou regulací, naopak vyšší pocíťovaná harmonie v manželství se pojila s lepší emocionální a fyziologickou regulací jejich kojenců.

Zvýšeně konfliktní prostředí v době těhotenství a po narození dítěte může mít na matku a později i na její dítě vliv nejen psychosociální, ale může ovlivňovat i fyziologické fungování jejich organismů. Vystavení se interpersonálním konfliktům v blízkých citových vztazích bývá totiž obvykle spjata se zvýšením produkce kortizolu (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002).

Souvislost mezi produkcí kortizolu a intenzitou pláče byla již zmíněna v úvodní kapitole (viz studie Brand et al., 2011). Ve studii zaměřené na dopad konfliktů rodičů na děti batolecího věku bylo zjištěno, že batolata, která byla svědky vysoké vzájemné agrese svých rodičů, měla

zvýšenou produkci kortizolu a objevovala se u nich též nerovnováha v autonomním nervovém systému v podobě zvýšené aktivity sympatiku a snížené aktivity parasympatiku (Davies, Sturge-Apple, Cicchetti, Manning, & Zale, 2009). Z těchto důvodů je potřeba vnímat zvýšenou konfliktovost rodičů dětí se syndromem excesivního pláče a zvýšený stres matek těchto dětí v průběhu těhotenství nejen jako psychosociální faktor související se syndromem excesivního pláče, ale i optikou možných fyziologických souvislostí tohoto syndromu.

Vyšší hladina kortizolu matky na konci těhotenství se pojí s větší plačtivostí a větším množstvím faciálních projevů negativních emocí dítěte v prvních týdnech jeho života (de Weerth, van Hees, & Buitelaar, 2003). Matky, u nichž byla v průběhu těhotenství vyšší hladina kortizolu zaznamenána, popisovaly své děti jako obtížněji zvladatelné. V dotazníku Infant Characteristics Questionnaire, který tyto matky vyplňovaly v období výskytu syndromu excesivního pláče, dosahovali jejich kojenci vysokých skóre na škálách emocionality a aktivity (de Weerth et al., 2003). Při opakování těchto měření v 18 měsících již žádné signifikantní rozdíly mezi kojenci matek s běžnou a kojenci matek se zvýšenou hladinou kortizolu v těhotenství nalezeny nebyly.

POTÍŽE S ADAPTACÍ

Excesivně plačtiví kojenci bývají zvýšeně citliví na vnější podněty a mohou mít celkově sníženou schopnost seberegulace (Ohgi, Gima, & Akiyama, 2006). Ne všichni autoři zabývající se problematikou excesivního pláče však považují za příčinu snížené schopnosti seberegulace patologické fungování organismu dítěte. I mezi výzkumníky, kteří se zabývají zkoumáním příčin excesivního pláče se objevují názory (např. Hubbard & Van IJzendoorn, 1991), že excesivní pláč nemusí být známkou patologie, ale může být projevem zhoršené adaptace dítěte na život mimo dělohu. Dle této hypotézy je dítě následkem náročné poporodní adaptace snadněji rozrušitelné, přičemž zároveň ještě postrádá dostatečně vyvinuté mechanismy vedoucí k sebeutišení.

Z vývojového hlediska lze na excesivní pláč v raném dětství tedy nahlížet jako na přechodný stav potíží se seberegulací, který se váže především k poporodní adaptaci a zrání (Barr; Papoušek; St. James-Roberts & Halil; Stifter & Braungart cit. dle Papoušek & von Hofacker, 1998). Tyto procesy adaptace a zrání pak podle M. Papouškové a N. von Hofackera (1998b) interagují různým způsobem a na různých úrovních s temperamentovými dispozicemi, zralostí CNS (ovlivněnou prenatálními či perinatálními rizikovými faktory) a v neposlední řadě též s faktory pocházejícími z prostředí pečující osoby.

RIZIKA NA STRANĚ RODIČŮ A PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY

Ukazuje se, že výskyt excesivního pláče může být spojen i s nakumulováním rizikových psychosociálních faktorů na straně rodičů dítěte. Syndrom excesivního pláče u dítěte se vyskytuje současně například se zvýšenou rysovou úzkostností a stresem matek (Papoušek & von Hofacker, 1998b), intenzivními projevy deprese u matky, s větší mírou stresu rodičů, nižším sebehodnocením matky a zhoršenou funkčností rodiny (Maxted et al., 2005). Vyšší výskyt projevů excesivního pláče byl zaznamenán u dětí pocházejících z nechtěných těhotenství a též u dětí, které byly v důsledku hospitalizace předčasně separovány od matky (Papoušek & von Hofacker, 1998b). Též další rizikové faktory jako nechtěné těhotenství, konflikty mezi rodiči a prarodiči, sociální izolace a prenatální deprese se u matek extrémně plačících kojenců objevovaly častěji, než by odpovídalo pravděpodobnosti výskytu těchto jevů v populaci (Papoušek & von Hofacker, 1998b).

U matek dětí se syndromem excesivního pláče se častěji vyskytují psychosomatické potíže a vyšší míra konfliktů s partnerem po narození dítěte, jejich rodiny se též častěji potýkají se socioekonomickými problémy a sociální izolací (Papoušek & von Hofacker, 1998b). Mezi další důležité faktory, které jsou zvažovány, patří též stres matky během těhotenství (Søndergaard et al., 2003) či percipovaná bolestivost porodu (Goldstein Ferber & Feldman, 2005).

Sledovány bývají i souvislosti mezi excesivním pláčem dítěte a úrovní vzdělání či typem zaměstnání matky. Vyšší riziko výskytu syndromu excesivního pláče bylo zaznamenáno u dětí matek s nižším vzděláním a vyšší rysovou úzkostností a u matek s vyšším stupněm vzdělání a nemanuálním zaměstnáním (Canivet, Ostergren, Rosen, Jakobsson, & Hagander, 2005). V jiné studii (Clifford et al., 2002) své dítě jako excesivně plačící častěji popisovaly matky, které v těhotenství pracovaly na směny.

Z výše uvedeného je patrné, že syndrom excesivního pláče může souviset jak se specifiky na straně dítěte (zvýšenou dráždivostí, alergiemi, nevyzrálostí nervového systému, temperamentem či zhoršenou adaptací na prostředí mimo dělohu), tak se specifiky na straně rodičů. Souvislost syndromu excesivního pláče s psychosociálními faktory na straně matky budou podrobněji popsány v dalších kapitolách.

PROGNÓZA SYNDROMU EXCESIVNÍHO PLÁČE

S nejasnou diagnostikou a etiologií syndromu excesivního pláče je přímo spjata i nejasná prognóza dalšího vývoje dětí, které tímto syndromem v kojeneckém věku trpěly. Závěry studií, které se dalším vývojem kojenců se syndromem excesivního pláče zabývají, se tedy často značně různí. Shoda nepanuje ani v otázce, zda je další vývoj těchto dětí nějak narušen či nikoliv, ani v otázce, jakých oblastí se případné potíže v dalším vývoji týkají.

Mezi studie, které odlišnosti v dalším psychomotorickém vývoji dětí s excesivním pláčem nepotvrdily, patří například studie Rautavy a kol. (1995). Excesivní pláč v této studii však byl určován jen rodiči a zdravotními sestrami a jeho výskyt byl značně vysoký, tudíž jeho výsledek nelze za definitivní vyvrácení předpokladů o narušení dalšího vývoje považovat.

Některé studie ve shodě s předpokládaným gastrointestinálním a alergickým podkladem syndromu excesivního pláče poukazují na přetrvávání alergických a gastrointestinálních potíží v dalším vývoji některých dětí s excesivním pláčem v anamnéze. Bylo například zjištěno, že u dětí, které v kojeneckém věku trpěly vážnými projevy excesivního pláče (plakaly více než 4 hodiny denně po více než 4 dny v týdnu a pláč nebylo možné utišit běžnými prostředky) se v dětství signifikantně častěji vyskytovaly opakující se bolesti břicha, alergie, alergická rýma a záněty, astmatická bronchitida, atopický ekzém a potravinové alergie (Savino et al., 2005).

Podle M. Papouškové a N. von Hofackera (1998a) je syndrom excesivního pláče často spojen s narušeným rytmem spánku a bdění, neuromotorickou nezralostí a tzv. těžko zvládnutelným temperamentem. Excesivní pláč spojený s poruchami spánku v anamnéze pak bývá dáván do souvislosti se zvýšeným rizikem výskytu hyperaktivity a školních obtíží v pozdějším věku (Wolke, Rizzo, & Woods, 2002). K podobným typům obtíží odkazují i výsledky další studie, v níž bylo zjištěno, že děti s excesivním pláčem přetrvávajícím po 3. měsíci věku dosahovaly nižších skóre v testech inteligence a jemné motoriky a v průběhu dalšího dětství se častěji potýkaly s hyperaktivitou a problémy s disciplínou (Rao, Brenner, Schisterman, Vik, & Mills, 2004). Zjištění z poslední zmiňované studie ale byla založena pouze na souboru 15 zkoumaných dětí (do výzkumného souboru byly děti zařazeny na základě matčiných výpovědí o jejich plačtivosti) a lze tedy hovořit spíše o trendu, který nemusí být platný pro všechny děti s přetrvávajícím excesivním pláčem.

Většina studií se zabývá spíše krátkodobým vývojem kojenců se syndromem excesivního pláče. Sledovány bývají obvykle projevy v kojeneckém a batolecím věku. I z těchto projevů lze ale na některá možná očekávatelná rizika v dalším vývoji dětí s excesivním pláčem usuzovat.

Z hlediska odlišností v chování starších kojenců s excesivním pláčem v anamnéze bývají zmiňovány zejména negativistické projevy. Matky, které ve výzkumu Stifterové (1998) samy označovaly své dítě jako excesivně plačící, i matky, jejichž dítě bylo za excesivně plačící označeno na základě upřesňujících dotazů na délku pláče i celkovou plačtivost dítěte, označovaly ještě v 5 měsících věku svého dítěte toto dítě jako více rozladěné */fussing/*. V laboratorních podmínkách byly ale negativistické projevy výzkumníky pozorovány pouze u dětí, které byly za excesivně plačící označeny až na základě upřesňujících dotazů (viz výše).

Negativistické projevy byly sledovány i v další studii, která potvrdila, že kojenci, kteří v 6 týdnech po narození splňovali kritéria pro syndrom excesivního pláče, reagovali na středně frustrující podnět při vyšetření v 5 a 10 měsících negativněji než ostatní děti (Stifter & Spinrad, 2002). Tento poznatek znovu odkazuje ke zvýšenému riziku výskytu ADHD, jelikož bývá uváděno, že dětem s behaviorální disinhibicí bývají ADHD a další komorbidní poruchy nálady a chování diagnostikovány signifikantně častěji než ostatním dětem (Hirshfeld-Becker et al. cit. dle Bussing, Lehniger, & Eyberg, 2006).

Na základě analýzy rozhovorů byla ve výzkumu M. Neuové a M. R. Keefové (2002) identifikována témata, v nichž se výpovědi matek dětí se syndromem excesivního pláče odlišovaly od výpovědi matek běžně plačících dětí. Těmito tématy byly 1) nezávislost/samostatnost 2) zvýšená aktivita 3) emocionální labilita (Neu & Keefe, 2002). Děti s excesivním pláčem v anamnéze byly popisovány jako děti, které se prakticky neustále pohybují. Matky u těchto dětí též zmiňovaly emocionální labilitu s častými záchvaty vzteku a urputnost v trvání si na svém. Ačkoliv všechny matky z výzkumného souboru Neuové a Keefové (2002) popisovaly své děti jako samostatné, matky dětí se syndromem excesivního pláče v anamnéze uváděly u svých dětí větší snahu o nezávislost. Děti s excesivním pláčem v anamnéze si dle výpovědi matek chtějí dělat věci pouze po svém, v kolektivu se snaží dostat do vůdcovské pozice a druhým rozkazovat a řídit je. Naproti tomu matky běžně plačících dětí tyto vlastnosti u svých dětí také zmiňovaly, ale dodávaly, že jsou jejich děti schopny dohody. Matky dětí se syndromem excesivního pláče v anamnéze vyjadřovaly ve svých výpovědích obavy o budoucí vývoj dítěte (Neu & Keefe, 2002). Obavy se týkaly možného přetrvávání emocionální lability a zvýšené míry aktivity a jejich důsledků na zvládání školní zátěže. Tyto obavy o budoucí vývoj dítěte nevyjadřovaly matky běžně plačících dětí.

I ve studii Rautavy a kol. (1995) se můžeme setkat s tvrzením, že ve 3 letech mají děti se syndromem excesivního pláče v anamnéze častěji záchvaty vzteku než ostatní děti. Jelikož však i v této studii byly děti do skupiny excesivně plačících zařazeny jen na základě výpovědi rodičů a ošetřovatelek, není jednoznačné, co lze z jejího výsledku vyvozovat. Vyšší výskyt záchvatů vzteku

totiž mohl být způsoben kvalitou vztahu mezi rodiči a dítětem, což by podporovalo hypotézu, že i excesivní pláč mohl být chybami v interakci udržován. Stejně tak by ale výsledek tohoto výzkumu mohl podporovat hypotézu o souvislosti syndromu excesivního pláče a tzv. obtížně zvládnutelného temperamentu. Jelikož i frekvence výskytu záchvatů vzteku byla v této studii zjišťována především na základě dotazníků vyplněných rodiči, nabízí se ještě další interpretace výsledků této studie. Uvědomíme-li si, že záchvaty vzteku jsou součástí typického vývoje tříletého dítěte obdobně jako je kulminace celkové doby pláče součástí vývoje v prvních 3 měsících po narození, nabízí se hypotéza, zda v některých případech není excesivní pláč jen výsledkem mylné interpretace běžného vývoje dítěte rodičem a potíží v jejich vzájemné interakci, které v důsledku této chybné interpretace vznikají.

Savino (2007) tvrdí, že ve většině případů excesivní pláč obvykle spontánně odezní po 3. měsíci života dítěte. Pokud k vymizení nedojde, hovoří se o přetrvávajícím pláči nebo též o syndromu přetrvávajícího distresu ve vztahu matka-dítě (Papoušek & von Hofacker cit. dle Barr, 1998). Rodiny dětí s tímto syndromem mají podle Barra (1998) řadu rizikových charakteristik – děti mají problémy s krmením či spánkem, vyskytuje se u nich mírné vývojové opoždění a drobná postižení organického původu. Rodiče těchto dětí jsou signifikantně častěji vystaveni emocionálnímu distresu před narozením dítěte, u matek se vyskytuje větší množství psychopatologie a po narození dítěte dochází mezi rodiči těchto dětí k většímu množství konfliktů – kombinací rizikových faktorů na straně dítěte i rodičů pak dochází k narušení normální interakce mezi rodičem a dítětem (Papoušek et al. cit. dle Barr, 1998).

Narušení vztahu mezi matkou a dítětem se ale netýká všech kojenců s excesivním pláčem a nemusí mít dopad ani na vznik citové vazby. V 18 měsících věku byl u 10 kojenců ze skupiny s excesivním pláčem a 63 kojenců z kontrolní skupiny zjišťován typ citové vazby prostřednictvím SST (Stifter & Bono, 1998). Mezi skupinami nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly. Jistou citovou vazbu (typ B) mělo 8 kojenců s excesivním pláčem v anamnéze (a 46 kojenců z kontrolní skupiny). Nejistou citovou vazbu úzkostně odmítavého typu (typ C) měly 2 děti z výzkumného souboru (a 5 dětí z kontrolní skupiny). Nejistou citovou vazbu vyhýbavého typu (typ A) nemělo žádné z dětí ze skupiny s excesivním pláčem v anamnéze (z kontrolní skupiny mělo tento typ citové vazby 12 dětí). Matky dětí, které měly v anamnéze excesivní pláč a u nichž se zároveň později vyvinula nejistá citová vazba, byly v 5 měsících věku dítěte méně citlivé a více narušující /*intrusive*/ než ostatní matky. Tento rozdíl v interakci s dítětem ale už nebyl patrný v 10 měsících věku dítěte. Jelikož do této kategorie ale spadaly pouze 2 dyády, lze na základě těchto výsledků jen formulovat další výzkumné otázky a hypotézy. Zdá se tedy, že pokud odezní symptomy excesivního pláče a nejsou nahrazeny jinými náročnými projevy dítěte, mohou odeznít

i nevhodné projevy ze strany matky (pokud se u ní v průběhu potíží s excesivním pláčem dítěte rozvinuly).

Lze předpokládat, že projevy dítěte v době, kdy excesivním pláčem trpí, i později ve vývoji, budou spíše než kauzálním důsledkem jedné příčiny na straně dítěte či rodiče výsledkem více příčin a interakcí mezi nimi. Pro pochopení těchto interakcí je důležité si uvědomit nejen to, jakým způsobem rodič svým chováním může ovlivňovat chování dítěte, ale též to, jak rodič vnímá pláč svého dítěte a na základě jakých mechanismů vznikají jeho reakce na emocionální projevy dítěte, tedy mj. i na dětský pláč. V této souvislosti bylo například zjištěno, že k percipování větší vulnerability kojence mají větší sklon mladší matky, matky žijící bez partnera a matky s nižším příjmem (Forsyth & Canny, 1991). Tyto charakteristiky se nápadně podobají charakteristikám, které jsou uváděny jako typické pro matky dětí s excesivním pláčem (viz např. Papoušek & von Hofacker, 1998b).

TĚŽKO ZVLÁDNUTELNÝ TEMPERAMENT

Jak již bylo krátce zmíněno v předchozí kapitole, bývá syndrom excesivního pláče v kojeneckém věku považován za jeden z prvních příznaků tzv. těžko zvládnutelného temperamentu / *difficult temperament* /.

O těžko zvládnutelném temperamentu se poprvé zmínili Alexander Thomas a Stella Chessová (Thomas et al cit. dle Bussing et al., 2006). Děti s těžko zvládnutelným temperamentem jsou málo rytmické, mají nižší adaptabilitu, reagují stahováním se, jsou negativně laděné a jejich reakce jsou celkově spíše větší intenzity (Thomas & Chess cit. dle Partridge & Lerner, 2007). Tyto děti jsou popisovány též jako snadno rozrušitelné, těžko utišitelné a negativistické (Keiley et al. cit. dle Grant, Bagnell, Chambers, & Stewart, 2009).

Obdobně jako v případě syndromu excesivního pláče bývá i v souvislosti s těžko zvládnutelným temperamentem zvažováno, zda je těžko zvládnutelný temperament dán objektivními projevy dítěte či zda primární roli v diagnostice těžko zvládnutelného temperamentu hraje spíše subjektivní vnímání. Jelikož jsou operacionalizace těžko zvládnutelného temperamentu ve výzkumných studiích podobně nesourodé jako operacionalizace syndromu excesivního pláče, lze i v případě těžko zvládnutelného temperamentu nalézt studie podporující více buď jednu nebo druhou výše zmíněnou hypotézu.

I projevy těžko zvládnutelného temperamentu bývají podobně jako projevy excesivního pláče v některých studiích spojovány s kortizolem. Bylo například zjištěno, že se vyšší hladina kortizolu u matek pojí s vyšší mírou bázlivého chování jejich kojených dětí (Glynn et al., 2007).

Bázlivé chování může být mimo jiné projevem již výše zmíněné zhoršené adaptability a negativistického ladění.

Termín těžko zvládnutelný temperament je v současné odborné literatuře užíván mnohem volněji, než jak byl původními autory definován (Goldsmith et al. cit. dle Bussing et al., 2006). Ukazuje se, že těžko zvládnutelný temperament není stabilní povahový rys (jak se původně předpokládalo), ale že se jeho projevy v průběhu vývoje dítěte mění. K nárůstu problémového chování dochází mezi 2. a 3. rokem a směrem k předškolnímu věku pak dochází k lineárnímu poklesu těchto projevů (Partridge & Lerner, 2007). Vývoj symptomů těžko zvládnutelného temperamentu tedy kopíruje obecné vývojové zákonitosti (Partridge & Lerner, 2007). Projevy typické pro dané vývojové období jsou ale v případě těžko zvládnutelného temperamentu nápadně výrazné. Z hlediska dlouhodobé prognózy bývá rodiči percipovaný těžko zvládnutelný temperament spojován v pozdějším věku dítěte s internalizovanými problémy, jakými jsou depresivita či úzkostnost, i externalizovanými problémy, jakou je agresivita (Keiley et al. cit. dle Grant et al., 2009).

Bates (cit. dle Pesonen, Rärökonen, Keski-Väyrynen, & Keltikangas-Järvinen, 2003) tvrdí, že těžko zvládnutelný temperament dítěte je většinou úzce provázán s rodičovskou percepcí dítěte a sociální reprezentací chování dítěte a že by se proto mělo spíše hovořit o percipovaném těžko zvládnutelném temperamentu dítěte. Podobně bývá někdy uvažováno i o syndromu ADHD – zejména v zemích, kde bývá syndrom ADHD diagnostikován i dětem jen výchovně hůře zvládnutelným. V některých případech se zdá, že problém je spíše na straně dospělého než dítěte. Namísto diagnostikování syndromu ADHD dítěti navrhuji Bregginovi (Breggin & Breggin cit. dle Abell & Dauphin, 2009) s jistou dávkou nadsázky diagnostikovat spíše poruchu rodičovské (PPDD – Parental Patience Deficit Disorder) či učitelské (TPDD – Teachers Patience Deficit Disorder) tolerance.

Ačkoliv většina matek popisuje často rozladěné, těžko utišitelné a labilní kojence jako náročné či jako děti s těžko zvládnutelným temperamentem, bylo zjištěno, že extravertované matky popisují tyto děti jako děti se snadno zvládnutelným temperamentem (Bates, Freeland & Lounsbury cit. dle Bussing et al., 2006). Percipovaný temperament dítěte často velmi úzce souvisí i s výchovnými postoji rodičů. Matkou popisovaný těžko zvládnutelný temperament dítěte ve 3 a 6 letech věku dítěte predikuje hostilní výchovné postoje matky v 6 a 9 letech věku dítěte (Heinonen, Rärökonen, & Keltikangas-Järvinen, 2005). Zdá se tedy, že v některých případech může těžko zvládnutelný temperament dítěte mnohem více než o charakteristikách samotného dítěte vypovídat o charakteristikách jeho rodiče (Bates cit. dle Bussing et al., 2006).

S rodičovským popisem temperamentu dítěte je tedy nutné zacházet spíše jako se sociálním fenoménem. Je třeba si uvědomit, že další vývoj dítěte ovlivňuje spíše kombinace rodičova subjektivního vnímání temperamentu dítěte a skutečného temperamentu dítěte (Bates cit. dle Heinonen et al., 2005).

PSYCHOSOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI SYNDROMU EXCESIVNÍHO PLÁČE

V souvislosti s problematikou excesivního pláče u kojenců bývají často zmiňovány psychosociální aspekty tohoto syndromu – ať již jako možné příčiny jeho vzniku nebo jako jeho koreláty či důsledky. Tyto aspekty budou v následujících kapitolách podrobněji popsány.

SITUAČNÍ KONTEXT EXCESIVNÍHO PLÁČE

Sociální či vztahový aspekt výskytu pláče je neopominutelný už v prvních dnech po narození dítěte. Bylo zjištěno, že již během prvních týdnů života reagují kojenci svým pláčem na pláč jiného kojence. Tato reakce se nazývá empatická odpověď /*empathetic response*/ (Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2009). Zajímavé je, že kojenci reagují rozdílně na pláč jiného dítěte a na svůj vlastní pláč slyšený z nahrávky. Ve studii G. B. Martinové a R. D. Clarka (1982) se původně klidní kojenci po vystavení pláči jiného kojence rozplakali, zatímco po vystavení nahrávce vlastního pláče se rozplakali buď velice málo nebo vůbec. Kojenci, kteří se v odpovědi na slyšený pláč rozplakali po vystavení pláči jiného kojence v pláči pokračovali i po skončení nahrávky. Byli-li ale vystaveni nahrávce vlastního pláče, plakat přestali. Též se ukázalo, že empatická odpověď na pláč jiného kojence je druhově a vrstevnický specifická. Empatická odpověď v podobě spuštění pláče v reakci na cizí pláč se totiž u kojenců ve výše zmíněné studii objevila pouze v případě, že byli vystaveni pláči stejné starého dítěte. V případě, že byli vystaveni pláči jedenáctiměsíčního (tedy výrazně staršího) dítěte či pláči šimpanzího mláděte, empatická odezva v podobě vlastního pláče se u nich neobjevila (Martin & Clark, 1982).

Empatická odpověď je ale spíše zajímavostí odkazující na počátky sociálního vnímání již do velmi časného období, než že by byla důležitým kontextem, ve kterém se kojenecký pláč vyskytuje. Poukazuje ale na fakt, že již v raném kojeneckém věku dítě vnímá okolní svět a reaguje na něj. Z hlediska situačního a sociálního kontextu kojeneckého pláče jsou mnohem více než empatické odpovědi na pláč jiných kojenců významné každodenní situace, které se v naší

civilizaci v prvních několika týdnech po narození odehrávají zejména v úzkém kruhu nejbližší rodiny – nejčastěji rodičů, případně i sourozenců a prarodičů.

Situační kontext pláče nehraje roli jen u problematiky syndromu excesivního pláče, ale při výskytu kojeneckého pláče obecně. Bylo například zjištěno, že reakce kojence pláčem na očkování souvisí nejen s bolestivostí očkování, ale i s tím, jak se matka k dítěti chová před, během a po očkování (Braarud & Stormark, 2006). Autoři v této souvislosti hovoří o tzv. sociálním odkazování se /*social referencing*/ – chování kojence v konkrétní situaci odkazuje na chování pečující osoby v téže situaci. Např. matky excesivně plačících dětí (excesivně plačící byli označeni kojenci, kteří plakali 3 a více hodin denně většinu dní v průběhu uplynulého týdne) v rozhovorech často uváděly, že jsou schopny do značné míry ovlivňovat, zda dítě pláče nebo zda jen projevuje rozladu. Pláč dle nich většinou nastává v případě, že je dítě samo, zatímco když se ho snaží utiшит, může distres dítěte sice přetrvávat, ale projevuje se pouze jako rozlada. Matky v této studii se mezi skupinami nijak nelišily v míře manželského konfliktu (ta byla ve všech skupinách poměrně nízká). Výzkumný soubor v této studii byl obecně z hlediska psychosociální zátěže méně rizikový než výzkumné soubory v jiných studiích, zejména v porovnání se studiemi, kde jsou respondenti do výzkumu vybíráni na základě jejich vlastního kontaktování odborníků specializujících se na problematiku kojeneckého pláče (St James-Roberts et al., 1998).

Obecně lze říci, že obvykle kojenci pláčou spíše v okamžiku, kdy jsou sami, než když jsou nošeni (Acebo & Thoman, 1992). To však neplatí pro všechny děti bez výjimky. Zejména u dětí se syndromem excesivního pláče bývá často popisováno, že dítě není schopno se v náruči matky utiшит (Levitzky & Cooper, 2000). Důvody, proč tomu tak může být, budou zmíněny v dalších kapitolách. Znalost situačního kontextu pláče a prostředků, které rodiče k tišení dítěte využívají, mohou napomoci při pátrání po příčinách excesivního pláče u konkrétního dítěte a napovědět, zda je potřeba větší pozornost věnovat zdravotní stránce dítěte či interakci mezi ním a rodiči. Mělo by však platit, že ani jedna z obou stránek by nikdy neměla být opomenuta.

RODINY KOJENCŮ SE SYNDROMEM EXCESIVNÍHO PLÁČE

Syndrom excesivního pláče je velmi úzce propojen s nukleární rodinou kojence. Zvažuje se, že fungování rodiny dítěte a případné problémy, které se v ní vyskytují, mohou být jednou z příčin vzniku či přetrvávání syndromu. Jak již bylo zmíněno výše, stres a konflikty mezi rodiči mohou mít na projevy excesivního pláče vliv, zároveň ale i excesivní pláč kojence může ovlivňovat fungování jeho nukleární rodiny, včetně míry stresu a konfliktů mezi jeho rodiči.

Rodiny kojenců, kteří trpí syndromem excesivního pláče, vykazují více nespokojenosti s každodenním fungováním rodiny (Rautava et. al., cit. dle Savino, 2007). Uvádí se, že rodiny dětí se syndromem excesivního pláče bývají méně flexibilní, méně schopné zvládat denní činnosti, obvykle se potýkají s menším množstvím energie a vitality, větší úzkostností a více konflikty než rodiny zdravých kojenců (Räihä, Lehtonen, & Korvenranta, 1995). Matky, jejichž dítě je obtížně utižitelné, uvádějí nižší míru pocíťované podpory ze strany partnera než matky běžně plačících kojenců (Leerkes & Crockenberg, 2002). V interakci rodičů kojenců se syndromem excesivního pláče bývá též pozorovatelná nižší míra vzájemné blízkosti a slabší partnerská koalice než v interakci rodičů běžně plačících kojenců (Räihä, Lehtonen, Huhtala, Saleva, & Korvenranta, 2002).

V rodinách dětí se syndromem excesivního pláče se též vyskytuje více konfliktů rodičů s prarodiči dítěte (Papoušek & von Hofacker, 1998b). Excesivní pláč dítěte bývá některými rodiči dokonce považován za příčinu rodinných problémů a konfliktů. Konflikty mezi matkami excesivně plačících dětí a jejich vlastními rodiči či rodiči partnera se mohou týkat přímo i řešení excesivního pláče. Některé matky excesivně plačících dětí totiž uvádějí, že dostávají od svých rodičů a rodičů partnera rady k tišení dítěte, které považují za neefektivní nebo po konzultaci s pediatrem přímo za škodlivé. Takovými radami může být například nechávat spát kojence na břiše či zařadit do jeho stravy obiloviny (Megel et al., 2011). I další studie uvádějí, že předmětem partnerských neshod v rodinách excesivně plačících kojenců často bývá pláč samotný a způsoby jeho řešení (Levitzky & Cooper, 2000). Lze zde samozřejmě zvažovat, zda se jedná o skutečnou příčinu partnerských neshod. Jednoznačné ale je, že nezvládnutelný pláč dítěte přináší do rodiny zátěž v mnoha podobách (nedostatek spánku, frustrace z neustálého vystavení zvuku pláče či z marného hledání příčin pláče a prostředků k utišení dítěte apod.). Mezi projevy kojence a fungováním rodiny ale zřejmě neexistuje jednoznačný kauzální vztah. Spíše se lze domnívat, že pláč dítěte a chování rodiče vytváří spíše zpětnovazebný kruh vzájemně propojených interakcí.

Počet partnerských konfliktů a konfliktů mezi rodiči a prarodiči dítěte po narození dítěte narůstá jak v rodinách s extrémně plačícími kojenci, tak v rodinách běžně plačících kojenců. Ve skupině extrémně plačících kojenců s přetrvávajícím excesivním pláčem se tomu tak ale děje podstatně častěji (Papoušek & von Hofacker, 1998b). Souvislost excesivního pláče s fungováním rodinných vztahů se tedy netýká pouze nukleární rodiny, ale přesahuje směrem k původním rodinám rodičů excesivně plačícího dítěte. Objevuje se spojitost mezi syndromem excesivního pláče kojence a vztahy rodičů kojence s jejich vlastními rodiči (tedy s prarodiči dítěte). Například to, jak matky vnímají a posuzují chování svých dětí, je spjato i s množstvím zažívaných konfliktů

s vlastní matkou (tedy babičkou dítěte) (Sokolowski, Hans, Bernstein, & Cox, 2007). Neméně důležité jsou ale i vztahy s rodiči v průběhu vlastního dětství, respektive percepce vlastního dětství a percipovaná vřelost vlastních rodičů. L. C. Mayesová a J. F. Leckman (2007) uvádějí, že rodiče, kteří popisují své vlastní matky jako méně pečující, vykazují již krátce po narození vlastního dítěte větší míru dysfórie. Bylo též zjištěno, že nenaplnění emocionálních potřeb v dětství je spojeno s větším množstvím negativních emocí v reakci na projevy distresu dítěte, s menší schopností empatie a menší důvěrou ve vlastní schopnost reagovat na distres dítěte (Leerkes & Crockenberg, 2006). Pláč dítěte může v matce, jejíž emocionální potřeby nebyly v dětství dostatečně naplněny, oživit emocionální traumata z vlastního dětství a vzbuzovat v ní tak těžko snesitelné napětí (Leerkes & Crockenberg, 2006).

Do studie zabývající se fungováním rodin kojenců se syndromem excesivního pláče bylo zapojeno 128 rodin (Stifter et al., 2003). Výzkum probíhal ve 2 etapách – ve 2 a v 6 týdnech po narození dítěte. Excesivní pláč byl určován na základě podrobných deníkových záznamů vyplňovaných během 4 dnů. Na základě těchto záznamů byla vypočítána průměrná doba pláče za den. Za excesivně plačící byli označeni kojenci, jejichž průměrná doba pláče za den přesahovala 3 hodiny (N = 22). Na základě analýz podrobných záznamů a porovnání rodin kojenců se syndromem excesivního pláče s ostatními rodinami bylo zjištěno, že matky excesivně plačících kojenců trávily se svým dítětem podstatně více času než ostatní matky. Otcové excesivně plačících kojenců byli též se svými dětmi více času než ostatní, ale pouze v případě, že dítě jen projevovalo známky celkové rozlady */fussing/*, v době pláče se svými dětmi nebývali. Matky excesivně plačících kojenců z této studie zažívaly více stresu z rodičovské role, měly nižší pocit rodičovské účinnosti a cítily se méně podporované v manželství i v širší rodině. Otcové excesivně plačících kojenců hodnotili ve 2 týdnech po narození dítěte své manželství negativněji než ostatní otcové (Stifter et al., 2003).

V další studii bylo zjištěno, že zvýšená plačtivost dítěte se u matek pojí s negativním hodnocením rodičovství i horším hodnocením dítěte (Wilkie & Ames, 1986). Případné přetrvávání problémů pak vedlo ke zvýšení stresu a k depresi u matek a následným problémům v chování dítěte. U otců se zvýšená plačtivost dítěte pojila s úzkostí a znepokojením ze změn, které dítě přineslo do jejich dosavadního životního stylu. Otcové více plačících dětí měli tendenci sami sebe hodnotit jako méně schopné manžely a též své partnerky jako méně schopné manželky i matky.

PÉČE O KOJENCE SE SYNDROMEM EXCESIVNÍHO PLÁČE

Péče o excesivně plačícího kojence přináší do rodiny kvůli své náročnosti obvykle velké množství zátěže a stresu a klade zvýšené nároky na spolupráci a vzájemnou podporu rodičů dítěte. Není proto překvapivé, že se nespokojenost rodičů dítěte či případné konflikty mezi nimi týkají i problematiky péče o dítě a volného času. Například v jedné z již zmiňovaných studií matky dětí ze skupiny s excesivním pláčem považovaly zapojení otců do domácích prací za méně adekvátní než matky z kontrolní skupiny. Otcové ze skupiny s excesivním pláčem uváděli, že s matkou svého dítěte sdílejí méně společných volnočasových aktivit (Rautava et al., 1995).

Z fenomenologické analýzy rozhovorů s rodiči 14 kojenců se syndromem excesivního pláče vyplynulo mnoho důležitých poznatků umožňujících lepší pochopení problémů, s nimiž se rodiny excesivně plačících dětí potýkají (Landgren & Hallstrom, 2011). Rodiče v těchto rozhovorech například zmiňovali, že trpí obavami o své dítě, protože příliš nevěří, že by excesivní plačtivost jejich dítěte neměla původ v nějaké závažné zdravotní komplikaci. Zároveň měli tito rodiče často dojem, že odborníci, které navštívili, problematice dostatečně nerozumí, neberou dostatečně v potaz jejich zkušenost, případně že odborníci dávají stále stejné rady jako dávali rodičům před mnoha lety, přestože se o problematice řešení excesivního pláče (jak měli někteří rodiče zjištěno z internetu) již ví mnohem více. Matky excesivně plačících dětí z této studie popisovaly, že v důsledku nadměrné plačtivosti svého dítěte zanedbávají i svoje základní potřeby. I v okamžicích, kdy dítě nepláče, se obávají, kdy plakat znovu začne. Matky v rozhovorech popisovaly, že jim dělá problém své dítě být jen na chvíli opustit. Některé z nich uváděly, že pokud dítě pláče, je pro ně prakticky nepředstavitelné odejít od něj třeba jen do vedlejší místnosti, protože mají výčitky, že dítě nechávají samotné s jeho bolestí, kvůli níž dle jejich názoru pláče. Často se tak během dne nestihnou ani najíst nebo si dojít na toaletu. Když se potom otec dítěte vrátí ze zaměstnání, potřebuje matka v péči o dítě vystřídat, aby mohla alespoň některé ze svých základních potřeb naplnit. Otec dítěte se pak (též bez možnosti dostatečného množství odpočinku) musí snažit dobře fungovat v rodině i v zaměstnání. Jako ještě náročnější pak situaci péče o kojence se syndromem excesivního pláče popisovali ti rodiče, kteří kromě tohoto dítěte měli ještě další děti. Těmto rodičům připadalo, že neselhávají jen ve snaze utišit excesivně plačící dítě, ale že selhávají i jako rodiče svých starších dětí, na které kvůli péči o příliš plačtivého kojence nemají dostatek času.

Mnoha výzkumy byla opakovaně potvrzena souvislost mezi zvýšenou plačtivostí kojence a vyčerpáním matky (Kurth, Kennedy, Spichiger, Hosli, & Stutz, 2011). Spánková deprivace a

fyzické vyčerpání, které matky excesivně plačících dětí zažívají, často vedou k narůstání neklidu, vzteku, depresivity a úzkostnosti, mohou též přispívat k pocitům osamění, frustrace, bezmocnosti a odporu (Levitzky & Cooper, 2000). Riziko nežádoucích účinků excesivního pláče dítěte na jeho rodiče je dle M. Papouškové a N. von Hofackera (1998b) tím vyšší, čím vyšší je i další psychosociální zátěž a čím více již jsou vyčerpány jejich zdroje zvládání. V důsledku náročné péče o dítě se syndromem excesivního pláče matky hovoří i o fyzických projevech svého vyčerpání, jakými jsou bolesti hlavy, namožení svalů (v důsledku neustálého nošení dítěte) a nausea (Levitzky & Cooper, 2000). Papoušková a von Hofacker (1998b) předpokládají, že chronický stres a spánková deprivace způsobená neutišitelným pláčem dítěte může způsobit či prohloubit poporodní depresi, úzkostnost matky či její jakékoliv případné pocity viny a u obou rodičů též aktivovat jejich latentní neurotické konflikty. Není výjimkou, že se narůstající frustrace způsobená chronickým vyčerpáním matky promítá do nejrůznějších agresivních fantazií. Matky excesivně plačících dětí si ve svých fantaziích například představují, jak své dítě opouštějí, vraždí nebo ho týrají (Levitzky & Cooper, 2000).

Během záchvatů excesivního pláče u rodičů narůstá pocíťovaný stres, přičemž míra pocíťovaného stresu je nepřímě úměrná době, kterou dítě prospalo v uplynulých 24 hodinách (Humphry & Hock, 1989). V důsledku chronického vyčerpání se rodiče též mohou stát vůči podnětům ze strany dítěte nevšímavými nebo mohou upouštět od snahy o vzájemné interakce s dítětem a od iniciování hry s ním v době, kdy je klidné. Dítě pak trpí nedostatkem adekvátní podpory a rodič nedostatkem pozitivních zpětných vazeb na své rodičovské chování od dítěte (Papoušek & von Hofacker, 1998b). Matky dětí se syndromem excesivního pláče navíc pocíťují větší úzkost při odloučení od svého dítěte ve srovnání s matkami běžně plačících dětí (Humphry & Hock, 1989) a zřídka jsou bez aktivní podpory zvnějšku schopny (byť i jen na chvíli) přenechat péči o své dítě někomu jinému.

K podobným zjištěním dospěla i další studie, do níž bylo zapojeno 100 zdravých kojenců a jejich matek (Stifter & Bono, 1998). Excesivní pláč byl zjišťován prostřednictvím telefonického dotazování ve 3, 4 a 5 týdnech po narození dítěte. Do skupiny excesivně plačících bylo zařazeno 12 kojenců, kteří dle rodičů plakali 3 a více hodin denně během 3 a více dní v týdnu. Matky excesivně plačících kojenců se domnívaly (častěji než matky běžně plačících dětí), že jejich odloučení od dítěte nemá na dítě žádný negativní vliv. Zároveň ale samy při odloučení od dítěte pocíťovaly větší úzkost. Autoři studie tvrdí, že se matky dětí, které dříve trpěly excesivním pláčem, potýkají s konfliktem mezi přesvědčením, že jejich dítě se potřebuje osamostatnit, a strachem o ně (Stifter & Bono, 1998). Lze se ale domnívat, že existují i alternativní vysvětlení. Tento rozpor by též v některých případech mohl být i projevem tzv. na sebe zaměřeného postoje

(ve srovnání s postojem zaměřeným na dítě), kdy rodič preferuje své zájmy a pocity před pocity dítěte. Přesvědčení o prospěšnosti separace pro dítě by v takovém případě mohlo být projevem snížené citlivosti vůči potřebám dítěte.

Excesivní pláč dítěte a jeho neutišitelnost má vliv i na sebehodnocení matky. Neschopnost utišit dítě přináší matkám pocity selhání a vede je k sebeobviňování a často v nich může vyvolávat i obavu, že dítě trpí nějakou závažnou nemocí, která je příčinou jeho pláče (Levitzky & Cooper, 2000). Zvláště nepříjemné pocity pak tyto matky zažívají, pokud se jim dítě nedaří utišit v přítomnosti dalších osob – včetně přátel a blízké rodiny. Z výsledků další již výše zmiňované studie též vyplynulo, že matky kojenců s excesivním pláčem se ve své mateřské roli cítily v 5 měsících věku dítěte méně kompetentní než ostatní matky (Stifter & Bono, 1998).

Často se stává, že matky excesivně plačících dětí se kvůli obavám z reakcí okolí na svou neschopnost dítě utišit mají tendenci vyhýbat společnosti dalších lidí a mohou se tak dostávat do sociální izolace (Levitzky & Cooper, 2000). Sociální izolace, stres, únava a vyčerpání matek pak postupem času neustále narůstají a mohou vést ke vzniku bludného kruhu chyb v interakci s dítětem, který může způsobovat přetrvávání projevů excesivního pláče. Zvýšená plačtivost dítěte tedy může být podporována tím, že na jeho pláč matka v důsledku svého vyčerpání není schopná adekvátně reagovat.

Problém ve vztahu rodič-dítě související s excesivním pláčem dítěte může přetrvávat i poté, co excesivní plačtivost dítěte skončí (Lester et al. cit. dle Cuisiniera, Janssena, de Graauwb, & Hoogduina 1998). Výzkumně však bylo z přetrvávajících dopadů na vztah mezi rodičem a dítětem potvrzeno pouze větší riziko nižší spokojenosti v rodičovské roli (Bohlin et al. cit. dle Cuisiniera, Janssena, de Graauwb, & Hoogduina 1998).

V jistém rozporu s většinou výše uvedených zjištění jsou výsledky poslední studie, která bude v této kapitole popsána. V této studii byly sledovány rodiny kojenců se závažnými symptomy excesivního pláče, rodiny kojenců s mírnějšími příznaky excesivního pláče a rodiny běžně plačících kojenců. Za rodiče kojenců se závažnými symptomy excesivního pláče byli v této studii označeni ti, jejichž dítě dle jejich názoru splňovalo kritéria syndromu excesivního pláče, který jim autoři definovali jako intenzivní obtížně utišitelný pláč, kdy dítě propláče 3 nebo více hodin za den během 3 nebo více dní v týdnu. V této studii bylo zjištěno, že ve skupině se závažnějšími symptomy excesivního pláče byla rodičovská koalice silnější než v ostatních skupinách. Psychosociální rizika byla naopak nalezena v rodinách kojenců s mírnějšími příznaky excesivního pláče. Pro uspořádání rodin kojenců s mírnějšími příznaky excesivního pláče byla typická nejasnost mezigeneračních hranic. Rodiče těchto kojenců zároveň byli signifikantně mladší než rodiče z obou dalších skupin (Räihä et al., 1995). I zde se, tak jako v mnoha již

zmíněných studiích, nabízí otázka, zda se problémy zjištěné v rodinách s mírnějšími příznaky excesivního pláče skutečně pojily s excesivním pláčem dítěte, nebo zda jen psychosociální zátěž rodiny vedla rodiče k označení dítěte za excesivně plačící. K této úvaze vybízí i fakt, že ve skupině rodin kojenců se závažnými příznaky zvýšená zátěž zjištěna nebyla. Pokud budeme předpokládat, že se na udávané plačtivosti dítěte podílí jak objektivní charakteristiky pláče, tak subjektivní vnímání rodičů, lze se domnívat, že u uváděné výrazně nadprůměrné doby pláče dítěte za den, se objektivní charakteristiky pláče dítěte od typické plačtivosti skutečně liší.

TERAPIE SYNDROMU EXCESIVNÍHO PLÁČE

Z výsledků studií zmiňovaných v předchozích kapitolách je zřejmé, že spíše než odhalení přesné příčiny excesivního pláče u dítěte je důležité, aby byla rodičům, kteří syndrom excesivního pláče u svého dítěte popisují, poskytnuta účinná pomoc. Ta by měla být poskytnuta bez ohledu na to, zda se u jejich dítěte skutečně o syndrom excesivního pláče jedná, či zda rodiče pouze běžný pláč dítěte za excesivní považují. Obdobně jako nelze zcela jednoznačně určit příčinu syndromu excesivního pláče, neposkytují ale dosud provedené výzkumy jednoznačnou odpověď ohledně nejvhodnějšího způsobu terapie tohoto syndromu.

Jedna z takovýchto studií se zabývala otázkou, zda je pro řešení problematiky excesivního pláče vhodnější empatická podpora rodičům, či individualizovaná behaviorální terapie zaměřená na konkrétní problémy dané rodiny, které mohou s excesivním pláčem jejich kojence souviset (Wolke, Gray, & Meyer, 1994). Výzkumný soubor tvořilo 92 excesivně plačících ve věku mezi 1 a 5 měsíci a jejich matek kojenců rozdělených do 2 experimentálních a 1 kontrolní skupiny. Do výzkumného souboru byly nejprve vybrány ženy, které uváděly, že jejich dítě excesivně pláče a že tento problém přetrvává více než 4 týdny. Respondentky byly požádány o vyplňování deníkových záznamů o pláči dítěte, aby se ověřilo, že děti označené jako excesivně plačící skutečně splňují kritéria pro syndrom excesivního pláče. Do výzkumu byli zařazeni kojenci, kteří plakali v týdnů, kdy byli o jejich pláči pořizovány deníkové záznamy, více než 3 hodiny denně. Kromě deníkových záznamů byl u každého dítěte pořízen i čtyřicetihodinový zvukový záznam jeho projevů. Matky z experimentálních skupin měly k dispozici telefonní kontakt na poradkyni. Těmito poradkyněmi bylo 5 žen, které samy měly rodičovskou zkušenost s excesivně plačícím kojencem a které nyní pracovaly jako poradkyně v podpůrném programu pro rodiče excesivně plačících dětí. Poradkyně zaznamenávaly počet telefonních hovorů a počet i obsah témat řešených během z nich. Intervence probíhala po dobu 3 měsíců.

První experimentální skupině měla být ze strany poradkyň poskytována především empatická podpora. Důraz byl kladen na možnost sdílení pocitů z pláče dítěte. Poradkyně se měly snažit matkám porozumět a hovořit s nimi i o jejich případných pocitech viny. Matkám bylo též doporučováno, aby se snažily pečovat i samy o sebe (aby si například vyšly ven s přáteli a přenechaly občas péči o dítě někomu jinému).

Intervence v druhé experimentální skupině byla zaměřena na úpravu chování. Matky byly dotazovány na pláč dítěte (kdy se vyskytuje, za jakých okolností, jak pláč dítěte tiší apod.), na denní režim, fungování rodiny (včetně finanční situace, pocíťované podpory od partnera i širší rodiny apod.). Pro každou rodinu pak byly formulovány návrhy, které problémy mohou s excesivním pláčem dítěte souviset a spolu s rodiči byl sestaven žebříček priorit v řešení těchto problémů. Jedním z doporučení bylo, aby rodiče nereagovali na každý projev distresu dítěte ihned, ale aby počkali zhruba 1-2 minuty a stimulovali tak rozvoj seberegulačních schopností dítěte. Ostatní doporučení ale byla poskytována vždy individuálně s ohledem na konkrétní dítě a jeho rodinu. Intervence v obou výzkumných skupinách prováděly tytéž poradkyně.

Kontrolní skupině nebyla ze strany výzkumníků poskytnuta žádná intervence. Rodiče z této skupiny ale mohli kvůli problému s excesivním pláčem svého dítěte navštěvovat jiné odborníky.

K poklesu celkové plačtivosti došlo během sledovaného období ve všech skupinách. V kontrolní skupině poklesla celková doba pláče o 35,2 % z průměrných 343 minut (SD = 113,7) na začátku studie na 221,2 minut za den (SD = 110,7) na konci výzkumu. V experimentální skupině s empatickou intervencí poradkyň klesla průměrná doba pláče dítěte za den o 37,5 % z 365,6 minut (SD = 126,3) na začátku studie na 228,5 minut (SD = 103,9) na konci výzkumu. V experimentální skupině, kde byla zkoumanou intervencí změna přístupu a chování rodičů klesla průměrná doba pláče dítěte za den o 51,2 % z průměrných 345,8 minut (SD = 84,7) na začátku studie na 169,4 (SD = 85,6) na konci výzkumu. Největší pokles plačtivosti dítěte byl patrný zejména ve večerních hodinách. Méně než 3 hodiny za den plakalo na konci studie 19 z 44 dětí z kontrolní skupiny, 8 z 27 dětí ze skupiny, které byla poskytována empatická podpora, a 14 z 21 dětí ze skupiny s úpravou rodičovského chování.

Ani u jedné ze skupin nebyly v průběhu studie zaznamenány změny v rodičovském hodnocení temperamentu dítěte. Děti z experimentálních skupiny byly i na konci studie hodnoceny jako děti s těžko zvládnutelným temperametem.

Matky z obou výzkumných skupin byly dotazovány i na spokojenost s poradkyněmi. Přestože poradenství v obou skupinách poskytovalo stejných 5 žen, byly tyto poradkyně hodnoceny významně lépe ve skupině s úpravou chování než ve skupině dostávající pouze

empatickou podporu. Lepší hodnocení se týkalo erudice poradkyň, ale dokonce i jejich schopnosti porozumění a soucítění (Wolke, Gray, & Meyer, 1994).

Poslední uvedené zjištění zřejmě není náhodné, jelikož o autenticitě empatické podpory poradkyň, kterým je zabráněno poskytovat rady, které běžně rodičům kojenců se syndromem excesivního pláče poskytují, lze pochybovat. Těmito poradkyněmi ženy, které samy kdysi měly kojence se syndromem excesivního pláče, a lze se tedy domnívat, že nemožnost poskytnutí rady rodičům pro ně mohlo být natolik těžké, že mohlo ovlivnit i jejich schopnost poskytnutí opory. V reálné neexperimentální situaci se navíc pravděpodobně empatická opora zřídka kdy vyskytuje zcela samostatně bez jakýchkoliv doporučení a lze se též domnívat, že samostatně poskytovaná může na rodiče, kteří hledají pomoc pro sebe a své dítě, spíše frustrujícím dojmem. I přesto je ale možné výsledky této studie považovat za důležitý příspěvek k výzkumu terapie syndromu excesivního pláče.

Ve většině ostatních výzkumných studií byla ověřována účinnost spíše jednotlivých dílčích přístupů doporučovaných dle toho, která z hypotéz o příčině syndromu excesivního pláče byla autory zastávána. Nejednoznačnost závěrů těchto studií (viz níže) sice nenabízí plošně aplikovatelné efektivní řešení této problematiky, ale umožňuje vytvořit pro rodiče konkrétního dítěte soubor vhodných doporučení vycházejících z předpokládané příčiny syndromu excesivního pláče u konkrétního dítěte.

V případě, že jsou za příčinu excesivního pláče považovány gastrointestinální potíže, vážou se doporučení především k dietním omezením. Časté laické doporučení týkající se zavedení příkrmů vycházející z předpokladu, že mateřské mléko dítěti nestačí, dítě pláče hladu a je tedy nutné začít s příkrmy, nebylo výzkumně potvrzeno (Barr, Kramer, Pless, Boisjoly, & Leduc, 1989). Ani kojení bez příkrmů, které též bývá někdy matkám excesivně plačících dětí doporučováno, není dle další studie (Clifford et al., 2002) protektivním faktorem zabráňujícím rozvinutí syndromu excesivního pláče. Limitem této studie však bylo, že diagnostika excesivního pláče u dětí byla založena pouze na výpovědích matek. Ve výzkumu Davida J. Hilla a kol. (Hill et al., 2005) se po úpravě stravy matek plně kojených dětí (vyloučení konzervantů, mléčných výrobků, sóji, pšenice, vajec, ořechů a ryb) projevy excesivního pláče zlepšily u 35 dětí z experimentální skupiny (N = 47). Projevy excesivního pláče se ale v této studii zlepšily i u 16 dětí z kontrolní skupiny (N = 43). Zlepšení projevů dítěte po nasazení fiktivní diety v kontrolní skupině (tzn. v kontrolní skupině byla záměrně zavedena nesmyslná/neúčinná dietní opatření) není nijak výjimečné. Studie ověřující účinnost dietních omezení nelze provést jako tzv. slepé či dokonce dvojité slepé (matka i pediatr poměrně snadno rozpoznají, zda je zaváděné dietní

opatření experimentální či falešné/kontrolní). Kvůli těmto metodologickým omezením jsou jejich závěry a zjištění tedy značně limitované a nejednoznačné.

Při zvažování vhodnosti zavedení dietních opatření je vhodné mít na paměti, že matky, jimž jsou dietní omezení doporučena, mohou prožívat pocity viny z představy, že svou stravou způsobily dítěti bolest (Levitzky & Cooper, 2000). Navíc se mohou striktními dietními opatřeními cítit nadměrně monitorované či trestané, což může následně narušit jejich rodičovské sebehodnocení a tedy i interakci s dítětem. Je proto vhodné dietní opatření zavádět s rozvahou a zvažovat i způsob, jakým bude doporučení matkám sděleno.

Účinnost některých dietních opatření nemusí spočívat v dietě samotné, ale v důsledcích, která dietní opatření přináší do vztahu matka-dítě. Jak uvádí např. J. Prekopová a Ch. Schweitzerová (2008), může nasazení jakéhokoliv dietního režimu zlepšit projevy dítěte ne kvůli dietním opatřením samotným, ale kvůli jistotě a řádu, které dietní režim do života rodiny a do vztahu matka-dítě přináší. Případné zásahy do stravy matky či dítěte by měly být ponechány na rozhodnutí lékaři. Je-li podezření, že u dítěte záchvaty pláče vyvolává nesnášenlivost určitých složek potravy (které z matčiny stravy přecházejí do mateřského mléka), bývá lékařem doporučeno dietní omezení.

Jak již bylo řečeno výše, přístupy k léčbě excesivního pláče se liší podobně výrazně jako teorie o příčinách tohoto syndromu, což je samozřejmé, jelikož etiologie kterékoliv poruchy a její terapie spolu vždy vzájemně velmi úzce souvisí. Na zlepšení narušené interakce mezi matkou a dítětem jsou například zaměřena doporučení I. St. James-Robertse a kol. (St James-Roberts, Hurry, Bowyer, & Barr, 1995), kteří zjednodušili Taubmanova (St James-Roberts et al., 1995) doporučení pro rodiče plačících dětí do této podoby: Rodiče by se měli pokusit nikdy nenechat své dítě plakat. Při hledání příčiny pláče, by měli zvažovat tyto možnosti: a) dítě má hlad a dožaduje se krmení b) dítě nemá hlad, ale chce sát c) dítě chce být nošeno či houpáno d) dítě se nudí a chce nějaké podněty – chce, aby mu někdo zpíval, usmíval se na ně, mluvil na ně nebo si s ním hrál. Rodiče by neměli zvolené přístupy k tišení střídat příliš rychle za sebou. Ke změně přístupu by měli přistoupit nejdříve po 5 minutách, během nichž se pláč při zvoleném přístupu tišení vůbec nezmírnil. Tento postup je ale vhodný zejména jako jakási první pomoc pro rodiče, kteří jsou v péči o dítě spíše nezkušení a v reakci na jeho pláč zcela bezradní. Výše zmíněný postup je výčtem běžných zásahů vedoucích u typického kojence k jeho utišení. Jelikož je však neutišitelnost pláče dítěte běžnými prostředky právě jednou z důležitých charakteristik excesivního pláče (Barr et al., 1992), nelze tento postup považovat za dostačující. Je však vhodné se vždy ujistit, zda rodič, který popisuje svého kojence jako extrémně plačícího a neutišitelného, tento postup při tišení svého dítěte běžně volí.

Je třeba mít na paměti, že minimálně stejně důležitá jako efektivní technika tišení je i psychická podpora rodičů dětí, které trpí syndromem excesivního pláče. Zvýšená pozornost, jaká je věnována fyzickému stavu dítěte, by měla být v případě stížností rodičů na symptomy excesivního pláče věnována i jim samotným, jejich prožitkům a též jejich schopnosti interakce s dítětem. Důležitou informací mělo být i to, čemu rodič přisuzuje příčinu zvýšené pláčivosti svého dítěte a jak zvýšená pláčivost dítěte ovlivňuje jeho samotného. Stává se, že matky excesivně plačících dětí považují neutišitelný pláč svého dítěte za projev nějakého dosud nerozpoznaného onemocnění (Armstrong et al., 2000), což u nich zvyšuje úzkost a může narušit i jejich interakci s dítětem. Již Wessel a kol. (1954) upozorňoval na to, že je naprosto nezbytné, aby se v případě jakýchkoliv potíží s nadměrně plačícími dětmi dostalo pozornosti a péče i matce. Za osvobozující považovaly matky v kvalitativním výzkumu S. Levitzké a R. Coopera (2000), pokud jim pediatr sdělil, že způsob krmení není příčinou pláče jejich dítěte. Za nejvíce podporující pak pokládaly, pokud se pediatr zajímal i o to, jak se cítí ony samy, protože od svého okolí pocit'ovaly nedostatek zájmu (zájem okolí se dle jejich výpovědí soustředil především na stav dítěte).

V rámci podpory interakce mezi matkou a dítětem je doporučováno zvýšit frekvenci fyzického kontaktu s dítětem. U. A. Hunziker a R. G. Barr (1986) soudí, že důležitá je nejen zvýšená péče v podobě častějšího a delšího nošení a chování dítěte, ale i to, aby péče nebyla jen reakcí na pláčivost dítěte, ale byla poskytována průběžně – tedy i v případě, kdy dítě nepláče. Autoři zvažují, zda zvýšená péče o dítě nezvyšuje schopnost rodiče rozpoznat a lépe reagovat na potřeby dítěte, tedy zda rodič není díky větší citlivosti schopen zareagovat na potřeby dítěte dříve, než dítě začne více plakat a být podrážděné. Jelikož je emoční a behaviorální regulace v takto raném vývoji dosahováno navíc i prostřednictvím fyzického kontaktu s pečující osobou, lze se též domnívat, že častým fyzickým kontaktem může docházet i ke stimulaci rozvoje schopnosti seberegulace dítěte.

Obecně lze říci, že je důležité, aby přístup k řešení problémů spojených se syndromem excesivního pláče byl u každé rodiny komplexní, ale zároveň individualizovaný. Pozornost by měla být věnována nejen projevům a potřebám dítěte, ale především rodičům a tomu, jak problém jejich dítěte ovlivňuje je samotné (Levitzky & Cooper, 2000). Rodiče by neměli být z nadměrné pláčivosti dítěte obviňováni (ani nepřímě), ale naopak by mělo být posíleno jejich sebehodnocení a vědomí jejich vlastní rodičovské účinnosti.

Terapie by se měla zaměřit především na redukci napětí, které rodiče v souvislosti s projevy excesivního pláče svého dítěte pocit'ují, protože mezi napětím v rodině a zvýšenou dráždivostí dítěte je obvykle značná souvislost (Wessel et al., 1954). V rámci prvního kontaktu by rodičům měla být poskytnuta konkrétní doporučení, která by mohla pomoci zkrátit délku jednotlivých

epizod pláče, protože kratší záchvaty pláče (i pokud jsou časté) vzbuzují v rodičích menší úzkostnost než dlouhé epizody neutišitelného pláče (Barr et al., 1992).

Propracovaný a osvědčený systém takovýchto doporučení k tišení pláče dítěte nabízí například Karp (2005). Doporučuje spojit postupný sled kroků: těsné zavinutí dítěte, položení dítěte na bok či břicho, tišení dítěte prostřednictvím hlasitého stereotypního zvuku (např. „šššššššššš“), rytmického houpání dítěte a poskytnutí mu čehokoliv k sání. Smyslem tohoto postupu je simulovat dítěti prostředí dělohy (které je na konci těhotenství již také těsné, plné zvuků atd.) a poskytovat mu tak jistotu a bezpečí v situaci, kterou ono samo svými prostředky zatím není schopné řešit. Dodáním opory a zklidněním zvnějšku se v takto raném vývoji zakládá budoucí schopnost seberegulace ve vývoji pozdějším. Velmi podobný výčet účinných způsobů tišení dítěte jako u Karpa (2005) můžeme nalézt i v původní Wesselově studii (Wessel et al., 1954). Spolu s poskytnutím návodu, jak dítě tišit je však nutné rodiče i podpořit ve vytrvalosti v aplikaci těchto postupů. Pro jejich efektivitu je totiž nezbytné, aby rodiče neustále „nepřebíhali“ od jednoho způsobu tišení k druhému, ale aby byli schopni v tišení vytrvat a byli si svou schopností nalézt nejvhodnější způsob pro tišení svého dítěte jisti.

V terapeutické práci s rodiči by měly být zohledněny nejen aktuální potíže, ale i percepce vztahů v rodině, včetně percepce vztahů rodičů s prarodiči dítěte. Stejně tak rodičovské sebehodnocení a vědomí vlastní rodičovské účinnosti je potřebné podporovat systematictěji a dlouhodoběji.

Vzhledem k nejasné etiologii syndromu se může stát, že přesná příčina záchvatů pláče nebude odhalena ani u konkrétního dítěte. Otázka, co rodiče považují za příčinu zvýšené plačtivosti svého dítěte, ale přesto je smysluplná, neboť může napomoci k lepšímu pochopení celkové situace každé konkrétní rodiny. Stejně tak je důležité vědět, za jakých okolností se záchvaty pláče vyskytují nejčastěji a jakým způsobem (a s jakými výsledky) rodiče k tišení dítěte přistupují. Podpora rodičů spolu s odbornými individualizovanými intervencemi (obsahujícími poradenství pro rodiče a naučení tišících technik) může ke zmírnění symptomů excesivního pláče přispět naprosto zásadní měrou (Don, McMahon, & Rossiter, 2002).

PSYCHOSOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI KOJENECKÉHO PLÁČE

Přestože byla problematice excesivního pláče věnována v tomto textu značná pozornost, není syndrom excesivního pláče hlavním tématem této studie. Výzkumy, které se excesivnímu pláči věnují ale přinášejí mnoho zásadních informací pro pochopení běžného kojeneckého pláče a toho, jak je pláč vnímán rodiči kojence.

Jak bylo opakovaně zmíněno v předchozích kapitolách, studie věnované excesivnímu pláči se často liší v operacionalizaci tohoto syndromu a nezřídka zahrnují mezi kojence s excesivním pláčem kojence, kteří nesplňují pravidlo tří, ale jsou za excesivně plačící označeni svými rodiči. I v rodinách těchto dětí se ale často objevuje psychosociální zátěž, ať již v podobě zvýšeného stresu nebo v podobě nápadností v psychologických charakteristikách jejich rodičů.

Další kapitoly budou věnovány tomu, jak mohou osobnostní charakteristiky rodičů, zejména však matek, souviset s projevy dítěte v raném kojeneckém věku, s jejich interakcemi s dítětem, reakcí na kojenecký pláč a s percipovanou plačtivostí dítěte. Syndrom excesivního pláče tedy bude občas znovu zmiňován i v těchto kapitolách, jelikož právě na extrémní podobě kojeneckého pláče, kterou tento syndrom představuje, lze mnoho souvislostí, které se s kojeneckým pláčem pojí, nejlépe ilustrovat.

INTERAKCE S DÍTĚTEM

Nejen pláč kojence se syndromem excesivního pláče, ale i běžný kojenecký pláč a další chování dítěte v kojeneckém věku je nutné vnímat v kontextu jeho rodinného prostředí, zejména pak v kontextu interakce s rodiči.

Na základě analýzy interakcí 18 dyád matka-dítě během očkování ve 3 a 15 měsících života dítěte bylo zjištěno, že čím více matka dítě před zákrokem utěšovala, tím déle dítě po zákroku plakalo (Stormark, 2007). Ve 3 i 15 měsících byla délka pláče dítěte po aplikaci injekce predikovatelná z délky očního kontaktu, který s dítětem matka navazovala před zákrokem. V 15 měsících bylo možné délku pláče dítěte po aplikaci injekce predikovat kromě délky očního kontaktu i z délky konejšení dítěte a z doby, kterou matka strávila těsně před aplikací injekce se svým dítětem kontaktem tváří v tvář. Byla však měřena délka, nikoliv další kvality interakce. Pro porozumění výsledkům této studie by ale bylo vhodné vědět, za jak stresující matka zákrok sama považovala a zda v interakci s dítětem na dítě svou případnou úzkost nemohla přenášet.

V neposlední řadě mohou tyto výsledky vybízet i k otázce, jaká je „správná“ reakce dítěte na aplikaci injekce či k ještě komplexnější otázce – zda je absence či minimum pláče v kojeneckém věku známkou správného vývoje, nebo zda lze předpokládat, že je určitá míra plačtivosti běžná či dokonce prospěšná.

V jiné studii zabývající se interakcí kojenců a jejich matek během očkování ve 2 a 6 měsících bylo naopak zjištěno, že matčina schopnost tišení dítěte během očkování významně snižuje dobu, kterou dítě propláče při očkování konaném o několik měsíců později (Jahromi & Stifter, 2007). Kojenci, jejichž matky byly ve 2 měsících označeny za velmi efektivní při tišení pláče dítěte v reakci na očkování (efektivita tišení byla vyšší než jednu standardní odchylku nad průměrem), plakali při očkování v 6 měsících signifikantně kratší dobu než kojenci matek, které byly v tišení ve 2 měsících méně efektivní. Intenzita pláče kojenců v reakci na očkování se ale na rozdíl od délky pláče mezi těmito skupinami nijak nelišila.

V souvislosti se vztahem mezi interakcí matka-dítě a výskytem kojeneckého pláče bývá často zmiňován národ Sanů. Kojenci Sanů se od kojenců jiných kultur odlišují nejen extrémně nízkou plačtivostí, která byla popsána již v úvodní kapitole, ale odlišné jsou i interakce, které zažívají v kontaktu s dospělými osobami ve svém okolí. Děti Sanů mají v porovnání s dětmi většiny ostatních národů světa od narození k dispozici extrémně velké množství přímého fyzického kontaktu (Konner cit. dle Kruger & Konner, 2010). V průběhu celého dne bývají tito kojenci obvykle nošeni nazí v šátku přímo na těle matky. Během noci pak spávají těsně vedle matky na společném lůžku s ní (Konner cit. dle Kruger & Konner, 2010).

I interakce kojenců s dalšími dospělými lidmi v okolí bývají v kultuře Sanů jiné než v naší společnosti. Oproti kojencům ze zemí našeho typu jsou totiž kojenci Sanů v daleko častějším fyzickém kontaktu i s jinými lidmi ze svého společenství. Pokud zrovna nejsou v šátku na těle matky, jsou chováni jinými dospělými lidmi a často též předáváni z náruče do náruče (Konner cit. dle Kruger & Konner, 2010). Matky národa Sanů nebývají se svým kojencem prakticky nikdy samy. I když je tedy i v této kultuře matka hlavní osobou, která na pláč dítěte reaguje, je kontext těchto situací významně jiný, než tomu obvykle je v naší společnosti, kde většina matek bývá s dítětem spíše sama.

Rozdíl mezi západní civilizací a tradiční kulturou Sanů se týká nejen situací spojených s kojeneckým pláčem, ale mateřské role obecně. Na základě analýz strukturovaných pozorování provedených v rámci etnografické studie bylo zjištěno, že od ostatních Sanů bývá matkám věnována dlouhodobá systematická péče a podpora (Kruger & Konner, 2010). Naopak pro naši kulturu je typičtější, že se matkám dostává podpory většinou pouze v případě, že ji samy aktivně

vyhledávají. Zdá se, že i tento fakt, může mít na interakce matka-dítě a chování kojence významný vliv.

V kapitole věnované problematice péče o kojence se syndromem excesivního pláče bylo popsáno, jakému stresu a pocitům selhání jsou matky vystaveny, nedaří-li se jim pláč dítěte utiшит, a že selhává-li jejich snaha o utišení dítěte opakovaně, jsou jejich interakce s dítětem ovlivněny strachem z jeho dalšího záchvatu pláče. Vznik takového bludného kruhu interakcí mezi matkou a dítětem je v kultuře Sanů takřka nepředstavitelný. Jelikož, jak bylo popsáno výše, je matce v její rodičovské roli kontinuálně poskytována podpora v podobě neustále fyzické přítomnosti dalších osob, které jí v případě potřeby s péčí o dítě pomáhají, je prakticky nemožné, aby matka případné přetrvávání pláče kojence i přes snahu o jeho utišení považovala za své selhání a obávala se dalších interakcí s ním.

V návaznosti na studie zabývající se plačtivostí kojenců národa Sanů a péčí o kojence v této kultuře bývá i ve výzkumech prováděných v kulturách našeho typu ověřováno, zda způsob a míra péče, kterou matka kojenci poskytuje, ovlivňuje míru jeho plačtivosti. Jedna z takovýchto výzkumných studií si kladla za cíl zjistit, zda může mít na míru celkové plačtivosti kojence vliv nošení v šátku (St James-Roberts et al., 1995). Respondentky byly v této studii náhodně rozděleny do 3 skupin – 2 experimentálních a 1 kontrolní. Matky z 1. experimentální skupiny byly 3 dny po porodu požádány, aby kvůli prevenci vzniku syndromu excesivního pláče co nejdříve začaly nosit své dítě v šátku a aby v šátkování pokračovaly minimálně do 6 týdnů života dítěte. Dítě mělo být v šátku nošeno minimálně 3 hodiny denně. Nošení v šátku nemělo být jen reakcí na pláč dítěte, ale mělo být praktikováno co nejčastěji během dne bez ohledu na okolnosti. Ženy z 2. experimentální skupiny byly 3 dny po porodu požádány, aby kvůli prevenci syndromu excesivního pláče dodržovaly Taubmanova doporučení (cit. dle St James-Roberts et al., 1995), která již byla podrobně popsána v kapitole o terapii syndromu excesivního pláče. Matky z kontrolní skupiny v průběhu sledovaného období (od 10 dnů po porodu do 14 týdnů po porodu) pouze vyplňovaly sadu dotazníků a deníkových záznamů o kojeneckém pláči. Mezi skupinami nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v celkové době pláče za den. Ve 12 týdnech života dítěte byl zaznamenán trend v poklesu celkové doby pláče za den v experimentálních skupinách zhruba o 25 minut oproti skupině kontrolní (dle deníkových záznamů se ukázalo, že i kojenci z 2. experimentální skupiny byli nošeni významně více než kojenci z kontrolní skupiny). Jednalo se však pouze o trend, která nebyl statisticky významný (St James-Roberts et al., 1995). Vliv nošení v šátku na snížení celkové plačtivosti dítěte tedy v této studii prokázán nebyl. Vzhledem k pozorovanému, byť statisticky nevýznamnému, trendu v poklesu pláče u experimentální skupiny, se nabízí otázka, zda k významnému poklesu plačtivosti v důsledku nošení v šátku

nemůže docházet až při určité době, kterou dítě v šátku během dne stráví. Doba, kterou dítě v šátku trávilo, byla totiž výrazně kratší než doba, kterou v šátku tráví kojenci Sanů (kteří jsou nošeni většinu dne), u nichž bývá právě v souvislosti s nošením v šátku nízká plačtivost popisována.

V rozporu s výsledky výše popsaného výzkumu jsou závěry jiné studie zabývající se souvislostí plačtivostí kojence a typem péče, v níž byl vliv častějšího nošení dítěte na pokles doby pláče za den naopak prokázán (Hunziker & Barr, 1986). V této studii bylo 99 dyád matka–dítě náhodně rozděleno do experimentální a kontrolní skupiny. Matkám z experimentální skupiny bylo 3 týdny po porodu doporučeno, aby své dítě nosily více času během dne než dosud a to bez ohledu na to, jestli dítě aktuálně pláče nebo ne. Rodičům z kontrolní skupiny bylo doporučeno, aby do zorného pole dítěte ležícího v postýlce umísťovali vizuálně stimulující předměty. Rodiče v obou skupinách vyplňovali záznamové archy o pláči dítěte před experimentem i během něj a to až do 12 týdnů po narození dítěte. Po ukončení experimentu byly porovnány způsoby péče o dítě (respektive celkové doby nošení dítěte během dne) a křivky průměrné plačtivosti dětí v jednotlivých skupinách. Děti z experimentální skupiny byly během sledovaného období nošeny průměrně 4,4 hodiny denně a děti z kontrolní skupiny průměrně 2,7 hodin denně. Z výsledků studie vyplývá, že ve shodě s očekávaným vývojem v 6. týdnu života dítěte celková doba pláče za den u kojenců v kontrolní skupině skutečně kulminovala ($M = 2,2$ h/d). Plačtivost kojenců v experimentální skupině se od zavedení intervence postupně snižovala až k 1 hodině pláče za den ve 12 týdnech života a k očekávané kulminaci doby pláče v 6. týdnu tedy nedošlo. Rozdíly v plačtivosti byly mezi skupinami signifikantní (v 6. a 8. týdnu $p < 0,001$; ve 12. týdnu $p < 0,05$). Kromě plačtivosti se kojenci z experimentální skupiny od kojenců z kontrolní skupiny lišili i v celkové době klidné bdělosti. Ve 4. týdnu vzrostla u experimentální skupiny doba bdělosti bez pláče na 4,1 hodiny za den (oproti 3,8 hodin u kontrolní skupiny), v 6. týdnu na 5,6 hodin (oproti 4,6 hodin u kontrolní skupiny) a v 8. týdnu na 6 hodin (oproti 5 hodinám u kontrolní skupiny). Rozdíly v době bdělosti byly mezi skupinami signifikantní ($p < 0,01$). Tyto výsledky naznačují, že redukce celkové doby pláče za den byla u kojenců z experimentální skupiny nahrazena delší dobou bdělosti bez pláče. Lze se domnívat, že s úbytkem pláče a nárůstem doby spokojené bdělosti mohlo vzniknout i více příležitostí k pozitivním interakcím mezi matkami a jejich dětmi.

Zřídka lze přesně určit, zda jsou za kvalitu interakce mezi matkou a dítětem zodpovědné osobnostní charakteristiky matky, specifika na straně dítěte či další psychosociální faktory, které na ně působí. Obecně se spíše předpokládá, že se všechny tyto faktory navzájem ovlivňují. Ze strany rodiče je kvalita vzájemných interakcí ovlivňována například tím, jak je matka schopna rozpoznat negativní emoce dítěte. Čím lépe je totiž schopná negativní emoce dítěte

rozpoznat, tím kvalitnější obvykle jsou jejich vzájemné interakce (Broth, Goodman, Hall, & Raynor, 2004). S kvalitou interakce mezi rodičem a dítětem bývá dávána do souvislosti i míra úzkostnosti rodiče (Zelkowitz, Bardin, & Papageorgiou, 2007).

Dle S. Goldstein Ferberové a R. Feldmanové (2005) může mít na kvalitu interakce mezi matkou a kojencem vliv i porod, respektive to, za jak bolestivý ho matka zpětně po 2 dnech od porodu považovala. Čím větší bolest a pocity bezmocnosti matka popisuje a čím více má tendenci na tyto své negativní prožitky vzpomínat, tím horší lze očekávat kvalitu vzájemné interakce mezi ní a jejím dítětem ještě 6 týdnů po porodu. Jelikož však míra pocíťované bolesti může být závislá, jak na síle bolestivého podnětu, tak na individuálních charakteristikách matky (zejména na jejím prahu bolestivosti) a jejích dalších individuálních specifických (např. na tom, jakou má tendenci přisuzovat své bolesti příčinu a význam) nelze jednoznačně určit, zda je narušení interakce mezi matkou a dítětem způsobeno přímo porodem či osobnostními charakteristikami matky.

Jak může být interakce rodiče s dítětem ovlivňována specifiky na straně dítěte, lze nejlépe ilustrovat na příkladu rodin kojenců se syndromem excesivního pláče. Jedním z pochopitelných důsledků stresu a chronického vyčerpání rodičů excesivně plačících kojenců, bývá nápadné snížení až absence pozitivních interakcí mezi rodičem a dítětem. Kojenci se syndromem excesivního pláče nejen pláčou více než ostatní kojenci, ale jsou i méně času během dne vzhůru, aniž by plakali (Humphry, 1989). Jejich matky tak mají méně příležitostí být s nimi bez napětí a stresu. Někteří rodiče excesivně plačících dětí přiznávají, že bývají z nedostatku spánku natolik vyčerpaní, že se často stává, že na své dítě během dne prakticky vůbec nemluví (Landgren & Hallstrom, 2011). Běžně přitom rodiče ve 2 týdnech života dítěte tráví hrou a povídáním si se svým kojencem denně zhruba 44 až 48 minut a v 6 týdnech zhruba 71 až 86 minut (St James-Roberts et al., 1995). Dopady, které může takovéto ochuzení interakcí mít v případě, že je dlouhodobé, na vztah mezi matkou a dítětem a na rozvoj sociálních dovedností dítěte, si lze snadno představit. V další studii bylo navíc též vyzorováno, že matky excesivně plačivých kojenců používají v interakci se svým dítětem méně imitace (Räihä, Lehtonen, Huhtala, Saleva, & Korvenranta 2002). Lze předpokládat, že i tato skutečnost může být (alespoň v některých případech) způsobena nedostatkem energie k aktivní interakci s dítětem v důsledku chronického stresu a vyčerpání.

Poslední studie, která bude v této kapitole zmíněna, nebyla zaměřena na typ ani délku péče, která je dítěti matkou poskytována, ale výzkum se věnoval přímo sledováním kvality vzájemné interakce mezi matkou a kojencem (Wendland-Carro, Piccinini, & Millar, 1999). Matkám z experimentální skupiny bylo sděleno, že se v rámci intervence budou zdokonalovat v péči o

dítě. Na počátku intervence byla matka spolu s dítětem zavedena do klidné místnosti, kde za přítomnosti odborníků sledovala video o raném kojeneckém věku. Smyslem této intervence bylo ukázat matce, jaké interakce je dítě v tomto období schopno, jak má vypadat vhodné a laskavé zacházení s ním a posílit její odhodlání k interakci s dítětem. Matky z kontrolní skupiny sledovaly opět v přítomnosti odborníků video věnované péči o zdraví a hygienu dítěte. Každá z matek v obou skupinách dostala po zhlédnutí videa s sebou domů vytištěný souhrn významných doporučení či informací, které se ve videu objevily, a na které byla odborníky během sledování videa upozorněna. Měsíc po této intervenci byly matky z výzkumné i kontrolní skupiny navštíveny výzkumníky doma v době, kdy bylo možné předpokládat, že dítě bude vzhůru a matka bude s dítětem sama doma. Pro pozorování byly zvoleny 2 typy situací – libovolná hra matky s dítětem a koupání dítěte. Zkoumána byla především souhra v interakcích. V experimentální skupině bylo ve srovnání s kontrolní skupinou zaznamenáno více synchronních oproti asynchronním interakcím. Mezi synchronní interakce, v nichž se experimentální skupina nejvíce lišila od skupiny kontrolní patřila zejména souhra ve výskytu vokalizace dítěte a matčina úsměvu. Mezi dyádami z experimentální skupiny též docházelo k častějšímu výskytu očního kontaktu během hry. Rozdíl v asynchronních reakcích byl mezi skupinami patrný naopak při situaci koupání – v kontrolní skupině se během koupání signifikantně častěji stávalo, že pláč dítěte zůstal bez odezvy v chování matky. Lze tedy konstatovat, že intervence zahrnující informování matky o možnostech vhodné interakce s dítětem a povzbuzení matky k navazování takových interakcí může být prevencí asynchronních interakcí mezi matkou a dítětem. Výsledky této studie vybízejí k úvahám nad tím, jakou roli hraje v interakci mezi rodičem a dítětem očekávání rodiče.

OČEKÁVÁNÍ OD DÍTĚTE A RODIČOVSKÉ ROLE

Některé studie uvádějí, že po narození prvního dítěte dochází k nárůstu manželské spokojenosti (Meijer & van den Wittenboer, 2007). I přesto lze první týdny po porodu označit za období zvýšené zátěže. Ta na rodiče v určité míře působí i v případě, že je dítě rytmické a málo dráždivé. Rodiče si totiž v této době zvykají na své dítě i na celkovou proměnu rodinné situace způsobenou příchodem nového člena rodiny. Učí se rozumět projevům svého dítěte a správně na ně reagovat, případně kombinovat péči o kojence s péčí o jeho starší sourozence. Ve stejné době navíc v rámci typického vývoje kojence dochází k postupnému nárůstu doby, kterou dítě za den propláče (Brazelton, 1962). Z výsledků studie zabývajících se přechodem k rodičovství (Wilkie &

Ames, 1986) vyplynulo, že je přechod k rodičovství náročnější spíše pro ženy než pro muže (byť ani u jednoho pohlaví nebyly skóry vnímané náročnosti rodičovství nijak vysoké).

Ve studii, které se zúčastnilo 30 rodin, bylo zkoumáno, s jakými rolemi je spojena identita rodičů kojenců (Wilkie & Ames, 1986). Role, které utvářejí identitu rodiče byly v této studii zjišťovány pomocí metody Koláč identity (*the Identity Pie*). Rodiče měli do předtištěného kruhu vyznačit výseče a do nich zapsat, jakými rolemi je tvořena jejich identita, přičemž velikost výseče měla odpovídat důležitosti této role. Bylo zjištěno, že s identitou rodičů, respektive s rolemi, kterými je jejich identita naplňována, je úzce spjatá plačtivost kojenců. Čím plačtivější bylo dítě, tím větší podíl z tohoto koláče u matek zabíraly rodičovská a partnerská role. Naopak u otců platilo, že čím více dítě plakalo, tím větší část identity jeho otce tvořila role přítele a kamaráda. Ze studie ale není zřejmé, jaký vliv má rozpor mezi matkami a otci v subjektivní důležitosti jejich rolí na jejich společné soužití. Lze si totiž představit, že vzrůstající význam přátelské role zaznamenaný u otců plačtivých kojenců může mít na fungování rodiny jak pozitivní, tak negativní vliv. Hodnocení vlastní identity na základě přátelské role by mohlo sloužit jako zvládací strategie, která by mohla zvyšovat mužovu odolnost vůči zátěži v rodině a pomoci mu v této zátěži v rodině lépe fungovat. Lze si ale též představit, že zvyšující se význam přátelské role v identitě muže může být též známkou únikové strategie a zmenšujícího se podílu na péči o dítě. Oba výklady jsou ale pouze spekulativní, jelikož informace, které by některý z výkladů potvrdily či nabídly výklad další, v uvedené studii chybí.

Nastávající rodiče často očekávají, že jim jejich budoucí rodičovská role přinese pocity potěšení a příjemného vzrušení (Delmore-Ko, Pancer, Hunsberger, & Pratt cit. dle Harwood, McLean, & Durkin, 2007). Též Jay Belsky (cit. dle Harwood et al., 2007) zjistil, že v průměru mají budoucí rodiče od rodičovství spíše pozitivní očekávání. Zjistil ale zároveň, že pokud skutečnost nenaplní předchozí pozitivní očekávání rodičů, dochází u nich k poklesu manželské spokojenosti. U žen dochází k poklesu manželské spokojenosti též tehdy, očekává-li žena, že jí bude manžel s péčí o dítě pomáhat více, než tomu posléze ve skutečnosti je (Hackel & Ruble cit. dle Harwood et al., 2007).

Zejména pro rodiče excesivně plačících dětí může být obrovský rozdíl mezi jejich původní zidealizovanou představou o péči a dítěti a skutečností velkým stresorem (Landgren & Hallstrom, 2011). Matky excesivně plačících kojenců v rozhovorech v jedné ze studií uváděly, že populární knihy věnované péči o kojence se excesivnímu pláči většinou nevěnují a že i z celkového mediálního obrazu kojenců nabyly dojmu, že kojenci pláčou spíše sporadicky a že pro utišení jejich pláče stačí, když se rodič pokusí naplňovat jejich potřeby (Megel, Wilson, Bravo, McMahon,

& Towne, 2011). Matky z této studie se též domnívaly, že podobnou představu o kojeneckém pláči mají i ostatní lidé.

K rozporu mezi představou o kojeneckém pláči a skutečností může docházet i u rodičů, kteří mají běžně plačící dítě. Lze se totiž domnívat, že výše popsané zidealizované představy o minimální plačtivosti kojenců nejsou specifické jen pro matky excesivně plačících kojenců.

Na očekávání od dítěte mají vliv nejen v dané společnosti sdílené sociální reprezentace kojeneckého věku, ale i osobnostní charakteristiky konkrétních rodičů. Ženy, které jsou úzkostné nebo depresivní mohou mít více negativních (respektive méně pozitivních) očekávání od svého dítěte (Pearce & Ayers, 2005). V kontextu vnímání a hodnocení počátku mateřství byla nalezena souvislost i mezi prožíváním počátku mateřství a tím, do jaké míry žena dle svého sebeposouzení odpovídá genderovým stereotypům (měřeno dotazníkem Bem Sex Role Inventory – škály maskulinita, feminita a androgynita). Bylo zjištěno, že ženy s převažující androgynní nebo feminní složkou prožívají počátky svého mateřství pozitivněji (Dimitrovsky, Levy-Shiff, & Perl, 2000). Změny nálad v období před a po porodu se u rodičů obou pohlaví pojí i s percipovanou péčí jejich rodičů o ně v dětství. Matky i otcové, kteří své vlastní matky vnímali jako málo pečující, vykazovali v období před narozením vlastního dítěte větší míru dysforie (Mayes & Leckman, 2007).

I přes výše popsaný stres, který je spojen s počátky mateřství a rozporem mezi očekáváním od dítěte a skutečností se ukazuje, že očekávání od dítěte před jeho narozením nemají na hodnocení dítěte v průběhu jeho vývoje zásadní vliv a že u většiny žen postupně převáží vnímané charakteristiky dítěte nad původními očekáváním od něj (Pearce & Ayers, 2005). Pro rozvoj vztahu s dítětem představuje největší riziko, pokud má během těhotenství matka od dítěte negativní očekávání, která se jí naplní (Pearce & Ayers, 2005).

PERCEPCE PLÁČE

Děti, u nichž se později vytvoří jistá citová vazba, jsou již v průběhu kojeneckého věku matkami častěji popisovány jako děti s méně náročným temperamentem (Fuertes, Santos, Beeghly, & Tronick, 2006). Jednou z hlavních charakteristik, na základě níž je temperament dítěte v kojeneckém věku posuzován, je, jak bylo popsáno již v kapitole o těžko zvládnutelném temperamentu, kojenecký pláč. Kvalita rozvoje vztahu s dítětem tedy závisí i na tom, jak matka pláč svého kojence vnímá a jak rozumí emocím, které pláč a jeho doprovodné projevy signalizují.

Schopnost rozpoznat emoce druhých lidí je ovlivněna mnoha faktory. Vnímání faciálních projevů emocí druhých a schopnost jejich rozpoznávání u dospělých například velmi úzce souvisí

s typem citové vazby člověka, který emoce hodnotí (Niedenthal, Brauer, Robin, & Innes-Ker, 2002). Mezi vnímáním a rozpoznáváním emocionálních projevů dospělých a dětí ale existuje mnoho rozdílů. Některé z nich jsou patrné i na fyziologické úrovni. Bylo například zjištěno, že u dospělých lidí je aktivace amygdaly v reakci na poslech emocionálních projevů dětí (zachycených na zvukových nahrávkách) až 9x větší než v reakci na poslech emocionálních projevů dospělých (Sander, Frome, & Scheich, 2007). Ze zvukových projevů kojenců bývají nejpozitivněji hodnoceny zvuky podobající se slabikám (Bloom, Moore-Schoenmakers, & Masataka, 1999).

Vnímání pláče se mění v závislosti na akustických charakteristikách tohoto pláče (Zeskind & Marshall cit. dle Donovan, Leavitt, & Taylor, 2005). Pokud je na příčinu pláče usuzováno pouze podle jeho zvuku, pak s rostoucím věkem kojence roste tendence hodnotit běžný pláč jako způsobený větším distresem (Irwin, 2003). Je prokázáno, že dospělí hůře snášejí pláč, jehož výška převyšuje horní limit běžného zdravého pláče, tzn. je vyšší než 610 Hz (Bisping et al. cit. dle Furlow, 1997). Děti, jejichž pronikavý */a higher pitched/* pláč byl matkami vnímán jako negativnější, dosahovaly v pozdějším věku vyšších skóre v testech řečových a kognitivních dovedností, než děti, jejichž matky pronikavý pláč dítěte za tolik negativní nepovažovaly (Lester et al. cit. dle Donovan et al., 2005). Zvuk pláče může být i příčinou pocitů frustrace (Milowe & Lourie cit. dle Locke, 2006) a bývá někdy označován též za primární důvod týrání dětí do 2 let (Norton cit. dle Locke, 2006).

Nepříjemnost zvuku pláče je zřejmě důležitou či dokonce základní charakteristikou tohoto druhu projevu kojence, protože právě nepříjemnost zvuku pláče zaručuje rychlé přivolání pečující osoby (Zeifman, 2003). Pro popis mechanismu, jakým pláč dítěte ovlivňuje dospělého, bývá využívána tzv. hypotéza „*synchrony of arousal*“ (Zeskind et al. cit. dle Gustafson, Wood, & Green, 2000). Tato hypotéza říká, že dětský pláč coby projev fyziologického podráždění */arousal/* vyvolává prostřednictvím nepříjemného zvuku u dospělého člověka, který pláč slyší, paralelní fyziologické odezvy. Díky těmto fyziologickým odezvám je pečující osoba puzena pláč dítěte tišit, případně pátrat po jeho příčině.

Ve studii zabývající se ověřením výše zmíněné hypotézy byly sledovány fyziologické reakce v odezvě na slyšený kojenecký pláč u dospělých monozygotních i dizygotních dvojčat (50 mužského a 134 ženského pohlaví) ve věku od 18 do 69 let (Out, Pieper, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2010). Podnětovým materiálem byla nahrávka spontánního pláče dvoudenního novorozence ženského pohlaví a digitálně upravené verze této nahrávky (na vyšší zvukové frekvence pláče). Ve fyziologických odezvách respondentů nebyly nalezeny rozdíly v reaktivitě kardiovaskulárního systému v reakci na pláč o různých výškách. Nárůst v reaktivitě kardiovaskulárního systému byl ale zaznamenán s každou další epizodou pláče, které byl

respondent vystaven. Větší nárůst byl zaznamenán u mužů a u respondentů, kteří neměli děti. Porovnáním monozygotních a dizygotních dvojčat bylo též zjištěno, že reaktivita kardiovaskulárního systému je do značné míry (z 37-51 %) dána vrozenými dispozicemi.

Poslech zvuku kojeneckého pláče způsobuje u mužů i žen kromě popsané kardiovaskulární odezvy též zvýšení hladiny testosteronu (Fleming cit. dle Locke, 2006). Aktivace amygdaly v odezvě na nahrávku dětské předřečové vokalizace je dle výsledků další studie závislá na pohlaví posluchače (Sander, Frome, & Scheich, 2007). V hodnocení subjektivní nepříjemnosti dětského pláče (která ovlivňuje reakci dospělého) se muži a ženy signifikantně neliší (Murray cit. dle Furlow, 1997). Za nadměrný považují pláč svého dítěte častěji prvorodičky než ženy, které již nějaké děti mají (van der Wal, van den Boom, Pauw-Plomp, & de Jonge, 1998).

Zdá se, že na percepci kojeneckého pláče může mít vliv i způsob porodu. Ženy, které rodily vaginálně, vykazovaly ve srovnání s ženami, které rodily císařským řezem v reakci na nahrávku pláče vlastního dítěte větší aktivitu v přední cingulární kůře, hypothalamu a oblasti bazálních ganglií (Swain et al., 2008). Zvýšená aktivace u nich byla zaznamenána i v oblasti zodpovědné za senzorického zpracování a emoční regulaci. Též intenzita reakce na nahrávku pláče vlastního dítěte ve srovnání s reakcí na nahrávku pláče cizího dítěte byla vyšší u matek, které rodily vaginálně. Autoři studie zvažují, že pozorované rozdíly v aktivaci mozku v reakci na pláč dítěte mezi ženami, které rodily vaginálně, a ženami, které rodily císařským řezem, mohou souviset s odlišnými hladinami oxytocinu (jelikož produkce oxytocinu je závislá právě i na způsobu porodu).

Vztah mezi percepcí kojeneckého pláče a hladinou oxytocinu byl zjišťován v další ze studií (Riem et al., 2011). V ní se ženy v luteální fázi svého menstruačního cyklu podrobily funkční magnetické rezonanci, přičemž 36 minut před tímto vyšetřením jim byl do nosu vstříknut sprej s oxytocinem nebo placebem. Z celkového počtu 42 respondentek ve věku od 22 do 49 let pocházelo 32 respondentek z dvojčat (9 dvojic monozygotních, 7 dvojic dizygotních) a 10 respondentek dvojčata nemělo. Z každého páru dvojčat byl jedné ženě aplikován oxytocin a druhé placebo. Neprokázala se souvislost mezi věkem, fází menstruačního cyklu či sourozeneckým statutem a aktivací mozku v odpovědi na kojenecký pláč. Bylo zjištěno, že podání oxytocinu redukuje při vystavení zvuku kojeneckého pláče aktivaci amygdaly a zvyšuje aktivitu insuly a dolního čelního závitu, které bývají spojovány s empatií a sepectím mezi matkou a dítětem. Autoři předpokládají, že snížením aktivity amygdaly dochází k redukci pocitů úzkosti a averze a napomáhá matce na pláč dítěte citlivě reagovat.

Na porozumění kojeneckému pláči a na reakci na něj se kromě výše popsaných fyziologických faktorů podílí i celá řada faktorů dalších – ať již na straně dítěte (v podobě charakteristik jeho pláče), či na straně pečující osoby, která pláč vnímá a reaguje na něj.

Vnímání kojeneckého pláče a reakce na něj jsou kupříkladu ovlivněny nejen samotným pláčem, ale i dalšími charakteristikami dětí, jejichž pláč je posuzován, například jejich schopností učit se měnit svůj pláč s ohledem na jeho příčinu a sociální kontext. C. Acebová a E. B. Thomanová (1995) vytvořily Cry Responsiveness Index (CRI), který kvantifikuje schopnost kojence diferencovat projevy různé míry distresu ve většině sociálních situací, které mohou nastat v domácím prostředí. Potvrdily, že kojenci se v této schopnosti navzájem odlišují a že během prvních týdnů života je tato schopnost poměrně stabilní charakteristikou dítěte nezávislou na celkové sumě proplakaného času. Autorky rovněž předpokládaly, že schopnost diferencovat projevy distresu bude velmi úzce propojena s chováním matky. Zjistily, že čím více je dítě schopno diferencovat své projevy dle specifického kontextu, tím méně ho matka ignoruje. Rovněž se ale dá říci, že všímavější matky mají kojence, kteří vykazují diferencovanější reakce dle specifického kontextu (Acebo & Thoman, 1995). Snížená citlivost a vnímavost vůči pláči kojence (v případě tohoto výzkumu čtyřměsíčních až šestměsíčních) může souviset například s depresivitou či pocíťovaným konfliktem mezi pracovní a rodičovskou rolí, a zvýšená citlivost a vnímavost naopak s manželskou spokojeností (Donovan, Leavitt, & Walsh, 1998).

USUZOVÁNÍ NA PŘÍČINU PLÁČE

Rodiče kojenců s excesivním pláčem popisují, že jsou schopni zvládnout pláč dítěte z hladu, ale záchvat excesivního pláče v nich vzbuzuje dojem, že dítě pláče bolestí, což je pro ně příliš těžké. Rodiče se pak cítí bezmocně a zoufale a v důsledku své neschopnosti dítě utišit se pak potýkají s pocity nejistoty, smutku a zlosti (Landgren & Hallstrom, 2011). Pláč dítěte má tedy odlišné charakteristiky dle příčiny, která ho způsobila, či potřeby, kterou signalizuje. Právě prostřednictvím nalezení spouštěče pláče se rodič obvykle snaží pláči porozumět. Pokud se dospělí orientují pouze dle výrazu tváře, tak s narůstajícím věkem dítěte tendence spatřovat příčinu jeho pláče ve velkém distresu klesá (Irwin, 2003). Důležitým vodítkem k rozpoznání příčiny pláče je ale pro dospělého spíše celkový výraz dítěte (Grossman & Lawhon cit. dle Craig et al., 2000) a kontext situace, v níž pláče (Sherman cit. dle Gustafson et al., 2000).

Je snazší rozpoznat příčinu spíše začínajícího než již nějakou dobu trvajícího pláče (Sherman cit. dle Gustafson, Wood, & Green, 2000). Delší pláč s delšími pauzami působí na dospělé více urgentně než kratší pláč s kratšími pauzami (Dessureau, Kurowski, Thompson,

1998), což zřejmě souvisí s faktem, že pláč vyjadřující velké nepohodlí /*high distress*/ dítěte je signifikantně delší než pláč vyjadřující drobnější nepohodlí (Irwin, 2003). Pro rozpoznání příčiny pláče jsou samozřejmě důležité i faciální projevy a celkový výraz dítěte (Grossman & Lawhon cit. dle Craig, Gilbert-MacLeod, & Lilley, 2000). Častým vodítkem při hledání příčiny pláče dítěte bývá též intenzita pláče, přičemž pláči silnější intenzity bývají přisuzovány závažnější příčiny.

U žen má navíc na schopnost rozeznat příčinu pláče pozitivní efekt zkušenost s vlastním mateřstvím (Gustafson & Harris cit. dle Gustafson et al., 2000). Ukazuje se, že matčina schopnost správné interpretace pláče dítěte může být klíčová nejen pro rozvoj jejich vzájemného vztahu, ale přímo i pro další vývoj dítěte. Bylo zjištěno, že děti, jejichž matky dovedly pláč správně interpretovat, v 18 měsících používaly slova 2x až 2,5x častěji (měřeno pomocí The Early Language Inventory) než děti ze skupiny, kde byl mezi pláčem dítěte a matčinou percepcí pláče rozpor, a dosahovaly též signifikantně vyšších skóre v testu mentální zralosti (Lester et al., 1995).

Výzkumný soubor (Worchel & Allen, 1997) byl rozdělen do 4 podskupin. Každou skupinu tvořilo 10 prvorodiček. V 1. skupině byly matky novorozenců narozených v termínu. Do 2. skupiny byly zařazeny matky novorozenců, kteří se narodili předčasně. Ve 3. skupině byly matky šestiměsíčních kojenců narozených v termínu. Ve 4. skupině byly matky šestiměsíčních kojenců, kteří se narodili předčasně. Za předčasně narozené byly považovány děti narozené před 37. týdnem gestačního věku a s hmotností pod 2500 gramů. Podnětovým materiálem byly nahrávky pláče signalizujícího hlad a nahrávky pláče reagujícího na bolest. Nahrávky pláče signalizujícího hlad byly pořízeny těsně před dobou obvyklého krmení dítěte. Nahrávky pláče reagujícího na bolest byly pořízeny při odebírání krve z paty. Nahrán byl pláč novorozenců narozených předčasně i pláč novorozenců narozených v očekávaném termínu. Ani v jednom případě se však nejednalo o děti matek, které se zúčastnily studie. Na každé nahrávce byly 2 ukázky od každého z výše zmiňovaných typů pláče dětí narozených v termínu i předčasně narozených dětí (celkem tedy 8 nahrávek). Nahrávky byly řazeny náhodně, ale byly všem matkám prezentovány ve stejném pořadí. Po poslechu nahrávek respondentky odpovídaly na sadu otázek o pláči a jeho předpokládaných příčinách. V této studii bylo zjištěno, že většina matek byla schopná lépe rozpoznat příčinu pláče donošených než předčasně narozených dětí. Respondentkám se též lépe dařilo rozpoznat pláč signalizující hlad než pláč signalizující bolest. Též jistota matek, že pláč hodnotily správně, byla u těchto typů pláče vyšší. V posuzování pláče předčasně narozených dětí selhávaly častěji matky, které též měly předčasně narozené dítě. U matek předčasně narozených dětí se objevila zajímavá souvislost mezi délkou poporodní hospitalizace dítěte a matčinou schopností správně identifikovat příčinu pláče dětí na nahrávkách. Matky, jejichž děti byly v hospitalizovány déle než 3 týdny, měly větší obtíže se správným rozpoznáváním příčiny pláče

na nahrávkách, než matky, jejichž děti byly hospitalizovány maximálně do 3 týdnů po narození (Worchel & Allen, 1997). Nabízí se interpretace, zda u matek prožívajících dlouhodobé odloučení od svého novorozence nedochází v důsledku stresu k vyhasnutí schopnosti intuitivně rozumět pláči dítěte (pokud by tato schopnost byla instinktivní) či zda není odloučením od dítěte promeškána doba během níž se matka učí pláči dítěte rozumět. Toto riziko může být významné zejména u prvorodiček (které tvořily výzkumný soubor), neboť jinou zkušenost s vlastním mateřstvím a rozpoznáváním příčin pláče dítěte tyto ženy dosud neměly.

VNÍMANÉ ROZDÍLY V PROJEVECH KOJENCŮ V ZÁVISLOSTI NA POHLAVÍ

Rychlost, s jakou matka na pláč dítěte reaguje, může záviset mimo jiné i na pohlaví dítěte. Matky tříměsíčních dráždivých kojenců mají tendenci reagovat rychleji na pláč dítěte ženského než na pláč dítěte mužského pohlaví (Crockenberg & Smith, 2002). Ve studii týkající se starších dětí, přesněji řečeno dětí v předškolním věku, bylo zjištěno, že souvislost mezi negativní emocionalitou dítěte a reakcí matky může být moderována interakcí mezi stresem matky a pohlavím dítěte (Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, & Peetsma, 2008). U matek chlapců se vyšší míra negativní emocionality dítěte pojila s citlivější reakcí matky pouze v případě, že matka zároveň zažívala nižší míru rodičovského stresu. Naopak u matek dívek se citlivější reakce matek na negativní projevy emocí dítěte pojila s vyšší zažívanou mírou rodičovského stresu.

S pohlavím dítěte bývají obvykle spojena různá společenská očekávání, která se mohou promítat do různé míry posilování či potlačování určitých projevů dítěte. Často popisované mezipohlavní rozdíly v projevech temperamentu tedy mohou být i důsledkem společenských očekávání promítnutých do výchovy dítěte (Hinde 1989 cit. dle Gartstein, Slobodskaya, & Kinsht, 2003). Rodiče obojího pohlaví uvádějí, že kontrolování emocí vyžadují spíše od svých synů než od dcer Block 1980 cit. dle Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998). U předškolních dětí se rodiče tlak směřující k redukci „zbytečného“ pláče snaží vyvíjet více na chlapce než na dívky (Roberts cit. dle Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998). Též projevy strachu bývají u rodičů potlačovány spíše u chlapců než u dívek (Casey & Fuller cit. dle Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998).

V závislosti na pohlaví dítěte mohou být rozdílná nejen očekávání od dítěte, ale lišit se může i význam, který je jejich projevům přisuzován. Vyšší míra aktivity bývá tradičně přisuzována chlapcům (Campbell & Eaton, 1999 cit. dle Gartstein, Slobodskaya, & Kinsht, 2003). Naopak dívkám bývá přisuzováno spíše submisivní chování (Chaplin, Cole & Zahn-Waxler, 2005).

Stereotypy ve vnímání a interpretaci projevů chlapců a dívek byly nalezeny i v případě posuzování kojeneckého pláče. Není-li známo pohlaví dítěte, jehož pláč je posuzován, je pláč domnělých dívek posuzován spíše jako smutný a bázlivý, zatímco pláč domnělých chlapců spíše jako zlostný (Condry & Condry, 1976 cit. dle Brody, 1997). Pokud bylo dítě v kojeneckém věku označeno jako chlapec, měli muži i ženy tendenci hodnotit jeho projevy jako více radostné, než bylo-li jim řečeno, že se jedná o dívku (Condry & Condry, 1976). Tento rozdíl byl zjevnější, pokud byli posuzovateli chování dítěte muži, což naznačuje, že stereotypní posuzování projevů chlapců a dívek může být ovlivněno i pohlavím posuzovatele. Svou roli hraje ale i to, zda má posuzovatel již nějakou zkušenost s dětmi.

Ve studii Johna a Sandry Condryových (Condry & Condry, 1976) vnímali muži s větší předchozí zkušeností s dětmi mezi projevy domnělých dívek a chlapců v kojeneckém věku více genderově stereotypních rozdílů než muži s menší předchozí zkušeností s dětmi. U žen byl efekt předchozí zkušenosti s dětmi opačný. Ženy, které měly větší předchozí zkušenost s dětmi, měly tendenci hodnotit emocionální projev domnělých dívek jako výraznější než projev domnělých chlapců.

POCITY Z KOJENECKÉHO PLÁČE A REAKCE NA KOJENECKÝ PLÁČ

Už během 1. měsíce života dítěte mohou některé matky považovat pláč kojence za záměrný a domnívat se, že je způsoben nevychovaností dítěte (Murray, 1998). Negativní pocity spojené s vnímáním pláče dítěte matkou bývají spojovány s primiparitou, vyšším věkem matky, vyšším počtem neurotických charakteristik a negativním hodnocením celkové kondice (psychického i fyzického stavu) v těhotenství (Cuisinier, Janssen, de Graauw, & Hoogduin, 1998). Důležitá je ale samozřejmě i doba, kterou dítě propláče. Čím delší dobu za den dítě propláče, tím spíše bude jeho matka vnímat jeho pláč jako problematický (Cuisinier et al., 1998).

Subjektivní reprezentace dítěte a jeho projevů jsou pro chování matky k dítěti důležitější než objektivní charakteristiky dítěte a jeho pláče (Donovan et al., 1998). Tyto reprezentace jsou značně ovlivněny jejími osobnostními specifiky a dalšími psychosociálními faktory, které na ni působí. Tendence vnímat pláč kojence jako manipulativní roste především s mírou svědomitosti a zásadovosti rodiče a naopak klesá s na dítě orientovanými */infant-centered/* a flexibilními výchovnými postoji (Zeifman, 2003).

Pocity spojované s vnímáním kojeneckého pláče mohou ovlivňovat nejen aktuální reakce na pláč dítěte, i další vztah mezi matkou a dítětem a to, jak matka hodnotí temperament svého

dítěte. Ženy, které pociťovaly v reakci na pláč na nahrávkách více averze, hodnotily později temperament svého vlastního dítěte negativněji (Pedersen, Huffman, delCarmen, & Bryan, 1996). Též matky, které se ve 4-9 týdnech po narození dítěte cítily dítětem odmítány, popisovaly své dítě o 10 týdnů později signifikantně negativněji než ostatní matky (Pauli-Pott et al., 2000).

Dle Johna Bowlbyho je kojenecký pláč typem chování, který matku nutí být svému dítěti nablízku, což napomáhá procesu vzniku a organizace citové vazby (Bowlby, 1969/1997). Kojenecký pláč dělit lze dle některých autorů dělit na takzvané attachmentový a neattachmentový pláč (Hubbard & Van IJzendoorn, 1991). Attachmentový pláč zahrnuje pláč, který potřebuje reakce pečující osoby – například pláč signalizující hlad či bolest. Neattachmentový pláč je pak naproti tomu takový pláč, který promptní reakci pečující osoby nevyžaduje a který signalizuje spíše mírné nepohodlí dítěte. Autoři studie soudí, že chybějící odezva pečující osoby na takový typ pláče může dítě vést k rozvíjení strategií, jak se se situací samo vyrovnat. S odkazem na jinou studii (Belsky, Rovine & Taylor cit. dle Hubbard & Van IJzendoorn, 1991) pak uvádějí, že takovou situaci může být například pláč dítěte, které chce změnit polohu, ale zatím to neumí. Neobrácení dítěte v takové situaci může u dítěte stimulovat vývoj motorických dovedností. Důležitou souvislostí výskytu kojeneckého pláče je tedy samozřejmě i to, zda na pláč kojence rodič reaguje, s jakou rychlostí a jakým způsobem.

Reakci dospělého na kojenecký pláč ovlivňují objektivní charakteristiky pláče, jakými jsou výška pláče a doba jeho trvání (Dessureau, Kurowski, & Thompson, 1998), ale i subjektivní charakteristiky pláče, jakými jsou odhadovaná příčina pláče a subjektivní hodnocení pláče dospělým. Tendence reagovat na pláč dítěte s citlivostí a pochopením roste se zároveň schopností empatie (Zeifman, 2003). Souvislost ale poněkud překvapivě nebyla nalezena mezi reakcí na pláč a úzkostností a depresivitou matky (Pedersen, Huffman, de Carmen, & Bryan, 1996).

Reakce na kojenecký pláč se odlišují v rychlosti, s jakou je na pláč reagováno (a zda vůbec). Různý je samozřejmě ale i způsob, jak na pláč dítěte rodiče reagují. Způsob reakce na pláč vychází částečně z obecných přesvědčení a postojů k výchově, ale i z percepce pláče a jeho předpokládané příčiny. Ve studii, v níž byly matkám donošených a nedonošených dětí prezentovány nahrávky pláče, bylo zjištěno, že by matky nejvíce pozornosti věnovaly pláči, který dle jejich názoru signalizoval bolest (Worchel & Allen, 1997). Takovýto druh pláče matky nejvíce pudil dítě zvednout a snažit se příčinu pláče řešit.

Obdobně jako způsob celkové péče o kojence a interakce s ním, lze i v reakci na pláč nalézt kulturní specifika. V případě již několikrát zmiňovaného národa Samů je nejtypičtější reakcí na pláč kojenců taktilní nebo orální tišení (Kruger & Konner, 2010). Během doby, kdy dítě pláče, je

mu nějaká forma tišení poskytována průměrně každé 3 vteřiny. Orálním tišením je myšleno především nabídnutí prsu. Kojení je tedy u Sanů běžně využíváno nejen k nakrmení dítěte, ale též k jeho tišení a též jako možnost příjemné interakce s matkou. Děti Sanů proto bývají kojeny mnohem více než je tomu zvykem v naší kultuře, obvykle vícekrát během každé hodiny (Konner & Worthman cit. dle Kruger & Konner, 2010).

VIDEODOTAZNÍK KOJENECKÉHO PLÁČE – PŘEDSTAVENÍ METODY

Hlavním tématem této studie je vnímání kojeneckého pláče. V této kapitole bude popsána metoda, která byla pro zjištění percepce kojeneckého pláče matkou využita ve zde prezentovaném výzkumu.

Pro zjištění percepce kojeneckého pláče matkou byla vytvořena metoda Videodotazník kojeneckého pláče (VKP). Dotazník se skládal ze 2 subtestů – Charakteristiky kojeneckého pláče (CHKP) a Pocity z kojeneckého pláče (PKP). Oba subtesty zjišťují subjektivní vnímání kojeneckého pláče prostřednictvím popisu pláče dítěte na videonahrávce a prostřednictvím popisu pocitů, které v ní tento pláč vyvolává.

Dotazník byl inspirován metodou Debry M. Zeifmanové (2003). Zeifmanová ve svém výzkumu zjišťujícím reakce dospělých na pláč kojence použila videonahrávku čtyřtýdenního kojence a poskytla respondentům dotazník postavený na bázi sedmibodové Lickertovy škály, na níž měli respondenti označit míru výstižnosti 7 adjektiv popisujících pláč kojence (v originále jimi byly: *grating, urgent, piercing, aversive, compelling, manipulative, spoiled*) a 9 adjektiv popisujících jejich emocionální reakce na tento pláč (v originále se jednalo o adjektiva: *irritated, sympathetic, alarmed, angry, upset, compassionate, distressed, annoyed, tender*).

Oba subtesty dotazníku byly administrovány po zhlédnutí videoukázky s podnětovým materiálem. Podnětovým materiálem byla v případě Videodotazníku kojeneckého pláče videonahrávka zachycující pláč dvacetidenního kojence (délka nahrávky byla 1:57 minut).. Videonahrávka byla vybrána ze serveru Youtube tak, aby zachycovala kojence, který pláče a zároveň je na nahrávce vidět pouze on sám. Pláč zachycený na nahrávce byl velmi nízké intenzity. Jednalo se spíše o projevy rozlady než o intenzivní pláč. Jelikož byl dotazník administrován ženám v období šestinedělí a velmi krátce po něm (respondentky vyplňovaly druhou vlnu dotazníků mezi 4 a 8 týdnů po porodu) a jelikož vzhledem k online dotazování nebylo možné provést po administraci dotazníku debriefing, byl vybrán takový druh pláče, který by pro respondentky měl představovat co nejmenší zátěž.

Respondentka byla před spuštěním dotazníku úvodní instrukcí požádána, aby si na svém počítači zapnula reproduktory či sluchátka. Na další stránce pak byla umístěna videonahrávka plačícího kojence a dotazník. Po zhlédnutí videoukázky respondentky na sedmibodové Lickertově škále (vůbec nevystihuje - zcela vystihuje) označovaly míru výstižnosti jednotlivých adjektiv a substantiv popisujících pláč dítěte a její pocity z něj.

CHARAKTERISTIKY KOJENECKÉHO PLÁČE – FAKTOROVÁ STRUKTURA

Subtest CHKP obsahoval 33 adjektiv: *pronikavý, naléhavý, utišitelný, bezdůvodný, protivný, usedavý, směšný, způsobený nemocí, silný, rozmazlený, nervy drásající, milý, závažný, hladový, manipulativní, jemný, rozespalý, klidný, vzteklý, běžný, nepříjemný, zoufalý, přirozený, odpudivý, mírný, ječivý, nepochopitelný, bolestný, obtěžující, okouzlující, urgentní, roztomilý, zdravý.*

Data respondentky, která uvedla, že dotazník vyplnila, aniž by si pustila zvuk, a data respondentky, která uvedla, že její odpovědi jsou ovlivněny barvou pleti dítěte, byla v dotazníku CHKP i PKP označena jako chybějící hodnoty.

Pro vytvoření faktorové struktury dotazníku CHKP byla zvolena exploratorní faktorová analýza (metoda PAF) s šikmou rotací os, Oblimin (s potlačením hodnot pod 0,3), která nezahrnuje předpoklad vzájemné nezávislosti jednotlivých faktorů. Dle výsledků Scree plot grafu byl zvolen třífaktorový model. Test vhodnosti vzorku ($KMO = 0,870$) i Bartlettův test sféricity ($p = 0,000$) měly odpovídající hodnoty. Procento vysvětleného rozptylu bylo 47,76.

Na základě faktorové analýzy došlo k vyloučení 4 položek. Položka *způsobený nemocí* byla vyloučena, protože nesytla žádný z faktorů více než 0,3. Dalšími vyloučenými položkami byly položky *nervy drásající, vzteklý* a *ječivý*, které sytily vysoce faktory CHKP *Urgentní* (*nervy drásající* 0,539; *vzteklý* 0,364; *ječivý* 0,401) i CHKP *Protivný* (*nervy drásající* 0,390; *vzteklý* 0,466; *ječivý* 0,466).

První faktor třífaktorového modelu dotazníku Charakteristiky kojeneckého pláče byl nazván *Urgentní* (CHKP *Urgentní*). Škála obsahovala 9 položek: *urgentní, silný, pronikavý, zoufalý, závažný, naléhavý, bolestný, usedavý, hladový*. Hodnota Cronbachovy alfy škály CHKP *Urgentní* byla 0,870.

Druhý faktor třífaktorového modelu dotazníku Charakteristiky kojeneckého pláče byl nazván *Protivný* (CHKP *Protivný*). Škála obsahovala 9 položek: *protivný, obtěžující, rozmazlený, nepochopitelný, nepříjemný, odpudivý, bezdůvodný, manipulativní, směšný*. Hodnota Cronbachovy alfy škály CHKP *Protivný* byla 0,836. Položka *směšný* sytla (- 0,311) i faktor CHKP *Urgentní*. Jelikož by ale po vyloučení položky nedošlo ke zvýšení reliability škály (hodnota Cronbachovy alfy by klesla na 0,829), byla tato položka ve škále CHKP *Protivný* zachována.

Třetí faktor třífaktorového modelu dotazníku Charakteristiky kojeneckého pláče byl nazván *Roztomilý* (*CHKP Roztomilý*). Škála obsahovala 11 položek: *roztomilý, jemný, milý, okouzlující, klidný, zdravý, mírný, přirozený, běžný, utišitelný, rozespalý*. Hodnota Cronbachovy alfy škály *CHKP Roztomilý* byla 0,868.

Tabulka faktorové zátěže dotazníku *CHKP* je uvedena v Příloze 1. V tabulce níže jsou uvedeny popisné statistiky jednotlivých faktorů dotazníku *CHKP*.

Popis jednotlivých faktorů dotazníku CHPK

Tabulka 6

	CHKP Urgentní	CHKP Protivný	CHKP Roztomilý
průměr	2,77	2,14	3,79
SD	1,19	0,96	1,12
medián	2,56	1,89	3,82
minimum	1	1	1
maximum	6,33	6,33	6,64
zešikmení	0,72	1,23	- 0,191
strmost	0,06	1,73	- 0,541
Cronbachova alfa	0,870	0,836	0,868
počet položek	9	9	11
N	276	276	276

Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro faktor *CHKP Urgentní* byla 0,096 (df = 276; p = 0,000). Normální rozložení dat tedy nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze ale předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží. Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro faktor *CHKP Protivný* byla 0,117 (df = 276; p = 0,000). Normální rozložení dat tedy nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží. Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro faktor *CHKP Roztomilý* byla 0,065 (df = 276; p = 0,007). Normální rozložení dat tedy nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží.

POCITY Z KOJENECKÉHO PLÁČE – FAKTOROVÁ STRUKTURA

Druhým subtestem Videodotazníku kojeneckého pláče byl dotazník Pocity z kojeneckého pláče (PKP). Způsob administrace byl stejný jako u výše popsaného dotazníku CHKP. Po zhlédnutí videoukázky respondentky na sedmibodové Lickertově škále (vůbec nevystihuje - zcela vystihuje) označovaly míru výstižnosti jednotlivých substantiv popisujících pocity a reakce, které by v nich pláč dítěte mohl vyvolávat. Subtest PKP obsahoval 28 substantiv: *podráždění, znepokojení, vztek, naštvaní, rozrušenost, soucit, zoufalství, roztrpčenost, něha, nervozita, obava, fyzická nevolnost, neklid, úzkost, pochopení, bezmoc, lhostejnost, strach, znechucení, rozporuplné pocity, pocit vlastní neschopnosti, starost, odpor, snaha pomoci, apatie, bezradnost, láska, přijetí*. Instrukce k dotazníku PKP zněla: „*Přestože jsou všechny níže uvedené pocity a reakce přirozené, některé budou právě těm Vaším odpovídat více, jiné méně, protože v každém z nás vyvolává pláč dítěte jiné pocity a aktivuje v nás jiné reakce. Prohlédněte si celou videoukázku a označte prosím, do jaké míry následující slova vystihují pocit či reakci, které pláč kojence z nahrávky vyvolává právě ve Vás (Každé ze slov by mohlo být součástí věty: Když vidím a slyším plakat dítě na této nahrávce, cítím.....).*“

Pro vytvoření faktorové struktury dotazníku PKP byla zvolena exploratorní faktorová analýza (metoda PAF) s šikmou rotací os, Oblimin (s potlačením hodnot pod 0,3), která nezahrnuje předpoklad vzájemné nezávislosti jednotlivých faktorů. Dle výsledků Scree plot grafu byl zvolen třífaktorový model. Test vhodnosti vzorku ($KMO = 0,874$) i Bartlettův test sféricity ($p = 0,000$) měly odpovídající hodnoty. Procento vysvětleného rozptylu bylo 51,71.

Na základě faktorové analýzy byly vyloučeny 3 položky. Vyloučena byla položka *starost*, která sytila faktor PKP *Úzkost* (0,454) i faktor PKP *Něha* (0,432). Dalšími vyloučenými položkami byly položky *roztrpčenost* a *podráždění*, které sytily faktory PKP *Úzkost* (*roztrpčenost* 0,373; *podráždění* 0,301) a PKP *Znechucení* (*roztrpčenost* 0,403; *podráždění* 0,315).

První faktor třífaktorového modelu dotazníku Pocity z kojeneckého pláče byl nazván *Znechucení* (PKP *Znechucení*). Škála měla 7 položek: *znechucení, odpor, apatie, lhostejnost, naštvaní, vztek, fyzická nevolnost*. Cronbachova alfa je 0,836.

Druhý faktor třífaktorového modelu dotazníku Pocity z kojeneckého pláče byl nazván *Úzkost* (PKP *Úzkost*). Škála měla 12 položek: *úzkost, obava, zoufalství, bezmoc, nervozita, neklid, strach, bezradnost, znepokojení, rozrušenost, pocit vlastní neschopnosti, rozporuplné pocity*. Hodnota Cronbachovy alfy škály PKP *Úzkost* byla 0,887.

Třetí faktor třífaktorového modelu dotazníku Pocity z kojeneckého pláče byl nazván *Něha* (PKP *Něha*). Škála měla 6 položek: *něha, přijetí, láska, soucit, pochopení, snaha pomoci*. Hodnota Cronbachovy alfy škály PKP *Něha* byla 0,858.

Tabulka faktorové zátěže dotazníku PKP je uvedena v Příloze 2. V tabulce níže jsou uvedeny popisné statistiky jednotlivých faktorů dotazníku PKP.

Popis jednotlivých faktorů dotazníků PKP

Tabulka 7

	PKP Znechucení	PKP Úzkost	PKP Něha
průměr	1,40	3,11	5,09
SD	0,69	1,23	1,37
medián	1	3,17	5,50
minimum	1	1	1
maximum	4,2	6,08	7
zešikmení	2,24	0,24	- 1,00
strmost	4,73	- 0,62	0,74
Cronbachova alfa	0,836	0,887	0,858
počet položek	7	12	6
N	285	285	285

Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro faktor *PKP Znechucení* byla 0,281 (df = 285; p = 0,000). Normální rozložení dat tedy nelze potvrdit. Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro faktor *PKP Úzkost* byla 0,054 (df = 285; p = 0,040). Normální rozložení dat tedy nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží. Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov pro faktor *PKP Něha* byla 0,129 (df = 285; p = 0,000). Normální rozložení dat tedy nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží.

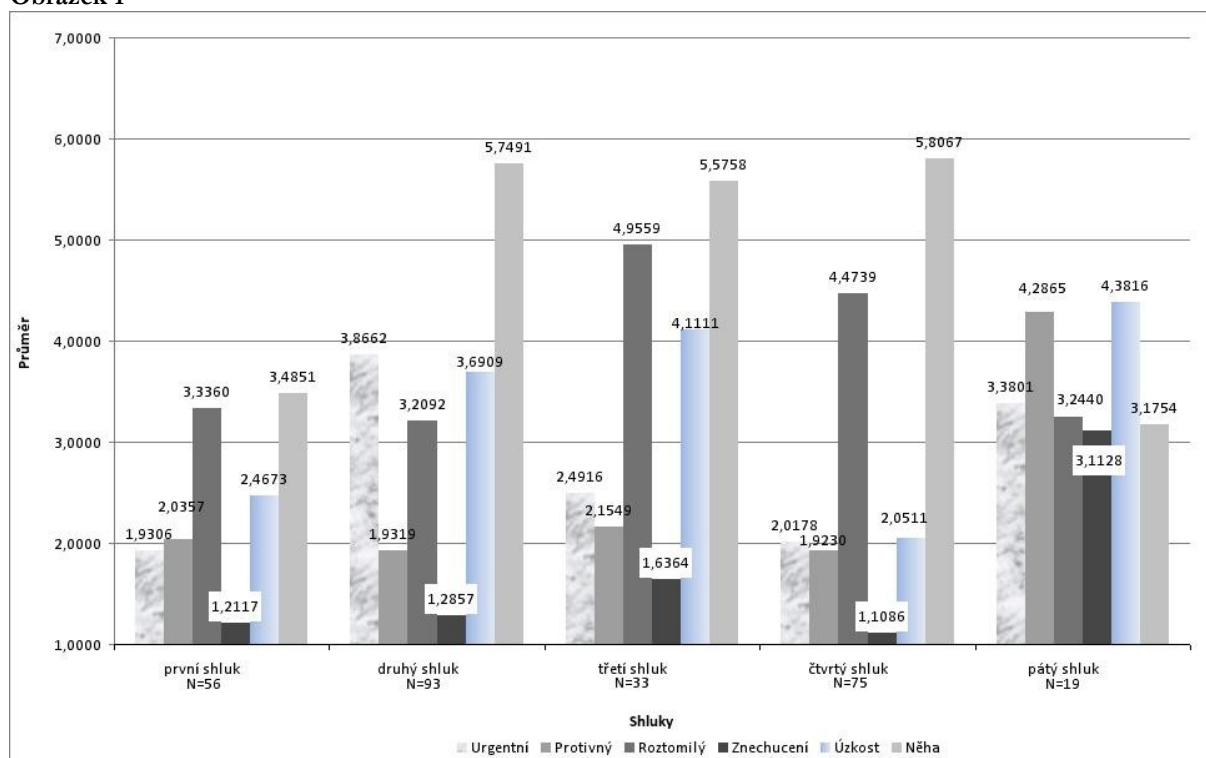
VIDEODOTAZNÍK KOJENECKÉHO PLÁČE – SHLUKOVÁ ANALÝZA

Z výše popsaného Videodotazníku kojeneckého pláče byly využity nejen jednotlivé škály jeho subtestů Charakteristiky kojeneckého pláče a Pocity z kojeneckého pláče, ale na celém dotazníku též byla provedena shluková analýza. Cílem této analýzy bylo zjistit, zda existovaly nějaké „vzorce“ odpovědí v jednotlivých škálách tohoto dotazníku.

Shluková analýza VKP byla provedena na souboru 276 respondentek. Pro měření vzdálenosti byl použita čtverec euklidovské vzdálenosti. Pro tvorbu shluků VKP byla zvolena metoda Ward, která je založená na optimalizaci homogenity shluků prostřednictvím minimalizace přírůstku celkového vnitroskupinového součtu čtverců odchylek od shlukového průměru (centroidu). Proces shlukování vyjádřený dendogramem je uveden v Příloze 3.

Na níže uvedeném obrázku jsou průměrné hodnoty dosažené respondentkami z jednotlivých shluků VKP na jednotlivých škálách CHKP a PKP vyjádřeny graficky.

Obrázek 1



První shluk VKP

První shluk byl tvořen 56 respondentkami. Hodnoty na škále *CHKP Urgentní* byly pro tento shluk od 1 do 3,56, s průměrem na hodnotě 1,93 (SD = 0,67; medián = 2). Na škále *CHKP Protivný* dosahovala data hodnot od 1 do 4,44, s průměrem na hodnotě 2,04 (SD = 0,92; medián = 1,89). Hodnoty škály *CHKP Roztomilý* se pohybovaly od 1 do 5,36, s průměrem na hodnotě 3,34 (SD = 1,02; medián = 3,41).

Data na škále *PKP Znechucení* nabývala hodnot od 1 do 2,14, s průměrem na hodnotě 1,21 (SD = 0,32; medián = 1). Na škále *PKP Úzkost* nabývala data hodnot od 1 do 5,58, s průměrem na hodnotě 2,47 (SD = 1,13; medián = 2,33). Data na škále *PKP Něha* nabývala hodnot od 1 do 5,17, s průměrem na hodnotě 3,49 (SD = 1,20; medián = 3,67).

Druhý shluk VKP

Druhý shluk tvořilo 93 respondentek. Data na škále *CHKP Urgentní* nabývala hodnot od 1,56 do 6,33, s průměrem na hodnotě 3,87 (SD = 1,01; medián = 3,78). Data na škále *CHKP Protivný* nabývala hodnot od 1 do 4,33, s průměrem na hodnotě 1,93 (SD = 0,75; medián = 1,78). Data na škále *CHKP Roztomilý* nabývala hodnot od 1,27 do 5,45, s průměrem na hodnotě 3,21 (SD = 0,90; medián = 3,36).

Data na škále *PKP Znechucení* nabývala hodnot od 1 do 2,86, s průměrem na hodnotě 1,29 (SD = 0,42; medián = 1). Data na škále *PKP Úzkost* nabývala hodnot od 1,42 do 6,08, s průměrem na hodnotě 3,69 (SD = 0,97; medián = 3,58). Data na škále *PKP Něha* nabývala hodnot od 3,5 do 7, s průměrem na hodnotě 5,75 (SD = 0,81; medián = 5,67).

Třetí shluk VKP

Třetí shluk tvořilo 33 respondentek. Data na škále *CHKP Urgentní* nabývala hodnot od 1 do 4,56, s průměrem na hodnotě 2,49 (SD = 0,68; medián = 2,67). Data na škále *CHKP Protivný* nabývala hodnot od 1,11 do 3,67, s průměrem na hodnotě 2,15 (SD = 0,69; medián = 2). Data na škále *CHKP Roztomilý* nabývala hodnot od 3,45 do 6,27 (SD = 0,58; medián = 4,91).

Data na škále *PKP Znechucení* dosahovala hodnot od 1 do 3,71, s průměrem na hodnotě 1,64 (SD = 0,87; medián = 1,14). Data na škále *PKP Úzkost* dosahovala hodnot od 2,58 do 5,92, s průměrem na hodnotě 4,11 (SD = 0,73; medián = 4). Data na škále *PKP Něha* dosahovala hodnot od 3,83 do 7, s průměrem na hodnotě 5,58 (SD = 0,89; medián = 5,67).

Čtvrtý shluk VKP

Čtvrtý shluk tvořilo 75 respondentek. Data na škále *CHKP Urgentní* dosahovala hodnot od 1 do 3,67, s průměrem na hodnotě 2,02 (SD = 0,62; medián = 2,11). Data na škále *CHKP Protivný* dosahovala hodnot od 1 do 3,67, s průměrem na hodnotě 1,92 (SD = 0,60; medián = 1,89). Data na škále *CHKP Roztomilý* dosahovala hodnot od 2,55 do 6,64, s průměrem na hodnotě 4,47 (SD = 0,86; medián = 4,55).

Data na škále *PKP Znechucení* dosahovala hodnot od 1 do 2,14, s průměrem na hodnotě 1,11 (SD = 0,23; medián = 3,14). Data na škále *PKP Úzkost* dosahovala hodnot od 1 do 3,33, s průměrem na hodnotě 2,05 (SD = 0,58; medián = 2,08). Data na škále *PKP Něha* dosahovala hodnot od 4,67 do 7, s průměrem na hodnotě 5,81 (SD = 0,66; medián = 5,83).

Pátý shluk VKP

Pátý shluk tvořilo 19 respondentek. Data na škále *CHKP Urgentní* dosahovala hodnot od 1,56 do 5,56, s průměrem na hodnotě 3,38 (SD = 1,22; medián = 3,22). Data na škále *CHKP Protivný* dosahovala hodnot od 2,44 do 6,33, s průměrem na hodnotě 4,29 (SD = 0,91; medián = 4,22). Data na škále *CHKP Roztomilý* dosahovala hodnot od 1,73 do 5,64, s průměrem na hodnotě 3,24 (SD = 1,13; medián = 3).

Data na škále *PKP Znechucení* dosahovala hodnot od 1,43 do 4,29, s průměrem na hodnotě 3,11 (SD = 0,87; medián = 3,14). Data na škále *PKP Úzkost* dosahovala hodnot od 2,33 do 6,08, s průměrem na hodnotě 4,38 (SD = 0,96; medián = 4,33). Data na škále *PKP Něha* dosahovala hodnot od 1 do 5,83, s průměrem na hodnotě 3,18 (SD = 1,29; medián = 3,17).

SOUVISLOST JEDNOTLIVÝCH SHLUKŮ VIDEODOTAZNÍKU KOJENECKÉHO PLÁČE S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ – ANALÝZA DAT

Po vytvoření výše popsáných shluků VKP bylo ověřováno, zda existuje souvislost mezi jednotlivými shluky VKP a popisovanou plačtivostí kojence vyjádřenou proměnnými doba pláče za den, délka průměrné epizody pláče a délka nejdelší epizody pláče. Vzhledem k tomu, že rozložení dat v rámci těchto proměnných nebylo normální, byl pro porovnání hodnot popisované plačtivosti v jednotlivých shlucích VKP použit Kruskal-Wallisův test.

Doba pláče za den v jednotlivých shlucích VKP

Tabulka 8

	první shluk	druhý shluk	třetí shluk	čtvrtý shluk	pátý shluk
M	2,1	1,62	1,47	1,45	2,58
SD	1,93	1,43	1,13	1,09	1,22
medián	1,5	1	1	1	2,5
minimum	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
maximum	10	8	5,5	5,5	4,5
N	55	93	33	75	19

Pro proměnnou *doba pláče za den* byla hodnota Kruskal-Wallisova testu 15,430 ($df = 4$; $p = 0,004$). Jednotlivé shluky VKP se tedy lišily v mediánech proměnné *doba pláče za den*. Z výše uvedené tabulky je patrné, že nejvyššího mediánu *doby pláče za den* (2,5h) dosahovaly respondentky z *pátého shluku VKP*. Nejnižší medián *doby pláče za den* byl shodně zaznamenán ve *druhém, třetím a čtvrtém shluku VKP* a činil 1 hodinu.

Pro proměnnou *délka průměrné epizody pláče* byla signifikance Kruskal-Wallisova testu těsně nad hranicí statistické významnosti ($p = 0,051$). Jednotlivé *shluky VKP* se tedy v proměnné *délka průměrné epizody pláče* statisticky významně nelišily.

Délka nejdelší epizody pláče v jednotlivých shlucích VKP

Tabulka 9

	první shluk	druhý shluk	třetí shluk	čtvrtý shluk	pátý shluk
M	18,63	17,82	15,41	13,79	20,74
SD	17,22	23,46	16,31	13,23	10,92
medián	15	10	10	10	20
minimum	0	0,5	2	1	4
maximum	90	120	90	60	45
N	54	93	33	75	19

Pro proměnnou *délka nejdelší epizody pláče* byla hodnota Kruskal-Wallisova testu 11,797 ($df = 4$; $p = 0,019$). Jednotlivé shluky VKP se tedy lišily v mediánech proměnné *délka nejdelší epizody pláče*. Z výše uvedené tabulky je patrné, že nejvyššího mediánu v proměnné *délka nejdelší epizody pláče* dosahovaly respondentky z *pátého shluku VKP*. Medián *délky nejdelší epizody pláče* činil v *pátém shluku VKP* 20 minut. Nejnižší medián *délky nejdelší epizody pláče* byl shodně zaznamenán ve *druhém, třetím a čtvrtém shluku VKP* a činil 10 minut.

Výše uvedené výsledky naznačují, že z hlediska percepce kojeneckého pláče je nejzajímavější *pátý shluk VKP*. Respondentky v tomto shluku dosahovaly na všech škálách VKP, s výjimkou škály *CHKP Roztomilý* a *PKP Něha*, spíše vyšších skóre. Kojenci matek z tohoto shluku zároveň proplakali významně více času za den než kojenci matek z jiných shluků VKP a délka jejich nejdelší epizody pláče byla též významně vyšší než u kojenců matek z ostatních shluků. Za povšimnutí jistě stojí i fakt, že nejnižších středních hodnot v proměnných *doba pláče za den* a *délka nejdelší epizody pláče* dosahovaly kojenci respondentek ze shluků, které se vyznačovaly vysokými skóre na škále *PKP Něha*.

VIDEODOTAZNÍK KOJENECKÉHO PLÁČE – SHRNUÍ VÝSLEDKŮ

V předcházejících kapitolách byl představen Videodotazník kojeneckého pláče inspirovaný dotazníkem D. Zeifmanové (2003). Videodotazník kojeneckého pláče měl 2 subtesty – Charakteristiky kojeneckého pláče a Pocity z kojeneckého pláče. Na základě provedené exploratorní analýzy bylo zjištěno, že dotazník *CHKP* se skládal ze 3 faktorů: *CHKP Urgentní*, *CHKP Protivný* a *CHKP Roztomilý*. I u dotazníku *PKP* byla provedenou exploratorní faktorovou analýzou zjištěna existence 3 faktorů: *PKP Úzkost*, *PKP Znechucení* a *PKP Něha*.

Prostřednictvím shlukové analýzy byly respondentky z výzkumného souboru rozděleny do 5 shluků VKP dle toho, jakých skóre dosahovaly na jednotlivých škálách obou subtestů VKP. Respondentky z *pátého shluku VKP* dosahovaly poměrně vysokých skóre na všech škálách kromě škály *CHKP Roztomilý* a *PKP Něha*. *Druhý, třetí a čtvrtý shluk VKP* dosahovaly vysokých skóre na škále *PKP Něha*.

Při porovnání popisované plačtivosti mezi jednotlivými shluky VKP bylo zjištěno, že nejvyšších hodnot popisované plačtivosti dosahovaly respondentky z *pátého shluku VKP*. Nejnižších hodnot v proměnných *popisované plačtivosti* naopak dosahovaly respondentky ze shluků, pro které byly charakteristické i vysoké skóre na škále *PKP Něha*.

OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY MATEK A JEJICH VLIV NA INTERAKCI MATKA-DÍTĚ

Jak bylo naznačeno v předchozích kapitolách, existuje celá řada osobnostních charakteristik matek, které bývají dávány do souvislosti s jejím vnímáním kojeneckého pláče a reakcemi na něj. V následujících kapitolách budou blíže popsány ty, které byly sledovány i v této studii.

ÚZKOSTNOST

Zvýšená úzkostnost a depresivita matky během těhotenství souvisejí s celkovou horší schopností behaviorální regulace dítěte ještě ve 4 měsících jeho věku (Davis et al., 2004). Lze se domnívat, že rysová úzkostnost rodiče může vést k neadekvátním výchovným přístupům, které mohou u dítěte projevy excesivního pláče způsobovat či udržovat. Rysová úzkostnost matky též může způsobovat nejistotu při péči o dítě. Tato nejistota může působit kontraproduktivně při snaze plačící dítě utiшит. Dítě v kojeneckém věku totiž reguluje své chování především prostřednictvím regulace zvenčí – včetně tělesného kontaktu. Nejistota matky projevená i způsobem tělesného kontaktu s dítětem může dítěti spíše než signál k utišení dávat signál k dalšímu pláči. Ve studii zabývající se rodiči předčasně narozených dětí bylo zjištěno, že lépe jsou schopny se svým dítětem interagovat méně úzkostné matky s vyšším dosaženým vzděláním (Zelkowitz, Bardin, & Papageorgiou, 2007). Též u otců je míra jejich úzkostnosti prediktorem kvality jejich interakce s dítětem.

Úzkostnost matky bývá tradičně považována za prediktor či dokonce zvažovanou příčinou excesivního pláče kojence. Bylo zjištěno, že děti se syndromem excesivního pláče mají spíše matky s vyšší mírou rysové úzkostnosti (Clifford et al., 2002). Vzhledem ke způsobu zařazení respondentů v tomto výzkumu do skupiny rodin s excesivně plačícím dítětem však není zřejmé, zda rysová úzkostnost matek přímo souvisí s výskytem syndromu excesivního pláče u jejich dítěte, či zda jen způsobuje, že má matka tendenci své dítě za excesivně plačící považovat. Souvislost rysové úzkostnosti a vyššího výskytu excesivního pláče byla zjištěna i další studií (Canivet et al., 2005), v níž se vyšší riziko výskytu syndromu excesivního pláče u dítěte pojilo zároveň i s obavami rodičů, že by své dítě mohli příliš častým nošením rozmazlit. Syndrom excesivní pláče byl v této studii zjišťován explicitním dotazem, zda dítě dle matčina posouzení splňuje pravidlo.

Na základě výše uvedeného se lze domnívat, že úzkostnost rodiče může ovlivňovat nejen způsob a kvalitu jeho interakce s dítětem, ale i to, jak rodič vnímá pláč svého dítěte, respektive jak velkou míru plačtivosti svého dítěte uvádí a jaké pocity má s kojeneckým pláčem spojené.

RYSOVÁ ÚZKOSTNOST (STAI-T) – ANALÝZA DAT

Ke zjištění úzkostnosti matky byla využita metoda STAI-T /*State Trait Anxiety Inventory – Trait Version*/. STAI-T je sebeposuzovací dotazníková metoda určená zjišťující míru rysové úzkostnosti. Dotazník obsahuje 20 tvrzení, u nichž ženy na čtyřbodové škále (téměř nikdy – někdy – často – téměř vždy) označují obvyklost popsaných pocitů. České znění škály bylo převzato z diplomové práce Bártové (2008), která přeložila Müllnerem (cit. dle Bártová 2008) upravenou verzi testu. Dotazník STAI-T byl součástí baterie metod administrovaných v těhotenství.

V tabulce níže jsou uvedeny popisné statistiky škály STAI-T.

Popis škály STAI

Tabulka 10

STAI	
průměr	2,17
SD	0,42
medián	2,15
minimum	1
maximum	3,5
zešíkmení	0,06
strmost	-0,31
Cronbachova alfa	0,880
počet položek	20
N	310

Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov byla 0,050 (df = 310; p = 0,062). Test tedy potvrzuje, že data na škále STAI-T jsou normálně rozložená.

SOUVISLOST RYSOVÉ ÚZKOSTNOSTI MATKY S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE

Smyslem analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi rysovou úzkostností matky a popisovanou plačtivostí kojence. Jelikož nebyla data proměnných vyjadřujících popisovanou plačtivost normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost rysové úzkostnosti matky s popisovanou plačtivostí dítěte

Tabulka 11

	doba pláče za den	délka průměrné epizody pláče	délka nejdelší epizody pláče
Spearmanovo rho	- 0,003	0,021	- 0,008
signifikance (2-stranná)	0,961	0,722	0,887
95 % CI	-0,116 – 0,11	-0,092 – 0,134	-0,121 – 0,105
N	299	298	298

Z výše uvedené tabulky plyne, že korelace mezi skóry dosaženými na škále STAI-T a proměnnými *doba pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče* nebyly signifikantní. Mezi popisovanou plačtivostí dítěte a rysovou úzkostností matky tedy nebyl nalezen signifikantní vztah.

SOUVISLOST RYSOVÉ ÚZKOSTNOSTI MATKY S PERCEPCÍ KOJENECKÉHO PLÁČE

Smyslem další analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi rysovou úzkostností matky a percepcí kojeneckého pláče. Jelikož nebyla data na jednotlivých škálách VKP normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Tabulka 12

	PKP	PKP	PKP	CHKP	CHP	CHKP
	Znechucení	Úzkost	Něha	Urgentní	Protivný	Roztomilý
Spearmanovo rho	0,140*	0,241**	0,092	0,128*	0,060	- 0,091
signifikance (2-stranná)	0,018	0,000	0,123	0,034	0,317	0,134
95 % CI	0,025 – 0,252	0,129 – 0,347	-0,024 – 0,205	0,011 – 0,242	-0,058 – 0,176	-0,206 – 0,027
N	285	285	285	276	276	276

* korelace je signifikantní na hladině 0,05

** korelace je signifikantní na hladině 0,01

Korelace mezi skóry dosaženými na škále *STAI-T* a škálami *PKP Znechucení* a *CHKP Urgentní* byly signifikantní na hladině 0,05. Korelace se škálou *PKP Úzkost* byla signifikantní na hladině 0,01. Síla těchto vztahů byla slabá (pozitivní směr).

V další analýze bylo zjišťováno, zda mezi jednotlivými shluky VKP existují rozdíly ve skórech rysové úzkostnosti matky.

Hodnoty na škále STAI-T v jednotlivých shlucích VKP

Tabulka 13

	první shluk	druhý shluk	třetí shluk	čtvrtý shluk	pátý shluk
M	2,10	2,21	2,30	2,08	2,35
SD	0,40	0,37	0,42	0,42	0,53
medián	2	2,20	2,30	2,10	2,45
minimum	1,35	1,35	1,30	1	1,45
maximum	2,8	3	3	3,15	3,5
N	56	93	33	75	19

Výsledek testu ANOVA prokázal, že mezi shluky VKP existuje signifikantní rozdíl v průměrech dosažených na škále rysové *STAI-T* ($F(4) = 3,365$; $p = 0,010$). Levenův test nebyl signifikantní ($p = 0,527$) a proto byl zvolen Hochbergův post-hoc test.

Tabulka 14

(I) shluk vytvořený z obou subdotazníků	(J) shluk vytvořený z obou subdotazníků	rozdíl I- J	standardní chyba	p
1	2	-,11736	,06894	,606
	3	-,21017	,08945	,178
	4	,01019	,07199	1,000
	5	-,25451	,10822	,177
	1	,11736	,06894	,606
2	3	-,09282	,08259	,950
	4	,12755	,06326	,365
	5	-,13715	,10262	,864
	1	,21017	,08945	,178
	2	,09282	,08259	,950
3	4	,22036	,08515	,097
	5	-,04434	,11738	1,000
	1	-,01019	,07199	1,000
	2	-,12755	,06326	,365
	3	-,22036	,08515	,097
4	5	-,26470	,10469	,113
	1	,25451	,10822	,177
	2	,13715	,10262	,864
	3	,04434	,11738	1,000
	4	,26470	,10469	,113

* Rozdíl mezi průměry je signifikantní na hladině 0.05

Z post-hoc testu vyplývá, že jednotlivé dílčí rozdíly mezi shluky VKP na škále *STAI-T* byly věcně nízké. Nebyly tedy signifikantní, přestože výsledek testu ANOVA na signifikantní rozdíl mezi shluky VKP ve skórech dosažených na škále *STAI-T* ukazoval. Hodnota η^2 byla 0,047. Pro zjištění existence rozdílů mezi shluky VKP na škále *STAI-T* byl tedy proveden i Kruskal-Wallisův test.

Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 12,405 ($df = 4$; $p = 0,015$). Mezi shluky VKP byl tedy rozdíl v mediánech na škále *STAI-T*. Opakovaně se tedy potvrdila existence rozdílu mezi shluky VKP na škále *STAI-T*. Z výsledků provedených testů nelze určit, které shluky VKP se na škále *STAI-T* statisticky významně liší. Z deskriptivních statistik lze pouze určit, že nejvyšších hodnot mediánu i průměru na škále *STAI-T* dosáhl *pátý shluk VKP*. Nejnižšího mediánu na škále *STAI-T* dosáhl *první shluk VKP*, nejnižšího průměru dosáhl *čtvrtý shluk VKP*.

RYSOVÁ ÚZKOSTNOST (STAI-T) – SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ

S využitím škály *STAI-T* nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi rysovou úzkostností matky a popisovanou plačtivostí kojence. Statisticky významná (byť věcně slabá) souvislost naopak byla nalezena mezi rysovou úzkostností matky a skóry na škálách *CHKP Urgentní*, *PKP Znechucení* a *PKP Úzkost*. Čím vyšších skóreů tedy matky dosahovaly na škále rysové úzkostnosti, tím větší měly tendenci popisovat pláč neznámého kojence na nahrávce jako urgentní a reagovat na tento pláč pocity znechucení a úzkosti.

Při porovnání skóreů dosažených na škále *STAI-T* mezi jednotlivými shluky VKP byla potvrzena existence rozdílu mezi shluky VKP na škále *STAI-T*. Z výsledků provedených testů ale nebylo možné určit, které shluky VKP se na škále *STAI-T* statisticky významně lišily. Z deskriptivních statistik vyplynulo, že nejvyšších hodnot mediánu i průměru na škále *STAI-T* dosáhl *pátý shluk VKP*. Nejnižšího mediánu na škále *STAI-T* dosáhl *první shluk VKP*, nejnižšího průměru dosáhl *čtvrtý shluk VKP*.

DEPRESIVITA

Depresivita matky bývá spojována s velkým množstvím psychosociálních rizik. Matky s větším počtem depresivních příznaků vnímají své dítě jako obtížněji zvládnutelné, hodnotí své manželství jako méně šťastné, zažívají více konfliktů mezi návratem do zaměstnání a péčí o dítě, pocítují nižší sociální oporu (Donovan et al., 1998). Obecně lze říci, že se depresivita pojí s automatickými negativními myšlenkami (MacLeod & Mathews cit. dle Pearce & Ayers, 2005). Již z této skutečnosti plyne hypotéza, že by depresivita matky prostřednictvím negativních očekávání od dítěte mohla ovlivňovat vnímání projevů dítěte i interakce s ním. S negativní percepcí dítěte a vztahu s ním souvisí i celková míra hostility matky, která zároveň vysoce koreluje s mírou její depresivity (Sokolowski et al., 2007).

Vzhledem k existenci tzv. poporodní deprese, je důležitá i doba, kdy byla depresivita zjišťována (zda v průběhu těhotenství nebo až po narození dítěte). Nebyla nalezena souvislost mezi depresivitou v těhotenství a pozdější kvalitou vztahu mezi matkou a dítětem, tato souvislost ale byla nalezena u poporodní deprese, která naopak kvalitu vztahu mezi matkou a dítětem významně ovlivňuje (Pearce & Ayers, 2005).

Vznik deprese je podmíněn mnoha faktory. Větší riziko rozvoje deprese mají ženy, které se cítí ponechány v krizi někým z významných druhých /*significant other*/ (Brown et al. cit. dle Pearce

& Ayers, 2005). Necítí-li tedy žena při řešení zvýšené plačtivosti svého dítěte podporu a pomoc ze strany svých blízkých, může být rozvojem deprese taktéž více ohrožena. Bradley N. Gaynes (Gaynes et al., 2005) na základě metanalýzy 30 studií udává, že prevalence závažné depresivní fáze /*major depression*/ je v průběhu těhotenství (v závislosti na stadiu těhotenství) 3,1 % - 4,9 % a v případě závažné i mírné depresivní fáze /*minor depression*/ 8,5 % - 11,0 %.

Carol Andersonová a kol. (2006) se zabývala příčinami obtížného získání matek s nižšími příjmy pro spolupráci se zdravotnickým zařízením, které jim nabídlo pomoc při řešení jejich zvýšené úzkostnosti a depresivity. V rozhovorech tyto ženy uváděly, že své emocionální problémy považují za reakci na svou životní situaci a že ze svého pohledu tedy potřebují pomoci spíše s těmito životními okolnostmi, než s tím, co považují až za následek. Jednou z životních okolností, které matky ve výzkumu Andersonové (Anderson et al., 2006) považovaly za příčinu svých emocionálních obtíží, byly obtíže spojené s výchovou dítěte. Tyto matky dle svých slov nepotřebují pomoci se svou depresí či úzkostností, ale potřebují pomoci zvládat výchovu svého dítěte, případně též považují za nevhodné upřednostňovat řešení svých potíží před řešením potíží svého dítěte.

Výše uvedená tvrzení matek podporují závěry z další studie, v níž bylo zjištěno, že behaviorální charakteristiky novorozence mohou být významným prediktorem vzniku poporodní deprese u matky nezávisle na ostatních faktorech, které jsou pro vznik poporodní deprese považovány za rizikové (Sutter-Dallay, Murray, Glatigny-Dallay, & Verdoux, 2003). Čím hůře dítě skóruje na škále novorozenecké orientace /*neonatal orientation performance*/ v Brazeltonově novorozenecké škále, tím větší je riziko, že bude u jeho matky v 6 týdnech po porodu zaznamenána poporodní deprese.

Vztah mezi depresivitou matek a chováním novorozenců byl nalezen ale i v opačném směru a behaviorální charakteristiky novorozenců lze tedy i predikovat z míry depresivity, kterou matka trpí v těhotenství. Bývá například uváděno, že novorozenci matek, které v těhotenství vykazovaly zvýšenou míru depresivní symptomatologie, jsou méně pozorní/vnímaví /*attentive*/ a více dráždí /*aroused*/ než novorozenci ostatních matek (Hernandez-Reif, Field, Diego, & Ruddock cit. dle Field et al., 2009). U kojenců depresivních matek byla též zaznamenána signifikantně nižší expresivita (včetně hlasových projevů) v reakci na překvapení než u dětí matek z kontrolní skupiny (Reissland & Shepherd, 2006). Zvýšená depresivita matek též bývá spojována se zvýšenou plačtivostí a problémy se spánkem jejich kojenců (Smart & Hiscock, 2007).

Odlíšnosti v chování kojenců depresivních matek byly pozorovány i v případě empatické odezvy na pláč jiného dítěte a rozdíly oproti ostatním kojencům u nich byly pozorovány i na úrovni aktivace mozku. Bylo zjištěno, že zatímco běžní kojenci reagují na pláč jiného dítěte

redukci sání a snížením tepové frekvence, kojenci matek se zvýšenou mírou depresivity v těhotenství nikoliv (Field, Diego, Hernandez-Reif, & Fernandez cit. dle Field et al., 2009). Kojenci depresivních matek vykazují oproti kojencům ostatních matek větší aktivitu v čelní části pravé hemisféry */right frontal EEG activation/*, přičemž tato aktivace byla patrnější u kojenců depresivních matek s odtahitým interakčním stylem než u kojenců depresivních matek s narušujícím interakčním stylem (Field, Jones, & Hernandez-Reif cit. dle Field et al., 2009).

Klinická deprese matky má vliv i na interakci s dítětem. Matky, u nichž byla v průběhu těhotenství diagnostikována těžká depresivní fáze */major depressive episode/*, využívaly v interakci s dítětem méně očního kontaktu a méně na dítě v komunikaci reagovaly než matky z kontrolní skupiny (Hwa-Froelich, Cook, & Flick, 2008). Nicméně se ukazuje, že v chování depresivních matek k jejich dětem lze nalézt 2 odlišné interakční styly – narušující interakční styl spojený s nadměrnou stimulací */overstimulating, intrusive style/* a odtahitý interakční styl spojený se stažením se do sebe a nedostatečnou stimulací */understimulating, withdrawn style/* (Cohn et al.; Field et al.; cit. dle Jones, Field, Hart, Lundy, & Davalos, 2001). Bylo zjištěno, že matky s narušujícím interakčním stylem jsou schopny reflektovat, že poskytují svému dítěti nadměrnou stimulaci, ale matky s odtahitým interakčním stylem své chování k dítěti jako nedostatečně stimulující nevnímají (Jones et al., 2001).

Matky s odtahitým interakčním stylem mají tendenci vnímat pláč dítěte jako narušující */disturbed/* a cítí se v důsledku jeho chování sklíčené, zatímco matky s narušujícím interakčním stylem pláč dítěte spíše irituje a obtěžuje (Jones et al., 2001). Mediátorem mezi matčinou depresivní symptomatologií a jejím nevšímavým/laxním výchovným stylem */lax parenting/* může být místo kontroly */locus of control/*, sebehodnocení a vnímaný rodičovský stres (Gerdes et al., 2007). Tato souvislost bývá spojována s teorií naučené bezmocnosti (Seligman cit. dle Gerdes et al., 2007). Předpokládá se, že pokud má matka pocit, že nemůže nijak ovládat nepříjemné chování dítěte, a cítí-li se rodičovskou rolí přetížena, je přirozeným východiskem v rámci úspory energie na nepříjemné chování dítěte reagovat nevšímavě/laxně. Mateřské sebehodnocení */maternal self-esteem/*, pocit vlastní rodičovské účinnosti */parenting efficacy/* a pocitovaný stres z rodičovské role mohou být i mediátory vztahu mezi depresivní symptomatologií u matky a jejími přehnanými reakcemi na chování dítěte */overreactive parenting/* (Gerdes et al., 2007).

Ve srovnání s matkami, u nichž se zvýšená míra depresivity objevovala samostatně, matky, u nichž se zvýšená depresivita vyskytovala společně se zvýšenou úzkostí nebo zvýšenou mírou hněvu */anger/*, vykazovaly v interakci se svým tříměsíčním kojencem méně pozitivních projevů (Field et al., 2005). Při zkoumání interakcí mezi matkami a jejich čtyřměsíčními kojení (Field et al., 2007) byly zjištěny zajímavé rozdíly mezi kojeními depresivních a nedeprativních

matek v reakci na odchod matky a na situaci, kdy matka přestane na dítě mimicky reagovat /*still-face paradigm*/. Z 28 matek, které se výzkumu zúčastnily, jich 16 splňovalo DSM-IV kritéria pro zařazení mezi depresivní (za použití dotazníku CES-D a SCID). Mezi kojenci a depresivními matkami se objevovalo méně interakcí a projevů citů než u kontrolní skupiny. V testované situaci kamenného výrazu matky /*still-face*/ děti depresivních matek dávaly najevo méně distresu než ostatní kojenci. Autoři studie předpokládají, že méně expresivní mimika je pro matky trpící depresí běžnější a jejich kojenci jsou proto na takové situace zvyklí. Po skončení této epizody a znovuoobnovení interakce s dítětem vyjadřovaly kojenci depresivních matek méně pozitivních emocí než kojenci z kontrolní skupiny. Při porovnání znovunavázání interakce s matkou po epizodě nereagování a po epizodě odloučení bylo u kojenců depresivních matek více pozitivních projevů pozorováno při návratu matky po odloučení. Autoři spekulují, že kojenci depresivních matek se po příchodu matky snaží iniciovat spontánní interakci.

V populační studii provedené na vzorku rodin 4426 kojenců bylo zjištěno, že vztah mezi výskytem syndromu excesivního pláče a mírou depresivní symptomatologie jednoho z rodičů není ovlivněn depresivní symptomatologií druhého z rodičů (van den Berg et al., 2009). To znamená, že i zvýšená depresivita otce je nezávisle na stavu matky rizikovým faktorem výskytu syndromu excesivního pláče u dítěte. Přítomnost syndromu excesivního pláče kojence byla zjišťována prostřednictvím dotazníku ve 2 měsících po narození dítěte. Rodiče byli přímo dotázáni, zda jejich dítě někdy pláče více než 3 hodiny během dne. Pokud na otázku odpověděli kladně, měli uvést, kolik dní v minulém týdnu jejich dítě plakalo více než 3 hodiny.

Ani v případech depresivity není snadné určit, zda zvýšená depresivita a klinická deprese jsou příčinami zvýšené plačtivosti kojence dítěte, či jejím důsledkem, nebo zda jen způsobují větší tendenci matek pláč dítěte za nadměrný považovat. Výsledky výzkumů této problematiky jsou rozporuplné. Zatímco jedna studie uvádí, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi tím, jak bylo chování dítěte hodnoceno matkami s depresivitou a matkami bez depresivní symptomatologie, a nebyla ani nalezena signifikantní korelace mezi mírou depresivity a tím, za jak problematické bylo chování posuzované dítěte matkou označeno (Baumann, Pelham, Lang, Jacob, & Blumenthal, 2004), v jiné studii bylo zjištěno, že depresivita matky hraje významnou roli v jejím způsobu vnímání emocí dítěte a ve způsobu jejích reakcí na ně (Schultze & Zeskind cit. dle Zeifman, 2003).

Ursula Pauli-Pottová (2008) zjistila, že čím více depresivních symptomů udává matka v sebeposuzovacím dotazníku, tím menší je konzistence mezi její reaktivitou doma a v laboratorních podmínkách. Existuje-li takováto nekonzistence na úrovni chování matek, lze se domnívat, že jistá míra nekonzistence může být pro matky se zvýšenou mírou depresivní

symptomatologie typická i na úrovni hodnocení dítěte a vnímání jeho projevů. K této úvaze může vybízet i zjištění, že u depresivních matek nebyla nalezena přímá úměra mezi schopností správně rozpoznat emoce dítěte a kvalitou jejich interakce s dítětem, jak tomu bývá obvyklé u matek v dobré psychické kondici. U některých depresivních matek byla dokonce nalezena nepřímá úměra, tzn. že s vyšší schopností rozpoznat emoce dítěte klesala kvalita jejich interakce s dítětem (Broth et al., 2004). Otázka vztahu mezi zvýšenou depresivitou matky a jejím vnímáním kojeneckého pláče a reakcí na něj tedy stále není uspokojivě zodpovězena.

DEPRESIVITA MATKY (BDI-II) – ANALÝZA DAT

Pro zjištění depresivity matek byla využita Beckova sebesouzovací škála depresivity BDI-II /*Beck Depression Inventory*/ (Beck cit. dle Preiss & Vacíř, 1999). to škála je široce používána v klinické i výzkumné praxi a je určena k posouzení aktuální úrovně depresivní symptomatologie.

Jelikož smyslem této studie bylo zjistit, jakou roli hrají osobnostní charakteristiky matek z běžné populace v jejich vnímání kojeneckého pláče, byl dotazník BDI-II administrován v průběhu 3. trimestru těhotenství, aby nedošlo ke kontaminaci výsledků případnou poporodní depresí matky.

V tabulce níže jsou uvedeny popisné statistiky škály BDI-II.

Popis škály BDI-II

Tabulka 15

	BDI-II
průměr	11,76
SD	6,73
medián	10,00
minimum	1
maximum	42
zešikmení	1,12
strmost	1,44
Cronbachova alfa	0,852
počet položek	21
N	310

Pro škálu BDI-II byla hodnota testu Kolmogorov-Smirnov 0,119 ($df = 310$; $p = 0,000$). Normální rozložení dat na škále BDI-II tedy nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze ale předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží.

SOUVISLOST DEPRESIVITY MATKY S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE

Smyslem analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi depresivitou matky a popisovanou plačtivostí kojence. Jelikož nebyla data proměnných vyjadřujících popisovanou plačtivost normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost depresivity matky s popisovanou plačtivostí dítěte

Tabulka 16

	doba pláče za den	délka průměrné epizody pláče	délka nejdelší epizody pláče
Spearmanovo rho	- 0,005	0,053	0,026
signifikance (2-stranná)	0,929	0,359	0,650
95 % CI	-0,108 – 0,118	-0,06 – 0,165	-0,087 – 0,139
N	299	298	298

Korelace mezi skóry dosaženými na škále *BDI-II* a proměnnými *doba pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče* nebyly signifikantní. Mezi depresivitou matky a popisovanou plačtivostí kojence tedy nebyl nalezen signifikantní vztah.

SOUVISLOST DEPRESIVITY MATKY S PERCEPCÍ KOJENECKÉHO PLÁČE

Smyslem další analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi depresivitou matky a percepcí kojeneckého pláče. Jelikož nebyla data na jednotlivých škálách VKP normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost depresivity matky s PKP a CHKP

Tabulka 17

	PKP	PKP	PKP	CHKP	CHP	CHKP
	Znechucení	Úzkost	Něha	Urgentní	Protivný	Roztomilý
Spearmanovo rho	0,161**	0,220**	0,045	0,074	0,122*	- 0,015
signifikance (2-stranná)	0,006	0,000	0,447	0,222	0,044	0,801
95 % CI	0,046 – 0,272	0,107 – 0,327	-0,071 – 0,16	-0,044 – 0,19	0,004 – 0,236	-0,132 – 0,103
N	285	285	285	276	276	276

* korelace je signifikantní na hladině 0,05

** korelace je signifikantní na hladině 0,01

Korelace mezi skóry dosaženými na škále *BDI-II* a skóry dosaženými škálách *PKP Znechucení* a *PKP Úzkost* byly signifikantní na hladině 0,01 a korelace se škálou *CHKP Protivný* byla signifikantní na hladině 0,05. Síla těchto vztahů byla slabá (pozitivní směr).

V další analýze bylo zjišťováno, zda mezi jednotlivými shluky VKP existují rozdíly ve skórech depresivity matky.

Hodnoty na škále BDI-II v jednotlivých shlucích VKP

Tabulka 18

	první shluk	druhý shluk	třetí shluk	čtvrtý shluk	pátý shluk
M	10,84	11,95	13,36	10,36	13,74
SD	6,43	6,32	6,18	5,60	7,21
medián	8,5	12	13	9	13
minimum	2	2	3	3	1
maximum	33	28	25	32	30
N	56	93	33	75	19

Dle výsledků ANOVA nebyl mezi shluky VKP signifikantní rozdíl v průměrech na škále *BDI-II* ($F(4) = 2,262$; $p > 0,05$). Pro zjištění existence rozdílů mezi shluky VKP na škále *BDI-II* byl proveden i Kruskal-Wallisův test. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 10,282 ($df = 4$; $p = 0,036$). Mezi shluky VKP byl tedy signifikantní rozdíl v mediánech škály *BDI-II*. Nelze tedy jednoznačně určit, zda mezi jednotlivými shluky VKP existují významné rozdíly na škále *BDI-II*. Z výše uvedené tabulky vyplývá, že nejvyšších mediánů na škále *BDI-II* dosáhly respondentky z *třetího a pátého shluku VKP*. Nejnižšího mediánu na škále *BDI-II* dosáhly naopak respondentky z *prvního shluku VKP*.

DEPRESIVITA MATKY (BDI-II) – SHRNUÍ VÝSLEDKŮ

S využitím škály *BDI-II* nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi depresivitou matky a popisovanou plačtivostí dítěte. Statisticky významné vztahy ale naopak byly nalezeny mezi depresivitou matek a skóry na škálách *PKP Znechucení*, *PKP Úzkost* a *CHKP Protivný*. Čím vyšších skóre depresivity tedy matky dosahovaly, tím větší měly tendenci popisovat pláč neznámého kojence na náhrávce jako urgentní a reagovat na něj pocity znechucení a úzkosti.

Při porovnání jednotlivých shluků VKP nebylo možné jednoznačně určit, zda mezi těmito shluky existovaly významné rozdíly na škále *BDI-II*. Nejvyšších mediánů na škále *BDI-II* dosáhly respondentky z *třetího a pátého shluku VKP*. Nejnižšího mediánu na škále *BDI-II* dosáhly naopak respondentky z *prvního shluku VKP*.

VÝCHOVNÉ POSTOJE

V jedné ze studií, které se věnují problematice kojenecké plačivosti bylo zjištěno, že matky plačtivějších dětí měly tendenci vidět příčinu problému spíše na straně dítěte a také svou péči o dítě a zvládání náročné situace hodnotit jako adekvátní (Wilkie & Ames, 1986). V této souvislosti se nabízí otázka, jak takovýto postoj k dítěti a jeho plačivosti ovlivňuje matčiny interakce s ním.

Není-li možné pozorovat přímo interakce rodičů s dítětem a způsob, jakým rodiče na pláč kojence reaguji, bývají zjišťovány alespoň jejich obecné výchovné postoje. I výchovné postoje rodičů totiž (byť se nemusí zcela shodovat s jejich reálným chováním k dítěti) mají na vztah mezi rodiči a dítětem a na vývoj dítěte vliv. Bylo například zjištěno, že hostilní výchovné postoje matky v 6 a 9 letech věku dítěte predikují větší pesimismus jejího dítěte v dospělosti (měřeno o 21 let později) (Heinonen, Räikkönen, & Keltikangas-Järvinen, 2005).

Děti dříve označené za excesivně plačící častěji ještě ve 3 letech spaly ve stejné místnosti se svými rodiči (Rautava et al., 1995). Názory na výchovu dětí se mezi skupinami významně nelišily. Ve skupině dětí s excesivním pláčem v anamnéze ale matky používaly méně fyzických trestů. Excesivní pláč byl v této studii zjišťován ve 3 měsících dítěte. Matky odpovídaly na pětibodové škále, zda dítě má či nemá syndrom excesivního pláče.

Výchovné postoje se mohou promítat i do toho, jak rodiče vnímají kojenecký pláč a jaký záměr mu přisuzují. Rodiče mající rigidní postoje k výchově a upřednostňující sebe před dítětem /*parent-centered attitudes*/ mají tendenci vnímat pláč svého dítěte jako projev jeho rozmazlenosti a manipulace (Zeifman, 2003).

VÝCHOVNÉ POSTOJE (IRA) – ANALÝZA DAT

Výchovné postoje matky byly ve zde prezentovaném výzkumu zjišťovány pomocí dotazníku IRA /*Infant Rearing Attitudes*/ (převzato z Zeifman, 2003). Dotazník obsahuje 8 tvrzení, jejichž výstižnost respondentky hodnotí na osmibodové Lickertově škále od *velmi silně soubhlasím* po *velmi silně nesoubhlasím*. Metoda orientačně zjišťuje, zda jsou výchovné postoje rodiče zaměřené spíše na dítě /*infant-centered*/ nebo na sebe /*parent-centered*/ . Čím více bodů matka na škále získala, tím více byly její výchovné postoje orientované na dítě. Znění položek škály IRA je uvedeno v Příloze 4.

V tabulce níže jsou uvedeny popisné statistiky škály *IRA*.

Popis škály IRA

Tabulka 19

	IRA
průměr	5,95
SD	1,32
medián	6,13
minimum	2,63
maximum	8
zešikmení	-0,36
strmost	-0,70
Cronbachova alfa	0,823
počet položek	8
N	301

Pro škálu *IRA* byla hodnota testu Kolmogorov-Smirnov 0,088 (df = 301; $p = 0,000$). Normální rozložení dat na škále *IRA* tedy nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží.

SOUVISLOST VÝCHOVNÝCH POSTOJŮ MATKY S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE

Smyslem analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi výchovnými postoji matky a popisovanou plačtivostí kojence. Jelikož nebyla data proměnných vyjadřujících popisovanou plačtivost normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient.. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost výchovných postojů s popisovanou plačtivostí dítěte

Tabulka 20

	doba pláče za den	délka průměrné epizody pláče	délka nejdelší epizody pláče
Spearmanovo rho	- 0,149*	- 0,176**	- 0,167**
signifikance (2-stranná)	0,010	0,002	0,004
N	299	298	298

* korelace je signifikantní na hladině 0,05 (2-stranná)

** korelace je signifikantní na hladině 0,01 (2-stranná)

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že korelace mezi skóry dosaženými na škále *IRA* a proměnnou *doba pláče za den* byla signifikantní na hladině 0,05. Korelace mezi skóry dosaženými na škále *IRA* a proměnnými *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče* byly signifikantní na hladině 0,01. Vztah mezi skóry dosaženými na škále *IRA* a výše zmíněnými proměnnými lze označit za slabý (negativní směr). S na sebe zaměřenými výchovnými postoji (ve srovnání s výchovnými postoji zaměřenými na dítě) se tedy pojila zvýšená popisovaná plačtivost dítěte.

SOUVISLOST VÝCHOVNÝCH POSTOJŮ MATKY S PERCEPCÍ KOJENECKÉHO PLÁČE

Smyslem další analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi výchovnými postoji matky a percepcí kojeneckého pláče. Jelikož nebyla data na jednotlivých škálách VKP normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost výchovných postojů s PKP a CHKP

Tabulka 21

	PKP	PKP	PKP	CHKP	CHP	CHKP
	Znechucení	Úzkost	Něha	Urgentní	Protivný	Roztomilý
Spearmanovo rho	- 0,177**	- 0,183**	0,205**	0,093	- 0,389**	- 0,013
signifikance (2-stranná)	0,003	0,002	0,001	0,125	0,000	0,826
N	285	285	285	276	276	276

** korelace je signifikantní na hladině 0,01

Z výše uvedené tabulky je patrné, že korelace mezi skóry dosaženými na škále *IRA* a škálami *PKP Znechucení* a *PKP Úzkost* byly slabé, v negativním směru. Korelace mezi *IRA* a *CHKP Protivný* byla středně silná, v negativním směru. Korelace mezi *IRA* a *PKP Něha* byla slabá, v kladném směru. Všechny výše zmíněné korelace byly signifikantní na hladině 0,01. Čím více tedy měla matka na sebe zaměřené postoje, tím více reagovala na pláč kojence na nahrávce pocity typu znechucení a úzkost. Čím více naopak zastávala výchovné postoje zaměřené na dítě, tím více reagovala na pláč kojence na videonahrávce pocity typu něha.

V další analýze bylo zjišťováno, zda mezi jednotlivými shluky VKP existují rozdíly ve výchovných postojích matky.

Hodnoty na škále IRA v jednotlivých shlucích VKP

Tabulka 22

	první shluk	druhý shluk	třetí shluk	čtvrtý shluk	pátý shluk
M	5,76	6,22	5,68	6,10	5,23
SD	1,30	1,27	1,38	1,32	1
medián	5,94	6,25	5,50	6,38	5,13
minimum	2,88	3	3,75	2,63	3,88
maximum	8	8	8	8	7,75
N	56	93	33	75	19

Dle výsledku testu ANOVA byl mezi jednotlivými shluky VKP na škále IRA signifikantní rozdíl ($F(4) = 3,382$, $p = 0,010$). Levenův test nebyl signifikantní ($p = 0,423$) a proto byl zvolen Hochbergův post-hoc test.

Tabulka 23

(I) cluster vytvořený z obou subdotazníků	(J) cluster vytvořený z obou subdotazníků	rozdíl I-J	standardní chyba	p
1	2	-,11736	,06894	,606
	3	-,21017	,08945	,178
	4	,01019	,07199	1,000
	5	-,25451	,10822	,177
2	1	,11736	,06894	,606
	3	-,09282	,08259	,950
	4	,12755	,06326	,365
	5	-,13715	,10262	,864
3	1	,21017	,08945	,178
	2	,09282	,08259	,950
	4	,22036	,08515	,097
	5	-,04434	,11738	1,000
4	1	-,01019	,07199	1,000
	2	-,12755	,06326	,365
	3	-,22036	,08515	,097
	5	-,26470	,10469	,113
5	1	,25451	,10822	,177
	2	,13715	,10262	,864
	3	,04434	,11738	1,000
	4	,26470	,10469	,113

* Rozdíl mezi průměry je signifikantní na hladině 0.05

Z post-hoc testu vyplývá, že jednotlivé dílčí rozdíly mezi shluky VKP na škále *IRA* byly věcně nízké. Nebyly tedy signifikantní, přestože výsledek testu ANOVA na signifikantní rozdíl mezi shluky VKP ve skórech dosažených na škále *IRA* ukazoval. Hodnota η^2 byla 0,048. Pro zjištění existence rozdílů mezi shluky VKP na škále *IRA* byl tedy proveden i Kruskal-Wallisův test.

Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 15,344 (df = 4; p = 0,004). Jednotlivé shluky VKP se tedy lišily ve středových hodnotách výchovných postojů matky. Nejvyšší hodnoty mediánu dosahovaly na škále *IRA* respondentky ze *čtvrtého shluku VKP*. Nejnižší středové hodnoty na škále *IRA* naopak dosahovaly respondentky z *pátého shluku VKP*. Výchovné postoje respondentek z *pátého shluku* byly tedy nejvíce zaměřené na sebe, zatímco výchovné postoje respondentek ze

čtvrtého shluku VKP byly nejvíce zaměřené na dítě (věcně ale ležely všechny mediány jednotlivých shluků VKP spíše v části výchovných postojů zaměřených na dítě).

VÝCHOVNÉ POSTOJE (IRA) – SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

S využitím škály *IRA* byl nalezen statisticky významný vztah mezi výchovnými postoji matek a popisovanou plačtivostí kojenců. S na sebe zaměřenými výchovnými postoji se pojila zvýšená popisovaná plačtivost dítěte. Síla tohoto vztahu ale byla slabá.

Statisticky významný vztah byl nalezen mezi výchovnými postoji matky a škálami *PKP Znechucení*, *PKP Úzkost*, *CHKP Protivný* a *PKP Něha*. Čím více tedy měla matka na sebe zaměřené postoje, tím více reagovala na pláč kojence na nahrávce pocity znechucení a úzkosti. Čím více naopak zastávala výchovné postoje zaměřené na dítě, tím více reagovala na pláč kojence na videonahrávce pocity typu něha.

Jednotlivé dílčí rozdíly mezi shluky VKP na škále *IRA* byly věcně nízké a nebyly signifikantní. Nejvyšší hodnoty mediánu dosahovaly na škále *IRA* respondentky ze *čtvrtého shluku VKP*. Nejnižší středové hodnoty na škále *IRA* naopak dosahovaly respondentky z *pátého shluku VKP*. Výchovné postoje respondentek z *pátého shluku VKP* byly nejvíce zaměřené na sebe. Výchovné postoje respondentek ze *čtvrtého shluku VKP* byly nejvíce zaměřené na dítě (věcně ale ležely všechny mediány jednotlivých shluků VKP spíše v části výchovných postojů zaměřených na dítě).

MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ A POCIT VLASTNÍ MATEŘSKÉ ÚČINNOSTI

Pro některé rodiče excesivně plačících kojenců je péče o jejich dítě situací, nad níž ztrácí poprvé v životě kontrolu, což se může projevovat chutí vše vzdát, ale například i nekontrolovatelnými výbuchy zlosti (Landgren & Hallstrom, 2011). Neschopnost ovlivnit plačtivost dítěte a neschopnost kontrolovat své vlastní výbuchy zlosti může pak mít negativní dopad na to, jak rodič vnímá sám sebe a jak hodnotí svou úspěšnost v rodičovské roli. V této souvislosti bylo například zjištěno, že reprezentace sebe sama jako matky závisí mimo jiné i na tom, jak je matka schopná zvládat své agresivní impulzy (Biringen, Matheny, Bretherton, Renouf, & Sherman, 2000). V souvislosti s rodičovskou rolí ale spíše než o reprezentaci sebe sama hovoří o rodičovském sebehodnocení /*parental self-esteem*/ a pocitu vlastní rodičovské účinnosti /*parental self-efficacy*/.

V kontextu popisu mateřského sebehodnocení se jeví jako smysluplné vysvětlit nejprve koncept globálního sebehodnocení, byť to má na vztah s chováním dítěte poměrně slabý vliv (Hall, Rayens, & Peden, 2008). Dle klinického pojetí je sebehodnocení charakterizováno jako dispozice prožívat sebe sama jako člověka kompetentního ke zvládání běžných životních výzev (Branden cit. dle Campbell, Eisner, & Riggs 2010). Sociálně psychologická definice sebehodnocení je poněkud odlišná. Například Baumeister a jeho kolegové definují sebehodnocení jako preferovanou globální všeobecnou interpretaci sebe sama (Baumeister, Smart, & Boden cit. dle Campbell, Eisner, & Riggs 2010). Důležitým prediktorem sociálního sebehodnocení je například počet sourozenců a zažívaná míra soudržnosti v původní rodině – vyšší počet sourozenců a zažívaná míra soudržnosti v původní rodině predikují vyšší míru sociálního sebehodnocení v mladém dospělosti (Gorbett & Kruczek, 2008).

O mateřském sebehodnocení */maternal self-esteem/* se předpokládá, že je především výsledkem vztahu matky a dítěte (McGrath, Boukydis, & Lester, 1993). Mateřské sebehodnocení však souvisí nejen s aktuální kvalitou interakce mezi ní a dítětem, ale i s kvalitou jejich vzájemných interakcí v minulosti (Biringen et al., 2000). Bylo zjištěno, že mateřské sebehodnocení na konci kojeneckého věku dítěte je možné predikovat z mateřského sebehodnocení v těhotenství, z temperamentu dítěte, ale též z míry niterných přesvědčení matky o tom, že je odmítána (Farrow & Blissett, 2007). Matky kojenců, kteří skórovali vysoko na Brazeltonově škále, dosahovaly vyšších skóre na škále mateřského sebehodnocení než matky hůře skórujících kojenců (Shea & Tronick, 1988). Nejvyšších skóre mateřského sebehodnocení dosahují typicky matky s nejnižším počtem depresivních příznaků a nejnižšího mateřského sebehodnocení naopak matky ze skupiny nejvíce depresivních (Maxted et al., 2005). Naopak negativní dopad na mateřské sebehodnocení má tendence ženy cítit se opuštěně nebo jako emocionálně deprivovaná. Ženy, které mají tendenci cítit se opuštěně nebo emocionálně deprivované, zažívají na počátku mateřství více stresu a pociťují od okolí méně opory, což působí negativně na jejich mateřské sebehodnocení (Farrow & Blissett, 2007).

Potvrzen nebyl ani vliv mateřského sebehodnocení přímo na chování dítěte (Shea & Tronick, 1988). Lze ale předpokládat, že mateřské sebehodnocení může souviset s mírou pociťovaného stresu z rodičovství a může ovlivňovat i matčino vnímání chování dítěte, a tedy i vnímání jeho pláče. K této úvaze vybízejí výsledky studií, které se zabývají vlivem globálního sebehodnocení na vnímání interpersonálních vztahů. Prokázalo se, že u osob s nízkým sebehodnocením hrozí, že budou nadhodnocovat ohrožení v interpersonálních vztazích a že budou i mírné a nejednoznačné náznaky odmítnutí posuzovat jako odmítavé a reagovat tak na ně (Ford & Collins, 2010). Podobný efekt má i negativní nahlížení na sebe sama. Lidé s negativním

nahlížením na sebe sama /*negative self-views*/ mají tendenci vykládat si sociální interakce, do nichž vstupují, jako odmítavé a na odmítnutí reagují po stránce kognitivní, emocionální i behaviorální více maladaptivním způsobem než lidé s pozitivnějším pohledem na sebe sama (Downey & Feldman; Murray, Bellavia, Rose, & Griffin; Nezlek, Kowalski, Leary, Blevins, & Holgate; Sommer & Baumeister cit. dle Ford & Collins, 2010). Lidé s negativnějším pohledem na sebe sama se mohou díky svému většímu zaměření na odmítnutí chovat defenzivně, což může způsobovat potíže v jejich blízkých vztazích (Murray, Holmes, & Collins cit. dle Ford & Collins, 2010).

S rodičovským sebehodnocením úzce souvisí i pocit vlastní rodičovské účinnosti. Rodičovský pocit vlastní účinnosti definují Esther M. Leerkesová a Regan V. Burneyová (2007) jako důvěru ve vlastní schopnost uspokojit potřeby dítěte. Mateřské sebehodnocení a mateřský pocit vlastní účinnosti spolu vzájemně vysoce korelují ($r = 0,40$, $p < 0,001$; Hirschy & Morris cit. dle Farrow & Blissett, 2007) a proto se předpokládá, že mateřské sebehodnocení i mateřský pocit vlastní účinnosti jsou součástí nějakého konceptu vyššího řádu (Judge, Erez, Bono & Thoresen cit. dle Farrow & Blissett, 2007).

Podle teorie pocitu vlastní účinnosti se rodiče, kteří se cítí být kompetentními, znají své možnosti a rozumí pravděpodobným důsledkům svého jednání jsou častěji schopni konstruktivně podporovat vývoj dítěte (Bandura; Coleman & Karraker; Gross, Fogg, & Tucker; King & Elder; Teti & Candelaria; cit. dle Bornstein et al., 2007).

I na pocit vlastní rodičovské účinnosti má (prostřednictvím vlivu na její celkové sebehodnocení) vliv percepce vlastní původní rodiny (Leerkes & Crockenberg, 2002). Svou schopností správně reagovat na distress dítěte si v jeho 6 měsících byly méně jisté matky, jejichž emoční potřeby dle nich samotných nebyly v jejich dětství dostatečně naplňovány (Leerkes & Crockenberg, 2006). U prvorodiček je pocit vlastní účinnosti v době před narozením dítěte predikován zapamatovanou mírou vřelosti vlastních rodičů (Leerkes & Burney, 2007).

Uvádí se, že rodiče, kteří sami sebe vnímají jako kompetentní, se v interakci se svými dětmi chovají vřele, citlivě a vnímavě (Bandura; Johnston & Mash; Peterson & Seligman; Ruble, Newman, Rholes, & Altshuler cit. dle Bornstein et al., 2007). Naproti tomu rodiče s nízkým pocitem vlastní účinnosti /*self-efficacy*/, kteří sami sebe vidí jako neschopné /*inadequate*/ nebo neúspěšné /*unsuccessful*/, mohou mít inhibovanou svou schopnost řešit problémy, které rodičovství přináší (Teti & Gelfand cit. dle Farrow & Blissett, 2007). Bývá pro ně typické, že mají tendenci dítě vychovávat prostřednictvím donucování /*coercive parenting*/ (Bondy & Mash cit. dle Bornstein et al., 2007).

Pocit vlastní rodičovské účinnosti souvisí se znalostmi zákonitostí dětského vývoje (Bornstein et al. cit. dle Leerkes & Burney, 2007) a závisí i mimo jiné na tom, zda již rodič má nějakou pozitivní zkušenost s rodičovstvím a s vlastní úspěšností v něm. Ukazuje se však, že předchozí zkušenost s dětmi predikuje u prvorodiček pocit vlastní mateřské účinnosti v těhotenství, ale nikoliv po narození dítěte (Leerkes & Burney, 2007). Pocit vlastní mateřské účinnosti negativně koreluje se stupněm dosaženého vzdělání matky (Leerkes & Burney 2007), přičemž tatáž negativní korelace byla nalezena i u otců. Leerkesová a Burneyová (2007) se domnívají, že více vzdělaným ženám, které jsou ve svém zaměstnání úspěšné, se chování dítěte může zdát ve srovnání s jejich kariérou hůře ovlivnitelné. Alternativním vysvětlením negativní korelace mezi vzděláním matky a jejím pocitem vlastní mateřské účinnosti může být podle Leerkesové a Burneyové (2007) tendence těchto žen klást na sebe (a tedy i na dítě) vysoké nároky a více se nad svou úspěšností v roli rodiče i nad chováním dítěte zamýšlet.

Snadno vychovatelné děti /*“easy” infants*/, tzn. děti se snadno předvídatelným chováním, spíše pozitivně laděné a sociálně zdatné, mohou v rodičích vzbuzovat dojem, že jejich chování je důsledkem rodičovského působení (Bornstein et al.; Goldberg cit. dle Leerkes, & Burney 2007). Naopak vyšší percipovaná dráždivost a horší utišitelnost dítěte mají na pocit vlastní mateřské účinnosti negativní vliv (Leerkes & Burney 2007). Matky kojenců, kteří splňovali kritéria syndromu excesivního pláče, ale i matky, které „jen“ označovaly své dítě za excesivně plačící, hodnotily svou rodičovskou účinnost /*self-efficacious*/ hůře než matky běžně plačících kojenců (Stifter, 1998). Matky dětí se syndromem excesivního pláče se potýkají s pochybnostmi o sobě a s pocitem selhání, které se navíc zvětšují, jsou-li jejich marné snaze o utišení dítěte přítomni přátelé či členové širší rodiny (Levitzky & Cooper, 2000). Nízké vědomí vlastní účinnosti rodičů a naučená bezmocnost snižují jejich důvěru ve vlastní intuitivní schopnosti tíšeni dítěte, čímž dochází k potlačení schopností spojených s intuitivním rodičovstvím (Papoušek & von Hofacker, 1998b). Též dle T. B. Brazeltona (1962) vede neutišitelný pláč dítěte zejména u prvorodičů k pocitu selhání jejich rodičovských schopností.

Pokud je dítě zvýšeně neklidné, ale matka zároveň cítí vysokou míru sociální opory, není její pocit vlastní mateřské účinnosti neklidem dítěte negativně ovlivněn (Leerkes & Burney 2007). Nižší pocit vlastní mateřské účinnosti /*self-efficacy*/ se u matek ročních a dvouletých dětí pojí s vyšší mírou depresivity a těžko zvládnutelným temperamentem dítěte /*difficult temperament*/ (Gross, Conrad, Fogg, & Wothke cit. dle Farrow & Blissett, 2007). Úspěšné zvládnutí problémů spojených se syndromem excesivního pláče či s těžko zvládnutelným temperamentem dítěte ale může mít na pocit vlastní rodičovské účinnosti i pozitivní vliv. Leerkesová a Crockenbergová s odkazem na Bandurovo pojetí vlastní účinnosti (Bandura 1977 cit dle Leerkes & Crockenberg,

2002) uvádějí, že matky obtížněji vychovatelných sice vzhledem k náročnosti svých dětí hůře dosahují úspěchu v rodičovské roli, ale pokud se jim daří výchovu takového dítěte zvládat, může to mít na jejich pocit vlastní mateřské účinnosti velmi pozitivní vliv. Zvládnutí obtížného úkolu totiž pocit vlastní účinnosti posiluje výrazně více než zvládnutí snadných úloh.

MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ (MSRI-s) – ANALÝZA DAT

Mateřské sebehodnocení bylo ve zde prezentovaném výzkumu zjišťováno během obou vln testování. V 3. trimestru těhotenství respondenty vyplňovaly dotazník MSRI-s v těhotenství /*Maternal Self-Report Inventory – short version prenatal*/, který je zkrácenou pro využití v době před porodem speciálně upravenou verzí dotazníku MSRI (Farrow & Blissett, 2007). Dotazník obsahuje 12 tvrzení, jejichž míru výstižnosti nastávající matky hodnotí na pětibodové škále. Výsledek udává míru mateřského sebehodnocení. Znění položek MSRI-s v těhotenství je uvedeno v Příloze 5.

V tabulce uvedené níže jsou uvedeny popisné statistiky škály MSRI-s v těhotenství.

Popis škály MSRI-s v těhotenství

Tabulka 24

MSRI-s v těhotenství	
průměr	4,18
SD	0,51
medián	4,25
minimum	2,67
maximum	5
zešíkmení	-0,613
strmost	-0,069
Cronbachova alfa	0,814
počet položek	12
N	307

Pro škálu MSRI-s v těhotenství byla hodnota testu Kolmogorov-Smirnov 0,098 (df = 307; $p = 0,000$). Normální rozložení dat na škále MSRI-s v těhotenství nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešikmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze ale předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží.

SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE

Smyslem analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi mateřským sebehodnocením v těhotenství a popisovanou plačtivostí kojence. Jelikož nebyla data proměnných vyjadřujících popisovanou plačtivost normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost mateřského sebehodnocení v těhotenství s popisovanou plačtivostí dítěte

Tabulka 25

	doba pláče za den	délka průměrné epizody pláče	délka nejdelší epizody pláče
Spearmanovo rho	- 0,128*	- 0,138*	- 0,175**
signifikance (2-stranná)	0,028	0,018	0,002
95 % CI	-0,129 – -0,015	-0,248 – -0,025	-0,283 – -0,063
N	296	295	295

* korelace je signifikantní na hladině 0,05 (2-stranná)

** korelace je signifikantní na 0,01 (2-stranná)

Z výše uvedené tabulky je patrné, že korelace mezi skóry dosaženými na škále MSRI-s v těhotenství a proměnnými *doba pláče za den* a *délka průměrné epizody pláče* byly signifikantní na hladině 0,05. Korelace mezi skóry dosaženými na škále MSRI-s v těhotenství a proměnnou *délka nejdelší epizody pláče* byla signifikantní na hladině 0,01. Vztah mezi skóry dosaženými na škále MSRI-s v těhotenství a výše zmíněnými proměnnými lze označit za slabý (negativní směr). Čím nižší sebehodnocení v těhotenství tedy matka měla, tím větší byla popisovaná plačtivost jejího kojence.

SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ S PERCEPCÍ KOJENECKÉHO PLÁČE

Smyslem další analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi mateřským sebehodnocením v těhotenství a percepcí kojeneckého pláče. Jelikož nebyla data na jednotlivých škálách VKP normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost mateřského sebehodnocení v těhotenství s PKP a CHKP

Tabulka 26

	PKP	PKP	PKP	CHKP	CHP	CHKP
	Znechucení	Úzkost	Něha	Urgentní	Protivný	Roztomilý
Spearmanovo	- 0,249**	- 0,276**	0,128*	- 0,012	-0,197**	0,064
rho						
signifikance	0,000	0,000	0,032	0,850	0,001	0,292
(2-stranná)						
95 % CI	-0,355 –	-0,38 –	0,012 –	-0,13 –	-0,308 –	-0,055 –
	-0,137	-0,165	0,241	0,106	-0,081	0,181
N	282	282	282	273	273	273

* korelace je signifikantní na hladině 0,05

** korelace je signifikantní na hladině 0,01

Z výše uvedené tabulky je patrné, že korelace mezi skóry dosaženými na škále *MSRI-s v těhotenství* a škálami *PKP Znechucení*, *PKP Úzkost* a *CHKP Protivný* byla signifikantní na hladině 0,01. Vztahy mezi *MSRI-s v těhotenství* a těmito škálami byly slabé, v negativním směru. Naopak slabý vztah v pozitivním směru byl nalezen mezi *MSRI-s v těhotenství* a škálou *PKP Něha*. Tento vztah byl signifikantní na hladině 0,05.

V další analýze bylo zjišťováno, zda mezi jednotlivými shluky VKP existují rozdíly ve skórech dosažených na škále MSRI-s v těhotenství.

Dle výsledku testu ANOVA byl mezi jednotlivými shluky VKP na škále MSRI-s v těhotenství signifikantní rozdíl ($F(4) = 7,978$; $p = 0,000$). Hodnota η^2 byla 0,106. Levenův test nebyl signifikantní ($p = 0,218$) a proto byl zvolen Hochbergův post-hoc test.

Rozdíly v mateřském sebehodnocení v těhotenství dle jednotlivých shluků VKP – Hochbergův post-hoc test

Tabulka 27

(I) cluster vytvořený z obou subdotazníků	(J) cluster vytvořený z obou subdotazníků	rozdíl I-J	standardní chyba	p
1	2	-,06187	,08204	,997
	3	,13442	,10579	,896
	4	-,19558	,08513	,201
	5	,44729*	,12798	,006
2	1	,06187	,08204	,997
	3	,19630	,09810	,375
	4	-,13370	,07537	,548
	5	,50916*	,12170	,000
3	1	-,13442	,10579	,896
	2	-,19630	,09810	,375
	4	-,33000*	,10070	,012
	5	,31287	,13882	,222
4	1	,19558	,08513	,201
	2	,13370	,07537	,548
	3	,33000*	,10070	,012
	5	,64287*	,12381	,000
5	1	-,44729*	,12798	,006
	2	-,50916*	,12170	,000
	3	-,31287	,13882	,222
	4	-,64287*	,12381	,000

* Rozdíl mezi průměry je signifikantní na hladině 0.05

Z výše uvedených výsledků Hochbergova post-hoc testu je patrné, že *pátý shluk VKP* se na škále *MSRI-s v těhotenství* v dosažených průměrech lišil od všech ostatních shluků VKP s výjimkou *třetího shluku*.

Respondentky z *pátého shluku VKP* tedy dosahovaly na škále *MSRI-s v těhotenství* významně nižších průměrných skóre než respondentky z *prvního, druhého a čtvrtého shluku VKP*. Z výše uvedené tabulky dále plyne, že respondentky z *třetího shluku VKP* dosahovaly na škále *MSRI-s v těhotenství* významně nižších průměrných hodnot než respondentky ze *čtvrtého shluku VKP*.

Hodnoty na škále MSRI-s v těhotenství v jednotlivých shlucích VKP

Tabulka 28

	první shluk	druhý shluk	třetí shluk	čtvrtý shluk	pátý shluk
M	4,16	4,22	4,03	4,36	3,71
SD	0,52	0,46	0,48	0,44	0,60
medián	4,25	4,29	4,08	4,42	3,75
minimum	2,92	3	2,83	2,67	2,75
maximum	5	5	4,75	5	4,83
N	56	96	33	75	19

Vzhledem k tomu, že rozložení dat na škále *MSRI-s v těhotenství* zcela neodpovídalo normálnímu rozložení dat, byl pro zjištění rozdílů mezi jednotlivými shluky VKP Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 24,452 (df = 4; p = 0,000). Jednotlivé shluky se tedy lišily ve středových hodnotách mateřského sebehodnocení v těhotenství.

MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ V TĚHOTENSTVÍ (MSRI-s) – SHRNUÍ VÝSLEDKŮ

S využitím škály *MSRI-s v těhotenství* byl nalezen statisticky významný vztah mezi popisovanou plačtivostí kojence. Čím nižší bylo matčino sebehodnocení v těhotenství, tím vyšší byla popisovaná plačtivost jejího kojence. Síla těchto vztahů ale byla slabá. Statisticky významný vztah byl nalezen mezi mateřským sebehodnocením v těhotenství a skóre, kterých respondentky dosahovaly na škálách *CHKP Protivný*, *PKP Znechucení*, *PKP Úzkost* a *PKP Něha*. Čím nižších skóre na škále mateřského sebehodnocení v těhotenství matka dosahovala, tím větší měla tendenci hodnotit pláč neznámého kojence na nahrávce jako protivný a reagovat na něj pocity znechucení

a úzkosti. Naopak čím vyšších skóre na škále mateřského sebehodnocení v těhotenství matka dosahovala, tím větší měla tendenci reagovat na pláč neznámého kojence na nahrávce pocity něhy.

Při porovnání jednotlivých shluků VKP bylo zjištěno, že *pátý shluk VKP* se na škále MSRI-s *v těhotenství* v dosažených průměrech lišil od všech ostatních shluků VKP s výjimkou *třetího shluku*. Respondentky z *pátého shluku VKP* tedy dosahovaly na škále MSRI-s *v těhotenství* významně nižších průměrných skóre než respondentky z *prvního, druhého a čtvrtého shluku VKP*. Respondentky z *třetího shluku VKP* dosahovaly na škále MSRI-s *v těhotenství* významně nižších průměrných hodnot než respondentky ze *čtvrtého shluku VKP*.

MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ PO PORODU (MSRI-s) – ANALÝZA DAT

Dotazník mateřského sebehodnocení byl ve zde prezentovaném výzkumu administrován i v rámci sběru dat po narození dítěte. MSRI-s po porodu (Shea & Tronick, 1988) je šestadvacetipoložková verze dotazníku MSRI-s, přičemž prvních 12 položek metody se shoduje s položkami administrovanými v těhotenství. Dalších 14 položek se vztahuje k porodu a subjektivně percipované schopnosti v péči o dítě. Dotazník byl administrován v druhé vlně testování. V tabulce níže jsou uvedeny popisné statistiky pro škálu MSRI-s po porodu.

Popis škály MSRI-s po porodu

Tabulka 29

MSRI-s po porodu	
průměr	3,99
SD	0,47
medián	4,04
minimum	2,12
maximum	4,92
zešíkmení	-0,80
strmost	0,78
Cronbachova alfa	0,866
počet položek	26
N	308

Hodnota testu Kolmogorov-Smirnov byla 0,075 ($df = 308$; $p = 0,000$). Normální rozložení dat na škále MSRI-s po porodu nelze potvrdit. Vzhledem k nízkým hodnotám (viz tabulka) zešíkmení a strmosti (při relativně nízkém počtu respondentek) lze ale předpokládat, že se rozložení dat normálnímu rozložení blíží.

SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ PO PORODU S POPISOVANOU PLAČTIVOSTÍ KOJENCE

Smyslem analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi mateřským sebehodnocením po porodu a popisovanou plačtivostí kojence. Jelikož nebyla data proměnných vyjadřujících popisovanou plačtivost normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost mateřského sebehodnocení po porodu s popisovanou plačtivostí dítěte

Tabulka 30

	doba pláče za den	délka průměrné epizody pláče	délka nejdelší epizody pláče
Spearmanovo rho	- 0,232**	- 0,204**	- 0,242**
signifikance (2-stranná)	0,000	0,000	0,000
95 % CI	0,122 – 0,336	-0,31 – -0,093	-0,346 – -0,133
N	299	298	298

** korelace je signifikantní na 0,01 (2-stranná)

Z výše uvedené tabulky je patrné, že korelace mezi skóry dosaženými na škále *MSRI-s po porodu* a proměnnými *doba pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče* byly signifikantní na hladině 0,01. Vztah mezi skóry dosaženými na škále *MSRI-s po porodu* a výše zmíněnými proměnnými lze označit za slabý (negativní směr). Čím nižších skóre tedy respondentky dosahovaly na škále mateřského sebehodnocení po porodu, tím vyšší byla popisovaná plačtivost jejich kojenců.

SOUVISLOST MATEŘSKÉHO SEBEHODNOCENÍ PO PORODU S PERCEPCÍ KOJENECKÉHO PLÁČE

Smyslem další analýzy dat bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi mateřským sebehodnocením po porodu a percepcí kojeneckého pláče. Jelikož nebyla data na jednotlivých škálách VKP normálně rozložená, byl pro korelační analýzu využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelačních analýz jsou popsány v tabulce níže.

Souvislost mateřského sebehodnocení po porodu s PKP a CHKP

Tabulka 31

	PKP	PKP	PKP	CHKP	CHP	CHKP
	Znechucení	Úzkost	Něha	Urgentní	Protivný	Roztomilý
Spearmanovo rho	- 0,217**	- 0,339**	0,206**	- 0,146*	- 0,181**	0,164**
signifikance (2-stranná)	0,000	0,000	0,000	0,015	0,002	0,006
95 % CI	-0,324 – -0,104	-0,437 – -0,232	0,093 – 0,314	-0,259 – -0,029	-0,292 – -0,065	0,047 – 0,276
N	285	285	285	276	276	276

* korelace je signifikantní na hladině 0,05

** korelace je signifikantní na hladině 0,01

Z výše uvedené tabulky je patrné, že korelace mezi skóry dosaženými na škále *MSRI-s po porodu* a škálami *PKP Znechucení* a *CHKP Protivný* byly slabé, v negativním směru, a signifikantní na hladině 0,01. Korelace s *PKP Úzkost* byla též v negativním směru a signifikantní na hladině 0,01. Síla tohoto vztahu ale byla střední. Slabý vztah, v negativním směru, byl nalezen též mezi *MSRI-s po porodu* a *CHKP Urgentní*. Tento vztah byl signifikantní na hladině 0,05. Slabé vztahy, v pozitivním směru, byly nalezeny mezi *MSRI-s po porodu* a škálami *PKP Něha* a *CHKP Roztomilý*. Tyto vztahy byly signifikantní na hladině 0,01. Čím nižších skóre na škále mateřského sebehodnocení po porodu tedy matka dosahovala, tím spíše měla tendenci popisovat pláč dítěte na nahrávce jako protivný a urgentní a reagovat na něj pocity typu znechucení a úzkost. Naopak čím vyšších skóre respondentky dosahovaly na škále mateřského sebehodnocení po porodu, tím více měly tendenci popisovat pláč dítěte na nahrávce jako roztomilý a reagovat na něj pocity typu něha.

V další analýze bylo zjišťováno, zda mezi jednotlivými shluky VKP existují rozdíly ve skórech dosažených na škále mateřského sebehodnocení po porodu.

Výsledek testu ANOVA prokázal, že mezi shluky VKP existuje signifikantní rozdíl v průměrech dosažených na škále MSRI-s po porodu ($F(4) = 11,078$, $p = 0,000$). Hodnota η^2 byla 0,141. Levenův test byl signifikantní ($p = 0,002$), proto byl zvolen Games-Howellův post-hoc test.

Rozdíly v mateřském sebehodnocení po porodu dle jednotlivých shluků VKP – Games-Howellův post-hoc test

Tabulka 32

(I) shluk vytvořený z obou subdotazníků	(J) shluk vytvořený z obou subdotazníků	rozdíl I- J	standardní chyba	p
1	2	-,05470	,07823	,956
	3	-,00391	,09783	1,000
	4	-,30437*	,07582	,001
	5	,38537	,16213	,155
2	1	,05470	,07823	,956
	3	,05080	,08610	,976
	4	-,24967*	,05993	,000
	5	,44007	,15533	,067
3	1	,00391	,09783	1,000
	2	-,05080	,08610	,976
	4	-,30047*	,08392	,006
	5	,38928	,16607	,162
4	1	,30437*	,07582	,001
	2	,24967*	,05993	,000
	3	,30047*	,08392	,006
	5	,68974*	,15413	,002
5	1	-,38537	,16213	,155
	2	-,44007	,15533	,067
	3	-,38928	,16607	,162
	4	-,68974*	,15413	,002

* Rozdíl mezi průměry je signifikantní na hladině 0.05

Z výsledků Games-Howellova post-hoc testu vyplývá, že respondentky ze *čtvrtého shluku VKP* dosahovaly na škále *MSRI-s po porodu* signifikantně vyšších průměrných skóre než respondentky ze všech ostatních shluků. Nejvyšší mateřské sebehodnocení tedy měly respondentky ze *čtvrtého shluku VKP*.

Hodnoty na škále MSRI-s po porodu v jednotlivých shlucích VKP

Tabulka 33

	první shluk	druhý shluk	třetí shluk	čtvrtý shluk	pátý shluk
M	3,92	3,98	3,93	4,23	3,54
SD	0,48	0,43	0,42	0,35	0,65
medián	4	3,92	4,04	4,30	3,77
minimum	2,77	2,54	2,88	3,15	2,12
maximum	4,81	4,81	4,62	4,73	4,35
N	56	93	33	75	19

Vzhledem k tomu, že rozložení dat na škále *MSRI-s po porodu* neodpovídalo normálnímu rozložení, byl pro ověření existence rozdílů mezi jednotlivými shluky VKP proveden i Kruskal-Wallisův test. Hodnota Kruskal-Wallisova testu pro škálu *MSRI-s po porodu* byla 33,423 (df = 4; p = 0,000). Jednotlivé shluky VKP se tedy ve skórech škály *MSRI-s po porodu* signifikantně lišily.

MATEŘSKÉ SEBEHODNOCENÍ PO PORODU (MSRI-s) – SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

S využitím škály *MSRI-s po porodu* byl nalezen statisticky významný vztah mezi mateřským sebehodnocením po porodu a popisovanou plačtivostí kojence. Čím nižších skóreů na škále mateřského sebehodnocení po porodu matka dosahovala, tím větší byla popisovaná plačtivost jejího kojence. Statisticky významný vztah byl nalezen i mezi mateřským sebehodnocením po porodu a skóry na všech škálách dotazníku VKP. Čím nižších skóreů na škále mateřského sebehodnocení po porodu matka dosahovala, tím spíše měla tendenci popisovat pláč dítěte na nahrávce jako protivný a urgentní a reagovat na něj pocity znechucení a úzkosti. Naopak čím vyšších skóreů respondentky dosahovaly na škále mateřského sebehodnocení po porodu, tím více měly tendenci popisovat pláč dítěte na nahrávce jako roztomilý a reagovat na něj pocity něhy. Při porovnání jednotlivých shluků VKP bylo zjištěno, že nejvyšší mateřské sebehodnocení měly respondentky ze *čtvrtého shluku VKP*.

SHLUKY VIDEODOTAZNÍKU KOJENECKÉHO PLÁČE – REGRESNÍ ANALÝZA

Z analýz uvedených v předchozích kapitolách vyplynulo, že existují signifikantní vztahy mezi percepcí kojeneckého pláče a některými charakteristikami matek. Zároveň bylo zjištěno, že mezi shluky VKP v některých charakteristikách matek existují signifikantní rozdíly. Jelikož je právě vnímání kojeneckého pláče (a jeho souvislosti) hlavním tématem této studie, byla provedena i logistická regrese zjišťující, jaké charakteristiky matek jsou prediktory shluků VKP.

Model logistická regrese predikující zařazení do shluků VKP

Tabulka 34

shluky VKP		B	standardní chyba	Wald	df	p	Exp (B)	95% CI pro Exp(B)	
1	konstanta	-2,928	3,460	,716	1	,397			
	STAI-T	-,760	,706	1,158	1	,282	,468	,117	1,866
	MSRI-s v těhotenství	,989	,599	2,726	1	,099	2,689	,831	8,704
	IRA	,213	,222	,925	1	,336	1,238	,801	1,912
	pohlaví mužské	,423	,562	,566	1	,452	1,526	,507	4,590
	žena již má nějaké děti	2,196	1,082	4,122	1	,042	8,989	1,079	74,879
2	konstanta	-8,915	3,477	6,575	1	,010			
	STAI-T	,325	,692	,221	1	,638	1,385	,357	5,372
	MSRI-s v těhotenství	1,690	,590	8,204	1	,004	5,421	1,705	17,233
	IRA	,433	,216	4,030	1	,045	1,542	1,010	2,355
	pohlaví mužské	,395	,541	,533	1	,465	1,484	,514	4,284
	žena již má nějaké děti	1,899	1,069	3,152	1	,076	6,676	,821	54,294
3	konstanta	-5,646	3,824	2,180	1	,140			
	STAI-T	,392	,768	,261	1	,609	1,481	,329	6,669
	MSRI-s v těhotenství	,964	,644	2,243	1	,134	2,622	,743	9,259
	IRA	,206	,235	,769	1	,380	1,229	,775	1,950
	pohlaví mužské	,244	,595	,169	1	,681	1,277	,398	4,094
	žena již má nějaké děti	1,939	1,106	3,073	1	,080	6,954	,795	60,803
4	konstanta	-9,166	3,589	6,521	1	,011			
	STAI-T	-,291	,710	,168	1	,682	,747	,186	3,006
	MSRI-s v těhotenství	2,149	,622	11,952	1	,001	8,575	2,536	28,994
	IRA	,368	,221	2,776	1	,096	1,445	,937	2,227
	pohlaví mužské	,214	,554	,149	1	,700	1,238	,418	3,668
	žena již má nějaké děti	1,698	1,079	2,477	1	,115	5,461	,659	45,214

Za referenční kategorii závislé proměnné byl zvolen pátý shluk VKP, jelikož se tento shluk na základě výsledků předchozích analýz (uvedených v předchozích kapitolách) jevil z hlediska tématu studie jako nejzajímavější. Jako vstupní nezávislé proměnné byly s ohledem na výsledky předchozích analýz zvoleny škály STAI-T, MSRI-s v těhotenství, IRA. Z dalších proměnných, které by mohly mít na percepci kojeneckého pláče vliv, bylo zvoleno pohlaví dítěte a odpověď na otázku, zda již žena má nějaké děti. Hodnota Nagelkerke R^2 byla 0,178. Hodnota BIC byla 887,94 a hodnota -2LL byla 753,49.

Z výše uvedené tabulky je patrné, že respondentky, které již měly nějaké dítě, měly signifikantně vyšší šanci být v *prvním shluku VKP* než v *pátém shluku VKP*. Dále je z výše uvedené tabulky patrné, že s každým bodem, který respondentka získala na škále *MSRI-s v těhotenství*, se 5,4x zvýšila šance, že bude ve *druhém shluku VKP* (v porovnání s pátým shlukem VKP) a 8,6x se zvýšila šance, že bude spíše ve *čtvrtém* než v *pátém shluku VKP*. S každým bodem, který respondentka získala na škále *IRA*, se pak 1,5x zvýšila šance, že bude spíše ve *druhém* než v *pátém shluku VKP*.

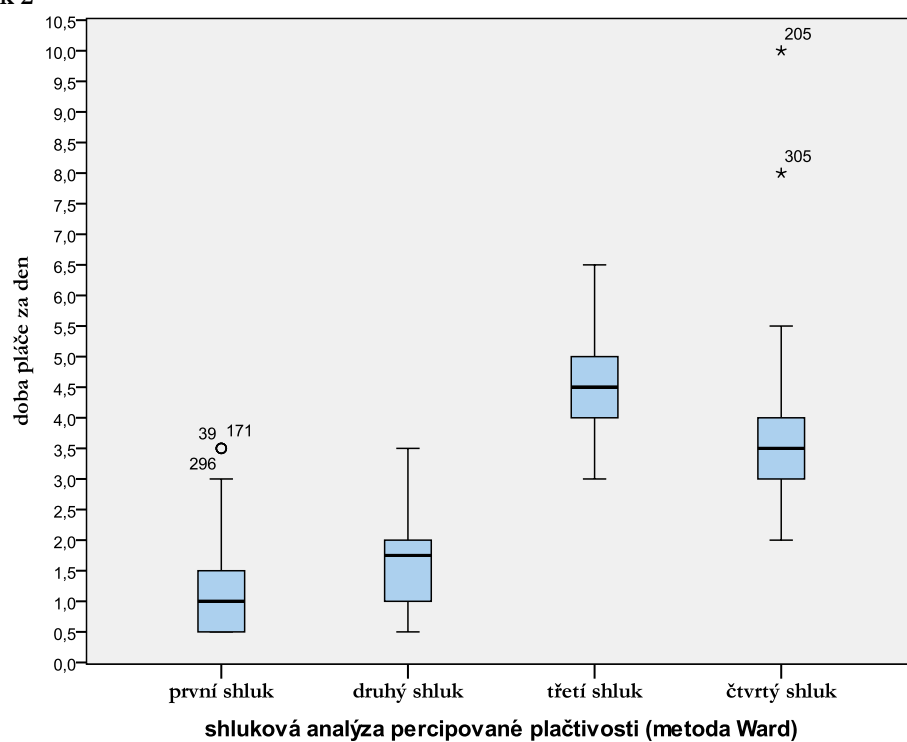
POPISOVANÁ PLAČTIVOST KOJENCE – SHLUKOVÁ ANALÝZA

Data o popisované plačtivosti (vyjádřené proměnnými *dobu pláče za den*, *délka průměrné epizody pláče* a *délka nejdelší epizody pláče*) byla využita i ke shlukové analýze. Cílem této analýzy bylo zjistit, zda existovaly nějaké „vzorce“ popisované plačtivosti kojenců.

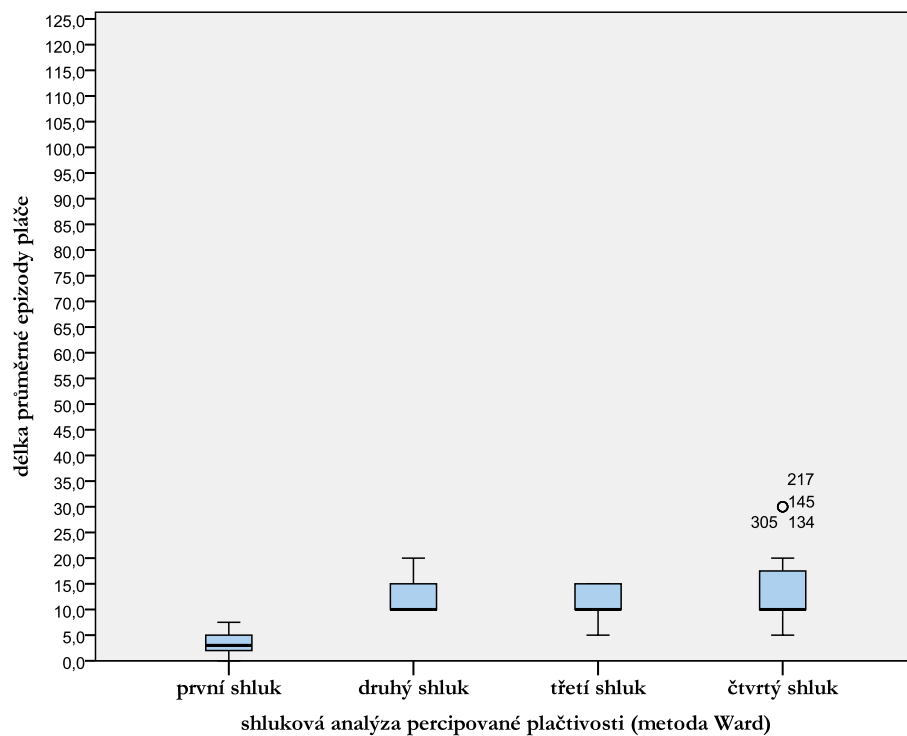
Shluková analýza popisované plačtivosti byla provedena na souboru 296 respondentek. Pro měření vzdálenosti byl použit čtverec euklidovské vzdálenosti. Pro shlukovou analýzu byla zvolena metoda Ward, která je založená na optimalizaci homogenity shluků prostřednictvím minimalizace přírůstku celkového vnitroskupinového součtu čtverců odchylek od shlukového průměru (centroidu). Před samotnou analýzou byla data standardizována pomocí z-skóre. Proces shlukování vyjádřený dendogramem je uveden v Příloze 7.

Na níže uvedených obrázcích je zachyceno, jakých hodnot dosahovaly respondentky z jednotlivých shluků popisované plačtivosti v každé z proměnných, které popisovanou plačtivost kojence vyjadřovaly.

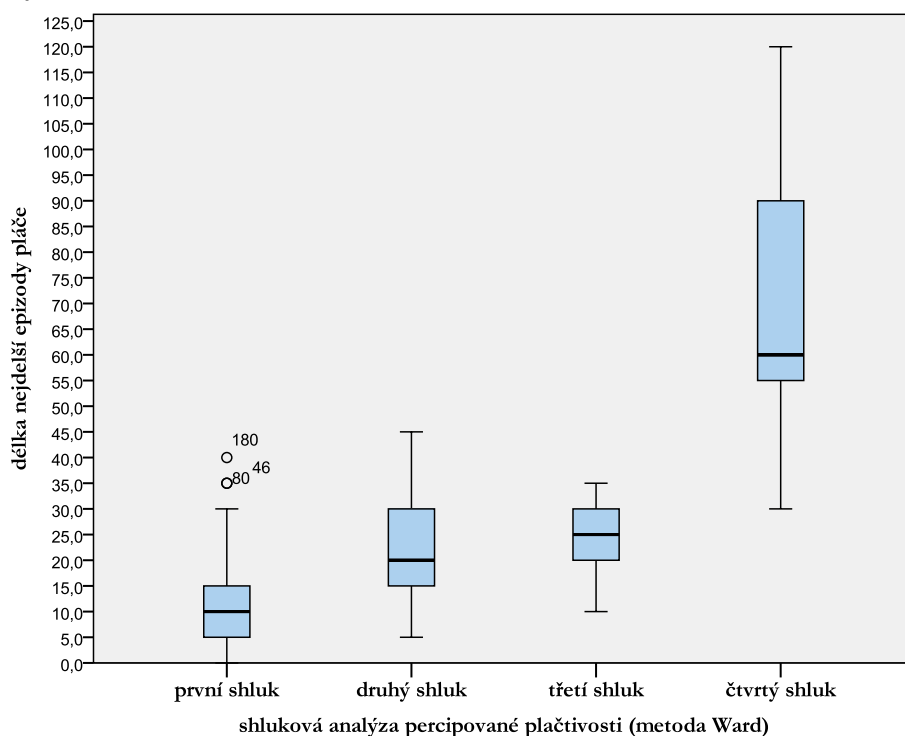
Obrázek 2



Obrázek 3



Obrázek 4



První shluk popisované plačtivosti

Do *prvního shluku* spadalo 216 respondentek (73 %). První shluk byl charakterizován *nejnižší dobou pláče za den* a zároveň *nejnižší průměrnou i nejdelší epizodou pláče*. Průměrná hodnota *doby pláče za den* byla 1,13 hodin (SD = 0,71). Medián *doby pláče za den* představuje hodnota 1,0 (dítě plakalo 30 - 60 minut za den). Hodnoty *doby pláče za den* se pohybovaly od 0,5 do 3,5. *Délka průměrné epizody pláče* se u *prvního shluku* pohybovala od 0 do 7,5 minut. Průměrná hodnota *délky průměrné epizody pláče* byla 3,31 minut (SD = 1,68) a medián byl 3 minuty. *Délka nejdelší epizody pláče* se u *prvního shluku* pohybovala od 0 do 40 minut. Průměrná hodnota *délky nejdelší epizody pláče* byla 9,92 minut (SD = 7,42). Medián *délky nejdelší epizody pláče* byl 10 minut.

Druhý shluk popisované plačtivosti

Druhý shluk byl tvořen 36 respondentkami (12,2 %). Průměrná hodnota *doby pláče za den* byla 1,76 hodin (SD = 0,72) a medián 1,75 hodin. Hodnoty *doby pláče za den* se pohybovaly od 0,5 do 3,5 hodin. *Délka průměrné epizody pláče* se pohybovala mezi 10 a 20 minutami. Průměrná hodnota *délky průměrné epizody pláče* byla 12,71 minut (SD = 3,91) a medián byl 10 minut. *Délka nejdelší epizody pláče* se u *druhého shluku* pohybovala od 5 do 45 minut. Průměrná hodnota *délky nejdelší epizody pláče* byla 22,50 minut (SD = 10,11) a medián byl 20 minut.

Třetí shluk popisované pláčivosti

Do *třetího shluku* spadalo 25 respondentek (8,4 %). Hodnoty *doby pláče za den* se u *třetího shluku* pohybovaly výše než u předchozích dvou shluků, konkrétně od 3 do 6,5. Průměrná hodnota *doby pláče za den* byla 4,38 hodin (SD = 0,80) a medián byl 4,50 hodin. *Délka průměrné epizody pláče* se pohybovala od 5 do 15 minut. Průměrná hodnota *délky průměrné epizody pláče* byla 10,92 minut (SD = 3,58) a medián byl 10 minut. *Délka nejdelší epizody pláče* se u *třetího shluku* pohybovala od 10 do 35 minut. Průměrná hodnota *délky nejdelší epizody pláče* byla 24,4 minut (SD = 7,26) a medián byl 25 minut.

Čtvrtý shluk popisované pláčivosti

Čtvrtý shluk byl tvořen 19 respondentkami (6,4 %). Hodnoty *doby pláče za den* se u *čtvrtého shluku* pohybovaly ve značném rozpětí – od 2 do 10 hodin. Průměrná hodnota *doby pláče za den* pak byla 3,92 hodin (SD = 2,02). Medián byl 3,50 hodin. *Délka průměrné epizody pláče* se pohybovala od 5 do 30 minut. Průměrná hodnota *délky průměrné doby pláče* byla 15,26 minut (SD = 8,41) a medián byl 10 minut. *Délka nejdelší epizody pláče* se u *čtvrtého shluku* pohybovala od 30 do 120 minut. Průměrná *délka nejdelší epizody pláče* byla 68,68 minut (SD = 25,54) a medián byl 60 minut.

Mezi *shluky popisované pláčivosti* nebyly nalezeny signifikantní rozdíly ve věku matky ($F(3) = 0,791$; $p = 0,499$). Rozdíl v době vyplnění druhé sady dotazníků byl mezi *shluky popisované pláčivosti* signifikantní ($F(3) = 3,81$; $p < 0,05$). Doba vyplnění po porodu se u *prvního shluku popisované pláčivosti* pohybovala od 28 do 56 dní s průměrem na 39,58 dnech (SD = 6,60) a mediánem na 38 dnech. U *druhého shluku popisované pláčivosti* se doba vyplnění po porodu též pohybovala mezi 28 a 56 dny. Průměrná doba vyplnění po porodu byla u *druhého shluku* 40,83 dní (SD = 7,14) a medián byl 40 dní po porodu. Respondentky z *třetího shluku popisované pláčivosti* vyplnily druhou sadu dotazníků mezi 28 a 54 dny po porodu. Průměrná doba vyplnění po porodu u nich byla 35,48 dní (SD = 6,96) a medián byl 34 dnů po porodu. Respondentky ze *čtvrtého shluku popisované pláčivosti* vyplnily druhou sadu dotazníků mezi 31 a 54 dny po porodu. Průměrná doba vyplnění u *čtvrtého shluku popisované pláčivosti* byla 41,11 dní (SD = 7,11) a medián 39 dní po porodu. Respondentky z *třetího shluku popisované pláčivosti* tedy vyplnily dotazníky nejdříve (dle průměru i mediánu).

ROZDÍLY MEZI SHLUKY POPISOVANÉ PLAČTIVOSTI V MATEŘSKÝCH CHARAKTERISTIKÁCH

V níže uvedených analýzách bylo zjišťováno, zda mezi jednotlivými shluky popisované plačtivosti kojence existují rozdíly mezi skóry, které respondentky dosáhly na škálách rysové úzkostnosti, depresivity, výchovných postojů a mateřského sebehodnocení.

Mezi *shluky popisované plačtivosti* nebyly nalezeny signifikantní rozdíly ve skórech dosažených na škále *STAI-T* ($F(3) = 0,330$; $p = 0,803$). Signifikantní rozdíly mezi *shluky popisované plačtivosti* nebyly nalezeny ani na škále *BDI-II* ($F(3) = 0,321$; $p = 0,810$).

Signifikantní rozdíly mezi *shluky popisované plačtivosti* dle výsledku testu ANOVA naopak byly nalezeny na škále *IRA* ($F(3) 6,382$, $p = 0,000$). Hodnota η^2 byla 0,062. Levenův test nebyl signifikantní ($p = 0,637$) a proto byl zvolen Hochbergův post-hoc test.

Rozdíl ve výchovných postojích dle shluků popisované plačtivosti – Hochbergův post-hoc test

Tabulka 35

(I) shluk popisované plačtivosti	(J) shluk popisované plačtivosti	rozdíl I-J	standardní chyba	p
1	2	,69502*	,23189	,018
	3	,96016*	,27213	,003
	4	,15464	,30824	,997
2	1	-,69502*	,23189	,018
	3	,26514	,33535	,965
	4	-,54039	,36527	,594
3	1	-,96016*	,27213	,003
	2	-,26514	,33535	,965
	4	-,80553	,39205	,220
4	1	-,15464	,30824	,997
	2	,54039	,36527	,594
	3	,80553	,39205	,220

* Rozdíl mezi průměry je signifikantní na hladině 0.05

Z výše uvedeného post-hoc testu je patrné, že respondentky v *prvním shluku popisované plačtivosti* dosahovaly na škále *IRA* signifikantně vyšších průměrných skóre než respondentky z *druhého a třetího shluku*. Výchovné postoje respondentek z *prvního shluku popisované plačtivosti* tedy byly signifikantně více zaměřené na dítě než výchovné postoje respondentek z *druhého a třetího shluku popisované plačtivosti*.

Vzhledem k tomu, že rozložení dat na škále *IRA* neodpovídalo normálnímu rozložení, byl pro ověření existence rozdílů mezi jednotlivými shluky popisované plačtivosti proveden i Kruskal-Wallisův test. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 18,455 ($df = 3$; $p = 0,000$). Nulová hypotéza o neexistenci rozdílů mezi shluky popisované plačtivosti v mediánech škály *IRA* tedy byla zamítnuta.

Dle výsledků testu ANOVA byly rozdíly mezi jednotlivými shluky na škále MSRI-s v těhotenství signifikantní ($F(3) 3,143$, $p = 0,026$). Hodnota η^2 byla 0,032. Levenův test byl signifikantní ($p = 0,027$) a proto byl zvolen Games-Howellův post-hoc test.

Rozdíl v mateřském sebehodnocení v těhotenství dle shluků popisované plačtivosti – Games-Howellův post-hoc test

Tabulka 36

(I) shluk popisované plačtivosti	(J) shluk popisované plačtivosti	rozdíl I-J	standardní chyba	p
1	2	,04512	,09900	,968
	3	,17105	,13706	,603
	4	,33508	,13721	,101
2	1	-,04512	,09900	,968
	3	,12593	,16287	,866
	4	,28996	,16300	,300
3	1	-,17105	,13706	,603
	2	-,12593	,16287	,866
	4	,16404	,18855	,820
4	1	-,33508	,13721	,101
	2	-,28996	,16300	,300
	3	-,16404	,18855	,820

Z výše uvedené tabulky je patrné, že prostřednictvím Games-Howellova post-hoc testu se nepodařilo odhalit, mezi kterými *shluky popisované plačtivosti* se rozdíly na škále *MSRI-s v těhotenství* nacházejí. Rozdíly mezi jednotlivými *shluky popisované plačtivosti* tedy byly nízké a nesignifikantní. Vzhledem k tomu, že rozložení dat na škále *MSRI-s v těhotenství* neodpovídalo normálnímu rozložení, byl pro ověření existence rozdílů mezi jednotlivými shluky popisované plačtivosti proveden i Kruskal-Wallisův post-hoc test. Kruskal-Wallisův test existenci statisticky významných rozdílů mezi *shluky popisované plačtivosti* na škále *MSRI-s v těhotenství* nepotvrdil ($p = 0,094$).

Dle výsledku testu ANOVA byly rozdíly mezi jednotlivými *shluky popisované plačtivosti* na škále *MSRI-s po porodu* signifikantní ($F(3) = 7,585$; $p = 0,000$). Hodnota η^2 byla 0,072. Levenův test byl signifikantní ($p = 0,005$) a byl tedy zvolen Games-Howellův post-hoc test.

Rozdíly v mateřském sebehodnocení po porodu – Games-Howellův post-hoc test

Tabulka 37

(I) shluk popisované plačtivosti	(J) shluk popisované plačtivosti	rozdíl I-J	standardní chyba	p
1	2	,16241	,08802	,267
	3	,29109	,12725	,127
	4	,40675	,14966	,060
2	1	-,16241	,08802	,267
	3	,12868	,14972	,826
	4	,24434	,16918	,483
3	1	-,29109	,12725	,127
	2	-,12868	,14972	,826
	4	,11567	,19253	,931
4	1	-,40675	,14966	,060
	2	-,24434	,16918	,483
	3	-,11567	,19253	,931

Z výše uvedené tabulky je patrné, že prostřednictvím Games-Howellova post-hoc testu se nepodařilo odhalit, mezi kterými *shluky popisované plačtivosti* se rozdíly na škále *MSRI-s po porodu* nacházejí. Rozdíly mezi jednotlivými *shluky popisované plačtivosti* tedy byly nízké a nesignifikantní. Vzhledem k tomu, že rozložení dat na škále *MSRI-s po porodu* neodpovídalo normálnímu rozložení, byl pro ověření existence rozdílů mezi jednotlivými shluky popisované plačtivosti proveden i Kruskal-Wallisův post-hoc test. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 13,015 ($df = 3$, $p = 0,005$). Mezi *shluky popisované plačtivosti* tedy existoval rozdíl v mediánech na škále *MSRI-s po porodu*. Nelze ale jednoznačně určit, mezi kterými shluky popisované plačtivosti se rozdíly na škále *MSRI-s po porodu* nacházely.

ROZDÍLY MEZI SHLUKY POPISOVANÉ PLAČTIVOSTI V PERCEPCI KOJENECKÉHO PLÁČE

Vzhledem k hlavnímu tématu této studie, kterým je vnímání kojeneckého pláče, byly provedeny i analýzy rozdílů v percepci kojeneckého pláče (vyjádřenými jednotlivými škálami dotazníku VKP) mezi jednotlivými shluky popisované plačtivosti.

Mezi *shluky popisované plačtivosti* nebyly nalezeny signifikantní rozdíly mezi průměry na škálách *CHKP Urgentní* ($F(3) = 0,604$; $p = 0,613$), *CHKP Roztomilý* ($F(3) 0,727$, $p = 0,537$), *PKP Znechucení* ($F(3) 1,405$, $p = 0,242$) a *PKP Úzkost* ($F(3) 2,391$, $p = 0,069$). Rozdíly mezi průměry byly mezi shluky popisované plačtivosti nalezeny na škálách *CHKP Protivný* a *PKP Něha*.

Výsledek testu ANOVA prokázal, že mezi shluky *popisované plačtivosti* jsou na škále *CHKP Protivný* signifikantní rozdíly v dosažených průměrech ($F(3) 4,547$, $p = 0,004$). Hodnota η^2 byla 0,048. Levenův test byl signifikantní ($p = 0,004$) a proto byl zvolen Games-Howellův post-hoc test.

Rozdíly škály CHKP Protivný dle jednotlivých shluků – Games-Howellův post-hoc test

Tabulka 38

(I) shluk popisované plačtivosti	(J) shluk popisované plačtivosti	rozdíl I-J	standardní chyba	p
1	2	-,37812	,18384	,187
	3	-,65444	,28695	,128
	4	-,02457	,18183	,999
2	1	,37812	,18384	,187
	3	-,27632	,32907	,835
	4	,35355	,24293	,473
3	1	,65444	,28695	,128
	2	,27632	,32907	,835
	4	,62988	,32796	,237
4	1	,02457	,18183	,999
	2	-,35355	,24293	,473
	3	-,62988	,32796	,237

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že se pomocí Games-Howellova post-hoc testu nepodařilo prokázat, mezi kterými *shluky popisované plačtivosti* se rozdíly v průměrech dosažených na škále *CHKP Protivný* vyskytují. Vzhledem k tomu, že rozložení dat na škále *CHKP Protivný* neodpovídalo normálnímu rozložení, byl pro potvrzení existence rozdílů na této škále mezi

jednotlivými shluky popisované plačtivosti proveden i Kruskal-Wallisův test. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 9,394 ($df = 0,024$; $p = 0,024$). Rozdíly mezi mediány na *škále CHKP Protivný* tedy byly pro *shluky popisované plačtivosti* signifikantní.

Výsledek testu ANOVA prokázal, že mezi *shluky popisované plačtivosti* byly signifikantní rozdíly v dosažených průměrech na *škále PKP Něha* ($F(3) 3,029$; $p = 0,030$). Hodnota η^2 byla 0,032. Levenův test nebyl signifikantní ($p = 0,589$) a proto byl zvolen Hochbergův post-hoc test.

Rozdíly škály PKP Něha dle jednotlivých shluků popisované plačtivosti – Hochbergův post-hoc test

Tabulka 39

(I) shluk popisované plačtivosti	(J) shluk popisované plačtivosti	rozdíl I-J	standardní chyba	p
1	2	,27637	,25094	,849
	3	,80768*	,28340	,028
	4	,31119	,32079	,911
2	1	-,27637	,25094	,849
	3	,53131	,35461	,579
	4	,03482	,38515	1,000
3	1	-,80768*	,28340	,028
	2	-,53131	,35461	,579
	4	-,49649	,40705	,779
4	1	-,31119	,32079	,911
	2	-,03482	,38515	1,000
	3	,49649	,40705	,779

* Rozdíl mezi průměry je signifikantní na hladině 0.05

Z výše uvedené tabulky je patrné, že respondenty z *prvního shluku popisované plačtivosti* dosahovaly signifikantně vyšších průměrných skóre na *škále PKP Něha*. Respondentky, které udávaly nejnižší popisovanou plačtivost svých kojenců tedy měly tendenci na pláč kojence na videonahrávce reagovat pocitů něhy.

Existence signifikantních rozdílů na *škále PKP Něha* mezi jednotlivými shluky popisované plačtivosti byla potvrzena i Kruskal-Wallisovým testem. Hodnota Kruskal-Wallisova testu byla 10,926 ($df = 3$; $p = 0,012$).

SHRNUTÍ VÝZNAMNÝCH ZJIŠTĚNÍ A DISKUZE

Pláč je pro kojence v prvních 3 měsících po narození základním prostředkem, kterým může svému okolí sdělovat své potřeby. Jeho nepříjemný zvuk by měl kojenci zajistit co nejrychlejší přivolání pečující osoby (Zeifman, 2003). V prvních týdnech po narození dítěte křivka celkového úhrnu pláče roste a kulminuje zhruba v 6 týdnech věku (Savino, 2007). V dalších týdnech pak úhrn plačtivosti dítěte klesá. S plačtivostí dítěte v prvních 3 měsících života bývá spojován tzv. syndrom excesivního pláče, pro který bývá charakteristický zvýšený úhrn celkové doby pláče za den a obtížná utišitelnost dítěte během záchvatů pláče. Pro diagnostiku syndromu excesivního pláče bývá nejčastěji užíváno tzv. pravidlo tří (Wessel et al., 1954), které za excesivně plačícího považuje takového kojence, který (ač jinak zcela zdravý) pláče více než 3 hodiny denně, častěji než 3 dny v týdnu, po dobu delší než 3 týdny. Přes zdánlivou jednoznačnost tohoto pravidla se v diagnostice excesivního pláče objevují poměrně značné obtíže spojené s obvyklou nemožností kojence nepřetržitě sledovat po dobu 3 týdnů a tedy nutností spoléhat na popis plačtivosti rodičem. Bylo prokázáno (Reijnevel et al., 2001), že shoda mezi různými posuzovateli a různými způsoby diagnostiky syndromu excesivního pláče je poměrně nízká, ačkoliv se všechny způsoby opírají o původní Wesselova (1954) kritéria.

V souvislosti s vnímáním pláče a reakcí na něj bývá často zmiňována Zeskindova hypotéza (Zeskind et al. cit. dle Gustafson, Wood & Green, 2000) „*synchrony of arousal*“, dle které dítě vyvolává svým pláčem u dospělého obdobné fyziologické nabuzení, které samo zažívá. Toto fyziologické nabuzení by mělo dospělého nutit k tišení dítěte či pátrání po příčině jeho pláče. Možnost tolerovat (či ignorovat) pláč klesá se zvyšující se intenzitou pláče (Bisping et al. 1990 cit. dle Furlow, 1997). Vnímání pláče a především reakce na něj jsou do značné míry závislé i na schopnosti porozumět příčině pláče dítěte. Intenzita pláče ale není při hledání příčiny pláče příliš spolehlivým vodítkem, protože pláč v kojeneckém období velmi úzce souvisí s dráždivostí kojence a jeho schopností adaptace a seberegulace (Ohgi, Gima & Akiyama, 2006). Vysoce dráždivý kojenec reaguje i na slabý podnět pláčem poměrně velké intenzity (Karp, 2005), takže intenzivní pláč u něj nemusí být projevem velké bolesti.

Kromě objektivních charakteristik pláče, jakými jsou jeho délka, intenzita apod., hrají při vnímání kojeneckého pláče a reakcích na něj roli i osobnostní proměnné na straně dospělého, který pláč dítěte hodnotí. Studie zabývající se problematikou excesivního pláče často uvažují o tom, že příčina tohoto syndromu souvisí s osobnostními charakteristikami matek. Jelikož ve

většině případů bývá syndrom excesivního pláče určován na základě matčina popisu plačtivosti dítěte, vypovídají výsledky těchto studií spíše o tom, jaké charakteristiky matek souvisejí s tendencí matek popisovat pláč dítěte jako excesivně plačící.

Ve výzkumu, jehož výsledky byly v tomto textu prezentovány, byly zjišťovány osobnostní charakteristiky matek, plačtivost jejich kojenců (popisovaná matkou) a to, jak matky percipují pláč neznámého kojence na videonahrávce. Průměrná popisovaná plačtivost kojenců matek z výzkumného souboru byla zejména v porovnání s plačtivostí kojenců ve studii St James-Robertse (St James-Roberts et al., 1995) nízká. Přesto nebyl výzkumný soubor z hlediska popisované plačtivosti kojenců homogenní. Mezi respondentkami bylo 22 žen, jejichž kojenci splňovali první dvě (mírně modifikovaná) kritéria Wesselova pravidla tří. Procentuální výskyt syndromu excesivního pláče dle těchto kritérií se podobal výskytu syndromu excesivního pláče, který byl popsán v jiné studii provedené na reprezentativním vzorku kojenců (Rautava, 1995).

Byl nalezen statisticky významný vztah mezi celkovou popisovanou plačtivostí dítěte a tím, jak matka hodnotila plačtivost svého dítěte v porovnání s plačtivostí kojenců stejné věku. V případě, že pláč dítěte nebyl na základě doby pláče za den označen jako excesivní, matky signifikantně častěji uváděly, že jejich dítě pláče méně než ostatní děti, a signifikantně méně často uváděly, že jejich dítě pláče více než ostatní děti. Parita žen v této studii neměla spojitost s výskytem excesivního pláče. Naopak ale byla spjata s percepcí kojeneckého pláče.

Speciálně pro účely této studie byl vytvořen Videodotazník kojeneckého pláče Metoda byla inspirována dotazníkem D. Zeifmanové (2003). Videodotazník kojeneckého pláče měl 2 subtesty – Charakteristiky kojeneckého pláče a Pocity z kojeneckého pláče. Na základě provedené exploratorní analýzy bylo zjištěno, že dotazník CHKP se skládal ze 3 faktorů: CHKP Urgentní, CHKP Protivný a CHKP Roztomilý. I u dotazníku PKP byla provedenou exploratorní faktorovou analýzou zjištěna existence 3 faktorů: PKP Úzkost, PKP Znechucení a PKP Něha. Tyto faktory byly v dalších analýzách využity ke zjišťování souvislostí mezi osobnostními charakteristikami matek a jejich vnímáním kojeneckého pláče.

Oproti některým dříve provedeným studiím (viz např. Clifford et al., 2002; Canivet et al., 2005) nebyla zjištěna souvislost mezi rysovou úzkostností matek a popisovanou plačtivostí dítěte. Statisticky významný vztah nebyl oproti jiným studiím (např. Smart & Hiscock, 2007) nalezen ani mezi popisovanou plačtivostí dítěte a depresivitou matky. S využitím škály IRA naopak byl nalezen statisticky významný vztah mezi výchovnými postoji matek a popisovanou plačtivostí kojenců. S na sebe zaměřenými výchovnými postoji se pojila zvýšená popisovaná plačtivost dítěte. Vzhledem k tomu, že součástí dotazníku IRA byla položka zjišťující, zda se rodič domnívá, že může své dítě rozmazlit, zvedne-li ho pokaždé, když pláče, lze toto zjištění přirovnat

k výsledkům jiné studie (Canivet et al., 2005), v níž se obava rodičů, že by častým nošením mohli své dítě rozmazlit, pojila s vyšším rizikem výskytu syndromu excesivního pláče.

Statisticky významný vztah byl nalezen rovněž mezi popisovanou plačtivostí kojence a mateřským sebehodnocením. Čím nižší bylo matčino sebehodnocení v těhotenství, tím vyšší byla popisovaná plačtivost jejího kojence. Obdobně pak čím nižších skóreů na škále mateřského sebehodnocení po porodu matka dosahovala, tím větší byla popisovaná plačtivost jejího kojence. Tato zjištění jsou ve shodě s výsledky předchozích studií. V jedné z nich byly například analyzovány souvislosti mezi mateřským sebehodnocením a behaviorálními charakteristikami dítěte (Shea & Tronick, 1988). V této studii se ukázalo, že matky kojenců lépe skórujících na Brazeltonově škále měly vyšší mateřské sebehodnocení.

Lze se domnívat, že mateřské sebehodnocení a plačtivost se navzájem ovlivňují. W. Donovanová (1981) přirovnává souvislost mezi kojeneckým pláčem a sebehodnocením matky k naučené bezmocnosti. V jejím experimentu měly matky nahraný pláč kojence tišit prostřednictvím stisknutí tlačítka na klávesnici. Donovanová zjistila, že matky, které byly vystaveny situacím, kdy (po zásahu zvnějšku, o kterém matky nevěděly) po stisku tlačítka nedošlo k utišení pláče, byly v dalším pokusu o utišení dítěte méně úspěšné než ostatní ženy.

K možnosti nahlížet na mateřské sebehodnocení i optikou teorie naučené bezmocnosti vede i další zjištění. Byl totiž nalezen statisticky významný vztah mezi mateřským sebehodnocením po porodu a skóre na všech škálách dotazníku VKP. Čím nižších skóreů na škále mateřského sebehodnocení po porodu matka dosahovala, tím spíše měla tendenci popisovat pláč dítěte na nahrávce jako protivný a urgentní a reagovat na něj pocity znechucení a úzkosti. Naopak čím vyšších skóreů respondentky dosahovaly na škále mateřského sebehodnocení po porodu, tím více měly tendenci popisovat pláč dítěte na nahrávce jako roztomilý a reagovat na něj pocity něhy. I z jiných studií vyplývá, že rodiče, kteří sami sebe vnímají jako kompetentní, se v interakci se svými dětmi chovají vřele, citlivě a vnímavě (Bandura; Johnston & Mash; Peterson & Seligman; Ruble, Newman, Rholes, & Altshuler cit. dle Bornstein et al., 2007).

Dle výsledků analýz dat v této studii nelze tvrdit, že by mateřské sebehodnocení bylo důsledkem plačtivosti dítěte. Jak již bylo uvedeno výše, lze spíše předpokládat, že plačtivost kojence a mateřské sebehodnocení se ovlivňují navzájem. Statisticky významný vztah byl totiž nalezen i mezi mateřským sebehodnocením v těhotenství a skóre, kterých respondentky dosahovaly na škálách CHKP Protivný, PKP Znechucení, PKP Úzkost a PKP Něha. Čím nižších skóreů na škále mateřského sebehodnocení v těhotenství matka dosahovala, tím větší měla tendenci hodnotit pláč neznámého kojence na nahrávce jako protivný a reagovat na něj pocity znechucení a úzkosti. Naopak čím vyšších skóreů na škále mateřského sebehodnocení v

těhotenství matka dosahovala, tím větší měla tendenci reagovat na pláč neznámého kojence na nahrávce pocity něhy. Mateřské sebehodnocení z těhotenství tedy zřejmě částečně i ovlivňuje to, jak matka vnímá pláč kojence a jakými pocity má na něj tendenci reagovat.

S vnímáním kojeneckého pláče byly spjaty i další osobnostní charakteristiky matek. Z analýzy souvislostí rysové úzkostnosti matky s vnímáním kojeneckého pláče vyplynulo, že čím vyšších skóre matky dosahovaly na škále rysové úzkostnosti, tím větší měly tendenci popisovat pláč neznámého kojence na nahrávce jako urgentní a reagovat na tento pláč pocity znechucení a úzkosti. Čím vyšších skóre depresivity matky dosahovaly, tím větší měly tendenci popisovat pláč neznámého kojence na nahrávce jako urgentní a reagovat na něj pocity znechucení a úzkosti. Toto zjištění je ve shodě s výsledky jiné studie (Sokolowski et al., 2007), v níž se negativní percepce dítěte sice nepojila přímo s depresivitou matky, ale souvisela s hostilitou, která byla s depresivitou úzce spjatá. Z výsledků zde prezentované studie dále vyplynulo, že čím více měla matka na sebe zaměřené postoje, tím spíše reagovala na pláč kojence na nahrávce pocity znechucení a úzkosti. Čím více naopak zastávala výchovné postoje zaměřené na dítě, tím více reagovala na pláč kojence na videonahrávce pocity něhy.

Vzhledem k výsledkům výše uvedených analýz se jevílo jako účelné prozkoumat vztahy mezi vnímáním kojeneckého pláče, popisovanou plačtivostí kojence a osobnostními charakteristikami matek i prostřednictvím shlukové analýzy. Na základě shlukové analýzy byly respondentky z výzkumného souboru rozděleny do 5 shluků Videodotazníku kojeneckého pláče dle toho, jakých skóre dosahovaly na jednotlivých škálách obou subtestů VKP. Nejnižších hodnot v proměnných popisované plačtivosti dosahovaly respondentky ze shluků, pro které byly charakteristické i vysoké skóre na škále PKP Něha.

Nejvyšších hodnot popisované plačtivosti dosahovaly naopak respondentky z pátého shluku VKP. Respondentky z pátého shluku VKP dosahovaly poměrně vysokých skóre na všech škálách kromě škály CHKP Roztomilý a PKP Něha. Respondentky z pátého shluku VKP zároveň dosahovaly nejvyšších hodnot mediánu i průměru na škále rysové úzkostnosti a jejich výchovné postoje byly nejvíce zaměřené na sebe. Respondentky z pátého shluku VKP (spolu s respondentkami z třetího shluku) též dosahovaly nejvyšších středových hodnot na škále depresivity. Též na škále mateřského sebehodnocení v těhotenství dosahovaly respondentky z pátého shluku významně nižších průměrných hodnot.

Z modelu logistické regrese vyplynulo, že respondentky, které již měly nějaké dítě, měly signifikantně vyšší šanci být v prvním shluku VKP než v pátém shluku VKP. S každým bodem, který respondentka získala na škále MSRI-s v těhotenství, se 5,4x zvýšila šance, že bude ve druhém shluku VKP (v porovnání s pátým shlukem VKP) a 8,6x se zvýšila šance, že bude spíše

ve čtvrtém než v pátém shluku VKP. S každým bodem, který respondentka získala na škále IRA, se pak 1,5x zvýšila šance, že bude spíše ve druhém než v pátém shluku VKP. Významně nižší šanci reagovat na pláč kojence převážně negativními pocity tedy měly ženy, které již měly nějaké dítě, ženy s nižším mateřským sebehodnocením v těhotenství a s na sebe zaměřenými výchovnými postoji. Též ve výzkumu Zeifmanové (2003) bylo zjištěno, že na sebe orientované výchovné postoje významně predikují negativní hodnocení kojeneckého pláče.

Na základě shlukové analýzy byly respondentky rozděleny i do čtyř shluků dle popisované plačtivosti jejich kojenců. Mezi shluky popisované plačtivosti nebyly nalezeny signifikantní rozdíly ve skórech dosažených na škálách rysové úzkostnosti a depresivity. Nebylo možné jednoznačně potvrdit ani rozdíl mezi shluky popisované plačtivosti na škálách mateřského sebehodnocení. Signifikantní rozdíl mezi shluky popisované plačtivosti ale byl nalezen mezi průměrnými skóry dosaženými na škále výchovných postojů. V prvním shluku popisované plačtivosti dosahovaly na škále IRA signifikantně vyšších průměrných skóre než respondentky z druhého a třetího shluku. Výchovné postoje respondentek z prvního shluku popisované plačtivosti tedy byly signifikantně více zaměřené na dítě než výchovné postoje respondentek z druhého a třetího shluku popisované plačtivosti. Tento shluk se vyznačoval nejnižší popisovanou plačtivostí kojenců. V další analýze bylo zjištěno, že respondentky, které udávaly nejnižší popisovanou plačtivost svých kojenců, zároveň měly tendenci na pláč kojence na videonahrávce reagovat pocity něhy.

Výsledky uvedené v této studii lze přirovnat ke zjištěním jiné studie (Ghera, Hane, Malesa, & Fox, 2006), z níž vyplynulo, že percipovaná neutišitelnost negativně temperamentově laděného kojence může snižovat matčinu vnímavost a citlivost k němu. I z výše popsáných výsledků vyplývá, že mezi popisovanou mírou plačtivosti kojence, vnímáním kojeneckého pláče a osobnostními charakteristikami matek existují signifikantní vztahy. Jelikož již v předchozích výzkumech (např. Ghera, Hane, Malesa, & Fox, 2006) bylo zjištěno, že matky dráždivějších kojenců, které nevnímají své děti jako snadno utěšitelné, se častěji stávají vůči dítěti méně citlivé než ostatní matky, lze konstatovat, že by vnímání kojeneckého pláče a celkovému psychickému stavu matky měla být při řešení problémů s kojeneckým pláčem vždy věnována pozornost. A to i přesto, že byla věcná síla vztahů mezi popisovanou plačtivostí, vnímáním kojeneckého pláče a osobnostními charakteristikami matek ve většině provedených analýz spíše slabá.

LIMITY STUDIE

Hlavní omezení zde popsané studie vycházejí především ze způsobu sběru dat a výběru výzkumného souboru. Respondentky se do výzkumu hlásily samy. Účast na výzkumu vyžadovala přístup k internetu v obou vlnách sběru dat, čímž byly z výzkumu předem vyřazeny respondentky, jejichž domácnost připojení k internetu nevlastnila. Toto omezení by bylo ještě před několika lety zcela fatální. V současnosti, při neustále se rozšiřujícím využívání internetu, lze předpokládat, že toto omezení nemělo na složení výzkumného souboru zásadní vliv. Ve výzkumném souboru byly i ženy se základním vzděláním a ženy vyučené a též ženy z menších měst a vesnic. Alespoň z těchto hrubých údajů se lze domnívat, že výzkumný soubor byl z hlediska socioekonomického statusu heterogenní.

Problematictější by z hlediska validity výzkumných zjištění mohl být fakt, že téměř 2/3 výzkumného souboru tvořily prvorodičky. Z výsledků jedné z analýz vyplynulo, že právě i na skutečnosti, zda žena již nějaké děti má, může její vnímání kojeneckého pláče záviset. Do navazujících studií by tedy bylo vhodné zapojit větší procento respondentek, které již mají děti.

Zde prezentovaný výzkum se zabýval vnímáním kojeneckého pláče matkou. Nebyly zjišťovány dopady matčina způsobu vnímání na interakci s kojencem. Rovněž nebyla zjišťována percepce kojeneckého pláče jinými osobami. Výsledky studie tedy pokrývají pouze drobnou výseč problematiky vnímání kojeneckého pláče. Percepce kojeneckého pláče se v této studii navíc týkala percepce pláče neznámého kojence. Lze se domnívat, že percepce pláče vlastního dítěte se může od percepce pláče neznámého kojence odlišovat. Výhodou využití nahrávky pláče neznámého kojence ale naopak je, že jsou odpovědi jednotlivých respondentek porovnatelné a lze je využít i k testování vztahů s dalšími proměnnými na straně matky i dítěte (v případě této studie s popisovanou plačtivostí kojence).

Významným omezením validity Videodotazníku kojeneckého pláče byla použitá videonahrávka, která sloužila jako podnětový materiál pro vyplňování dotazníku. Tato nahrávka byla, jak bylo uvedeno výše, stažena ze serveru Youtube, a nebyla tedy vytvořena přímo pro účely dotazníku. Jelikož výsledky výše prezentovaných analýz naznačují, že Videodotazník kojeneckého pláče může být užitečným nástrojem pro zjišťování percepce kojeneckého pláče, bylo by vhodné pro další použití tohoto dotazníku vytvořit speciální nahrávku kojeneckého pláče a s jejím využitím znovu ověřit validitu a reliabilitu celé metody.

LITERATURA

- Abell, S., & Dauphin, B. (2009). The perpetuation of patriarchy: the hidden factor of gender bias in the diagnosis and treatment of children. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 14(1), 117-133; doi: 14/1/117 [pii] 10.1177/1359104508096773
- Acebo, C., & Thoman, E. (1992). Crying as social behavior. *Infant Mental Health Journal*, 13, 67-82.
- Acebo, C., & Thoman, E. (1995). Role of infant crying in the early mother-infant dialog. *Physiology & Behavior*, 57(3), 541-547.
- Anderson, C., Robins, C., Greeno, C., Cahalane, H., Copeland, V., & Andrews, R. (2006). Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: Perceived barriers to care. *Qualitative Health Research*, 16, 926-943. doi: DOI 10.1177/1049732306289224
- Armstrong, K., Previtera, N., & McCallum, R. (2000). Medicalizing normality? Management of irritability in babies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36, 301-305.
- Barr, R. (1998). Crying in the first year of life: good news in the midst of distress. [Article]. *Child Care Health and Development*, 24(5), 425-439.
- Barr, R., Rotman, A., Yaremko, J., Leduc, D., & Francoeur, T. (1992). The crying of infants with colic - A controlled empirical description. *Pediatrics*, 90, 14-21.
- Barr, R. G., Hopkins, B., & Green, J. A. (2000). Crying as a sign, a symptom and a signal: evolving concepts of crying behavior. In R. G. Barr, B. Hopkins & J. A. Green (Eds.), *Crying as a sign, a symptom & a signal*. (s. 1-7). UK: Cambridge University Press.
- Barr, R. G., Kramer, M. S., Pless, I. B., Boisjoly, C., & Leduc, D. (1989). Feeding and temperament as determinants of early infant crying/fussing behavior. *Pediatrics*, 84(3), 514-521.
- Bártová, J. (2008). Vztah mezi úzkostí a sebehodnocením u VŠ studentů. Nepublikovaná diplomová práce. Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, Brno.

- Baumann, B., Pelham, W., Lang, A., Jacob, R., & Blumenthal, J. (2004). The impact of maternal depressive symptomatology on ratings of children with ADHD and child confederates. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(2), 90-98.
- Bell, S., & Ainsworth, M. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43(4), 1171-1190..
- Biringen, Z., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attach Hum Dev*, 2(2), 218-232.
- Bloom, K., Moore-Schoenmakers K., & Masataka N. (1999). Nasality of Infant Vocalizations Determines Gender Bias in Adult Favorability Ratings. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23(3), 219-236.
- Bonhoeffer, J., Vermeer, P., Halperin, S., Kempe, A., Music, S., Shindman, J., & Brighton Collaboration Persistent Crying Working Group (2004). Persistent crying in infants and children as an adverse event following immunization: case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation. *Vaccine*, 22(5-6), 586-591. doi: S0264410X03006595 [pii]
- Bornstein, M., Hahn, C., Haynes, O., Belsky, J., Azuma, H., Kwak, K., & de Galperin, C. (2007). Maternal personality and parenting cognitions in cross-cultural perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 31, 193-209. doi: DOI 10.1177/0165025407074632
- Bowlby, J. (1969/1997). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Braarud, H., & Stormark, K. (2006). Maternal soothing and infant stress responses: Soothing, crying and adrenocortical activity during inoculation. *Infant Behavior & Development*, 29(1), 70-79. doi: DOI 10.1016/j.infbeh.2005.08.008
- Brand, S., Furlano, R., Sidler, M., Schulz, J., & Holsboer-Trachsler, E. (2011). 'Oh, baby, please don't cry!': in infants suffering from infantile colic hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis activity is related to poor sleep and increased crying intensity. *Neuropsychobiology*, 64(1), 15-23. doi: 000322456 [pii]10.1159/000322456
- Brazelton, T. B. (1962). Crying in infancy. *Pediatrics*, 29, 579-588.

- Broth, M., Goodman, S., Hall, C., & Raynor, L. (2004). Depressed and well mothers' emotion interpretation accuracy and the quality of mother-infant interaction. *Infancy*, 6(1), 37-55.
- Bussing, R., Lehniger, F., & Eyberg, S. (2006). Difficult child temperament and attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants and Young Children*, 19(2), 123-131.
- Campbell, R. L., Eisner, S., & Riggs, N. (2010). Sources of self-esteem: From theory to measurement and back again. *New Ideas in Psychology*, 28, 338-349.
- Canivet, C., Ostergren, P., Rosen, A., Jakobsson, I., & Hagander, B. (2005). Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(1), 26-34. doi: DOI 10.1080/14034940410028316
- Carey, W. (1990). Infantile colic - A pediatric practitioner researchers point-of-view. *Infant Mental Health Journal*, 11, 334-339.
- Clifford, T., Campbell, M., Speechley, K., & Gorodzinsky, F. (2002). Infant colic - Empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 1123-1128.
- Craig, K. D., Gilbert-MacLeod, C. A., & Lilley, C. M. (2000). Crying as an indicator of pain in infants. In R. G. Barr, B. Hopkins & J. A. Green (Eds.), *Crying as a sign, a symptom & a signal* (s. 23-40). UK: Cambridge University Press.
- Crockenberg, S., & Smith, P. (2002). Antecedents of mother-infant interaction and infant irritability in the 1st 3 months of life. *Infant Behavior & Development*, 25, 2-15.
- Cuisinier, M., Janssen, H., de Graauw, K., & Hoogduin, K. (1998). Predictors of maternal reactions to excessive crying of newborns. Findings from a prospective study in a naturalistic situation. *Early Development & Parenting*, 7, 41-49.
- Davies, P., Sturge-Apple, M., Cicchetti, D., Manning, L., & Zale, E. (2009). Children's patterns of emotional reactivity to conflict as explanatory mechanisms in links between interpartner aggression and child physiological functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(11), 1384-1391. doi: DOI 10.1111/j.1469-7610.2009.02154.x

- de Weerth, C., van Hees, Y., & Buitelaar, J. (2003). Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early Human Development*, 74(2), 139-151. doi: DOI 10.1016/S0378-3782(03)00088-4
- Delevati, N., & Bergamasco, N. (1999). Pain in the neonate: An analysis of facial movements and crying in response to nociceptive stimuli. *Infant Behavior & Development*, 22, 137-143.
- Dessureau, B., Kurowski, C., & Thompson, N. (1998). A reassessment of the role of pitch and duration in adults' responses to infant crying. *Infant Behavior & Development*, 21(2), 367-371.
- Dimitrovsky, L., Levy-Shiff, R., & Perl, G. (2000). Effect of Gender-Role Orientation of Primiparous Mothers on Their Cognitive Appraisals, Coping Strategies, and Mood Postpartum. *Sex Roles*, 43(9-10), 593-604. DOI: 10.1023/A:1007156022935.
- Don, N., McMahon, C., & Rossiter, C. (2002). Effectiveness of an individualized multidisciplinary programme for managing unsettled infants. *Journal of Paediatr Child Health*, 38(6), 563-567. doi: 042 [pii]
- Donovan, W., Leavitt, L., & Taylor, N. (2005). Maternal self-efficacy and experimentally manipulated infant difficulty effects on maternal sensory sensitivity: A signal detection analysis. *Developmental Psychology*, 41(5), 784-798. doi: DOI 10.1037/0012-1649.41.5.784
- Donovan, W., Leavitt, L., & Walsh, R. (1998). Conflict and depression predict maternal sensitivity to infant cries. *Infant Behavior & Development*, 21, 505-517.
- Drummond, J., Letourneau, N., Neufeld, S., Harvey, H., Elliott, M., & Reilly, S. (1999). Infant crying and parent-infant interaction: Theory and measurement. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 452-465.
- Farrow, C., & Blissett, J. (2007). The development of maternal self-esteem. *Infant Mental Health Journal*, 28(5), 517-535. doi: 10.1002/imhj.20151
- Field, T. (1990). Neonatal stress and coping in intensive care. *Infant Mental Health Journal*, 11, 57-65.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2009). Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. *Infant Behavior & Development*, 32(3), 239-244. doi: DOI 10.1016/j.infbeh.2009.03.005

- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Feijo, L., Vera, Y., Gil, K., & Sanders, C. (2007). Still-face and separation effects on depressed mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 28, 314-323. doi: DOI 10.1002/imhj.20138
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Vera, Y., Gil, K., Diego, M., Bendell, D., & Yando, R. (2005). Anxiety and anger effects on depressed mother-infant spontaneous and imitative interactions. *Infant Behavior & Development*, 28, 1-9. doi:DOI 10.1016/j.infbeh.2004.06.003
- Ford, M. B., & Collins, N. L. (2010). Self-esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 405-419.
- Forsyth, B., & Canny, P. (1991). Perceptions of vulnerability 3 1/2 years after problems of feeding and crying behavior in early infancy. *Pediatrics*, 88(4), 757-763.
- Fuller, B. F. (2002). Infant gender differences regarding acute established pain. *Clinical Nursing Research*, 11(2), 190-203.
- Furlow, F. (1997). Human neonatal cry quality as an honest signal of fitness. [Review]. *Evolution and Human Behavior*, 18(3), 175-193.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess*, 119, 1-8.
- Gartstein M. A. , Slobodskaya H. R. , & Kinsht I. A. (2003). Cross-cultural differences in the first year of life: United States of America (U.S.) and Russian. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 316-328
- Gerdes, A., Hoza, B., Arnold, L., Pelham, W., Swanson, J., Wigal, T., & Jensen, P. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: Exploration of possible mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 705-714. doi: DOI 10.1007/s10802-007-9134-3
- Ghera, M., Hane, A., Malesa, E., & Fox, N. (2006). The role of infant soothability in the relation between infant negativity and maternal sensitivity. *Infant Behavior & Development*, 29, 289-293. doi: DOI 10.1016/j.infbeh.2005.09.003

- Glynn, L., Davis, E., Schetter, C., Chicz-DeMet, A., Hobel, C., & Sandman, C. (2007). Postnatal maternal cortisol levels predict temperament in healthy breastfed infants. *Early Human Development*, 83(10), 675-681. doi: DOI 10.1016/j.earlhumdev.2007.01.003
- Goldstein Ferber, S., & Feldman, R. (2005). Delivery pain and the development of mother-infant interaction. *Infancy*, 8(1), 43-62.
- Gorbett, K., & Kruczek, T. (2008). Family factors predicting social self-esteem in young adults. *The Family Journal*, 16(1), 58-65.
- Grant, V., Bagnell, A., Chambers, C., & Stewart, S. (2009). Early Temperament Prospectively Predicts Anxiety in Later Childhood. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(5), 320-330.
- Gustafson, G., Wood, R., & Green, J. (2000). Can we hear the causes of infants' crying? . In R. Barr, B. Hopkins & J. Green (Eds.), *Crying as a sign, a symptom & a signal* (s. 8-22). UK: Cambridge University Press.
- Hall, L., Rayens, M., & Peden, A. (2008). Maternal factors associated with child behavior. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2), 124-130.
- Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? [Article]. *Developmental Psychology*, 43(1), 1-12. doi: DOI 10.1037/0012-1649.43.1.1
- Heinonen, K., Raikkonen, K., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2005). Self-esteem in early and late adolescence predicts dispositional optimism-pessimism in adulthood: A 21-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 511-521. doi: DOI 10.1016/j.paid.2005.01.026
- Hill, D. J., Roy, N., Heine, R. G., Hosking, C. S., Francis, D. E., Brown, J., Carlin, J. B. (2005). Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 116(5), e709-715. doi: 116/5/e709 [pii] 10.1542/peds.2005-0147
- Hofer, M. A. (2002). Unexplained infant crying: an evolutionary perspective. *Acta Paediatr*, 91(5), 491-496.

- Hubbard, F., & Van IJzendoorn, M. (1991). Maternal unresponsiveness and infant crying across the 1st 9 months - A naturalistic longitudinal study. *Infant Behavior & Development*, 14, 299-312.
- Humphry, R. (1989). Infants with colic: A study of maternal stress and anxiety. *Infant Mental Health Journal*, 10, 263-272.
- Hunziker, U., & Barr, R. (1986). Increased carrying reduces infant crying - A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 77(5), 641-648.
- Hwa-Froelich, D., Cook, C., & Flick, L. (2008). Maternal Sensitivity and Communication Styles Mothers With Depression. *Journal of Early Intervention*, 31(1), 44-66. doi:DOI 10.1177/1053815108324754
- Irwin, J. (2003). Parent and nonparent perception of the multimodal infant cry. *Infancy*, 4, 503-516.
- Jahromi, L., & Stifter, C. (2007). Individual differences in the contribution of maternal soothing to infant distress reduction. *Infancy*, 11, 255-269.
- Jones, N., Field, T., Hart, S., Lundy, B., & Davalos, N. (2001). Maternal self-perceptions and reactions to infant crying among intrusive and withdrawn depressed mothers. *Infant Mental Health Journal*, 22, 576-586.
- Karp, H. (2004). The "fourth trimester": A framework and strategy for understanding and resolving colic. *Contemporary Pediatrics*, 21(2), 94-104.
- Karp, H. (2005). *Nejšťastnější miminko v okolí*. Praha: Ikar.
- Kirjavainen, J., Jahnukainen, T., Huhtala, V., Lehtonen, L., Kirjavainen, T., Korvenranta, H., . . . Kero, P. (2001). The balance of the autonomic nervous system is normal in colicky infants. *Acta Paediatrica*, 90, 250-254.
- Kruger, A., & Konner, M. (2010). Who Responds to Crying? *Human Nature and Interdisciplinary Biosocial Perspective*, 21(3), 309-329. doi: DOI 10.1007/s12110-010-9095-z
- Kurth, E., Kennedy, H., Spichiger, E., Hosli, I., & Stutz, E. (2011). Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*, 27(2), 187-194. doi: DOI 10.1016/j.midw.2009.05.012

- Landgren, K., & Hallstrom, I. (2011). Parents' experience of living with a baby with infantile colic - a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 317-324. doi: DOI 10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x
- Leerkes, E., & Burney, R. (2007). The development of parenting efficacy among new mothers and fathers. *Infancy*, 12, 45-67.
- Leerkes, E., & Crockenberg, S. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, 3, 227-247. doi: DOI 10.1207/S15327078IN0302_7
- Leerkes, E., & Crockenberg, S. (2006). Antecedents of mothers' emotional and cognitive responses to infant distress: The role of family, mother, and infant characteristics. *Infant Mental Health Journal*, 27(4), 405-428. doi: DOI 10.1002/imhj.20099
- Lehtonen, L., Gormally, S., & Barr, R. G. (2000). „Clinical pies“ for etiology and outcome in infants presenting with early increased crying. In R. G. Barr, B. Hopkins & J. A. Green (Eds.), *Crying as a sign, a symptom & a signal* (s. 67-95). UK: Cambridge University Press.
- Lester, B., Boukydis, C., Garcia-Coll, C., Peucker, M., McGrath, M., Vohr, B., . . . Oh, W. (1995). Developmental outcome as a function of the goodness of fit between the infant's cry characteristics and the mother's perception of her infant's cry. *Pediatrics*, 95(4), 516-521.
- Lester, B., Boukydis, C., Garciacoll, C., & Hole, W. (1990). Colic for developmentalists. *Infant Mental Health Journal*, 11(4), 321-333.
- Levitzky, S., & Cooper, R. (2000). Infant colic syndrome - Maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clinical Pediatrics*, 39, 395-400.
- Lindberg, T. (2000). Infantile colic: aetiology and prognosis. *Acta Paediatrica*, 89(1), 1-2.
- Locke, J. (2006). Parental selection of vocal behavior - Crying, cooing, babbling, and the evolution of language. *Human Nature*, 17, 155-168.
- Lucas, A., & St James-Roberts, I. (1998). Crying, fussing and colic behaviour in breast- and bottle-fed infants. *Early Hum Dev*, 53(1), 9-18. doi: S0378-3782(98)00032-2 [pii]
- Martin, G., & Clark, R. (1982). Distress crying in neonates - species and peer specificity. *Developmental Psychology*, 18, 3-9.

- Matthey, S., Guedeney, A., Starakis, N., & Barnett, B. (2005). Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal*, 26, 442-458. doi: DOI 10.1002/imhj.20061
- Maxted, A., Dickstein, S., Miller-Loncar, C., High, P., Spritz, B., Liu, J., & Lester, B. (2005). Infant colic and maternal depression. *Infant Mental Health Journal*, 26, 56-68. doi: DOI 10.1002/imhj.20035
- Mayes, L., & Leckman, J. (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health Journal*, 28, 281-295. doi: DOI 10.1002/imhj.20136
- McDonough, S.C., Rosenblum, K., Devoe, E., Gahagan, S., & Sameroff, A. (1998). Parent concerns about Infant Regulatory Problems: Excessive Crying, Sleep Problems, and Feeding Difficulties. *Infant Behavior and Development*, 21, 565.
- McGrath, M., Boukydis, C., & Lester, B. (1993). Determinants of maternal self-esteem in the neonatal period. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 35-48.
- Meijer, A., & van den Wittenboer, G. (2007). Contribution of infants' sleep and crying to marital relationship of first-time parent couples in the 1st year after childbirth. *Journal of Family Psychology*, 21, 49-57. doi: DOI 10.1037/0893-3200.21.1.49
- Megel, M. E., Wilson, M. E., Bravo, K., McMahon, N., & Towne, A. (2011). Baby Lost and Found: Mothers' Experiences of Infants Who Cry Persistently. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 25(3), 144-152.
- Murray, A. (1998). Parental ideas about infant crying: A grounded theory study. *Infant Behavior and Development*, 21, 594.
- Nagy, E. (2011). The newborn infant: a missing stage in developmental psychology. *Infant and Child Development*, 20(1), 3-19.
- Neu, M., & Keefe, M. R. (2002). Characteristics of school-age children who had colic as infants: mothers' views. *Journal of Special Pediatric Nursing*, 7(1), 24-33.

- Niedenthal, P., Brauer, M., Robin, L., & Innes-Ker, A. (2002). Adult attachment and the perception of facial expression of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(3), 419-433. doi: DOI 10.1037//0022-3514.82.3.419
- Ohgi, S., Gima, H., & Akiyama, T. (2006). Neonatal behavioural profile and crying in premature infants at term age. *Acta Paediatrica*, 95(11), 1375-1380. doi: T6J77L3658TX3642 [pii] 10.1080/08035250600602984
- Papoušek, M., & von Hofacker, N. (1998). Excessive crying in early infancy: Challenges and risks for the developing parent-infant relationships. *Infant Behavior and Development*, 21, 224.
- Papoušek, M., & von Hofacker, N. (1998). Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child Care Health and Development*, 24, 395-424.
- Partridge, T., & Lerner, J. (2007). A latent growth-curve approach to difficult temperament. *Infant and Child Development*, 16, 255-265. doi: DOI 10.1002/icd.465
- Pauli-Pott, U. (2008). Mothers with depressive symptoms: Cross-situational consistency and temporal stability of their parenting behavior. *Infant Behavior & Development*, 31(4), 679-687. doi: DOI 10.1016/j.infbeh.2008.04.010
- Pauli-Pott, U., Becker, K., Mertesacker, T., & Beckmann, D. (2000). Infants with "colic" - mothers' perspectives on the crying problem. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 125-132.
- Pearce, H., & Ayers, S. (2005). The expected child versus the actual child: implications for the mother-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 89-102. doi: DOI 10.1080/0264683042000325528
- Pedersen, F., Huffman, L., delCarmen, R., & Bryan, Y. (1996). Prenatal maternal reactivity to infant cries predicts postnatal perceptions of infant temperament and marriage appraisal. *Child Development*, 67(5), 2541-2552.
- Pesonen, A., Rärökonen, K., Keskivaara, P., & Keltikangas-Järvinen, L. (2003). Difficult temperament in childhood and adulthood: continuity from maternal perceptions to self-ratings over 17 years. *Personality and Individual Differences*, 34, 19-31. doi: PII S0191-8869(02)00021-1

- Porter, C., Wouden-Miller, M., Silva, S., & Porter, A. (2003). Marital harmony and conflict: Links to infants' emotional regulation and cardiac vagal tone. *Infancy*, 4(2), 297-307.
- Prekopová, J., & Schweitzerová, C. (2008). *Neklidné dítě*. Praha: Portál.
- Rao, M., Brenner, R., Schisterman, E., Vik, T., & Mills, J. (2004). Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 989-992. doi: DOI 10.1136/adc.2003.039198
- Rautava, P., Lehtonen, L., Helenius, H., & Sillanpää, M. (1995). Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics*, 96, 43-47.
- Reijneveld, S., Brugman, E., & Hirasing, R. (2001). Excessive infant crying: The impact of varying definitions. *Pediatrics*, 108, 893-897.
- Reijneveld, S. A., Lanting, C. I., Crone, M. R., & Van Wouwe, J. P. (2005). Exposure to tobacco smoke and infant crying. *Acta Paediatrica*, 94(2), 217-221.
- Reissland, N., & Shepherd, J. (2006). The effect of maternal depressed mood on infant emotional reaction in a surprise-eliciting situation. *Infant Mental Health Journal*, 27, 173-187. doi: DOI 10.1002/imhj.20087
- Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi: DOI 10.1037//0033-2909.128.2.330
- Räihä, H., Lehtonen, L., Huhtala, V., Saleva, K., & Korvenranta, H. (2002). Excessively crying infant in the family: mother-infant, father-infant and mother-father interaction. *Child Care Health and Development*, 28, 419-429.
- Räihä, H., Lehtonen, L., & Korvenranta, H. (1995). Family context of infantile colic. *Infant Mental Health Journal*, 16, 206-217.
- Savino, F. (2007). Focus on infantile colic. *Acta Paediatrica*, 96(9), 1259-1264. doi: APA428 [pii] 10.1111/j.1651-2227.2007.00428.x
- Savino, F., Castagno, E., Bretto, R., Brondello, C., Palumeri, E., & Oggero, R. (2005). A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatrica*, 94, 129-132. doi: DOI 10.1080/08035320510043691

- Shea, E., & Tronick, E. Z. (1988). The Maternal Self-Report Inventory. In H. E. Fitzgerald, B. M. Lester & M. W. Yogman (Eds.), *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*. (s. 101-140). London: Springer.
- Smart, J., & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems: A pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43(4), 293-299. doi: DOI 10.1111/j.1440-1754.2007.01060.x
- Sobotková, D., Ditrichová, J., Mandys, F., Paul, K., & Procházková, E. (2004). Některé problémy ve vývoji a chování nedonošených dětí raného věku a problematika jejich rodičů. In J. Ditrichová, M. Papoušek, P. K. & kol. (Eds.), *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče* (s.139-153). Praha: Grada.
- Sokolowski, M., Hans, S., Bernstein, V., & Cox, S. (2007). Mothers' representations of their infants and parenting behavior: Associations with personal and social-contextual variables in a high-risk sample. *Infant Mental Health Journal*, 28, 344-365. doi: DOI 10.1002/imhj.20140
- St James-Roberts, I., Conroy, S., & Wilsher, K. (1998). Links between maternal care and persistent infant crying in the early months. *Child Care Health and Development*, 24(5), 353-376.
- St James-Roberts, I., Hurry, J., Bowyer, J., & Barr, R. G. (1995). Supplementary carrying compared with advice to increase responsive parenting as interventions to prevent persistent infant crying. *Pediatrics*, 95(3), 381-388.
- St James-Roberts, I., & Peachey, E. (2011). Distinguishing infant prolonged crying from sleep-waking problems. *Arch Dis Child*, 96(4), 340-344. doi: adc.2010.200204 [pii] 10.1136/adc.2010.200204
- Stifter, C. (1998). The short and long term consequences of infant excessive crying: A case for differentiating perceptions of "colic" from more objectively-based assessments. *Infant Behavior and Development*, 21(Supplement 21), 1.
- Stifter, C., & Bono, M. (1998). The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother-infant attachment. *Child Care Health Dev*, 24(5), 339-351. doi: 88 [pii]

- Stifter, C., Bono, M., & Spinrad, T. (2003). Parent characteristics and conceptualizations associated with the emergence of infant colic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(4), 309-322. doi: DOI 10.1080/02646830310001622123
- Stifter, C., & Spinrad, T. (2002). The Effect of Excessive Crying on the Development of Emotion Regulation. *Infancy*, 3(2), 133-152. doi: DOI 10.1207/S15327078IN0302_2
- Stormark, K. (2007). The relation between 3-and 15-month olds' cry vocalizations and their mothers' affective involvement during inoculation. *Infant and Child Development*, 16(3), 321-324. doi: DOI 10.1002/icd.486
- Sutter-Dallay, A., Murray, L., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2003). Newborn behavior and risk of postnatal depression in the mother. *Infancy*, 4, 589-602.
- Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Constable, R. T., & Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1042 – 1052.
- Søndergaard, C., Olsen, J., Friis-Hasché, E., Dirdal, M., Thrane, N., & Sørensen, H. T. (2003). Psychosocial distress during pregnancy and the risk of infantile colic: a follow-up study. *Acta Paediatrica*, 92(7), 811-816.
- van den Berg, M. P., van der Ende, J., Crijnen, A. A., Jaddoe, V. W., Moll, H. A., Mackenbach, J. P., Verhulst, F. C. (2009). Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics*, 124(1), 96-103. doi: 10.1542/peds.2008-3100
- van der Wal, M., van den Boom, D., Pauw-Plomp, H., & de Jonge, G. (1998). Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Archives of Disease in Childhood*, 79(4), 312-317.
- Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S., & Oberklaid, F. (2006). Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics*, 117(3), 836-842. doi: 10.1542/peds.2005-0775
- Wendland-Carro, J., Piccinini, C. A., & Millar, W. S. (1999). The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Development*, 70(3), 713-721.

- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S. Jr., & Detwiller, A.C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic“. *Pediatrics*, 14, 421-435.
- Wilkie, C., & Ames, E. (1986). The relationship of infant crying to parental stress in the transition to parenthood. [Article]. *Journal of Marriage and the Family*, 48(3), 545-550.
- Wolke, D., Gray, P., & Meyer, R. (1994). Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics*, 94(3), 322-332.
- Wolke, D., Rizzo, P., & Woods, S. (2002). Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*, 109(6), 1054-1060.
- Worchel, F., & Allen, M. (1997). Mothers' ability to discriminate cry types in low-birthweight premature and full-term infants. *Children's Health Care*, 26(3), 183-195.
- Zeifman, D. (2003). Predicting adult responses to infant distress: Adult characteristics associated with perceptions, emotional reactions, and timing of intervention. *Infant Mental Health Journal*, 597-612. doi: DOI 10.1002/imhj.10077
- Zelkowitz, P., Bardin, C., & Papageorgiou, A. (2007). Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 296-313. doi: DOI 10.1002/imhj.20137

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1: Tabulka faktorové zátěže dotazníku CHKP

Příloha 2: Tabulka faktorové zátěže dotazníku PKP

Příloha 3: Proces shlukování vyjádřený dendogramem (VKP)

Příloha 4: Znění položek škály IRA

Příloha 5: Znění položek MSRI-s v těhotenství

Příloha 6: Znění položek MSRI-s po porodu

Příloha 7: Proces shlukování vyjádřený dendogramem (popisovaná plačtivost)

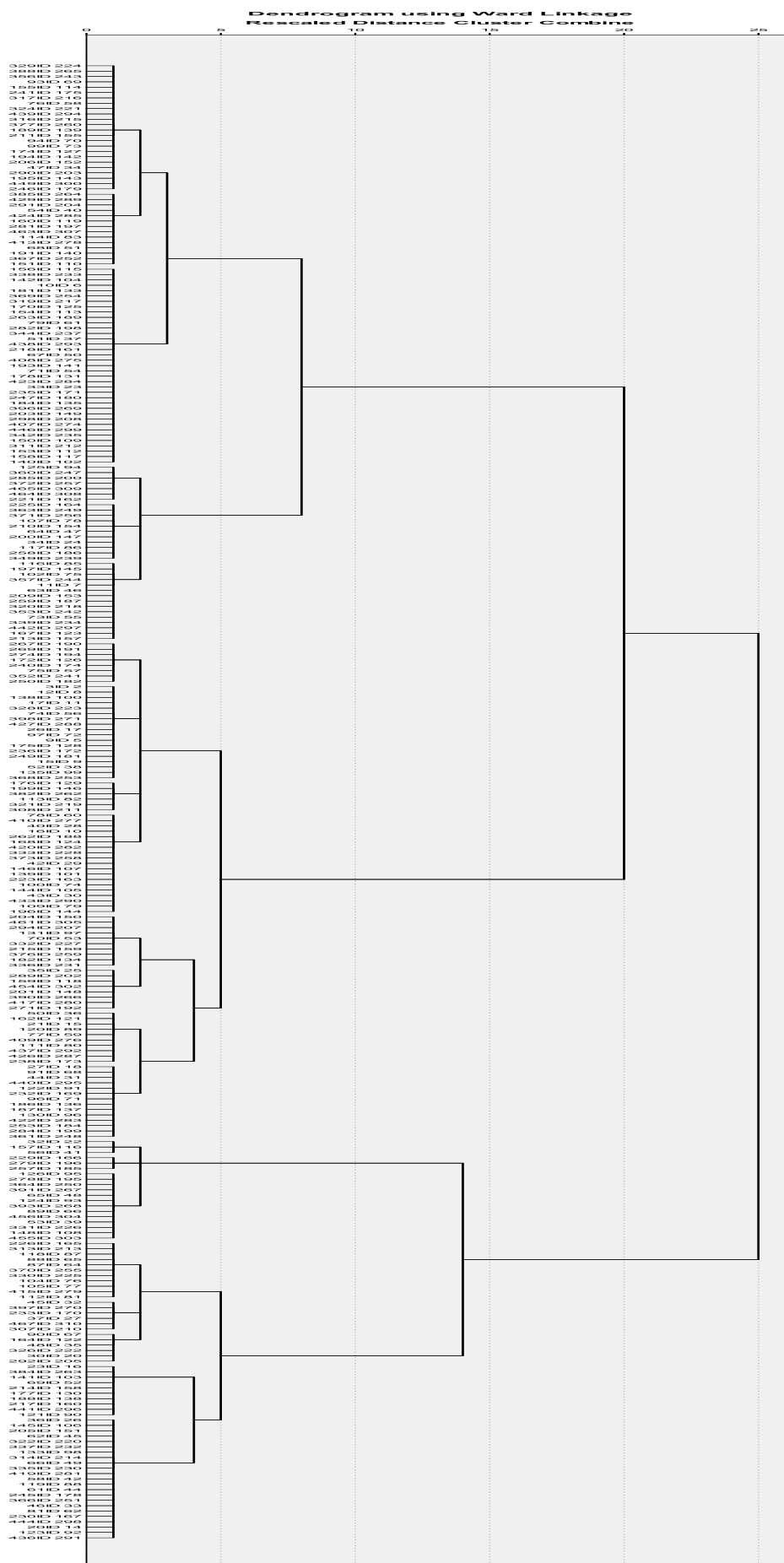
Příloha 1

	Faktor		
	1	2	3
urgentní	,844		
silný	,740		
pronikavý	,707		
zoufalý	,680		
závažný	,665		
naléhavý	,617		
bolestný	,599		
usedavý	,558		
nervy drásající	,539	,390	
hladový	,436		
způsobený nemocí			
protivný		,747	
obtěžující		,726	
rozmazlený		,689	
nepochopitelný		,650	
nepříjemný		,629	
odpudivý		,603	
bezdůvodný	-,311	,527	
manipulativní		,510	
směšný		,485	
vzteklý	,364	,466	
ječivý	,401	,466	
roztomilý			,756
jemný			,709
milý			,677
okouzlující			,660
klidný			,644
zdravý			,615
mírný			,614
přirozený			,612
běžný			,488
utišitelný			,445
rozespalý			,378
Extraction Method: Principal Axis Factoring.			
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.			
a. Rotation converged in 7 iterations.			

Příloha 2

	Faktor		
	1	2	3
úzkost	,753		
obava	,714		
zoufalství	,676		
bezmoc	,643		
nervozita	,639		
neklid	,639		
strach	,631		
bezradnost	,631		
znepokojení	,616		
rozrušenost	,544		
starost	,454	,432	
pocit vlastní neschopnosti	,413		
rozporuplné pocity	,393		
něha		,839	
přijetí		,739	
láska		,727	
soucit		,665	
pochopení		,656	
snaha pomoci		,642	
znechucení			,764
odpor			,749
apatie			,684
lhostejnost			,626
naštvaní		-,304	,529
vzteky			,505
fyzická nevolnost			,457
roztrpčenost	,373		,403
podráždění	,301		,315
Extraction Method: Principal Axis Factoring.			
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.			
a. Rotation converged in 9 iterations.			

Příloha 3



Příloha 4

- Kojenci by měli být krmeni podle pevně stanoveného časového plánu (spíše než podle toho, kdy se sami jídla dožadují).
- Děti v kojeneckém věku by měly být nošeny tak často, jak je to jen možné.
- Kojence nemůžete rozmazlit tím, že ho pochováte vždy, když začne plakat.
- Pokud kojeneček pláče, i když není zraněn, není pomočený a nemá hlad, měl by se nechat plakat.
- Kojence můžete rozmazlit tím, že ho zvednete, kdykoliv bude plakat.
- Kojenci by měli být krmeni kdykoliv chtějí (spíše než na základě pevně stanoveného časového plánu).
- Když kojeneček pláče, měl by být zvednut bez ohledu na příčinu pláče.
- Není dobré kojence stále nosit a chovat ho.

Příloha 5

- Myslím, že budu dobrá matka.
- Jsem přesvědčená o tom, že budu mít důvěrný a vřelý vztah se svým dítětem.
- Nejsem příliš přesvědčená o svých schopnostech pomáhat dítěti s učením se novým věcem.
- Jsem přesvědčená, že budu schopná vyřešit všechny běžné problémy, které bych se svým dítětem mohla mít.
- Dělán si starosti, jestli mě mé dítě bude mít rádo.
- Očekávám, že mi nebude vadit zůstat doma, abych se starala o své dítě.
- Pochybuji, že by mě moje dítě mohlo mít rádo takovou, jaká jsem.
- Přemýšlení o všech věcech, které musí matka dělat, mě skutečně skličuje.
- Jsem přesvědčená, že budu schopná učit své dítě novým věcem.
- Mám pocit, že budu dobře pečovat o své dítě.
- Zním dost věcí na to, abych byla schopná učit své dítě to, co se bude muset naučit.
- Jsem přesvědčená o tom, že mě mé dítě bude hodně milovat.

Příloha 6

- Myslím, že budu dobrá matka.
- Jsem přesvědčená o tom, že budu mít důvěrný a vřelý vztah se svým dítětem.
- Nejsem příliš přesvědčená o svých schopnostech pomáhat dítěti s učením se novým věcem.
- Jsem přesvědčená, že budu schopná vyřešit všechny běžné problémy, které bych se svým dítětem mohla mít.
- Dělán si starosti, jestli mě mé dítě bude mít rádo.
- Očekávám, že mi nebude vadit zůstat doma, abych se starala o své dítě.
- Pochybuji, že by mě moje dítě mohlo mít rádo takovou, jaká jsem.
- Přemýšlení o všech věcech, které musí matka dělat, mě skutečně skličuje.
- Jsem přesvědčená, že budu schopná učit své dítě novým věcem.
- Mám pocit, že budu dobře pečovat o své dítě.
- Zním dost věcí na to, abych byla schopna učit své dítě to, co se bude muset naučit.
- Jsem přesvědčená o tom, že mě mé dítě bude hodně milovat.
- Zkušenost porodu byla jednou z těch nejhorších, které jsem kdy získala.
- Větší radost než teď, když už dítě mám, jsem cítila, když jsem se na ně v těhotenství těšila.
- Mám vážné pochybnosti, zda se moje dítě bude vyvíjet normálně.
- Zkušenost porodu pro mne byla děsivá.
- Často se obávám, že svou nepozorností způsobím, že se mému dítěti přihodí něco zlého.
- Znepokojuje mne, že nebudu schopná rozpoznat, co mé dítě potřebuje.
- Zkušenost porodu byla velmi vzrušující.
- Znepokojuje mne, zda se moje dítě bude vyvíjet normálně.
- Obávám se, že nebudu vědět co dělat, když moje dítě onemocní.
- Poznat, co dítě chce, je pro mne obtížné.
- Celá zkušenost porodu byla jedním z nejlepších zážitků v mém životě.
- Obávám se své nešikovnosti a nemotornosti při manipulaci s dítětem.
- Jsem přesvědčená, že moje dítě bude silné a zdravé.
- Dělán si starosti, zda budu schopna naplňovat citové potřeby svého dítěte.

Příloha 7

