



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Vliv co-sleepingu na budoucí úzkostnost dětí

Vypracovala: Martina Vítková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

Abstrakt práce

Název práce: Vliv co-sleepingu na budoucí úzkostnost dětí

Autor práce: Martina Vítková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

Počet stran: 70

Počet zdrojů: 55

Bakalářská práce se zabývá sociálním aspektem usínání a spánku dítěte v období jeho raného vývoje a jeho vlivem na budoucí úzkostnost dítěte. Ve svém užším zaměření se pak zkoumá především fenomén co-sleepingu, bazální úzkosti, bazální důvěry a jejich vzájemného působení na utváření a rozvíjení osobnosti. V teoretické části jsou shrnuty klíčové poznatky z těchto zkoumaných oblastí. Dále je objasněna problematika co-sleepingu v rámci několika dostupných zahraničních studií. V části empirické byla pozornost zaměřena na zkoumání praktikování co-sleepingu, jeho působení na rozvoj úzkostného rysu u dětí, na jejich bazální důvěru, pocit jisté vazby, pocit odcizení a nejisté vazby. V úvodu byla přitom brána i délka praktikovaného co-sleepingu v měsících, přičemž bylo vycházeno z teoretických poznatků vymezujících nejideálnější délku praktikovaného co-sleepingu od 0 do 2 let dítěte. Zkoumaný vzorek (n=101) byl složen z dvojic pečující-dítě, kdy dítě spadalo do věkového intervalu 9-12 let (včetně). Sběr dat byl uskutečněn za pomoci přeloženého dotazníku SCARED, české verze dotazníku IPPA a vlastního úvodního dotazníku. Následná matematicko-statistická analýza provedena programem Statistika 10, kde bylo využito jak parametrického, tak neparametrického testování (*t*-test, Mann-Whitney *U* test, Pearsonův korelační koeficient, Spearmanovo ρ). Na počátku byly stanoveny 4 hypotézy. S ohledem na výsledky výpočtů nebyla ani jedna podpořena. V diskuzi jsou rozebrány možné příčiny a limity, z kterých takovéto závěry mohly plynout.

Klíčová slova: spánek, co-sleeping, úzkostnost, vývoj dítěte, bazální důvěra, bazální úzkost

Abstract

Title: The influence of co-sleeping on the future anxiety of the child.

Author: Martina Vítková

Supervisor: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D

Number of pages: 70

Number of references: 55

This bachelor's thesis discusses the social aspect of falling asleep and sleeping during the early child development and their influence on the future anxiety of a child. It is focused mainly on the phenomena of co-sleeping, basic anxiety, basic trust and on their mutual interaction influencing a development of a person. The theoretical part offers an essential knowledge about the mentioned phenomena. Furthermore, it is to be found there the description of several international studies available. The empiric section was focused on the exploration of practising co-sleeping and its influence on many areas such as the development of a trait anxiety during the childhood, a basic trust, a secure base, the feeling of an alienation and an insecure attachment. The total length of a practised co-sleeping was also considered according to the theoretical knowledge which defines the ideal co-sleeping time from 0 to 2 years of a baby. The sample (n=101) included the pairs of a primary caregiver and a child, the age of children in the sample was specified from 9 to 12 years (9 and 12 included). For a data collection the translated version of SCARED questionnaire, the Czech version of IPPA questionnaire and a custom initial questionnaire were used. The mathematical and statistical analyses were performed via Statistika 10 program, both of the parametric and a non-parametric testing were used (*t*-test, Mann-Whitney *U* test, Pearson's correlation coefficient, Spearman's rho). There were 4 hypotheses defined at the beginning. Anyway, none of them could be validated due to the statistical results. The causes and limits of this conclusion are finally summarized in the discussion.

Key words: Sleep, co-sleeping, anxiety, child development, basic trust, basic anxiety

Poděkování

Za vstřícnost, vřelou komunikaci a především za cenný čas, který byl mně a mé bakalářské práci věnován, bych na tomto místě chtěla poděkovat především Mgr. Janě Kouřilové, PhD. Její rady mi byly velkým přínosem. Také bych chtěla poděkovat Honzovi Hynkovi, za pomoc při statistickém zpracování a všem ostatním konzultantům, kteří mi byli nápomocni. Velký dík také patří mým nejbližším, kteří mi byli velkou oporou a stáli při mně. Samozřejmě také děkuji všem, kdo se zúčastnili mého výzkumu – všem rodičům, dětem, ochotným učitelům a vedení ZŠ Baarova, ZŠ Máj I, ZŠ Máj II a ZŠ Ledec nad Sázavou.

Obsah

I.	Úvod	8
II.	Teoretická část	10
1.	Spánek	10
1.1	Role spánku	10
1.2	Fyziologické a neurofyziologické hledisko	10
1.3	spánek u dětí	12
2.	Co-sleeping	14
2.1	Vymezení pojmu co-sleeping	14
2.2	S kým dítě sdílí spánek	15
2.3	Způsoby sdíleného spánku	16
2.4	Rizika sdíleného spánku	18
2.5	Věková hranice	19
2.6	Efekt co-sleepingu	20
2.7	Kulturní vlivy	26
3.	Úzkostnost	27
3.1	Vymezení pojmu úzkost	27
3.2	Pocit jistoty/nejistoty	29
3.3	Bazální úzkost x bazální důvěra	30
3.4	Dětská úzkost	32
III.	Empirická část	35
1.	Výzkumná oblast, výzkumný problém a cíl výzkumu	35
1.1	Výzkumná oblast, výzkumný problém	35
1.2	Cíl výzkumu	35
2.	Hypotézy a výzkumné otázky	36
3.	Metodika výzkumu	37

3.1	Typ výzkumu.....	37
3.2	Metody sběru dat	37
3.3	Metody výzkumu.....	37
3.4	Administrace dotazníků.....	41
3.5	Zpracování a analýza dat	41
3.6	Etická hlediska.....	42
4.	Výzkumný soubor	44
4.1	Kritéria výběru vzorku	44
4.2	Charakteristika zkoumaného souboru	45
5.	Statistické metody	49
5.1	popisná statistika	49
5.2	<i>T</i> -test.....	49
5.3	Mann-whitney <i>u</i> test	49
5.4	Pearsonův korelační koeficient.....	50
5.5	Spearmanovo <i>ρ</i>	50
6.	Výsledky	51
7.	Diskuze.....	59
8.	Závěry	64
IV.	Souhrn.....	65
V.	Seznam použitých zdrojů.....	67
VI.	Přílohy.....	71

I. Úvod

Tématem mé bakalářské práce je co-sleeping, tedy sdílený spánek a jeho souvislost s úzkostí. V současné době je termín co-sleeping čím dál tím častěji skloňován v ordinacích amerických pediatrů, rodinných psychoterapeutů, vývojových psychologů. Nejvíce se tímto tématem zabývá vývojová psychologie. U nás není ještě v běžné mluvě pojem co-sleepingu tolik známý, ale domnívám se, že je jen otázkou času, než „boom“ co-sleepingu do České republiky dorazí. Američtí odborníci jsou rozděleni na dva tábory – pro co-sleeping a proti němu. Díky této rivalitě je sdílený spánek tématem, které je stále v pohybu - stále se objevují nové poznatky a vyvozují nové závěry.

Je známo (Sears, 2001), že co-sleeping patří mezi činitele, které vývoj jedince ovlivňují. Searsovi tvrdí (2001), že dítě pozitivně ovlivňuje v oblastech fyzického, mentálního i emočního vývoje. Jiní autoři zmiňují, že je co-sleeping důležitý hlavně pro to, aby dodal dítěti pocit jistoty, důvěry a bezpečí (Prekopová, Schweizerová; 1993). Rané prožitky z prvotních zkušeností dítěte se světem, které zažívá především skrze primární vztahovou osobu, se ukládají do paměti dítěte na nevědomé úrovni a vytváří se z nich základní vztahové vzorce. Ty jsou dle Horneyové (1991) klíčové k tvoření základní důvěry či naopak základní úzkosti, která má velký vliv na další život člověka. Rogge (2007) zase upozorňuje poznatek, že tělesný kontakt, blízkost a pozornost pečujícího má vliv na úzkostnost dítěte. Jak uvádí i Vymětal (2004), je důležité myslet na to, že emoční stabilita jakožto základní stavební kámen duševně zdravého jedince, se vytváří v prvních letech dítěte. Dětství, které dítě vnímalo pozitivně, neúzkostně, je předpokladem vytvoření harmonické, vyrovnané a dobře fungující osobnosti člověka.

Z těchto poznatků se domnívám, že by mohl hrát co-sleeping roli v utváření bazální důvěry/bazální úzkosti dítěte, která by dále ovlivnila i úzkostnost dítěte v budoucnu. Může být dítě mladšího školního věku úzkostnější, protože mu chyběl v noci pocit jistoty, důvěry a bezpečí – když spalo samo v pokoji? Úzkostných dětí stále přibývá, proto považuji za přínosné se této oblasti věnovat.

Souvislost mezi sociálním aspektem usínání a úzkostností jsem zkoumala kvantitativně pomocí dotazníkového šetření. Probandy budou tvořit děti ve věku 9-13 let s rodiči. Myslím, že toto téma je zajímavé, aktuální (stále nové poznatky) a teoretické poznatky prakticky aplikovatelné (nejen u komunity psychologů, ale i pediatrů a rodičů

samotných). Cílem této práce je bez ohledu na výsledky především upozornit na problematiku úzkostných dětí, spánkovou problematiku a na fenomén co-sleepingu jako takový.

II. Teoretická část

1. Spánek

1.1 ROLE SPÁNKU

Spánek je fenomén, který je odjakživa přirozenou součástí lidského života. Je to stav organismu, kdy se tělo dostává do klidového stadia, přičemž je omezena pohybová aktivita jedince a jeho vnímání okolí se sníženou reaktivitou na podněty přicházející zvenčí (nejsme tedy zcela odříznuti od vnímání okolního světa, nýbrž máme jen omezené penzum podnětů, které vnímáme a zpracováváme). Mentální aktivita mozku je v tomto stavu odlišná od mentální aktivity v bdělém stavu. Ačkoli se však stav spánku může jevit jako stav, kdy náš organismus pasivně odpočívá, není tomu tak. Naše tělo je stále aktivní, jen je v „jiném režimu“ (Příhodová, 2013).

Spánek, jakožto aktivní činnost (viz výše), je nezastupitelná činnost, která napomáhá člověku obnovit psychickou i fyzickou rovnováhu. Je-li tedy spánku nedostatek, dochází ke značným výkyvům od pomyslného středobodu rovnováhy a vzniká spánková deprivace. Dále na kvalitě spánku ubírá i opakované noční buzení. Oba tyto fenomény způsobují změnu v sekreci hormonů – změny v endokrinní soustavě při spánku - a může výrazně ovlivnit metabolické parametry (Příhodová, 2013). Proto je důležité, aby člověk dbal na kvalitu svého spánku.

Je důležité respektovat také cirkadiánní rytmy. Ty pomáhají tělu rytmicky střídat a řídit cyklus spánku a bdění během dne, jsou to v podstatě „biologické hodiny“ umístěné v suprachiasmatických jádrech hypotalamu (Příhodová, 2013).

1.2 FYZIOLOGICKÉ A NEUROFYZIOLOGICKÉ HLEDISKO

Z fyziologického hlediska spánek ovlivňuje změny například v těchto oblastech (Koukolík, 2013):

- proměny elektrické činnosti mozku
- změny svalového tonusu
- změny teploty mozku
- změny srdeční činnosti

- změny polohy těla

Tyto změny samozřejmě souvisejí i s dalšími jevy na nich závislými, které popsala Příhodová (2013):

- rychlost dechu
- krevní tlak
- tělesná teplota
- vylučování hormonů
- hladina glukózy v krvi

Spánek má z hlediska neurofyziologického několik částí (Koukolík, 2013). Tvoří jej čtyři druhy non-REM (či NREM atp) fáze a jedna fáze REM. Princip je takový, že se jednotlivé non-REM fáze (nezdají se nám sny, hluboký spánek) pravidelně a předpověditelně střídají s fází REM (rychlé oční pohyby – fáze, kdy se nám zdají sny). Pro každou z fází je typická určitá vlnová délka (Kučera, 2013; Orel, Facová, kol., 2009):

- NREM
 - 0.fáze – přechod z bdění do „zavřených očí“
 - Alfa vlny
 - 1.fáze – usínání, ↓ tělesná teplota klesá
 - Theta vlny
 - 2. fáze – lehký spánek (↑ senzitivita se zvyšuje)
 - Spánková vřetena – zpomalované vlnění EEG vln střídané prudkým zrychlením
 - 3.fáze – hluboký spánek, obecný útlum organismu
 - Delta vlny
 - 4.fáze – někdy spojován s fází 3., hluboký spánek, ↓↓ nejnižší tělesná teplota, výskyt nočních děsů a náměsíčnosti
 - Delta vlny
- REM – tzv. paradoxní spánek, snění, lehký spánek
 - Beta a theta vlny (střídání)

Důležitost spánku je zjevná. Příhodová (2003) zmiňuje, že spánek je důležitý pro obnovu a regeneraci lidského organismu a v každé fázi se zaměřuje na jiné oblasti. NREM fáze, při které jsou produkovány delta vlny, je například významná pro celkovou obnovu

mozku. Je známo, že během spánku dochází ke zpracování a upevňování informací, pročež je spánek nezbytný pro podporu učení a paměti. REM spánek je dle Příhodové (2003) důležitý především pro paměť procedurální (implicitní). Pro deklarativní (explicitní) paměť je zase důležitý NREM spánek.

1.3 SPÁNEK U DĚTÍ

1.3.1 Spánek u dětí do 2 let věku

Jak již bylo řečeno, ve spánku se děje mnoho důležitých procesů potřebných ke správnému fungování člověka, k jeho vývoji. U dětí jeho důležitost platí dvojnásob. Rané dětství je velmi citlivé období, vyvíjí a vytváří se v něm mnoho struktur (mozek,...) a probíhá značné množství procesů, které jsou pro další růst (psychický i fyzický) nezbytné. Je třeba dítěti poskytovat tolik spánku, kolik potřebuje. Jisté je, že potřeba spánku je velmi individuální (Dittrichová, Papoušek, Paul a kol., 2004; Sobotková, Dittrichová, 2012). Nicméně existují všeobecně známé přibližné údaje středních hodnot, okolo kterých by se doba spánku miminka v závislosti na jeho věku měla přibližně pohybovat (Sobotková, Dittrichová, 2012; Příhodová, 2013):

- Novorozenec: 16-20 h
- V šesti měsících: noční spánek – 6 souvislých hodin, denní spánek – 2-3x.
- 1 roční dítě: 14-16 h
- 2 roční dítě: 12-13 h

Je vidět, že doba spánku se každým rokem výrazně zkracuje. Z toho logicky vyplývá, že se mění i spánkové cykly dítěte – postupně se prodlužují a jejich celková suma klesá. Po narození se novorozenci ubývá délka REM spánku (v 1 roce jen 30%, z původních 50%) a diferencují se mu fáze nREM spánku. Postupně také začíná změna ve výstavbě zastoupení jednotlivých fází spánku během noci. Dítě již neusíná REM spánkem, první třetina spánku je pak věnována nREM spánku a druhá polovina noci je v režii REM spánku.

Dítě změny spánku samozřejmě vnímá. Kojenci se například kvůli změnám ve spánkových cyklech častěji budí. Také přímo REM spánek je obecně časem, kdy se člověk velmi snadno probudí. Je zásadní, aby se v tomto období dodržovaly určité spánkové návyky, režimy (Příhodová, 2003) – v závislosti na rodičovské péči. Při nočních

probuzeních je třeba, aby dítě znovu v klidu usnulo. Nebude pak docházet ke spánkové deprivaci a dítě ze spánku bude moci profitovat. Pečující poté vnímá nedeprivované dítě, které se adaptuje na změny spánku, mnohem pozitivněji. Je zde přirozený prostor pro intenzivní rozvoj vazby, vytváření blízkosti, kvalitní pouto. Dítě by na to ale nemělo být samo (Sears, 2001). Pomoc rodiče s usínáním je v pořádku a na místě.

1.3.2 Spánková deprivace

Spánková deprivace u dětí může mít dvojí charakter. Její vznik přičítáme buďto dlouhodobě nedostatečnému trvání spánku (insomnie, fáze spánku zpožděná) či spánkové poruše narušující spánek (syndrom neklidných nohou, obstrukční spánková apnoe, ...). Jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách, nekvalitní spánek má vliv především na psychiku jedince.

Oblasti narušení jsou (Příhodová, 2003):

- kognitivní - paměť, koncentrace, zpomalená reaktivita, myšlení
- prefrontální oblast, parietální lalok - snížený metabolismus
 - exekutivní funkce (plánování, impulsivita, úsudek,...)
- metabolismus hormonů - změny
 - leptin - hormon sytosti, klesá
 - ghrelin - hormon chuti k jídlu, stoupá
 - kortisol - večer stoupá
- chování - hyperaktivita, motorický neklid
- emoční oblast - rozladěnost, nevyrovnanost, agrese, soc. izolovanost, úzkostnost, depresivita
- únava organismu - zvýšená denní spavost

Deprivace ovlivňující naši psychiku se dále podepisuje na kvalitě našeho života v bdělém stavu. První oblastí, kam se promítne, je škola: výkon se snižuje, zhoršuje. Problém s tím související je samozřejmě nálada a emoční prožívání jedince. Jsou-li narušeny, okamžitě to pocítí blízké okolí dítěte: problémy v rodině. Oblast poruch chování pak zcela nepochybně působí mnohé sociální problémy - jejich vznik, průběh, intenzitu.

2. Co-sleeping

2.1 VYMEZENÍ POJMU CO-SLEEPING

Pojem co-sleeping pochází z USA. Jeho užívání začalo především v prostředí zdravotnickém a psychologickém. Poslední dobou je čím dál tím více skloňovaným pojmem u psychoterapeutů, klinických psychologů, pediatrů a odborníků ve spánkových centrech. Jednoduše je co-sleeping činnost, kterou provádí pečující osoba s dítětem stáří 0-2 let. Jde o specifickou formu usínání, spánku. Pečující osoba při této činnosti sdílí spánek s dítětem, přičemž je důležitou podmínkou přítomnost obou osob v jedné místnosti. Nemusí být tedy pravidlem, že obě osoby spí v jedné posteli. Proto je třeba uvést na pravou míru, že existuje mnoho forem co-sleepingu (viz kapitola „Uspořádání spánku“). Překlad pojmu co-sleeping by se dal jednoduše transformovat do pojmu „spoluspánek“.

Sdílet spánek znamená, že je pečující osoba - nejčastěji rodič, nejčastěji matka – přítomná v blízkosti dítěte v průběhu usínání a po celou dobu trvání spánku (Sears, 2001). Ona blízkost je pak definována právě tak, že je dítě během co-sleepingu s pečující osobou minimálně ve stejné místnosti. Je zřejmé, že čím blíže u sebe oba co-sleepeři (dítě a pečovatel) jsou, tím lépe – tím více – je dítě schopno pociťovat a prožívat přítomnost pečovatele a těžit z ní. I pečující sám zcela přirozeně, instinktivně cítí přítomnost dítěte v jeho bezprostřední blízkosti a je tak schopen rychleji a efektivněji reagovat na jakékoli jeho potřeby, prožitky a změny ať už fyziologického tak psychického původu (Sears, 2001).

Tato metoda má dle Ferbera (2006) potenciál pomoci mnoha rodičům/pečovatelům s vyřešením spánkových problémů jejich dětí. Samozřejmě je ale třeba brát zřetel na jedinečnost každého člověka. Ne všem tato metoda může se spánkovými problémy pomoci (Sears, 2001). Nelze však opomenout její celkový vliv. I tak může na dítě pozitivně působit. Oblastí jejího pozitivního působení je především psychické a fyzické zdraví dítěte, jeho žádoucí vývoj a optimální rozvoj vztahu mezi pečujícím a dítětem.

Proč je důležité být dítěti blízko, být s ním co nejvíce v kontaktu? Dle Vymětala (2004) se po narození dítě soustředí hlavně na stimuly vycházející z jeho vlastního těla. Vnější svět na něj ale samozřejmě také působí. Hlavní jsou v tomto období dotyky – kožní kontakt. Skrz kožní kontakt dítě komunikuje a interaguje se světem, dotek je pro něj tedy v nejranějším období klíčový. Čím více se dítěte dotýkáme, jsme s ním v kontaktu, tím

více je klidné. „Je zajímavé, že i později tímto způsobem vyjadřujeme druhému svůj pozitivní cit, lásku, a lidé výrazně úzkostní, jako jsou např. neurotici, mají s takovým projevem citu velké obtíže.“ (Vymětal, 2004, s. 32).

Matějček, který se mj. zabýval velmi intenzivně dětskou deprivací a potřebami dětí, uvedl, že lidská náruč je pro dítě „hlubinou bezpečí a ochranou před úzkostí“ (1994, s. 102). Co více, nežli tento citát, by mohlo lépe vystihovat, jak moc je přítomnost láskyplného kontaktu od pečující osoby pro dítě (a nejen pro ně) v jeho období největší nejistoty (prvních let života) tak důležitá. Jak tvrdí Searsovi (2001), tak děti při sdíleném spánku nejen že usínají snadněji, ale také prohlubují svoji vazbu k pečujícímu. Jednoduše řečeno: „Pod peřinou probíhají důležité procesy vzájemné tolerance, přizpůsobení a odpuštění.“ (Prekopová, Schweizerová; 1993). Nespornou výhodou je i to, že se matka snadněji a více vyspí (Sears, 2001), neboť nemusí k dítěti v noci vstávat – má ho u sebe (krmení, pláč, přikrývání peřinky,...).

2.2 S KÝM DÍTĚ SDÍLÍ SPÁNEK

Tím, s kým dítě sdílí spánek, se stává osoba, která je dítěti nejbliže. Takovou osobou, která se vyčleňuje jako nejdůležitější figura z pozadí do popředí od všech a všeho ostatního, se nazývá primární či také pečující osoba (Bowlby, 2010). Pečující osobu bychom mohli odborně vymezit jako osobu, která tráví nejvíce času péčí o dané dítě ze všech osob v jeho blízkosti se nacházejících (Bowlby, 2010). Právě ona s ním nejvíce sdílí a spoluvytváří společné symbiotické pouto (Vágnerová, 2005) – viz další kapitoly. Pouto mezi miminkem a pečujícím je unikátní a je na první pohled rozeznatelné. Na rozdíl od jiných osob je silnější, intenzivnější a má větší vliv na utváření budoucích vztahů dítěte, než vztahy se sekundárními a ostatními osobami více proximálně vzdálenými (Bowlby, 2010). Osoba primární je tedy zpravidla osoba praktikující co-sleeping.

Zpravidla je tato osoba nejčastěji matka. Ovšem jsou i případy, kdy se touto figurou stává otec, babička, výrazně starší sourozenec, chůva atp, neboť jiná možnost není. Děje se to z důvodů rozličných – rodinné problémy, nestandardní životní podmínky, nepřítomnost rodičů (smrt rodičů, drogové závislosti, kriminalita) atd. Je zjevné, že pokud je vztažnou osobou právě vlastní matka, je pouto silnější, než například k otci (mj. vliv hormonů atd.) a svým způsobem velmi specifické a jedinečné. Pouto matka-dítě není nikdy stoprocentně nahraditelné. Jsou však i případy, kdy může vzniknout kvalitnější pouto mezi

dítětem a jiným pečujícím (který se k dítěti například chová lépe, nežli jeho vlastní matka). Primární osobou tedy není matka, ale dítě má stále ve svém okruhu osobu, ke které si může vytvořit silnou pozitivní vazbu a která mu může poskytnout pocit bezpečí (Bowlby, 2010). Ve výsledku tedy – zjednodušeně řečeno - pro kvalitní citovou vazbu dítěte není podmínkou to, aby primární osobu tvořila výhradně a jedině matka, ale fakt, že dítě vztahnou primární osobu vůbec má (ať už je jí kdokoli) a vazba k ní je kvalitní a pozitivní. Taková vazba dále dítě podporuje v jeho rozvoji, osobnostním růstu a zamezuje deprivaci z nepřítomnosti matky jakožto nejpřirozenější vztahné osoby. Proto je důležité dívat se na co-sleeping jako na akt dvou osob (minimálně – leckdy je podporován například i další proměnnou, partnerem), které se v něm cítí spokojeně či nikoli. Z toho se dá dále usuzovat nad důsledky a působení co-sleepingu.

Mluvíme-li o možnostech sdílení spánku, nabízí se jich hned několik. Každá z nich samozřejmě skýtá svá specifika – výhody a nevýhody – a ne každá je pro každého vhodná. Při sdílení jakékoliv činnosti je třeba myslet na to, že se tohoto aktu účastní více osob. Proto je potřeba na ně brát ohled a snažit se činnost optimalizovat tak, aby z ní byl co největší prospěch. Zmiňujeme-li pozitivní působení a výhody co-sleepingu, mluvíme o nich jen v případě, že co-sleeping všem účastníkům vyhovuje. Jak již bylo zmíněno, ne pro každého je samozřejmě výhodou a tou nejlepší variantou usínání a spánku.

2.3 ZPŮSOBY SDÍLENÉHO SPÁNKU

Se vztahnou osobou praktikující co-sleeping může dítě sdílet spánek hned v několika variantách. Ani jednu z nich nelze nazvat tou nejlepší, dokonce nelze ani vyloučit možnost, že pro některé rodiny je opravdu nejvhodnější variantou provádět spíše tzv. solitary typ spánku, kdy pečující a dítě usíná a spí každý v jiné místnosti, odděleně. Při uspořádání spaní jde nejen o vzájemné spolupůsobení pečující osoby a dítěte, kteří spánek sdílejí, ba je potřeba brát v potaz i intervenující proměnné kterými jsou například partner, velikost postele pečujícího, finanční možnosti pečujících či možnost co-sleeperské přídavné postýlky k posteli pečujícího (Sears, 2001).

Nejčastějším případem je z ekonomických důvodů verze, kdy pečující spí s partnerem na jedné posteli a mají u sebe ještě dítě. Zde se nabízí hned dva způsoby, jakými lze spánek ve třech dohromady sdílet.

1. Uspořádání typu: pečující – dítě – partner

- Výhody: pečující i partner mají oba stejně blízko k dítěti a mohou oba reagovat na jeho potřeby (nemůže-li jeden kojít, druhý může pomoci se speciální lahví na kojení, atp.).
- Nevýhody: možné odcizení partnerů (partnerova žárlivost na dítě - úbytek doteků mezi partnery, narušení sexuálního života); nekvalitní spánek partnera, který musí brzy ráno vstávat do práce; partner se může bát zalehnutí miminka (úzkost, která bude narušovat jeho vlastní spánek).

2. Uspořádání typu: dítě – pečující – partner

- Výhoda: partner má vedle sebe pečujícího, nemusí docházet k odcizení partnerů, matka je nablízku jak dítěti, tak partnerovi. Partner se může lépe vyspat.
- Nevýhoda: nebezpečí vypadnutí dítěte z postýlky - musí se zabezpečit okraj postele.

Další variantou je, že dítě spí s pečujícím na jedné posteli a partner spí na posteli vedlejší, všichni však zůstávají stále v jedné místnosti.

- Výhody: Partner se lépe, kvalitněji vyspí. Pečující má intimnější vztah s dítětem, má na jeho potřeby soustředěnou maximální pozornost.
- Nevýhody: Partner se může cítit ostrčený, možnost narušení intimního vztahu mezi partnery, odcizení, nedostatek tělesného kontaktu.

Také se můžeme setkat s možností, kdy partner spí v jiné místnosti a maminka sdílí spánek s miminkem v místnosti sama.

- Výhody: Pečující má maximální soukromí s dítětem. Nemusí se bát, že vzbudí partnera při kojení atd. Partner může pracovat do noci a brzy vstávat - nebude budit pečujícího a dítě. Vzájemná tolerance a nenarušování subjektivních potřeb spánkového režimu jednotlivých účastníků. Pečující může kdykoli na chvíli v noci navštívit místnost, kde spí partner, za účelem tělesného (především pak sexuálního)

kontaktu s druhým - minimalizování odcizení, dítě to ve spánku neruší.

- Nevýhody: Odcizení partnerů, vzájemná izolace.

Všechny varianty co-sleepingu mají ještě 2 způsoby, jakými je lze provádět. Dítě může samozřejmě s pečujícím spát na jedné posteli, ovšem je i možnost dát ho do postýlky samostatné, která bude ve stejné místnosti, jako postel pečujícího, který tak je stále v kontaktu s miminkem a dítě tak neztrácí jistotu a nedochází u něj k úzkosti ze ztráty objektu, separační úzkosti atp (Sears, 2001). Samozřejmě je lepší, když se do komunikace s dítětem zapojí i dotek, ale není to jediný determinant co-sleepingu a jeho pozitivního působení, tudíž ho lze praktikovat i s tzv. přídavnými postýlkami. Dnes se těmto postýlkám říká vyloženě „co-sleeperské postýlky“ (Sears, 2001).

2.4 RIZIKA SDÍLENÉHO SPÁNKU

Ať je již uspořádání co-sleepingu jakékoli, je třeba dbát především na to, aby podmínky pro spánek byly bezpečné, jinak se co-sleeping mění ve velké riziko (Ferber, 2006). Je třeba myslet na odstranění všech ostrých předmětů (šperky atd), netradičních hrubých či umělých tkanin, odstranění vůní, u žen dát pozor na dlouhé vlasy (zamotání dítěte), zajistit okraje postelí proti spadnutí dítěte, volit vhodné příkrývky a polštáře atd. Tyto a mnoho jiných cenných rad poskytuje kniha manželů Searsových (2001). Jedno je však jasné, co-sleeping lze praktikovat bezpečně a dokonce může být i mnohem bezpečnější, nežli nechat dítě spát samotné v jiné místnosti (McKenna, 1994).

Negativní vliv co-sleepingu na partnerský vztah. O tomto riziku se zde zmiňují především proto, že partnerský vztah a jeho kvalita tvoří jeden z determinantů zdravého vývoje dítěte (Uwe-Rogge, 2007; Pöthe, 2013). Negativně může co-sleeping působit například na intimitu (Sears, 2001) mezi partnery, sexualitu (Ferber, 2006), může zvyšovat míru jejich odcizení (Sears, 2001). Také může omezovat druhého partnera v množství jeho odpočinku – hůře se mu bude spát, brzy vstává do práce atd.

Partnerské vztahy jsou tedy rizikovou oblastí, stejně tak ale může sdílený spánek partnerský vztah podpořit. Velmi často dochází k prohloubení vazeb mezi partnery, partnerem a dítětem, dítětem a pečujícím a dohromady vytvářejí pocit tzv. nukleární rodiny – pocit, že jsou jedno, celek (Smallová, 2012). Nespornou výhodou je i to, že ti pečující, kteří nemají na děti čas přes den kvůli mnoha domácím či pracovním povinnostem, mohou

tento čas dítěti vynahradit v noci – je prokázané, že to děti vnímají a je to pro ně pozitivní (Sears, 2001). Budeme-li tedy rizikové oblasti bezpečnosti a partnerství brát na zřetel a sledovat je, lze říci (Sears, 2010), že co-sleeping bude pozitivně ovlivňovat dítě i ostatní jeho účastníky.

2.5 VĚKOVÁ HRANICE

Věkovou hranici, kdy je dobré co-sleeping praktikovat a kdy přestat je těžké ostře určit. Ve své práci jsem čerpala především z údajů uváděných manželi Searsovými, kteří s tímto tématem mají velké zkušenosti a na tomto poli působí již dlouhou dobu (Sears, 2001). Nejlepší je dle nich začít přestávat s co-sleepingem ve věku 2 let dítěte. Vše je samozřejmě velice individuální a je třeba dát především na „mateřský cit“, který v sobě má zajisté každý pečující (ať už je jím matka, otec, chůva, prarodič aj.). Nejčastěji se však hranice pohybuje okolo tohoto druhého roku věku dítěte.

V případě, že se co-sleeping ukončí příliš brzy, může být vazba dítěte ohrožena a může se to později negativně promítnout i do jeho dalších vztahů a především do jeho vztahu ke světu obecně (jistota/nejistota, důvěra/nedůvěra, pocit bezpečí/bazální úzkost). To samé se ale může stát i v případě, že co-sleeping bude ukončen až příliš pozdě a stane se jakousi formou závislosti. V tom případě co-sleeping škodí, nepomáhá vytvářet nezávislou bytost, nýbrž bytost nesamostatnou, závislou, úzkostnou.

Dítě, které ukončuje co-sleeping by nemělo být uvedeno do situace „odříznutí“. Nemělo by mít pocit šoku, že je náhle odstaveno a nikdo ho nechce. Tím by byl předchozí co-sleeping determinantem pro negativní psychický vývoj jedince, ovšem lze to udělat i bezpečně a velmi snadno. Hlavní radou je, aby přechod z co-sleepingu na solitary sleeping byl pozvolný, přizpůsobovaný tempu, jaké dítě individuálně potřebuje. Pokud to lze jen obtížně, jde to usnadnit například tím, že se dítěti vymyslí mnoho rituálů, které před spaním vždy proběhnou (Ferber, 2006). Rituály dítěti dodají pocit toho, že bude umět předpovídat situaci a podpoří jeho vnitřní důvěru a jistotu v tento svět.

Dokonce samo starší dítě se na těchto rituálech může s rodičem domlouvat. Zásadní je také rada: naslouchat svému dítěti, věřit jeho upřímnosti, jeho potřebám a požadavkům. Častými rituály (Brisch, 2012; Ferber, 2006) jsou ukolébavky, mazlíčí šátky a plyšáci, houpání, nechávání rozsvíceného světla, otevřené dveře, možnost dítěte spát chvíli s rodičem a odejít až bude chtít (či odnesení dítěte do jeho ložnice po usnutí). Velmi

efektivní u malých dětí je například (Sears, 2001) ponechání v postýlce dítěte něčeho, co mu pečujícího bude připomínat. Může to být například kapesníček vonící po dané osobě, pramínek vlasů, zvětšený obrázek/fotka obličeje pečujícího zavěšená nad postýlkou dítěte tak, aby ji mělo neustále v dohledu atp.

2.6 EFEKT CO-SLEEPINGU

To, zda co-sleeping opravdu může patřit k vlivům ovlivňující lidskou psychiku, její vývoj, rozvoj atd, zkoumalo mnoho výzkumníků. Průkopníkem mezi nimi k tématice co-sleepingu byl věhlasný James McKenna.

James McKenna, americký uznávaný antropolog, profesor (Indianská univerzita), odborník v oblasti spánkové problematiky dětí. Je znám svým prvenstvím, co se týče zájmu o studium rozdílů mezi tzv. „solitary“ spánkem (samostatným, odděleným spánkem pečující osoby a dítěte) a co-sleepingem (McKenna, 2007). O co-sleeping se začal zajímat z důvodů osobních. Jeho syn měl se spánkem problémy – nemohl usnout. Díky tomu začal McKenna uvažovat nad otázkou, proč by mělo dítě spát vlastně samo (McKenna, 2007). Přišel na to, že syn spal mnohem klidněji, když si lehl s manželkou k němu a začal zhluboka oddechovat jako při spánku. Osobní zkušenosti ho podnítily k bádání. O tuto problematiku se začal zajímat více do hloubky. Jako antropolog toužil prozkoumat, jak to mají v ostatních kulturách (viz další podkapitola).

Jeho zkoumání však probíhá i na poli experimentálním v laboratorním prostředí – spánková laboratoř. Zde probíhal výzkum, jehož se účastnilo 35 kojících maminek s dětmi. (Gettler, McKenna; 2011). Pomocí přístrojů snímající jejich mozkové vlny, srdeční rytmus a dech se zjistilo, že díky společnému spánku obou jedinců dochází velmi snadno k sjednocení a sladění spánkových rytmů dětí a jejich matek.

- Následující graf 1994 pocházející ze studie McKenny (1994) pracuje s 5 matkami a jejich dětmi. Zobrazuje, jak co-sleeping ovlivňuje množství vystřídání spánkových cyklů za noc¹:

○ ¹ Šrafovaný sloupec – značí počet vystřídání spánkových cyklů za noc u miminka. Bílý sloupec – značí maminky počet vystřídání spánkových cyklů za noc. Výška sloupce – udává množství vystřídání spánkových cyklů

○ Dvojice sloupců

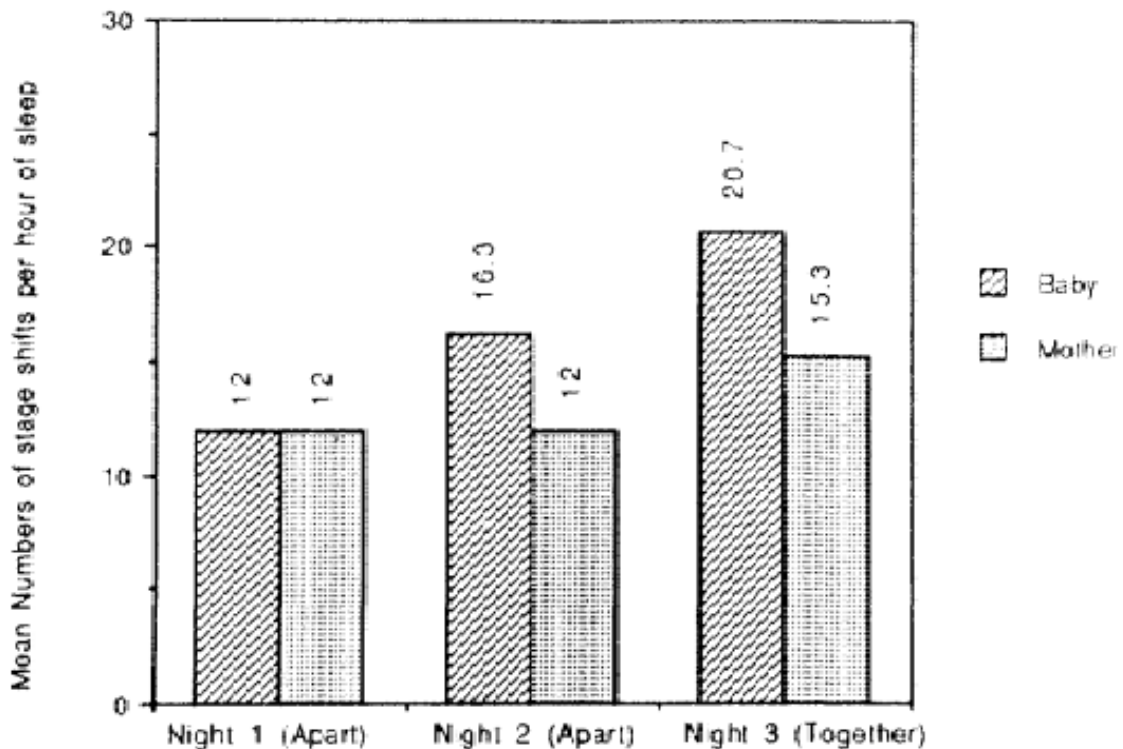


Fig. 2. Mean number of stage shifts per hour of sleep as mothers and infants sleep apart (Nights 1 and 2) and together in the same bed (Night 3). From Study 2, *Sleep*, Vol. 16(3), p. 268

Obr. 1: Množství vystřídání spánkových cyklů za noc v souvislosti s co-sleepingem

O oblast společných spánkových cyklů matky a dítěte se zajímali samozřejmě ale i jiní autoři než McKenna. Searsová (2001) a Brisch (2012) například tvrdí, že co-sleepující vykazují výrazně vyšší míru vzájemného sladění spánkových cyklů, než jedinci praktikující solitary sleeping. Sladění se projevuje i ve sladění dechu obou co-sleepujících. Smallová (2012) to nazývá „společným tancem“ mezi matkou a dítětem.

Přítomnost matky/pečující osoby je však dle McKenny důležitá i z mnoha jiných důvodů. Nejdůležitější z nich je SIDS = sudden infant death syndrome - náhlé úmrtí dítěte

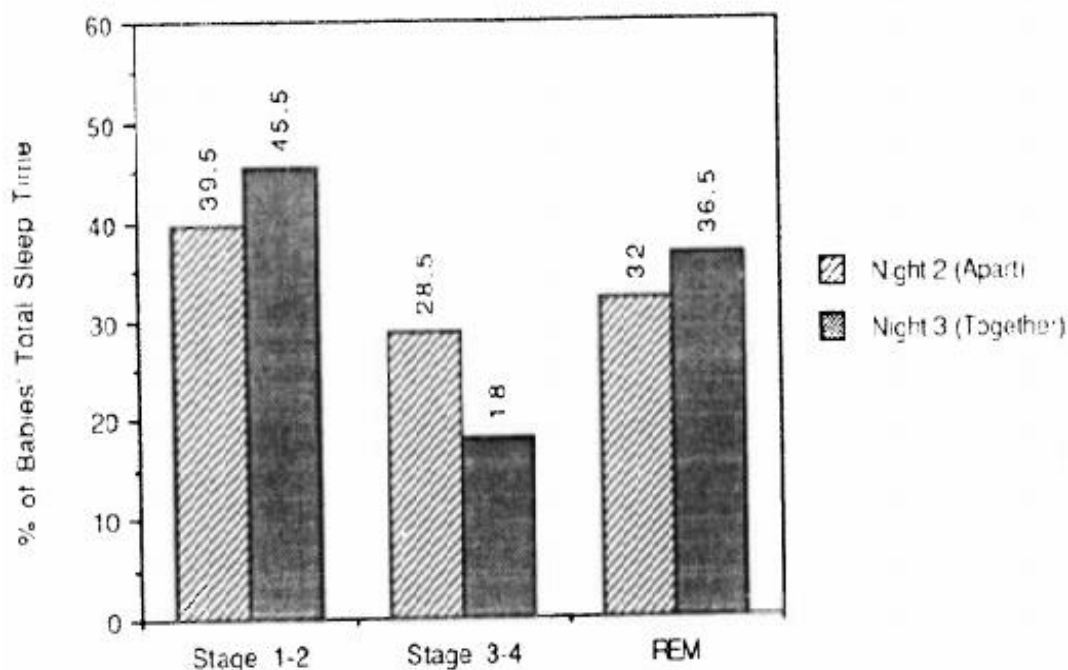
-
- „Day 1 (Apart)“ – značí výsledky první noci, kdy dítě spalo samostatně odděleně
 - „Day 2 (Apart)“ – značí výsledky druhé noci, kdy dítě spalo samo (u matky se nezvýšila hodnota, dítě to ovlivnilo)
 - „Day 3 (Together)“ – značí výsledky třetí noci, kdy dítě spalo s matkou (ovlivnilo to oba, dochází k nalaďování se na sebe)

při spánku zapříčiněné udušením - dítě nemá zatím dostatečně vyvinutý přechod dýchání z fáze hlubokého do lehkého spánku. Z více zdrojů (Sears, 2001; Jackson, 2012) se dá uvažovat nad tím, že co-sleeping to ovlivnit může. Díky tomu, že miminko od matky dostává dostatek podnětů – nestačí se dostat do zmiňovaných rizikových dlouhých fází hlubokého spánku (Sears, 2001). McKenna (1994) ve své studii (již výše zmiňovaná s pěti matkami s dětmi) uvádí:

- Při sdíleném spánku dochází u miminek ke zvýšenému sání mléka (pozitivní mj.i z fyziologického hlediska), což podporuje 1.-2. stádium spánku (lehký spánek). Z této fáze je přirozenější a snazší pro dítě se vzbudit (při riziku dušení), než při 3.-4. stádiu (hluboký spánek), kdy dochází často k onomu úmrtí.
- Následující graf zachycuje vztah mezi co-sleepingem a fázemi spánku, do kterých dítě je schopno dojít²:

² Šrafovaně jsou vyznačené noci, kdy dítě spalo samostatně. Černě jsou vyznačené noci, kdy dítě spalo s matkou

- Dvojice sloupců jsou rozdělené do tří skupin:
 - „stage 1-2“ – stádium lehkého spánku
 - „stage 3-4“ – stádium hlubokého spánku
 - REM – stádium spánku, kdy se dítěti zdají sny (aktivita mozku podobná aktivitě za bdělého stavu)
- Výška sloupce ukazuje celkové množství spánku dítěte (čím déle spalo v dané fázi, tím vyšší je sloupec)



Obr.2: Co-sleeping v souvislosti se spánkovou fází, do které jedinec dojde

Kritický úsek spánku nastává mj. také při přecházení z fáze non-REM do fáze REM – snové, s lehkým spánkem. V těchto fázích je nejpravděpodobnější očekávat riziko, že se dítě vzbudí a již těžší usne (Sears, 2001). Pro to, zda pak znovu usne (jak rychle, v jaké kvalitě – vztek se předtím, bojí se atd) či ne, je klíčový element pečovatele. Je-li v době probuzení u dítěte fyzicky přítomný či ne. Záleží, zda dítě ucítí či neucítí v tu chvíli rytmus (Prekopová, 1997) těla jiné osoby – pro něj „bezpečné, známé, blízké“ – její dech, tlukot srdce, její intuitivní pohyby, vůni, uslyší její hlas atp. Má-li dítě tuto možnost pečovatele ve své blízkosti, tak se po probuzení do „neznámého a nehostinného světa nezačne cítit osamoceně, zmateně, vystrašeně a úzkostně, nýbrž v „bezpečí“. Uklidní se a ve většině případů velmi klidně opět usne.

Logicky je z těchto zkušeností vyvozováno (Sears, 2001), že tedy dítě praktikující s pečujícím co-sleeping spí přirozenějším klidným a kvalitnějším spánkem. Podmínkou ani nemusí být, aby se pečující osoba přímo po probuzení vystrašeného dítěte sama vzbudila a věnovala dítěti speciální péči a pozornost. Hlavní je, že dítě vnímá její přítomnost, ví, že je v případě ohrožení a nebezpečí k dispozici (vnímá svou bezmocnost).

Deborah Jackson (2012) uvádí, že ono bezpečné prostředí, které co-sleeping podporuje, je důležité mj. i pro zdravý vývoj sebeobrazu dítěte. Dle ní je nejdůležitější, aby dítě cítilo, že je akceptováno – bezpodmínečná láska. Zásadní je zkušenost, že má rodič své dítě rád (hladí je, mluví na něj utěšujícím hlasem, kolébá ho, pečujeme o něj) i přes to, že v noci pláče, bojí se, neumí ovládat své vyměšování, má hlad. Pozitivní přijetí přináší jistotu a snižuje pocit úzkosti z bezmoci a nového světa.

Široká veřejnost se v USA dohaduje o tom, zda by nebylo lepší, aby děti byly raději vedeny k samostatnosti a nezávislosti již od mala a to tím, že s nimi rodiče vůbec nebudou spát a striktně je nechávat „vykřičet se“. Pantley (2012) ale tento způsob nedoporučuje. Z jejích vlastních zkušeností i zkušeností mnoha lidí z jejího okolí tento způsob mnoho dětí akorát zúzkostňuje a v raném věku opravdu není vhodný. Mary Ainsworth, která se vazbou dítěte a pečující osoby zabývala, přišla ve svých studiích na to, že čím více matka reagovala na plačící dítě v prvních měsících jeho života, tím méně pak dítě plakalo a tím pozitivněji také na matku reagovalo (Bell, Ainsworth, 1972; Stayton, Ainsworth, 1973). Zároveň také uvedla závěr, že citlivá pečující osoba, která je pro dítě dostupná, reaguje na jeho projevy, účastní se kooperativně interakcí a bezpodmínečně přijímá chování a projevy dítěte způsobí, že je dítě naopak samostatné a nezávislé. Již během druhého roku u takových dětí pozorovala určitou míru samostatnosti a vysoký index důvěry k matce.

Domnívám se tedy, že forma spánku, kdy je matka dítěti neustále nablízku – jakou co-sleeping jistě je, by se dala považovat za pozitivního činitele ovlivňujícího vývoj samostatnosti dítěte pozitivním směrem. Samozřejmě však záleží i na mnoha jiných faktorech a obecných hranicích výchovy. Bowlby (2012, s. 326) to pak krásně podtrhuje: „nezbytnou ingrediencí samostatnosti je spoléhat se s důvěrou na druhé lidi“, kdy je důležité vědět, na koho se kdy obrátit – kdo nám bude tvořit opěrný bod a naopak, kdy je třeba, abychom tím bodem pro někoho byly my. Toho jsou děti s bezpečnou vazbou bez problémů většinou schopny. Člověk je tvor společenský a je neustále svázán se světem a lidmi okolo něj určitými vazbami. To ale neznamená, že nemůže být svobodný a samostatný.

Je zřejmé, že i z vývojového hlediska je co-sleeping určitým činitelem, který na dítě působí. Děti ve věku 3-6 měsíců se nacházejí v tzv. symbiotické fázi (Vágnerová, 2005). Specifická je pro tuto fázi vývoje tvorba blízkého – symbiotického – pouta mezi pečujícím a dítětem. Děti se v tomto období života nacházejí ještě ve stádiu, kdy nejsou schopny

odlišit sebe a pečujícího jako jednotlivé a samostatné objekty. Vnímají sebe a druhého jako jednu entitu. Jako kdyby matka, která se o dítě stará a nejvíce o něj pečuje, byla neoddělitelnou součástí dítěte. Symbiotické pouto se tedy tvoří a je posilováno činnostmi a zážitky, které má dítě s pečujícím společně (krmení, zpívání ukolébavky, čtení pohádek, koupání, převlékání, přebalování,...).

Do těchto činností je zahrnován samozřejmě i rituál usínání a spánku. Vzhledem k tomu, že spánek tvoří v životě novorozence, kojence a batolete opravdu velkou část dne, je to jedna z klíčových symbiotických činností. Ty obecně vzato dávají dítěti základní ingredience k tvorbě základní jistoty/nejistoty. Díky tomu se dítě může snáz adaptovat v novém světě. Pečující postupně přibližuje dítěti svět způsobem, který je pro něj bezpečný. Snazší adaptace umožní následně zdravé osamostatňování. S tím souvisí i fakt, že čím vyšší kvalitu symbiotické pouto má, tím vyšší schopnost vytrvalosti a usilování o cíl dítě vykazuje (Vágnerová, 2005). Symbiotická činnost spánku tedy samozřejmě ovlivňuje i celkovou důvěru dítěte ve svět a tvorbu ostatních jeho budoucích vztahů, jakožto i intenzitu jejich kvality a trvalosti (Bowlby, 2010). Ideální je, když matku může brát jako pevný a bezpečný bod v jeho životě (i když si samo ještě není schopno rozumově vyčlenit matku jako samostatnou osobu).

Za pozornost stojí výzkumy, které prováděli manželé Searsovi a následně je zveřejnili ve své knize *The attachment parenting* (Sears, 2001). Z těchto studií vyplývá, že dítě, které je kojeno v noci, je vyživováno mnohem kvalitněji než dítě, které v noci kojeno není. Proto je i kvalitnější jeho vývoj. Kojí-li matka v noci, není tolik ve stresu - má na to větší klid - a do krve se uvolňují hormony vyvolávající relaxovaný stav. To, že matka není při kojení ve stresu, dítě vycítí a přirozeně pije déle a více (více si „dovolí“). Platí přitom prokazatelně (Sears, 2001) úměra, že čím větší objem mléka dítě vypije najednou, tím více živin se dostane do jeho těla. Důvodem je, že kvalitní živiny se nacházejí až v „zadním“ mléku matčina prsu, které je více tučné. Tučné mléko pak podporuje efektivnější vývoj mozku miminka. Po vypití tučného mléka se navíc matce začne tvořit v prsu mléko čerstvé, což lze zajisté připsat jako další výhodu nočnímu kojení. Co-sleeping dle Searsové (2001) souvisí i s úrovní emocionální, fyzické a intelektuální vyspělosti. Doteky a již zmíněné noční kojení jsou pak faktory, které napomáhají jedinci k tomu dosahovat optimální úrovně vyspělosti v daných oblastech nejen bezproblémově, ale také rychle.

Pečující je pro miminko počínaje narozením nejdůležitější osobou. Představuje pro něj dle Vágnerové (2005) průvodce, pomáhá mu pochopit principy fungování světa, ukázat mu, že je bezpečný a v případě nebezpečí mu dodává jistotu, že tu pro něj vždycky bude existovat záchrana (pečující osoba). Matky sdílející spánek s dětmi vykazují 5x větší ochranné chování než matky, které co-sleeping nepraktikují (Small, 2012). Smallová (2012) roli pečujícího jako ochránce potvrzuje například tím, že matky v noci automaticky podvědomě v polospánku zachumlávají miminko, aby je ochránila před zimou. Searsová (2001) zase tvrdí, že ochráncem je nám pečující osoba i v případě, že máme strach či nám něco schází. Strachy jsou u dětí časté právě v noci, při buzení, kdy je dítě dezorientované (mezi realitou a snem) a neví, co se děje. Potřebuje bezpečí, které mu náruč matky či uklidňující rytmus jejího dechu, tlukotu srdce a její známá specifická vůně mohou poskytnout. V tom jistě tkví jedna z mnoha výhod co-sleepingu. Stejně tak je mnohem jednodušší naplnit potřeby dítěte, jako například hlad, pro maminku provádějící co-sleeping, než pro matku provozující „solitary“ spánek.

2.7 KULTURNÍ VLIVY

Hovoříme-li o spánku, nemůžeme vynechat vliv zvyklostí a prostředí, které je pro místo, kde žijeme, jedinečné a charakteristické. Každá kultura má své přirozené tendence a zvyklosti, tudíž se v sociálním aspektu usínání a pohledu na něj velmi liší. V USA bylo zjištěno, že většina lidí vidí jako normální nechat spát dítě samostatně v jiné místnosti, než spí rodiče. (Sears, 2001; Small, 2001; Ferber, 2006). Důvodem toho je dle rodičů nejčastěji názor, že dítě, které se naučí spát samostatně samo ve svém pokoji, bude více nezávislé na rodiči a tím pádem i schopno se v životě více prosazovat, být více samostatné, být schopné jít si průbojně za svým snem. Často se s tímto názorem skloňují pojmy jako individualita jedince, nezávislost, samostatnost ve vývoji. Abychom však nezmiňovali jen USA (a v podstatě celou Severní Ameriku a Západ obecně), je třeba zmínit, že se praktikování samostatného odděleného spaní rodičů/pečujících osob a dětí rozšířilo hodně i do Evropy a obecně do industrializovaných částí světa (Smallová, 2012).

Opačný pohled na věc ve srovnání s rodiči z USA mají například Mayové (Smallová, 2012). Ti se svými dětmi co-sleeping praktikovali přirozeně. Důvod byl prostý. Ani je nenapadlo, že by tomu mohlo být jinak, než spát se svým dítětem dohromady. Odložit ho, by pro ně znamenalo porušit nepsaný závazek – jejich vnitřní locus of control alarmuje a oni cítí jejich zodpovědnost za kvalitu spánku jejich dítěte, za jeho spánkový

režim. Celkově je známo, že indiáni byli zvyklí na spánek se svými malými potomky (Prekopová, Schweizerová, 1993). Kromě pocitů lítosti, které by zažívali při odložení dítěte je zde určitě i praktický důvod, který funguje i u rodin z chudších poměrů – u kterých je taktéž praktikován co-sleeping velmi často. Pragmatickým důvodem je zde prostor – ani u indiánů, ani u chudých rodin není dostatek prostoru na to, aby dítě a pečující osoba mohli spát v jiných místnostech. Dalším pragmatickým důvodem, proč děti i rodiče spí dohromady, může být i teplota – podnebný pás, ve kterém rodina žije. John Whiting (1963) zjistil, že pokud rodina žije v místě, kde teplota dosahuje velmi nízkých hodnot, spí děti a rodiče samostatně. Když dítě zabalí do dek a uloží ho ke spánku do kolébky vedle, dojde tak k minimalizaci ztrát tepla. Je však pravda, že kultur, kde je tento druh spánku aplikován za tímto účelem, je velmi málo.

Zajímavý fakt, který vyplývá ze srovnávacích studií (neindustrializované kultury x USA), uvádí Smallová (Smallová, 2012):

- 46% dětí v neindustrializovaných zemích spí ve stejné posteli, jako jejich rodiče
- 21% dětí v neindustrializovaných zemích spí ve své posteli, ale ve stejné místnosti, jako jejich rodiče
 - → 67% dětí z těchto zemí tedy praktikuje co-sleeping.
- V porovnání se „Západem“ (Amerikou) v podstatě v žádné ze zkoumaných 186 kultur nespí miminko do 1 roku samo v místnosti (mimo blízkost pečujícího).

Zdá se tedy, že spánek s dítětem v jedné místnosti je odjakživa dle mnoha studií naší lidskou přirozeností. Hlavní úlohou co-sleepingu je rodičovská vnitřní odpovědnost za zdraví, bezpečí a vůbec celkové prožívání dítěte v rané fázi jeho života.

3. Úzkostnost

3.1 VYMEZENÍ POJMU ÚZKOST

Fenomén úzkosti by se dal stručně popsat jako specifická reakce organismu na podnět, který se jeví určitým způsobem pro organismus ohrožujícím. Často je kladena na roveň s pojmem tíseň (Kast, 2012). Významné jsou pocity ohrožení vznikající ve chvílích, kdy by mohlo být napadeno naše vlastní Já, náš sebeobraz, který tvoří v podstatě zdroj a základní kámen naší stability, pocitu jistoty, harmonie. Evolučně je přítomnost tohoto fenoménu v našem životě nutná a užitečná. Je funkční z hlediska adaptace a přirozené

reakce „útok & únik“ (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006). Ač je tedy prožívána nelibě a nepříjemně, má svojí důležitou funkci, postavení a její existence má i své pozitivní aspekty (Janiček, 2008).

Prožitek úzkosti je komplexně prožíván jak psychicky, tak fyzicky – komplexně vzato psychosomaticky. Úzkost se může vyskytovat buď ve formě aktivní či pasivní (Ulč, 1999) – tím se dále liší i její projevy. Fyziologická specifika aktivní úzkostné reakce jsou například zrychlený dech, zvýšená tepová frekvence, zrychlená srdeční činnost (tzv. bušení srdce), svalová tenze. Organismus se aktivizuje proto, aby byl připraven na boj s ohrožujícím či na případný útěk. Je zde však možnost, že reakce nebude aktivizační, ale naopak „zmrazující“. Při takové reakci se může zdát, že člověk „tuhne“ či se cítí jako ochromený (Rogge, 1999). Fyziologické projevy pasivní úzkosti jsou pak snížení frekvence tepu, zpomalení srdeční činnosti a dechu, pocení. Na úrovni kinestetických pocitů může jedinec u úzkostí obecně pociťovat například: slabost, sucho v krku, sevřený žaludek, sevřené hrdlo – změny v hlasovém projevu (Kast, 2012), těžko na prsou, třes v rukou, změnu prožívané tělesné teploty, mdloby, bolest svalů, vnitřní „pnutí“, mravenčení atd. Charakteristický je prožitek dezorientace, zmatenosti, neklidu, bezradnosti, celkového napětí až paralýzy, zoufalosti, točení hlavy (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Negativní prožitky, které se při úzkosti objevují, ovlivňují psychické funkce - především pak ty kognitivní. Projevem může být snížení výkonů v práci či škole. Jedinec postihnutý patologickou úzkostí není schopen úzkost využít k optimální aktivaci, nýbrž snižuje schopnost správně se koncentrovat a rozložit pozornost, což ovlivňuje výkon i schopnost učit se, efektivně řešit problémy. Pracovní paměť je rovněž omezená, neboť je z velké části využívána právě úzkostí (Honzák, 1995). Proces myšlení je tedy výrazně omezen. Se soustředěním souvisí i to, jak je organismus celkově odpočatý. Dalším vedlejším účinkem úzkosti je často nekvalitní spánek – problémy s usínáním, přerušované spaní (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006). Jedinec má pak pocit, jako kdyby vůbec nespál. Neodpočatý organismus se pak důsledkem toho nedokáže plně soustředit.

Je známo, že není ani tak hlavní element konkrétního situačního settingu se svými charakteristicky působícími podněty, nýbrž to, jak sami ve výsledku situaci zhodnotíme - zda jsme či nejsme schopni ji zvládnout. Na vznik úzkosti v důsledku vyhodnocování upozorňoval i A.T.Beck (Najbrtová, 2015). Člověk, který běžnou situaci s neutrálně

působícími činiteli vyhodnotí neadekvátně - jako nezvladatelnou – je vyhodnocen jako neurotik. Nejde zde však o pocit nezvladatelnosti související s prožitím strachu. Mezi strachem a úzkostí jsou určité rozdíly a je třeba je vnímat a rozlišovat (Janov, 1970).

Strach je prožíván jako pocit ohrožení z konkrétní věci, která reálně působí v daném momentě a je tedy objektivně hodnocena jako skutečná, existující forma nebezpečí. Úzkost je prožívána také jako pocit ohrožení. Není ale postavena na reálné hrozbě, působící Tady a Teď. Spíše se jedná o pocit ohrožení z hypotetické hrozby nacházející se v budoucnu – z toho, „co by se mohlo stát, kdyby“ (Janov, 1970). Neadekvátnost zhodnocení a následně i chování a prožitků tkví tedy v tom, že se úzkostně neurotický jedinec bojí své nekompetentnosti zvládnout situaci i v situacích naprosto neutrálních, běžných.

3.2 POCIT JISTOTY/NEJISTOTY

Způsob, kterým člověk vnímá svět a jakým způsobem na něj reaguje v rámci mezilidských vztahů, souvisí s kvalitou citové vazby (Kulíšek, 2000). Tato vazba se vytváří již od prvního nádechu, od narození. Nejvýraznější postavou v tomto senzitivním období plném nejistoty z cizího prostředí a novot hraje pečující osoba (Bowlby, 2010), která s dítětem tráví v podstatě nejvíce času - pečuje o něj a je s ním nejvíce v kontaktu. Nejčastěji touto osobou bývá matka. Bowlby (2010) jí nazývá tzv. vazebnou osobou.

Vývojová fáze, kdy dítě začíná ve svém okolí na pozadí rozlišovat jednu důležitou osobu od druhých a intenzivněji ji vnímá svým specifickým způsobem, přichází přibližně po šestnáctém týdnu. Specifické projevy, které dítě směřuje k nejvýraznější osobě jeho života, jsou snadno pozorovatelné. Bowlby (2010) je popsal tak, že děti s pečující osobou v porovnání s ostatními osobami více vokalizují, více se na ní usmívají, otáčejí směrem k ní hlavičku (i když je chová někdo jiný), rychleji ztiší pláč v její přítomnosti, následují ji, v místnosti s více osobami chtějí být nejblíže právě jí a nejvíce ji zkoumají (šplhají po ní,...). Dále také můžeme pozorovat odlišné vítání – specifické zvuky, úsměv, plazení, natahování rukou,...). A samozřejmě také právě u pečující osoby dítě hledá oporu a ono bezpečí (přidržování se,...).

Proto právě pečující osoba je klíčová při utváření bazální důvěry/nedůvěry dítěte ve svět – v tom, jestli vidí svět jako bezpečné místo, kde může nabývat pocitu jistoty, či vnímá-li svět spíše jako místo plné nebezpečí, nepředvídatelností a nejistot (Prekopová,

1997). Tento fakt potvrzuje i Langmaier a Krejčířová (2006, s. 63): „Specifický vztah k matce je skutečně základem rozlišených intimních spolehlivých vztahů k lidem vůbec“. Dítě, matka a otec tvoří dle Morrise, Silkové, Steinberga, Meyrse a Robinsona (2007) triádu citové vazby, která dále v životě dítěte výrazně ovlivňuje emoční klima v rodině a působí jako další faktor při vývoji emoční regulace.

3.3 BAZÁLNÍ ÚZKOST X BAZÁLNÍ DŮVĚRA

Emoční stabilitu jedince, která souvisí s jeho bazální důvěrou, můžeme podporovat mnoha způsoby. Prostředí, které pro dítě není deprivující (Langmaier, Matějček; 2011), je prostředí, kde jsou potřeby dítěte uspokojovány. Uspokojováním psychosociálních potřeb dosahujeme u jedince posilování pocitu jistoty (Vymětal, 2004), který zásadně posiluje důvěru dítěte v tento svět.

Pro dítě je důležité vědomí, že pečující osoba se o něj postará, když pláče, je smutné, má hlad, je mu zima, cítí se samo či se bojí. Může se pak spolehnout, že prostředí, ve kterém vyrůstá, je bezpečné. Může také předpovídat alespoň některé chování matky. A tato jistota v tom, jak vnější svět reaguje na jeho potřeby, a jistota, že reakce na jeho potřeby bude sytící, pozitivní, je v rané fázi vývoje jedince naprosto zásadní (Horney, 1991). Primární pocity, které v sobě dítě z tohoto období v sobě ukládá, se sčítají a vytváří závěrečnou bilanci, která určí, zda u něj převažuje spíše pocit základní jistoty či nejistoty (Drapela, 1997). Jedinec, který si vytvořil v raném věku pocit jistoty a důvěry ve svět, se v dospělosti často jeví jako otevřený, optimistický. Sama pečující osoba pro dítě v prvních letech jeho života představuje hlavní zdroj lásky, kterou se od ní dítě učí přijímat a projevovat (Vymětal, 2004).

Pocit nejistoty můžeme nazvat i tzv. pocitem bazální úzkost (Horney, 1991). Jak již název sám napovídá, nejistota v člověku vyvolává úzkost. Jedinec neví, co má od světa čekat, jaký následek je spojen s jakou příčinou, cítí se zmateně a ve stresu – to ho zúzkostňuje. Život s úzkostí je velmi vyčerpávající. Souvisí s ním i ona zmiňovaná nedůvěra. Člověk nevěří, že místo, kde žije – tento svět – pro něj není místem, kde by se cítil bezpečně. Neví, jak se má v které situaci chovat, reagovat, či co dané situace znamenají a spíše očekávají negativní zpětnou vazbu, odezvu. Svět je vnímán jako nepřátelské místo (Horney, 1991), kde je dítě osamoceno a cítí se bezmocně. U dítěte, které má úzkostné rysy již vrozené, může logicky bazální úzkost a pocit nejistoty podpořit

rozvoj úzkostných rysů. Stejně tak může však bazální důvěra poskytnout méně prostoru pro posílení úzkosti (popř. úzkostné poruchy) a její rozvoj.

To, zda bude dítě rozvíjet pocit důvěry či nedůvěry, je způsobeno jeho prvotními zážitky a prožitky, které si vědomě či nevědomě dítě uložilo do své paměťové databanky. Z té následně čerpalo informace, na jejichž základě vytvořilo „vnitřní pracovní modely“ (Willertonová, 2012, s. 14), které dítě aplikovalo a dle nichž poté reaguje na svět. Je zjevné, že prvotní zážitky, které si dítě z tohoto světa nese, jsou klíčové pro jeho další vývoj (Rogge, 2007). Zcela logicky v tomto období hraje nejdůležitější roli pečující osoba, jak již bylo zmiňováno výše. Erikson (1999) poukazuje na důležitost zážitků s primární osobou. Dle jeho názoru se skrz prvotní vztah u dítěte rozvíjí právě ona důvěra či nedůvěra. Důvěru zde spojuje pak současně s pozitivní orientací dítěte na budoucnost – s vírou ve svět a s nadějí v budoucnost. Je známo, že víra a naděje snižují úzkostnost jedince, jejich přítomnost v životě člověka je tedy velmi důležitá.

Willertonová uvádí (2012), že bazální důvěra/nedůvěra může dále značně ovlivňovat budoucí vztahy, které dítě bude zažívat (vrstevnické ve škole, partnerské,...). Existují však i výzkumy, které potvrzují, že nemusíme být tak pesimističtí a brát verdikt „bazální nedůvěry“ jako verdikt celoživotní úzkosti. Bylo zjištěno (Rutter, Quinton a Hill, 1990), že i děti s bazální úzkostí a nedůvěrou mohou nabýt v dospělosti tzv. získaného bezpečí a tím pádem i důvěry ve svět a ve vztahy k jiným objektům, osobám. Stejně tak byly provedeny i výzkumy (Hamiltonová, 1994; Zimmerman, 2000), které upozorňují, že i dítě, které nabylo v raném věku důvěrných a bezpečných vztahů, tak v budoucnu může být jeho bazální bezpečí narušeno a pozměněno významnými událostmi (rozvod, odchod milované osoby, úmrtí,...). Jinak řečeno – bazální důvěra či nedůvěra, bezpečí či nejistota a úzkost – zjevně představují velmi silný determinující aspekt, který nás určitým směrem směřuje, ovšem není neotřesitelným dogmatem, které jedince navždy odsoudí k tomu být ke světu důvěřivý či nedůvěřivý (Willertonová, 2012).

Rané zkušenosti a zážitky se však nemusí vlivem zkušeností změnit vždy, záleží na vrozených rysech (například úzkostnosti, resilienci, vulnerabilitě atd.) a na tom, co se u jedince projeví, co bude podporováno a co se bude rozvíjet a posilovat. Na primárních zážitcích a péči se tedy dá stavět jako na velmi kvalitním základu jedince. Citovala bych zde výstižný komentář z knihy Cesty úzkosti a deprese od Heinze-Petera Röhra (2012, s. 99): „Co se časně vtiskne, to stále působí“.

3.4 DĚTSKÁ ÚZKOST

Před narozením dítě prochází prenatalním obdobím. V tomto období se vytváří nová bytost, která zraje po celou dobu uvnitř těla matky. Prostředí, které tvoří matčino tělo, se pro plod stane prostředím jistým. Srdeční činnost, dech, některé pohyby uvnitř těla, teplota plodové vody – dítě v nich shledává určitou pravidelnost. Zejména tlukot srdce má na vnímání a prožívání dítěte uklidňující účinek. Díky tomu, že dítě může určité věci – pohyby – předpovídat, cítí se jistě, bezpečně. V prenatalním období je v podstatě na matce závislé (Vágnerová, 2012).

Po tomto období však následuje zcela nová etapa pro vývoj jedince – narození. Je to období, kdy se dítě oddělí od těla matky a je vrženo do zcela nového, neznámého světa, kde nemá jediný pevný bod (Prekopová, Schweizoerová; 1993). Tlukot srdce, dech, stálá teplota prostředí, ve kterém se nacházelo – nic z toho tu není. Dítě se učí adaptovat na tento svět. Je zcela zjevné, že je třeba, aby mu s tím někdo pomáhal a proto hraje důležitou roli právě matka (Vágnerová, 2012) – pečující osoba – která by se měla snažit zajistit dítěti takové prostředí, které pro něj bude bezpečné, jisté, předpověditelné a ve kterém se tedy bude cítit dobře (Liedloff, 2007).

To, zda dítě bude v pozdějším věku úzkostné či ne však závisí na více faktorech. V průběhu lidského života se rozvíjejí úzkosti v závislosti na věku (pro každý věk jsou daná specifika, záleží na vývoji/rozvoji), na podnětech (významné události, rozvody, úmrtí, podporující zdravá rodina/partner,...) a na vrozených rysech úzkostnosti (následně jejich posilování/oslabování). Bazální úzkost je ta, která vzniká jako první ze všech úzkostí vůbec. Její vznik je podmíněn prvotními zážitky v nevědomé sféře (Horney, 1991). Další vývoj úzkosti popsala Krejčířová s Říčanem (2005) následovně.

- V prvních měsících života je dítě ve stavu, kdy matku i sebe samotné prožívá jako „jedno“. V této době – kojeneckého a batolecího věku – se u dítěte setkáváme s úzkostí, která se nazývá úzkostí separační.
- V dalších letech, v předškolním věku, se začínají rozvíjet spolu s magickým myšlením a fantazií strachy a fobie.
- V následujícím období (8-10 let) jde o úzkost ze smrti (Říčan, Krejčířová; 2005).

Jak se mnoho autorů shoduje (Vymětal, 2004; Říčan, Krejčířová, 2005; Vágnerová, 2012; Rogge, 2007; Kammerer, 2007), přítomnost fenoménu úzkosti je v životě člověka v každém jeho věku důležitá. Nejdůležitější je především umět s danou úzkostí pracovat a nenechat se jí ovládat. Úzkost - u dětí konkrétně - vzniká velmi často (Vymětal, 2004) hlavně proto, že se dítě setkává v životě s novými věcmi/lidmi/situacemi, na které není zvyklé. Nezná je, má z nich strach (nemá schopnost předpovídat, co se bude dít). V životě je ale takových „nových setkání“, které v člověku budou vzbuzovat nejistotu a úzkost, mnoho. Proto je klíčové naučit se s touto úzkostí pracovat – naučit se adaptaci. Bez úzkosti by nebylo pokroku ve vývoji. Překonané úzkostné situace, které v jedinci rozvíjí schopnost adaptace, jsou v pořádku a jsou nezbytné. V případě, že je úzkost už přes míru - omezuje jedince v běžném fungování (práce, škola, vztahy s ostatními lidmi,...), brzdí tím jeho vývoj - je patologická, nezdravá (Vymětal, 2004; Říčan Krejčířová, 2005). V tomto případě je třeba odborné pomoci.

U úzkostných dětí je především ten problém, že jejich prožitek úzkosti nikdo nebere příliš vážně. Je přeci v pořádku, že se malé dítě samo v pokoji bojí. Zvykne si, stejně si jen vynucuje pozornost. Často můžeme slyšet: „Toho se nemusíš bát“ (Rogge, 2007, s. 56). Takový komentář dítěti úzkost rozhodně vyřešit či překonat nepomůže. Nerozumí tomu, proč by se toho nemělo bát, je to přeci děsivé. Dítě je na svůj strach a samotu samo, po odchodu matky z místnosti se bojí, že se již nevrátí a má strach z nenávratného odloučení (Bowlby, 2012). Skutečnost, že přehlížení závažnosti těchto situací je na denním pořádku, způsobuje, že počet dětí s úzkostnými stavy stále stoupá.

Rogge popisuje fakt (2007), že důležitou roli při vzniku pocitu úzkosti, hraje tělesný kontakt. Například kojenci vnímají tělesný kontakt jako univerzální nástroj, který navozuje pocit klidu (Renggli, 1974). Při ztrátě či nedostatku tělesného kontaktu dochází ke genezi existenciální úzkosti. Renggli (1974) uvádí, že potřeba fyzického kontaktu je naprosto přirozená. Tato potřeba je například i u primátů. Jako důkaz, že naplňováním této potřeby se kojenec cítí více jistě, bezpečně, neúzkostně, poslouží dle Renggliho (1974) i příklady z tradičních kultur (indiánů, kmenů). Matky těchto dětí se chovají tak, že mají dítě stále ve své blízkosti, spí s ním a reagují na pláč dítěte okamžitě (stále vyhodnocují pláč jako varovný signál). Díky tomuto zacházení bylo vysledováno, že děti těchto matek téměř neplakaly (v porovnání s dětmi z vyspělých kultur nesrovnatelně méně, spíše výjimečně) a jevily se spokojeně. Novorozenec je v novém světě bezmocným stvořením (Prekopová,

Schweizerová; 1993), bojuje o přežití v „novém světě“ a nutně potřebuje pomocníka a průvodce – rodiče.

Tělesný kontakt, pozornost, okamžité uspokojování potřeb – to jsou prostředky, které může rodič pro tvoření jistoty a oslabování úzkosti dítěte použít (Rogge, 2007). Okamžitým uspokojováním není však myšleno, že by rodič měl vždy při pláči dítěte přiběhnout s lahví či dudlíkem – zásadní je, že rodič přijde a dítě zvedne k sobě do náruče, mluví s ním, tiší ho (Rogge, 2007) - je tam pro něj, k dispozici. Tělesný kontakt je přirozeným a velmi účinným prostředkem, skrz který poskytneme dítěti klid a prostor pro jeho bezpečný pohyb a možnost zdravého vývoje (Prekopová, 1997; Brisch, 2012).

III. Empirická část

1. Výzkumná oblast, výzkumný problém a cíl výzkumu

1.1 VÝZKUMNÁ OBLAST, VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Zkoumaný fenomén, který je v této studii podroben šetření, lze začlenit do oblasti vývojově psychologické problematiky. Daný problémem je pak vymezen jako existence souvislosti mezi anxiozitou dětí a typem spaní v období 0-2 let.

1.2 CÍL VÝZKUMU

Výzkumné šetření si klade za cíl porovnat dvě skupiny respondentů – pečující osoby s dětmi praktikující co-sleeping a pečující osoby s dětmi nepraktikující co-sleeping – tak, aby bylo zjištěno, zda existuje vztah mezi sociálním aspektem usínání a spánku dítěte a jeho budoucí úzkostností (9-12 let). Jednu výzkumnou skupinu tvoří pečující osoby (nejčastěji matky) s dětmi, které od narození po dobu 2 let věku dítěte praktikovaly s dětmi sdílený spánek. Druhou zkoumanou skupinu pak tvoří pečující osoby s dětmi, které co-sleeping nepraktikovaly. Dalším cílem této studie je prozkoumat, zda míra bazální důvěry/nedůvěry jedince ve svět je ovlivněna fenoménem co-sleepingu. Posledním cílem je prošetřit, zda souvisí délka praktikovaného co-sleepingu s celkovou mírou úzkostnosti dítěte.

2. Hypotézy a výzkumné otázky

Výzkumná otázka pro tuto studii se vztahuje k výzkumnému problému:

VO: Jaká je souvislost mezi způsobem usínání a spaní dítěte ve věku 0-2let a jeho budoucí úzkostností?

K výzkumu se vztahující hypotézy jsou formulovány vzhledem k teoretickému rámci. Jsou rozděleny celkově do čtyř částí a kritériem dělení hypotéz jsou cíle stanovené pro tuto konkrétní výzkumnou studii.

- H₁: *Existuje statisticky významný rozdíl v míře úzkostnosti u dětí, které co-sleeping praktikovaly a těmi, co ne.*
- H₂: *Co-sleeping má vliv na míru bazální důvěry dítěte*
- H₃: *Co-sleeping má vliv na míru odcizení dítěte.*
- H₄: *Existuje vztah mezi délkou praktikovaného co-sleepingu a mírou odcizení a důvěry dítěte.*

3. Metodika výzkumu

3.1 TYP VÝZKUMU

Pro výzkum byl použit kvantitativní přístup. Data byla získávána pomocí dotazníkového šetření za pomoci neexperimentálních metod formou korelační a srovnávací studie. Volba kvantitativního přístupu s dotazníkovým šetřením byla učiněna především z toho důvodu možnosti získat příznačně většího objemu dat, než při sběru kvalitativním (více respondentů, větší možnost zobecňování výsledků na populaci).

3.2 METODY SBĚRU DAT

Data byla sebrána pomocí baterie dotazníků.

3.3 METODY VÝZKUMU

V této výzkumné studii je záměrem sledovat a zkoumat vztah několika proměnných. Jsou jimi subškály Důvěra a Odcizení, které jsou zjišťovány dotazníkem IPPA. Dle míry dosaženého skóre v daných oblastech se následně usuzuje kvalita vztahu dítěte s pečujícím. S tím souvisí i proměnná bazální důvěra, která s údaji získanými v dotazníku IPPA koresponduje. Dále je to proměnná co-sleepingu, zda byl jako jev u respondentů přítomen či nikoli a v jakém rozsahu (délka praktikovaného co-sleepingu v měsících). V neposlední řadě je zkoumána proměnná úzkostnosti, jejíž míra je měřena dle výsledného skóre dosaženého v dotazníku SCARED.

3.3.1 Screen for child anxiety related Disorders (SCARED)

Metoda dotazníku SCARED pomáhá vyšetřit míru dětské anxiety prožívané respondentem. Tento dotazník jsem volila proto, že se mi ze všech testových metod pro můj účel výzkumu hodil nejvíce právě pro jeho vlastnosti. SCARED dotazník má dvě varianty – pro dospělé a pro děti. Pro mé účely posloužil druhý z nich. SCARED je metoda, kterou vyvinul v roce 1995 Boris Birmaher spolu se zbytkem týmu na University of Pittsburgh na oddělení studií psychiatrie. Dle samotných autorů je test koncipován tak, aby byl předkládán dětem ve věku 8-18 let, přičemž je třeba, aby mělo dítě vždy možnost se zeptat, kdyby náhodou nevědělo, co která otázka znamená (např. co to znamená „pesimista“ atp). Česká verze testu nebyla ještě vytvořena (nejsou standardy pro českou

populaci), proto jsem původní anglickou verzi přeložila do českého jazyka sama a následně jsem nechala překlad zkontrolovat. Obecně je však test v zahraničí hojně využíván i pro jeho snadné pochopení dětmi a následné hodnocení.

Tento sebesuzovací dotazník má celkem 41 položek v podobě krátkých tvrzení (např. „Jsem nervózní.“, „Dělám si starosti, zda mě mají ostatní lidé rádi či ne“). Odpovědi jsou pak možné ve třech variantách dle toho, do jaké míry na probanda dané tvrzení platí. Tvrzení jsou již v původní verzi okódovaná, jejich kódování jsem tedy ponechala (se stoupající hodnotou odpovědi stoupá i úzkostnost).

- Nepravdivé, výjimečně sedí (okódováno hodnotou 0)
- Z části pravdivé, někdy sedí (okódováno hodnotou 1)
- Velmi pravdivé, často sedí (okódováno hodnotou 2)

Výsledná hodnota ze všech odpovědí – suma – pak udává míru úzkostnosti jedince. Dle výsledného součtu se můžeme orientovat, zda úzkost zažívaná daným jedincem je ještě v normě či ne. Hraniční bodová hranice pro vysokou míru úzkostnosti směřující k možnému rozvoji a nebezpečí konkrétní patologie je pak charakterizována hodnotou 25. V případě vyšší míry úzkostnosti jedince se dá zjistit, v jaké z dimenzí úzkostnosti se jeho úzkost projevuje nejvíce. Test je členěn na 5 subškál:

- Úzkost směřující k panické poruše a somatickým symptomům (položky: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38)
- Úzkost směřující ke generalizované anxietě (položky: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37)
- Separační úzkost (položky: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31)
- Sociální anxieta (položky: 3, 10, 6, 32, 39, 40, 41)
- Úzkost související s odmítavostí školního prostředí (položky: 2, 11, 17, 36)

Pro naše účely byla ovšem využita především hodnota celkové míry úzkostnosti a následné okódování, zda byl jedinec úzkostný (1) či ne (0).

3.3.2 Dotazník citové vazby k rodičům a vrstevníkům (IPPA)

Dotazník IPPA – Inventory of Parent and Peer attachment – je využíván jako metoda, která pomáhá zjistit, jakou citovou vazbu má dítě s pečující osobou. Dotazník vytvořili v roce 1987 autoři Greenberg a Armsden. Jejich cílem bylo zjistit, jaký má

charakter vztah, který prožívá daný jedinec v období dospívání ke svým rodičům či souřadně postaveným (spolužáci, kamarádi, vrstevníci). Původní verze, která byla testována samotnými autory na dospívajících v pozdní adolescenci (16-26 let), zahrnovala celkem 53 položek. Položky zjišťující vztah k rodičům tvořilo 28 položek, 25 položek pak zjišťovalo vztah k vrstevníkům. Navzdory tomu, že samotní autoři testovali IPPA u jedinců starších 16 let, sami doporučovali test i pro mladší respondenty (Armsden, Greenberg; 1987).

O českou standardizaci tohoto testu, který jsem pro své testování použila, se později postarali J. Širůček a L. Lacinová (2008). V rámci studie ELSPAC při testování patnáctiletých respondentů přišli na to, že by bylo dobré verzi pro českou populaci mírně poupravit. Celkem tedy bylo vygenerováno 25 položek na posouzení vztahu k rodičům a 25 hodnotících vztah k vrstevníkům. Ve své práci jsem využila jen položky týkající se vztahu dítěte k rodičům (pečujícím), přičemž dítě mělo rozdělené otázky týkající se vztahu s matkou a s otcem – mělo možnost vyplnit jen jednu část (dle toho, zda jeho pečujícím byl muž či žena).

Odpovědi dotazníku IPPA jsou dle formátu Likertovy škály:

- vždy/téměř vždy (okódováno hodnotou 5)³
- často (okódováno hodnotou 4)
- někdy (okódováno hodnotou 3)
- zřídka (okódováno hodnotou 2)
- nikdy/téměř nikdy (okódováno hodnotou 1)

Položky v tomto testu se řadí následně do 3 faktorů: Důvěra, Odcizení, Komunikace. Pro účely tohoto výzkumu byly užity jen faktory Důvěra a Odcizení, proto se dále budu zabývat jenom jimi.

- Položky v testu týkající se Odcizení: 5, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 20, 23.
- Položky týkající se Důvěry: 1, 2, 3, 4, 11, 12, 19, 21, 22.

Ze souhrného skóre lze pak dle autorů Armsdena a Greenberga (1987) usuzovat na vysokou/nízkou jistotu dítěte ve vztahu s pečujícím. Výsledná kvalita vztahu samozřejmě

³ Důvod zvoleného kódování: se zvyšující se hodnotou se zvyšuje i míra vlastnosti proměnné (míra Důvěry, Odcizení).

závisí na celkové Důvěře i Odcizení dítěte. Aby se zjistilo, jakou míru Důvěry a Odcizení dítě dosahuje, byla každá ze subškál rozdělena na tři skupiny dle dosaženého skóru v každé z daných subškál.

- Nízká důvěra / malé odcizení: skór 0-15
- Střední důvěra / střední odcizení: skór 16-30
- Vysoká důvěra / velké odcizení: skór 31-45

Hraniční hodnoty jsou pro obě ze subškál stejné, neboť mají obě stejný počet položek a v obou je zvolen stejný typ kódování hodnot odpovědí (stejná minima i maxima). Výslednou hodnotu jistoty jsme pak neurčovali jako Armsden a Greenberg (1987), kteří brali v potaz všechny tři subškály, neboť pro naše účely stačilo vědět, jakou důvěru a odcizení jedinci vykazují. To, že důvěra a odcizení korelují s celkovou jistotou jedince je z výsledků studií zcela jasné, pro naše účely jsme nepotřebovaly celkovou hodnotu jistoty, nýbrž především již zmiňovaného odcizení a důvěry.

3.3.3 Dotazník pro rodiče

Úvodní dotazník pro rodiče byl jediný, který jsem sama vytvářela. Dotazník obsahoval průvodní informace k výzkumu, účelu testování, etickým aspektům testování a poděkování za účast. Mimo to dále obsahoval 5 položek, přičemž první k účelu tohoto výzkumu nakonec byla využita pouze položka první zjišťující, zda proband co-sleeping praktikoval či ne a pokud ano tak jak dlouho. Ti, co co-sleeping neprováděli, se vyplňování dalších otázek ani nezúčastnili. Následující 4 položky vyplňoval jen proband, který co-sleeping praktikoval. Respondenti jsou zde dotazováni ve 3 otázkách na jejich prožívání co-sleepingu, jak sdílený spánek hodnotí, jak dítě přijalo konec co-sleepingu. V těchto otázkách mají na výběr z odpovědí ve formě nucených odpovědí seřazených do 4 stupňů vyjadřujících sílu jejich postoje (např. určitě výhodný, spíše výhodný, spíše nevýhodný, určitě nevýhodný). V testu byla jen jedna otevřená otázka týkající se deskripce ukončování společného spánku s dítětem, mnoho respondentů však využilo možnosti ji nevyplňovat.

3.4 ADMINISTRACE DOTAZNÍKŮ

Baterie dotazníků byla administrována respondentům osobně formou standardní metody tužka-papír. Prvním bodem bylo informování respondentů o etických aspektech, které s sebou výzkum nese. Zdůrazněna byla dobrovolnost, anonymita a účel testování.

Každý z dotazníků měl své náležitosti, které byly před vlastním testováním podrobně vysvětleny. Byl poskytnut jak prostor pro dotazy, tak uveden soukromý e-mail, na který mohou účastníci výzkumníka kontaktovat v případě jakýchkoli dalších dotazů či v zájmu získat informace o průběhu či výsledcích výzkumu.

Vlastní vyplňování dotazníků bylo možné provést jak přímo ve škole (rodičovské schůzky či speciálně vyčleněná hodina učitelem), tak až v bezpečí domova. Bylo dbáno na komfort probandů – kde se cítili bezpečněji, tam mohli dotazník vyplnit, či si mohli doma bez problémů účast na výzkumu rozmyslet. Na vyplnění byla respondentům dána délka dvou týdnů. Délka vyplňování žádného z testů nebyla striktně vymezena. Nejednalo se o test výkonový, proto pro účely studie byla sledována především pečlivost vyplnění otázek, nikoli rychlost, jakou to proband zvládne.

Po dohodě s řadou škol nakonec bylo možné administrovat dotazníky jen v následujících institucích: ZŠ Baarova (Č.Budějovice - centrum), ZŠ Ledec nad Sázavou, ZŠ Máj I. (Č.Budějovice - sídliště), ZŠ Máj II (Č. Budějovice - sídliště). Z celkového počtu 250 rozdaných testových baterií se jich ve výsledku vrátilo 148, což činí 59,2%. Všechny testové baterie se však nedaly použít, neboť byly neúplné (chyběl nějaký list či vyplnění určitých položek) či chybně vyplněné (vyplněno více odpovědí, žádná odpověď atp) nebo byl dotazník neplatný, jelikož dítě připsalo komentář, že si nebylo jisté svou výpovědí, neporozumělo zcela nějakému pojmu či připisovalo k položkám otazníky a políčka s odpovědí nechalo prázdné.

3.5 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Odpovědi v dotaznících byly okódovány a číselné hodnoty následně zaneseny do tabulky v programu Microsoft Excel 2007, kde byly provedeny další základní a deskriptivní operace, pro následnou práci s daty. Základní úpravy byly například výpočty skóru z použitých testů atp. Statistické zpracování bylo provedeno v programu Statistika 10.

Z dotazníku SCARED byla získána hodnota hrubého skóru, z kterého bylo následně zjištěno, do jaké míry je daný respondent úzkostný. Předem byla ve standardu cizojazyčné verze dotazníku stanovena hraniční hodnota průměrné úzkosti - anxiety, která může poukazovat na úzkostnost směřující k vzniku úzkostné poruchy. Jedinec, jehož skór v dotazníku přesáhl hraniční hodnotu, byl dále ohodnocen jako úzkostný a okódován číslem 1. Jedinec dosahující skóre nižšího byl ohodnocen číslem 0. Dále byly získány skóry z dílčích škál dotazníku (panická porucha, sociální anxiety, generalizovaná úzkostná porucha, somatické symptomy, úzkost ze školního prostředí), které však nebyly v dalším testování vzhledem k formulovaným hypotézám využity.

Z dotazníku IPPA byl získán skór, který značil hodnotu důvěry a odcizení dítěte ve vztahu k pečující osobě. Tuto hodnotu jsem pak kódovala: vysoká důvěra/velké odcizení s kódem 3, střední důvěra/střední odcizení s kódem 2, nízká důvěra/nízké odcizení s kódem 1.

Dále byly do tabulek zanášeny odpovědi z úvodního dotazníku pro pečující osoby, kde bylo zjištěno, zda probandi co-sleeping praktikovali či ne a jak dlouho. Pokud byl sdílený spánek praktikován od narození do 2 let, byl jedinec okódován 1, kratší dobu než 2 roky (přičemž respondent vyplnil přesný číselný údaj na volnou řádku vedle), byl kódován číslem 2 a pokud byl delší, než 2 roky (přesný údaj opět vyplněn na volný řádek vedle), byl okódován 3. Jestliže respondent odpověděl, že nikdy co-sleeping neprotikoval, odpověď byla okódována číslem 4.

3.6 ETICKÁ HLEDISKA

Nedílnou součástí administrace všech testů bylo zcela přirozeně obeznámení probandů s etickými aspekty výzkumné práce. Každý z účastníků byl o etických hlediscích výzkumu informován krátkým tvrzením jak slovně, tak v úvodním dotazníku. Formulace obsahovala základní informace o výzkumu, jeho cílech a účelu. Také obsahovala ujištění, že každý účastník vyplňuje vše zcela anonymně, a že informace získané z dotazníku budou posléze využity čistě k výzkumným účelům pro závěrečnou studijní práci.

Dotazníky byly respondentům předloženy v prostředí škol (rodičovské schůzky či speciálně vyhrazené hodiny při výuce), kde měli možnost je buď vyplnit všechny rovnou či si je nechat na vyplnění domů či do jiného prostředí, kde se budou cítit dobře a bezpečně, nic je nebude rušit. Jelikož respondenty tvořili rodiče i děti, byla součástí administrace i

ústní instrukce, aby děti měly možnost vyplňovat dotazníky kdykoli i bez přítomnosti rodiče, učitele, spolužáků – z důvodu zajištění maximální diskrétnosti. Jelikož byly testové baterie pro děti tvořeny sebezposuzovacími dotazníky, byly děti předem ujištěny, že všechny jejich odpovědi jsou správné, jde hlavně o to odpovídat podle vnitřních pocitů, upřímně. Cílem těchto instrukcí bylo snížení jejich úzkosti z testovací situace.

Každý účastník byl mj. informován o tom, že vyplnění testové baterie je naprosto dobrovolné. Rodiče, kteří nesouhlasili s testováním, si dotazníky nebrali rovnou či měli možnost si je vzít domů k rozmyšlení a případně neodevzdat. Testová baterie dítěte, které nepřineslo úvodní dotazník vyplněný rodičem, nebyla dále vůbec používána.

Všem probandům byla v případě zájmu na závěr sdělena kontaktní e-mailová adresa, na kterou mohli kdykoli napsat a vznášet jakékoli dotazy, připomínky či sdělit zájem o výsledky výzkumu. Tato možnost nebyla ve výsledku využita – evidentně z důvodu vznešených dotazů již v průběhu administrace dotazníků.

4. Výzkumný soubor

4.1 KRITÉRIA VÝBĚRU VZORKU

Cílovou skupinu tvořily děti ve věku 9-12 let a jejich pečující osoba – nejčastěji matka, často také otec, někdy prarodič či jiný pečující splňující požadované charakteristiky primární osoby. Pečující osoba byla charakterizována jako osoba, která je od raného dětství dítěti nejbližší, nejvíce se o dítě starala, trávila s ním nejvíce času a sdílela s ním nejvíce zážitků (podrobněji k termínu pečující osoby viz teoretická část). Podmínkou bylo, aby tato osoba byla schopna vzpomenout si na rané zážitky z dětství dítěte, na způsob jeho usínání a spaní.

Věkový interval dětí 9-12 let (včetně hraničních hodnot) byl zvolen hned z několika důvodů. Mladší děti, kterým by byly dotazníky předloženy, by měly potíže s porozuměním všem pojmům a s celkovou náročností tvrzení, která dotazníky obsahovaly. S ohledem na délku dotazníků by nebylo vhodné tím mladší děti zatěžovat – unavitelnost, nesoustředěnost atp. Dokonce bylo v mnoha případech ponecháno na zvážení dětí, rodičů i učitelů, zda je na to dítě např. v devíti letech již stavěno, jak se k tomu samo staví a jak se na to cítí. V případě neporozumění některému z pojmů mělo dítě vždy možnost si pojem vyhledat, zeptat se rodičů, kamarádů či učitele.

Zároveň zde byla snaha netestovat příliš „staré“ děti. Čím starší dané dítě je, tím více zkušenostmi si projde a tím více vlivů tedy působí na rozvoj jeho rysů úzkostnosti. Logicky se tím tedy snižuje možnost legitimně zjistit možnost působení podnětu z raného dětství až do současnosti. Průměrný věk všech respondentů dětí byl průměrně 11,12 (s přesností zaokrouhlení na 2 desetinná místa).

Byla zvolena metoda záměrného kriteriálního výběru přes instituce, kdy bylo osloveno několik základních škol, aby se výzkumu zúčastnily. Dotazníky byly předkládány respondentům osobně na ZŠ, nikoli elektronicky, neboť bych tím vyřadila rodiče a děti, které k počítači přístup nemají, či je práce s ním pro ně nepříjemná. Tuto metodu jsem zvolila i z toho důvodu, že na základě informací čerpaných z knihy od Jána Ferjenčíka (2012) a mých kritérií.

Výsledný výzkumný vzorek jsem dále dělila do skupin dle toho, jakou hypotézu jsem testovala – každá si žádala rozdělení do jiných skupin dle rozdílných kritérií.

Sběr probíhal tak, že byly nejprve rozeslány e-maily na ZŠ v Českých Budějovicích a na dvě školy mimo České Budějovice – Ledec nad Sázavou a Frymburk. Jiná místa mimo České Budějovice byla volena hlavně kvůli snaze o větší variabilitu vzorku. Ve výsledku odepsaly pouze dvě ZŠ v Českých Budějovicích a jedna mimo České Budějovice. V Českých Budějovicích to byla ZŠ Máj I a II a ZŠ Baarova a dále tedy ZŠ Ledec nad Sázavou. Po domluvě s řediteli/učiteli jsem šla rovnou do terénu. Navštívila jsem školy buď v době konání třídních schůzek či ve vyučování. Nejprve mnou byly poskytnuty veškeré úvodní informace, kontakt na mou osobu a rozdány testové baterie. Poté jsem dotazníky administrovala, nabídla mimo možnosti účasti na výzkumu i možnost vrácení dotazníku či vzít si dotazník na rozmyšlenou domů s možností nevyplnit. Za několik dní jsem si osobně přišla pro vyplněné dotazníky, z Ledce nad Sázavou mi byly zaslány pomocí scanu.

4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Celkem bylo rozdáno 250 testových baterií. Ve výsledku testové baterie odevzdalo 148 dvojic, přičemž 47 z nich muselo být vyřazeno. Důvodem vyřazení bylo jejich neúplné vyplnění (chyběl například i celý jeden test z testové baterie – 5 testů) či neodevzdání úvodního dotazníku pro rodiče (24 testových baterií) nebo vynechání otázky či chybné vyplnění/zaškrtnutí odpovědí (např. 2 vyplněné odpovědi při 1 možné odpovědi; 18 testových baterií).

Návratnost dotazníků byla tedy celkově vypočtena na 59,2%. Na matematicko-statistické zpracování jich ale bylo možno nakonec z celkového rozdaného počtu použít pouhých 40,4% (n=101) dvojic (pečující-dítě), které byly do výzkumu zařazeny. Celkové genderové zastoupení pohlaví u dětí a rodičů nelze zjistit, neboť položky nebyly u všech testů vyplněny z důvodu buď nesouhlasu probanda (pro některé účastníky to byl soukromý údaj) či z důvodu nedbalosti při vyplňování. Pokud byly však všechny ostatní položky v celé testové baterii vyplněny, test jsem využila pro ostatní data, která byla klíčovější, než informace o rozložení genderového zastoupení ve výsledném vzorku.

Aby bylo možno testovat první tři hypotézy, bylo třeba rozdělit vzorek na dvě skupiny:

- 1. skupina: dítě a rodič, kteří prováděli co-sleeping (minimálně 0-2 roky včetně)

- 2. skupina: dítě a rodič, kteří neprováděli co-sleeping

Dvojic, které prováděly co-sleeping bylo ve výsledku 77,3 % (n=78). Druhou skupinu, kde byly dvojice, co co-sleeping v doporučené délce (Sears, 2001) alespoň 2 roky neprovedly, tvořilo pak 22,8% (n=23). Poměrné zastoupení obou skupin bylo tedy nevyvážené. To mohlo mít zajisté vliv na výsledky (velké rozdíly v nepoměru obou skupin při tak malém počtu respondentů jsou pak ve výpočtech znát).

K výsledné představě o tom, jaké bylo celkové zastoupení probandů v závěrečných skupinách (dělení dle hlediska co-sleepingu a dělení dle hlediska míry úzkostnosti jedince, kde platí vztah „a zároveň“) poslouží následující tabulka. Děti s vysokou mírou úzkostnosti jsou v tabulce označeny číslem 1 a ty, které měly hodnotu úzkostnosti v normě jako 0. Největší zastoupení ve vzorku tedy bylo mezi těmi, kteří co-sleeping alespoň 2 roky praktikovali a zároveň měli vysokou míru úzkostnosti, ovšem neliší se podstatně od čísla probandů, kteří co-sleeping rovněž alespoň 2 roky praktikovali a jejich úzkostnost byla v normě. Můžeme si však povšimnout, že u praktikujících i neprovedajících co-sleeping, byl poměrně vyvážený počet dětí s vysokou a nízkou úzkostností.

Tab. 1: Zastoupení probandů v jednotlivých skupinách v souvislosti s co-sleepingem a mírou úzkostnosti

co-sleeping	vysoká míra úzkostnosti	n
0	0	13
0	1	10
1	0	35
1	1	43

Při testování čtvrté hypotézy byla potřeba rozdělit dvojice do 4 skupin, kde kritériem bylo délka praktikovaného co-sleepingu. Celkový vzorek se posléze dělil na skupiny:

- 1. skupina - co-sleeping praktikovali v doporučené délce 2 let
 - 34,7% (n=35)
- 2. skupina - co-sleeping praktikovali kratší dobu, než jsou doporučované 2 roky
 - 13,9% (n=14)

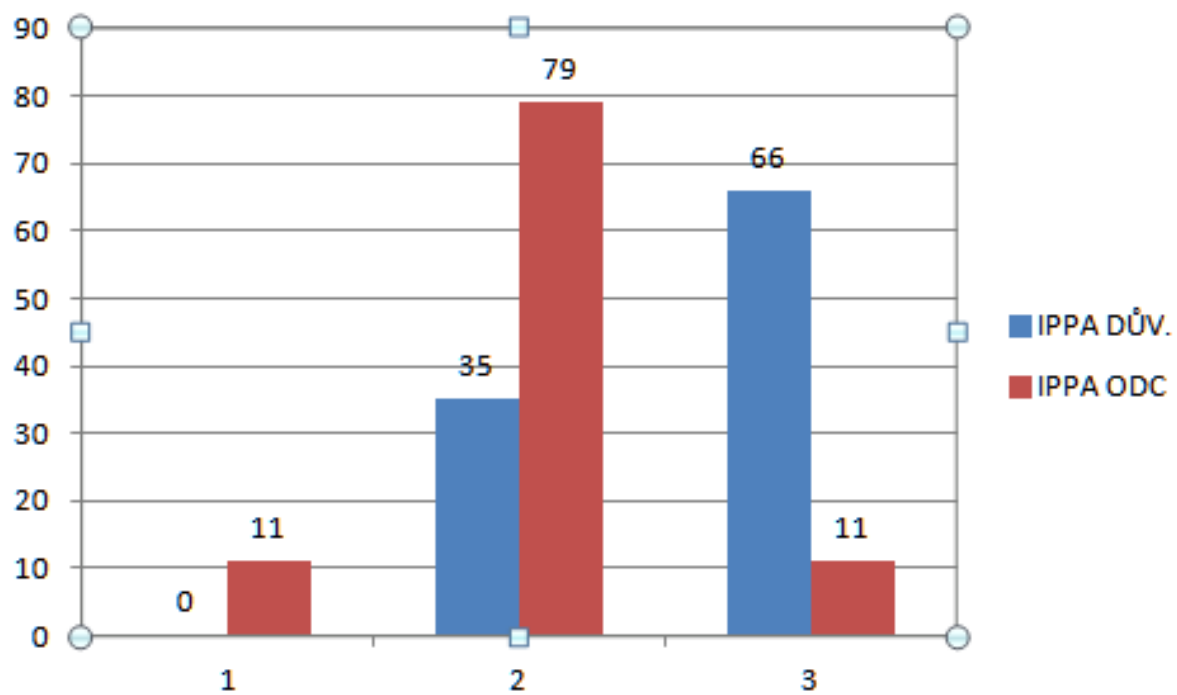
- 3. skupina – co-sleeping praktikovali delší dobu, než jsou doporučované 2 roky
 - 42,6% (n=43)
- 4. skupina – co-sleeping nepraktikovali
 - 8,9% (n=9)

Pro druhou, třetí a čtvrtou hypotézu, kde bylo za cíl zjistit souvislost co-sleepingu na bazální důvěru zjišťovanou dle výsledných hodnot Odcizení a Důvěry v testu IPPA, bylo nutné rozdělit vzorek ještě dle posledního hlediska. Tím bylo, jak kvalitní vazbu má dítě k jeho pečujícím – tj. jaké hodnoty dosahuje v testu IPPA ve faktoru Odcizení a Důvěry. Dělení bylo následující (bližší vysvětlení v předchozích kapitolách):

- Vysoká důvěra – 65,5 % (n=66)
- Střední důvěra – 34,7% (n=35)
- Nízká důvěra – 0% (n=0)
- Velké odcizení – 10,9% (n=11)
- Střední odcizení – 78,2% (n=79)
- Malé odcizení – 10,9% (n=11)

Pro lepší představu o zastoupení jednotlivých skupin dle dosaženého skóru v daných subškálách Důvěra a Odcizení je přiložen následující Graf č. 1 (osa y značí počet probandů n).

Graf 1: Míra odcizení a důvěry zastoupená u probandů v celém vzorku



5. Statistické metody

Matematicko-statistické zpracování proběhlo pomocí programu Statistika 10, kde byly užity různé metody k tomu, abychom mohli dosáhnout vypočtení výsledků vypovídajících závěry o stanovených hypotézách.

5.1 POPISNÁ STATISTIKA

Pro účely studie byly mimo parametrických i neparametrických testů využity i metody deskriptivní statistiky. Jejím úkolem bylo popsat minimální a maximální hodnoty, směrodatnou odchylku, klasický aritmetický průměr, hodnotu modu a mediánu.

5.2 *T*-TEST

Metoda *t*-testu, jinak známá také pod názvem Studentův *t*-test, se ve statistice řadí mezi tzv. parametrické testy. Ty se vyznačují tím, že při své práci využívají s tzv. parametry (předpoklady). Obecně řadíme *t*-testy mezi tzv. „silné“ testy (Walker, 2013). Jejich „síla“ tkví v tom, že při testování je u nich větší pravděpodobnost (ve srovnání například s neparametrickým testem Mann-Whitney), že odhalí, zda existuje mezi danými skupinami hledaný rozdíl či ne. Logicky z toho plyne, že pokud snadněji uvidíme účinek – silnější test – vyhneme se tím také mnohem pravděpodobněji chybě II. řádu. Háček je v tom, že se nedají samozřejmě používat vždy – při nesplnění předpokladů se musíme uchýlit k neparametrickému, Mann-Whitney testu. *T*-test můžeme použít v případě, že chceme najít rozdíl mezi skupinami, které porovnáváme, přičemž:

- data, která chceme testovat, mají normální rozložení
- v každá z testovaných skupin musí být zastoupena alespoň dvacet členů (vyplývá v podstatě z první podmínky)

T-test sice není tak flexibilní, jako Mann-Whitney *U* test, zato má ale výhodu síly (Walker, 2013).

5.3 MANN-WHITNEY *U* TEST

Statistická metoda Mann-Whitney *U* test je hojně využívaná neparametrická metoda. Užívá se tehdy, nejsou-li splněny předpoklady (parametry), – je daleko flexibilnější, nežli metoda Studentova *t*-testu (parametrického testu). Jeho další výhodou

je, že se dá využít i u menších testovaných souborů (větší pravděpodobnost nenormálního rozložení). Test používáme za účelem srovnání dvou skupin, přičemž nepracujeme s daty jako takovými, ale využíváme znalosti informace o jejich pořadí (Walker, 2013).

5.4 PEARSONŮV KORELAČNÍ KOEFICIENT

Pearsonův korelační koeficient je – ostatně jako každý jiný test pracující s korelací - využíván v případě, chceme-li zjistit, zda je mezi naměřenými hodnotami/proměnnými/skupinami vztah a jaký ten vztah je (jak je silný/těsný). Nehledáme tedy jako u předchozích testů to, v čem se skupiny liší, ale v jakém jsou vzájemném vztahu – jaký na sebe mají vliv. Pearsonův test patří mezi parametrické metody. Při své práci tedy využívá přímo naměřená data a je možno ho užít jen při normálním rozložení dat (Walker, 2013).

5.5 SPEARMANOVO RÓ

Jedná se o statistický nástroj, pomocí něhož zjišťujeme sílu vztahu mezi proměnnými, přičemž zásadní podmínkou pro jeho využití je, aby naměřená data, s kterými budeme pracovat, neměla normální rozložení. Tím se řadí mezi neparametrické metody statistického testování, přičemž samozřejmě při své práci neužívá přímo naměřená data, ale opět – jako u Mann-Whitney testování jen pořadí (Walker, 2013).

6. Výsledky

Velikost výzkumného souboru byla ve výsledku 101. V závislosti na testovaných hypotézách byla data jednotlivých testovaných probandů po sběru dat pro účel statistického vyhodnocení rozdělena do několika skupin. Dvojice pečující-dítě, které neproaktivovaly co-sleeping alespoň 2 roky, byly označeny jako 0 (n=23). Dvojice pečující-dítě, které praktivovaly co-sleeping, byly označeny jako 1 (n=78).

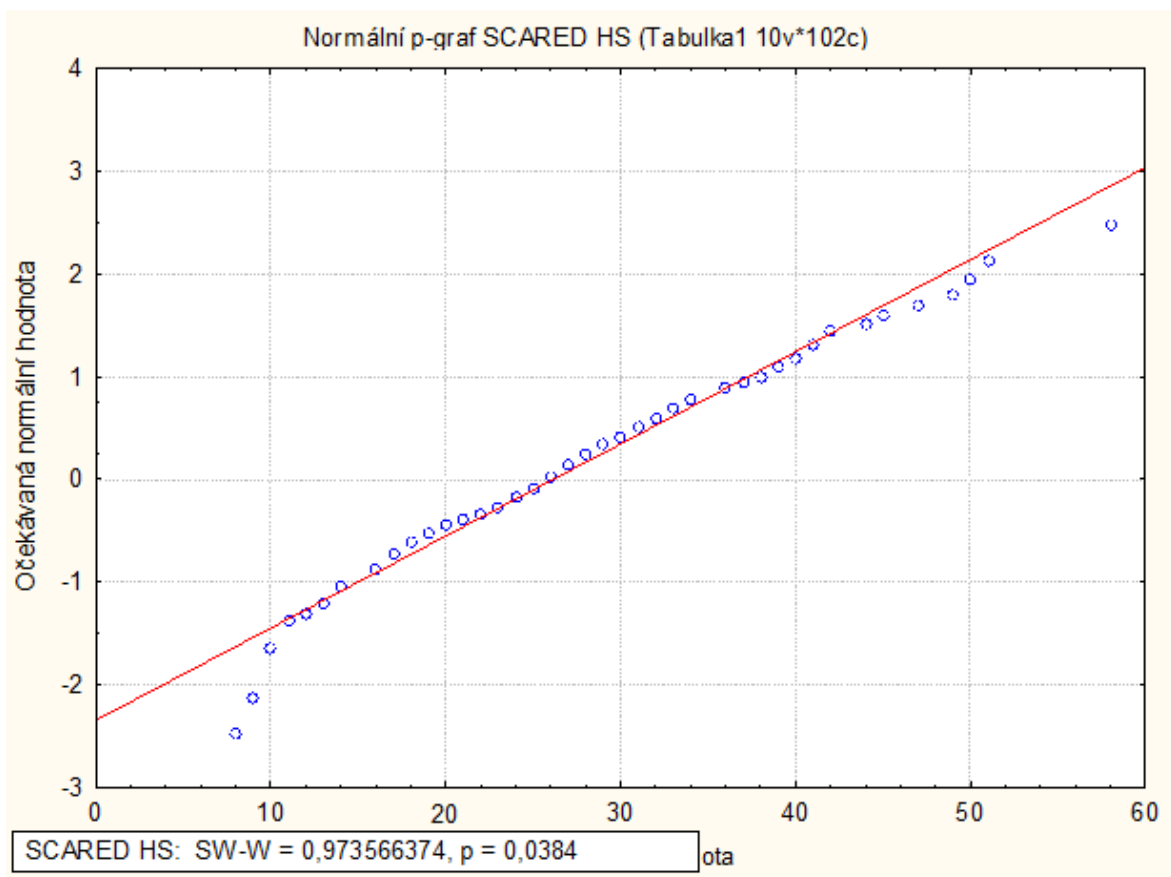
Následující tabulka (Tab. 2) udává základní charakteristiku dosažených skóre a věku respondentů. Průměrný věk dětí se pohyboval okolo jedenácti let (AM = 11,19802), nejčastěji byly hodnoceny 12tileté děti. Co se týče výsledků deskriptivní statistiky testů, zajímavý je například rozptyl testu SCARED, zde měly hodnoty hrubého skóre největší rozptyl. Rozdíl mezi minimálními a maximálními hodnotami je také poměrně vysoký – celkem padesát bodů. Průměrný skór pak byl vypočten na 26,25, což je těsně za bodovou hranicí 25 bodů značících vyšší míru úzkostnosti. Můžeme si také všimnout, že průměrně mají děti ve věku 9-12 let vyšší míru důvěry, než odcizení. Hodnota modu u subškály důvěry byla 36 s poměrně vysokou četností. Odcizení pak mělo v porovnání s důvěrou vyšší rozptyl hodnot.

Tab. 2: deskriptivní statistika v rámci celého vzorku (n=101)

Proměnná	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Rozptyl	Směrodatná odchylka
věk	11,19802	11	12	48	9	12	0,8404	0,91673
SCARED	26,24752	26	Vícenás.	6	8	58	117,9481	10,86039
IPPA důvěra	31,50495	33	36	19	16	38	21,3325	4,61871
IPPA odcizení	23,0396	23	28	10	11	40	35,0584	5,92101

- H_1 : Existuje statisticky významný rozdíl v míře úzkostnosti u dětí, které co-sleeping praktikovaly a těmi, co ne. Abychom ověřili platnost této hypotézy, bylo nutné nejprve zjistit, zda je rozložení hodnot normální. Normalita byla zjišťována za pomoci Shapiro-Wilkova testu (stejně tak tomu bylo i u zjišťování normality u dalších hypotéz). Jak je možno vidět na následujícím grafu (Graf 2), hodnota p -value byla menší než 0,05, tzn. bylo zjištěno, že rozložení není normální.

Graf 2: Shapiro-Wilkovo testování normality – H1

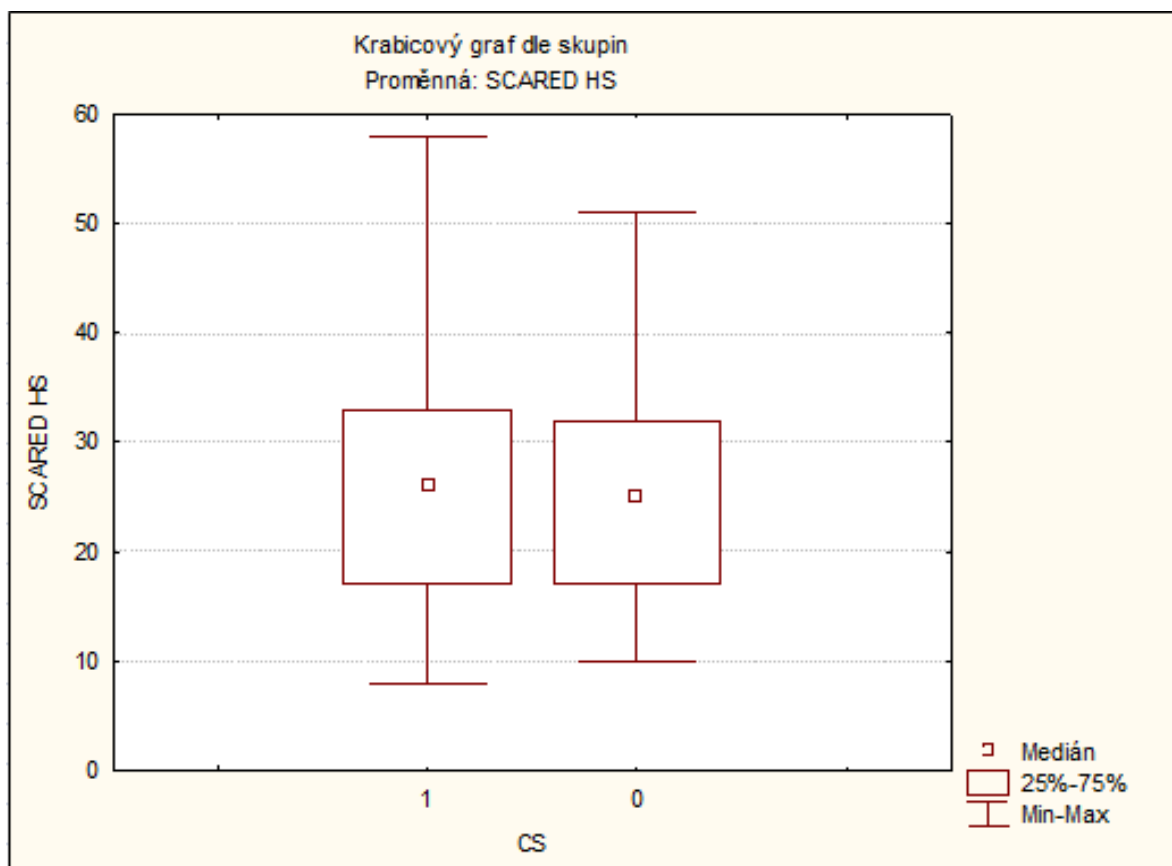


Z důvodu zamítnutí normality jsme dále postupovaly v šetření pomocí užití neparametrického testu – Mann-Whitney. K výpočtu bylo užito jednak informací o praktikovaném co-sleepingu participantů a jednak také hodnot hrubého skóru dosažených v dotazníku SCARED, které vypovídaly o míře úzkostnosti dětského respondenta. Zjištění jsou k nahlédnutí v následující tabulce (Tab 3) a na krabicovém grafu (Graf 3).

Tab. 3: Výsledky – H1

	U	Z	Úroveň p	Z	Úroveň p	N platn.	N platn.	2*1str.
SCARED HS	879,0000	0,145765	0,884107	0,145865	0,884028	78	23	0,888083

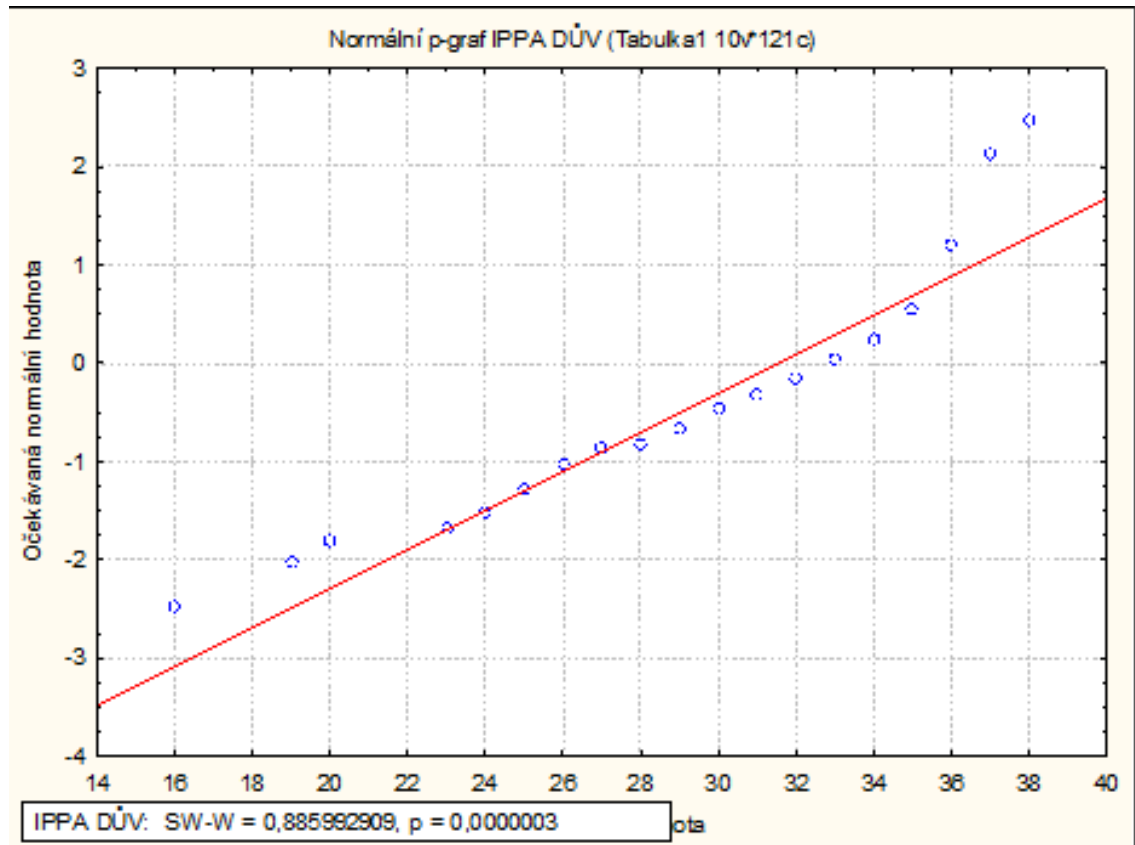
Graf 3: Krabicový graf – H1



Hodnoty vyšly následovně: $U = 879$, $n(0) = 78$, $n(1) = 23$, $p > 0,05$. Tedy nebyla nalezena signifikantní hladina významnosti a proto nemůžeme podpořit H1. Výpočet ukázal, že míra úzkostnosti dětí, které co-sleeping praktikovaly, nebyla nijak rozdílná od míry úzkostnosti dětí, které co-sleeping neprotikovaly. Můžeme tedy říci, že nemáme dostatek důkazů na zamítnutí nulové hypotézy, čímž její tvzení podporujeme – mezi mírou úzkostnosti dětí praktikující co-sleeping a mírou úzkostnosti dětí co-sleeping neprotikujících neexistuje statisticky významný rozdíl.

- H_2 : *Co-sleeping má vliv na míru bazální důvěry dítěte.* Stejně jako u první hypotézy bylo třeba nejprve ověřit normalitu (Graf 4). Hodnota p -value zde byla nižší než 0,05. Normalita tedy byla zamítnuta.

Graf 4: Shapiro-Wilkův test normality – H_2

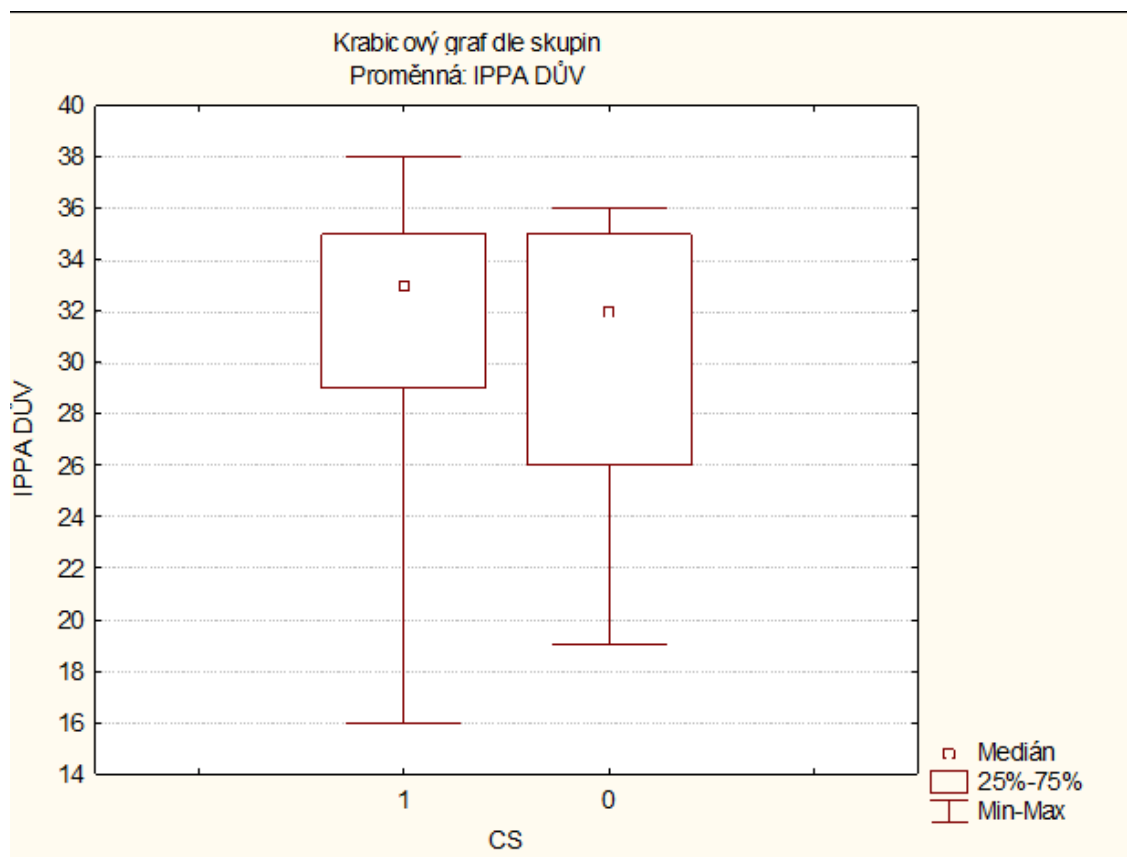


Data byla zpracována pomocí metody Mann-Whitney testu neparametrického charakteru. Byla užita data vypovídající o míře důvěry jedince (nízká, střední, vysoká) naměřené z dotazníku IPPA a informace o tom, zda daný účastník praktikoval sdílený spánek či nikoli. Výsledné výpočty můžete vidět na následujícím grafu (Graf 5) a tabulce (Tab 4).

Tab. 4: Výsledky - H_2

	U	Z	Úroveň p	Z	Úroveň p	N platn.	N platn.	2*1str.
IPPA DŮV	742,5000	1,251145	0,210882	1,260031	0,207659	78	23	0,212434

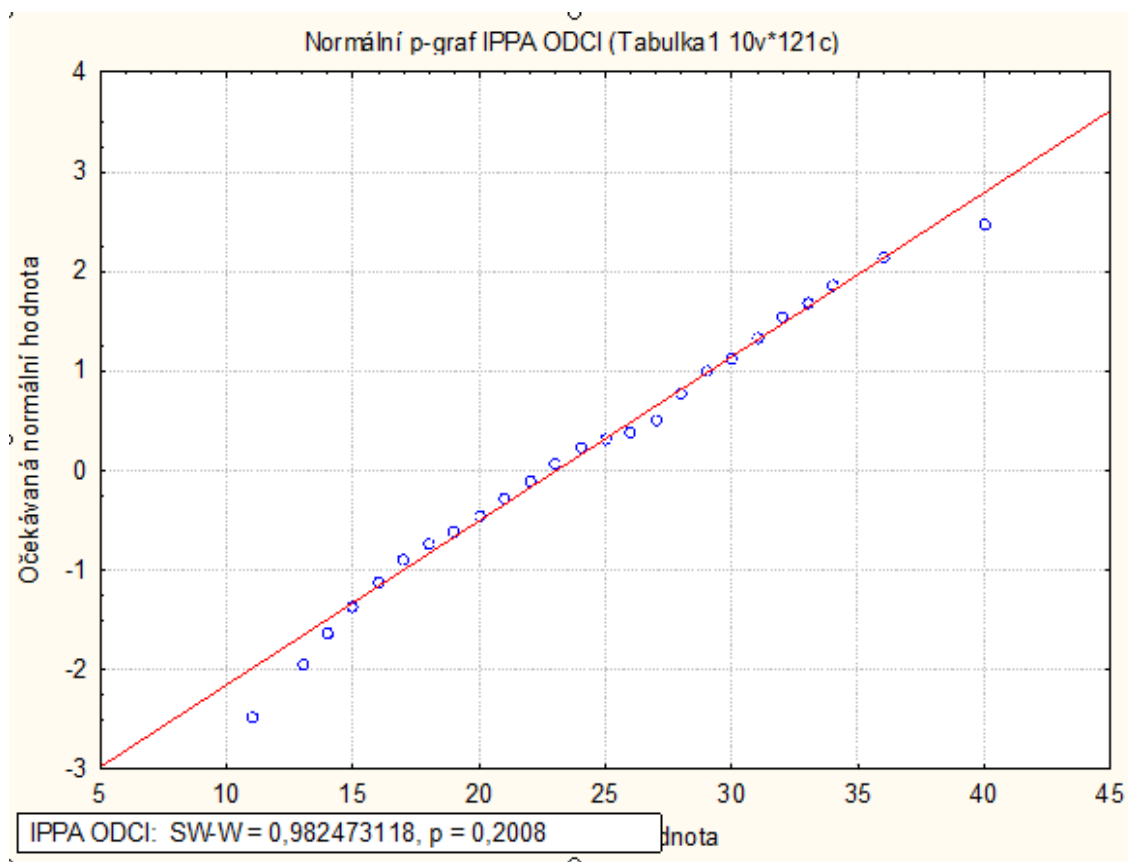
Graf 5: Krabicový graf – H2



Z hodnot, které vyšly: $U = 742,5$, $n(0) = 78$, $n(1) = 23$, $p > 0,05$, je zřejmé, že tato hypotéza taktéž nemohla být podpořena. Můžeme tedy učinit závěr, že co-sleeping u daného vzorku nemá vliv na míru důvěry dítěte v pečující osobu (první vazebnou osobu), tím pádem ani na bazální důvěru dítěte, která je s důvěrou v pečující osobu velmi úzce spjata.

- H_3 : *Co-sleeping má vliv na míru odcizení dítěte.* Při zjišťování normality u dimenze odcizení se pomocí S-W testu ukázalo, že hladina významnosti p -value byla větší, než 0,05 (Graf 6), tudíž jsme ověřili, že rozložení je normální. V dalším kroku jsme proto volili užití parametrické metody – Studentova t -testu.

Graf 6: Shapiro-Wilkův test normality - H3

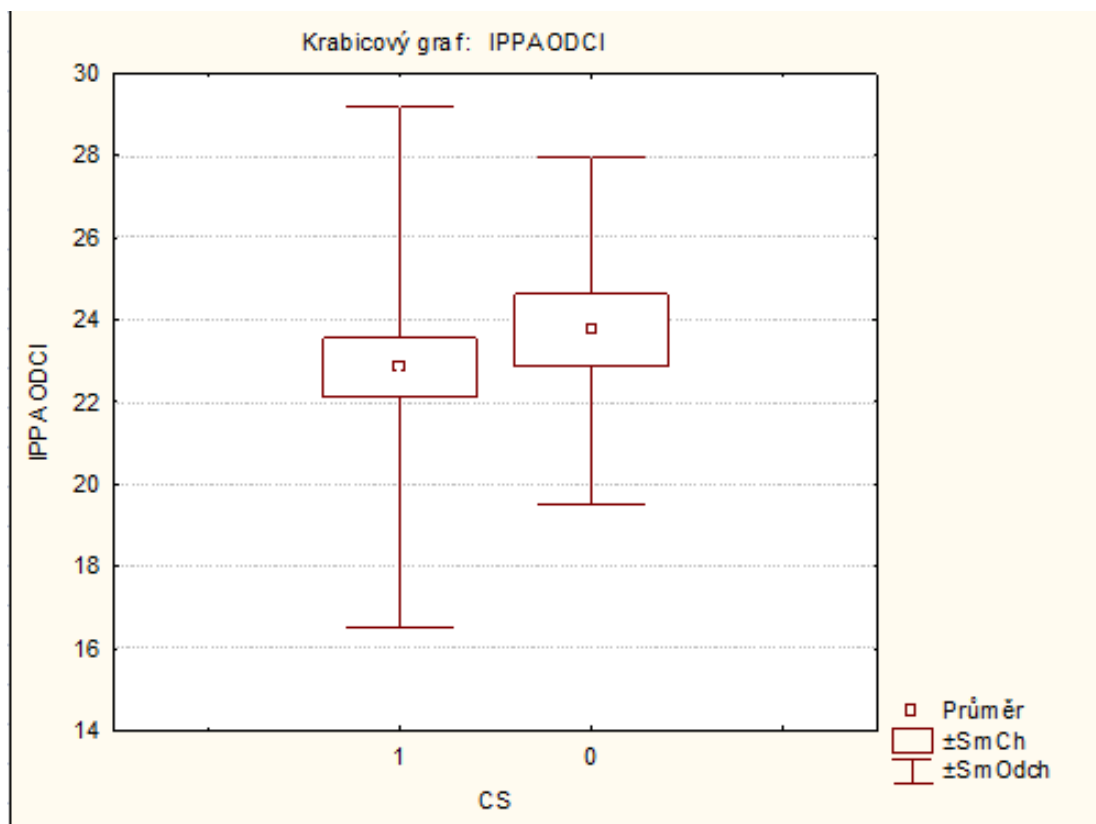


Studentův *t*-test nám zajistil větší „sílu“ testování (Walker, 2013). Byla užita data získaná z dotazníku IPPA, konkrétně zkoumající hodnoty faktoru odcizení. Výsledky jsou v následující tabulce (Tab. 5) a grafu (Graf 7).

Tab. 5: Výsledky - H3

	Průměr	Průměr	t	sv	p	Poč.plat	Poč.plat.	Sm.odch.	Sm.odch.	F-poměr	p
IPPA ODCI	22,83333	23,73913	-0,64285	99	0,521810	78	23	6,345909	4,212723	2,269143	0,032804

Graf 7: Krabicový geaf – H3



Z výsledků lze vyčíst následující hodnoty: $t = -0,64258$, $p > 0,05$. Z toho plyne, že třetí hypotéza také nemohla být podpořena. U výzkumného vzorku tedy platí nulová hypotéza, že co-sleeping nemá vliv na míru odcizení dítěte.

- H_4 : *Existuje vztah mezi délkou praktikovaného co-sleepingu a mírou odcizení a důvěry dítěte.* Na zjištění platnosti hypotézy byla použita metoda Pearsonova korelačního koeficientu a Spearmanova ρ . Obě z nich proto, že data získaná pro faktor odcizení mají normální rozložení a lze u nich tedy používat parametrické testy. Faktor Odcizení naopak normalitu potvrzenou neměl – bylo nutno použít neparametrickou metodu.

Při výpočtu intenzity vztahu mezi odcizením a co-sleepingem byla tudíž užitá Pearsonova korelace. Výsledky jsou ukázány v následující tabulce (Tab. 6).

Tab. 6: Výsledky - H3 (1)

	IPPA ODCI	Délka Co-sleepingu
IPPA ODC	1,00	-0,06
CS MĚSÍC	-0,06	1,00

Z tabulky (Tab. 6) je vidět, že je hodnota vztahu téměř nulová: Pearson: $r(sv = n-2) = -0,06$; $p > 0,05$. Nelze také mluvit o tom, že by byla nalezena statisticky signifikantní významnost a prokázán vliv co-sleepingu na míru odcizení dítěte k pečujícímu.

Z následující tabulky (Tab. 7), která zobrazuje analýzu pomocí Spearmanova ρ je očividné, že hodnoty dosahují opět nízkých čísel: Spearman: $r_s(sv=n-2) = 0,04$; $p > 0,05$. Z výpočtů plyne, že délka praktikovaného co-sleepingu nemá signifikantní vliv na budoucí důvěru dítěte. Korelační výpočty nám tedy nepodpořily čtvrtou hypotézu.

Tab. 7: Výsledky - H3 (2)

	IPPA DŮV	Délka Co-sleepingu
IPPA DŮV	1,000000	0,042126
CS MĚSÍC	0,042126	1,000000

7. Diskuze

Na počátku výzkumu byly stanoveny 4 hypotézy. Aby mohly být řádně otestovány, bylo důležité nejprve správně seřadit data. Jelikož jsme při testování hypotéz měli za cíl najít buď určité rozdíly či zjistit sílu vztahu, bylo zásadní řádné seřazení dat do skupin. Po seřazení dat bylo možno přejít k vlastnímu testování.

Z počátku byla testována hypotéza H_1 : *Existuje statisticky významný rozdíl v míře úzkostnosti u dětí, které co-sleeping praktikovaly a těmi, co ne*. Z výsledků bylo možno vidět, že skupina dětí, které co-sleeping praktikovaly a těch, které ho neprotikovaly, neměly mezi sebou statisticky významný rozdíl v hodnotách míry jejich úzkostnosti. Hypotéza tedy nebyla podpořena. Je známo (Walker, 2013), že pokud testujeme pomocí neparametrického testu Mann-Whitney, nemusí se projevit ve výsledku rozdíly, které by například t -test odhalil. Myslím si však, že problém zde nebyl v užití neparametrického testu, nýbrž v rozložení vzorku (poměr těch, co co-sleeping praktikovali a těch, co ne) a jeho celkové velikosti (příliš malá).

Podobně je tomu u hypotézy druhé - H_2 : *Co-sleeping má vliv na míru bazální důvěry dítěte* – která taktéž nebyla vzhledem k výsledkům podpořena. První porovnávaná skupina dětí, které spánek sdílely, dosahovala v testu IPPA v oblasti Důvěry ve výsledcích hodnot, ve kterých nebyl statisticky významný rozdíl v porovnání s hodnotami, které byly spočítány u respondentů sdílený spánek neprotikujících. Tento výsledek však mohl být opět ovlivněn malou velikostí vzorku a jeho nevyvážeností.

Mým třetím předpokladem bylo, že děti, které co-sleeping neprotikovaly, budou v dotazníkovém šetření dosahovat v testu IPPA vyšších skóre v oblasti Odcizení nežli děti, které co-sleeping praktikovaly. Výpočty ale prokázaly, že se skupiny od sebe svými hodnotami statisticky významně nelišily, tudíž nemohla být třetí hypotéza - H_3 : *Co-sleeping má vliv na míru odcizení dítěte* – rovněž podpořena. I zde platí, že velikost a nesourodost vzorku mohla testování ovlivnit.

Poslední čtvrtá hypotéza - H_4 : *Existuje vztah mezi délkou praktikovaného co-sleepingu a mírou odcizení a důvěry dítěte* – byla při testování zařazena opět mezi hypotézy, které nebyly podpořeny. Vztah, který je mezi tím, jak dlouho děti co-sleeping praktikovaly a mezi tím, jakou míru důvěry či odcizení ke svým pečujícím osobám mají, tedy nelze považovat za významný, jelikož jsou hodnoty z korelačních analýz velmi nízké.

Ovlivnění výsledků velikostí vzorku je opět jedna z možností, která při testování mohla hrát důležitou roli.

Druhá a třetí hypotéza zaměřující se na míru Důvěry a Odcizení k pečujícímu úzce souvisí i s hypotézami dalšími v tom ohledu, že se obě dotýkají bazální důvěry/úzkosti a toho, jaký na ní může mít co-sleeping vliv. Zkoumalo se jednak to, jaký může mít vliv na tyto fenomény ideální praktikovaný co-sleeping od 0 do 2 let věku dítěte (Sears, 2001), a jednak také to, zda celková doba co-sleepingu (ať už byla jakákoli – viz rozdělení do skupin) je nějakým způsobem provázaná s kvalitou bazální důvěry/úzkosti a s tím související úzkostností dítěte.

Tento předpoklad je postaven především na výstupech z teoretického zkoumání J. Bowlbyho (2010) a K. Horney (1991), kteří uvedli, že kvalita vztahu s primární osobou dítěte (s pečujícím – s tím, co v našem případě dítě praktikovalo co-sleeping), je velmi úzce provázána s tím, jak kvalitní vztahy má jedinec i k ostatním osobám a ke světu obecně (důvěřivé, nedůvěřivé, úzkostné, jisté). Úvaha byla taková, že je-li dítě od počátku naplňováno vnitřním prožitkem důvěry, jeho bazální zkušenost ho v životě povede mnohem snáz a bude důvěřovat lidem i světu, který ho bude obklopotvat. Svět a vztahy, které v něm bude utvářet, pro něj nebudou ohrožující a místo, kde se bude vyvíjet pro něj jisté, přátelské a bezpečné. Takové prostředí může v raném období života zajistit především osoba, se kterou je dítě v primárním vztahu, ke které má nejbližší, která je ze všech osob nejčastěji v jeho blízkosti a nejvíce s ním sdílí.

Bude-li se dítě takto moci vyvíjet, nebudou u něj podporovány úzkostné rysy a jejich rozvoj. Z toho byl utvořen předpoklad, že děti zažívající jistý a kvalitní vztah s pečujícím budou vykazovat vyšší skóry v oblasti Důvěry. Děti vyrůstající v prostředí podporující jejich úzkostnost, čímž velmi pravděpodobně dle minulých výzkumů (Sears, 2001; Bowlby, 2010; Bowlby 2012; Jackson, 2012) může oddělený solitary spánek být, by pak měly dosahovat vysokých hodnot v oblasti Odcizení. I přes to, že ve výsledku hypotézy nebyly podpořeny, si ale troufám říci, že mezi danými fenomény - sociální aspekt usínání, bazální důvěra/úzkost, kvalita vztahu mezi pečujícím a budoucí úzkostnost jedince – přesto vztah existovat může. To, že to mé testování neprokázalo, nic nedokazuje, neboť měl výzkum mnoho limitů.

Jeden z limitů výzkumu spočíval v tom, že z dotazníku IPPA zjišťujícího kvalitu vztahu dítěte k pečujícímu sice můžeme do jisté míry usuzovat nad jeho bazální

důvěrou/nedůvěrou, nicméně to není stoprocentní ukazatel, dle kterého by se dalo řídit. Jako každý test má své omezení charakteristické pro kvantitativní šetření obecně. Je však třeba zmínit, že pro testování bazální důvěry vhodnější dotazník neexistuje a samotné testování tohoto fenoménu je velice obtížné a spleť. Volba tohoto testu dle mého názoru byla vhodná, nicméně nebyl pro prozkoumání bazální důvěry či úzkosti/nedůvěry respondentů dostačující. I přes složitost testování bazální důvěry mám dojem, že je tato oblast velice zajímavá a je škoda se jejímu zkoumání vyhnout jen proto, že je těžké najít/vytvořit k jejímu zkoumání tu správnou a nejvhodnější cestu. Možná by jí pro budoucí zkoumání mohla být kombinace IPPA dotazníku v kombinaci s kvalitativním šetřením.

Při zkoumání souvislosti působení fenoménu co-sleepingu na bazální důvěru je ještě třeba zmínit fakt, že co-sleeping samozřejmě může být velkým determinantem, který základní důvěru posiluje, ovšem je zde přítomno i mnoho jiných faktorů, které onu důvěru či nedůvěru ke světu a jistotu vazby posilují. Patří mezi ně samozřejmě například socioekonomické podmínky rodiny (finanční situace, možnost prostředků, možnost vytvořit bezpečné zázemí domova), celkový setting a atmosféra nukleární rodiny, podpora širší rodiny, podmínky vnějšího settingu (život v prosperujícím státu s výborným sociálním systémem pomáhajícím rodinám x život ve státě v ekonomické krizi atp), nečekané velké životní události (katastrofy, úmrtí aj), copingové strategie a jiné vzorce chování pečujících atd. Faktorů je velmi mnoho, některé z nich působí na dítě již v prenatálním období (Brisch, 2012) a události po narození miminka jen dále rozvíjejí jeho prenatální zkušenost. Emocionální rozpoložení osob, které se v blízkosti miminka nacházejí, samozřejmě působí na jeho vlastní psychiku, a proto je důležité, aby nejen pečující osoba, ale i ostatní osoby a prostředí kolem dítěte tvořili co nejklidnější, nejbezpečnější, nejjistější a nejharmoničtější prostor s mnoha podněty podněcující správný vývoj a důvěru v tento svět. Jinými slovy, i když co-sleeping může být činitelem podporujícím bazální důvěru a bezpečnou vazbu miminka, určitě není jediným působícím faktorem. Protože je v této studii však zkoumán jako esenciální fenomén, je ve výzkumu zahrnut jako jediný bez zohlednění dalších faktorů, v čemž tkví určité omezení studie.

Dalším limitem mohl být určitě věk testovaných dětí. Vzhledem k tomu, že probandům bylo 9-12 let, můžeme usuzovat na velký vliv mnoha jiných proměnných ovlivňujících celkové skóre, kterého respondenti dosahovali v testu SCARED měřícího míru jejich úzkostnosti. Jelikož jim bylo již minimálně 9 let, mnozí z nich již mohli

procházet ve vývoji tzv. fázi puberty – dospívání – pro kterou je zvýšená úzkost v celku typická a ve které si mnoho jedinců připadá, jako kdyby jim svět nerozuměl (viz položky: „Matka mi nerozumí“, „Přál bych si jinou matku“ v dotazníku IPPA), čímž jsou ovlivněny jak výsledky z dotazníku SCARED, tak výsledky z dotazníku IPPA. Čím dříve se tedy vliv co-sleepingu na úzkostnost jedince dá zkoumat, tím lépe. Věk respondentů však nemohl být nižší, neboť mladším dětem by vyplňování otázek v dotaznících činilo velké problémy. Oba testy obsahovaly formulace, slova a vyjádření, která jsou pro mladší děti obtížně pochopitelná a navíc je velmi náročná i jejich délka. Schopnost sebesuzování také nepatří mezi jednoduché schopnosti a s věkem se samozřejmě rozvíjí, proto děti byly voleny spíše starší devíti let věku.

Sebesuzovací dotazníky jsou obecně velmi limitované tím, že jejich výsledky vypovídají o subjektivním názoru respondenta na sebe samotného, ale nedá se říci, že vypovídají objektivně o tom, jaký opravdu je (zde konkrétně o obecné zjevné míře jeho úzkostnosti či kvalitě jeho vztahu k pečujícím). U sebesuzovacích dotazníků u dětí je častý problém ten, že se bojí, že něco vyplní špatně či chtějí výzkumníkovi udělat radost, nebo se nechtějí svými výsledky od ostatních lišit atp. V testování se tedy mohl objevit efekt sociální desiderability, který mohl zapříčinit zmanipulování výsledků. Tomu jsem se při testování snažila vyhnout upozorněním dětí na to, že všechny odpovědi jsou správné a cokoli vyplní je naprosto v pořádku – nic není na známky – a nikdo jejich test neuvidí - anonymita.

Jedním z dalších omezení výzkumu byla i skutečnost, že test SCARED, překládaný do českého jazyka, není standardizovaný pro českou populaci. Ačkoli si myslím, že je pro účely našeho testování koncipován vhodně, jeho chybějící standardizace na české prostředí určitě mohla hrát roli. Pro jeho další užití v budoucím výzkumu by bylo dobré provést faktorovou analýzu a dále dle toho usuzovat na vhodnosti jeho užití.

V neposlední řadě je samozřejmě také možnost, že se stala chyba při třídění a zadávání dat do tabulek, či při vyplňování dotazníků dětmi (špatně pochopily zadání, smysl daného tvrzení, smysl odpovědi atp.) a samozřejmě také při samotném matematicko-statistickém zpracování a analýze získaných dat.

Jak již bylo řečeno, hypotézy se sice nepotvrdily, to však neznamená, že byl výzkum zbytečný, či že mezi zkoumanými jevy vztahy opravdu neexistují. Jsem si ale vědoma skutečnosti, že měl výzkum mnoho limitů a proto si myslím, že by bylo vhodné

k této problematice učinit v budoucnu ještě jiný, efektivnější výzkum, který by výsledky z této studie buď potvrdil či vyvrátil. Nicméně si myslím, že především pro velikost a nesourodost vzorku by bylo vhodné výzkum opakovat na větším počtu probandů a to z toho důvodu, že výsledky není možno v případě tohoto výzkumu zobecnit na celou populaci.

Pro budoucí testování bych určitě zvolila – samozřejmě v rámci možností – longitudinální studii a zapojila do výzkumu zcela určitě kvalitativní část. Díky longitudinální studii bych měla možnost zkoumat bazální důvěru dětí již v raném věku – její vznik, vývoj, ... Utváření osobnosti člověka, její růst a rozvoj určitých rysů na základě bazálních zkušeností je dle mého názoru oblast, která se zkoumá složitě, ale je velmi zajímavá a výsledky z takového bádání získané by mohly být velmi nosné především pro účely výchovy, psychoterapie atd. Co se týče přidání kvalitativní části do výzkumu, efektivní by zajisté bylo získávat pomocí rozhovorů s rodiči například informace o průběhu co-sleepingu, jejich vlastního prožívání sdílení spánku s dítětem, důvody, které je k tomu vedly a samozřejmě i rozsáhlejší dotazování na průběh ukončování co-sleepingu (kdy, jakým způsobem, reakce a prožitky dítěte, matky a dalších účastníků).

8. Závěry

Cílem empirické části této bakalářské práce bylo praktické zodpovězení výzkumné otázky, která se týkala, zda způsob usínání a spaní dítěte ve věku 0-2 let ovlivňuje nějakým způsobem jeho budoucí úzkostnost. Předpoklad byl, že spolu tyto fenomény souvisejí. Tato otázka byla zkoumána pomocí testování stanovených hypotéz. Hypotézy rozvinuly hlavní otázku v předpokladech, že rozvoj úzkostnosti jedince může být v budoucnu podpořen díky sociálnímu aspektu spaní a usínání proto, že souvisí se vznikem bazální důvěry/úzkosti u dítěte, od které se jeho budoucí prožívání následně odvíjí.

Celkem bylo z 250 rozdaných testových baterií možné provést matematicko-statistickou analýzu jen u 101 z nich. Takový byl ve výsledku finální počet účastníků - dvojic respondentů skládajících se z pečující osoby a dítěte, o které pečovala. Respondenti byli vybíráni pomocí náhodného výběru na základních školách (centrum Českých Budějovic, sídliště Českých Budějovic, Ledec nad Sázavou).

Při statistickém zpracování se ukázalo, že nelze prokázat souvislost mezi praktikováním co-sleepingu a budoucí mírou anxiety dítěte (H1 zamítnuta). Dále bylo zjištěno, že co-sleeping není činitel, který prokazatelně ovlivňuje míru odcizení (H3) a míru důvěry dítěte (H2), z čehož lze usuzovat dle teoretických poznatků, že není ani činitelem ovlivňujícím bazální důvěru/úzkost jedince. Nebylo možné ani potvrdit předpoklad, že existuje signifikantní korelace mezi délkou praktikovaného co-sleepingu a mírou odcizení a důvěry dítěte (H4).

I přes to, že se hypotézy nepotvrdily, měla praktická část určitě význam. Určitě se dá využít jako odrazový můstek pro další bádání, které by jistě bylo lepší podpořit větším populačním vzorkem a kvalitativní částí.

IV. Souhrn

Tato bakalářská práce se zabývá tématem úzkostnosti dětí v souvislosti se sociálním aspektem usínání a spání dítěte ve věku 0-2 let. Cílem práce pak bylo zjistit, zda mezi fenomény co-sleepingu a budoucí úzkostností dítěte existuje nějaká souvislost či ne.

V teoretické části se autorka zaměřuje na seznámení čtenáře se základními teoretickými východisky, na kterých je zkoumání v praktické části založeno. Nejprve je zde popsán fenomén spánku jako takového. Zabývala se především jeho rolí v lidském životě obecně, účelem spánku, neurofyzilogickými procesy ve spánku a samozřejmě pak zaměřila pozornost konkrétně na specifika dětského spánku a rizika, která mohou při nekvalitním spánku vzniknout. Poté se autorka přesunula k popisu co-sleepingu, vysvětlení jeho problematiky, o jeho výhodách, nevýhodách, rizicích a o oblastech vývoje, které může ovlivnit. Zásadní byl pak také teoretický rámec úzkostnosti, ve kterém autorka popsala tento fenomén nejprve obecně a pak se zabývala jeho specifiky a projevy v dětském věku a jeho významu v lidském životě. Dále se blíže věnovala pojmu bazální úzkost/důvěra/jistota a problematice vazby, která s touto zkoumanou problematikou úzce souvisí.

V části empirické bylo hlavním cílem ověřit, zda je vztah mezi co-sleepingem a budoucí úzkostností dětí s ohledem na bazální důvěru dítěte prokazatelný či nikoli. Pomocí zvolené metodiky kvantitativního dotazníkového šetření se pak zjišťovala míra úzkostnosti, míra prožívané důvěry a míra prožívaného odcizení u dětských respondentů (9-12 let) a u jejich pečujících osob (nejčastěji matka) se pak zjišťovalo, zda s dětmi co-sleepingu praktikovaly či nikoli. Pomocí statistického šetření pak byly učiněny dle výsledků závěry. Vliv praktikování sdíleného spánku ve věku dítěte od 0 do 2 let na budoucí anxiozitu dětí prokázán nebyl. Stejně tak nebyla potvrzena ani souvislost praktikování co-sleepingu od 0 do 2 let dítěte s mírou důvěry a odcizení jedince ve vztahování se k druhým osobám. Taktéž délka praktikovaného co-sleepingu nijak dle zjištění neovlivňovala míru odcizení a důvěry jedince.

Ačkoli bakalářská práce hypotézy nepotvrdila, mohla by podnítit budoucí výzkumné bádání v této dosud málo prozkoumané oblasti. Účelem této bakalářské práce bylo mimo nalezení odpovědí na výzkumnou otázku také upozornění na fenomén co-sleepingu, který je velmi populární a stále častěji diskutovaný - především v zahraničí (USA). Díky neustálé diskuzi na toto téma může být dosaženo zcela nových cenných poznatků, které by mohly pomoci současné společnosti k řešení aktuální problematiky.

Aktuální problematikou je myšlen například tzv. „správný koncept výchovy“ či stále se zvyšující počet dětí raného věku, které mají se spánkem problém, což často narušuje celkové rodinné fungování (narušení interakcí, ladění atp). Také bylo záměrem upozornit na problematiku zvyšujícího se počtu úzkostných dětí, u kterých se rys úzkostnosti rozvíjí do té míry, že přestává sloužit jako výhodný adaptační mechanismus. Namísto toho se stává omezující nevýhodou a handicapem. Pro autorku bylo důležitou motivací to, že mnoho problémů se dnes řeší velice jednoduše, rychle a mnohdy až zkratkovitě. Mnoho rizikových fenoménů jakými jsou i úzkosti a spánkové problémy se dnes léčí farmakologicky. Někdy je to jistě na místě, ale ne vždy. Proto je škoda přestat bádát, když je možnost získat více informací o příčinách problému, které by mohly jakkoli napomoci k jeho zmírnění, řešení či dokonce k jeho předcházení.

V. Seznam použitých zdrojů

- ARMSDEN, G. C., GREENBERG, M. T. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*. 1987, 10,427-754.
- BELL, S. M., AINSWORTH, M. D. S. Infant crying and maternal responsiveness. *Child Dev.* 1972, 43, 1171-1190.
- BIRMAHER, B. a kol. *SCARED questionnaire*. Western psychiatric institute and clinic, University of Pgh, 1995. Dostupné také (16.2.2015) z: <http://www.psychiatry.pitt.edu/research/tools-research/assessment-instruments>
- BOWLBY, J. *Odloučení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0076-5.
- BOWLBY, J. *Vazba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.
- BRISCH, K. H. *Bezpečná výchova: budování jisté vztahové vazby mezi rodiči a dětmi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0063-5.
- DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0399-8.
- DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-134-7.
- ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: LNL, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
- FERBER, R. *Solve your child's sleep problems*. New York: Touchstone, 2006. ISBN 07-432-0163-9.
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie a psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.
- GETTLER, L. T., MC.KENNA, J. J. Evolutionary perspectives on Mother-infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. *Am J Phys Anthropol*. Author manuscript, 2011, 114, 454-462.
- HAMILTON, C. E. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. In: COOPER, T., ROTH, I. *Challenging psychological issues*. Vyd. 2. UK: Open University Worldwide, 2002. ISBN 978-0749253554.
- HILL, J, RUTTER, M, QUINTON, D. Pre-school children's social status and mental instructions to assist group entry. *Developmental psychology*. 1990, 26, 603-611.

- HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-05-5.
- HORNEY, K. *Neurosis and human growth: the struggle toward self-realization*. Vyd. 1. New York: Norton, 1991. ISBN 03-933-0775-1.
- JACKSON, D. *Three in a bed: the benefits of sleeping with your baby*. London: Bloomsbury, 2003. ISBN 07-475-6575-9.
- JANÍČEK, J. *Když úzkost bolí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-366-6.
- JANOV, A. *Prvotní výkřik*. Praha: Pragma, 1970. ISBN 80-7349-024-2.
- KAMMERER, D. *První tři roky života dítěte: průvodce pro rodiče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1839-2.
- KAST, V. *Úzkost a její smysl*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN:978-80-262-0160-1.
- KOUKOLÍK, F. *Já. O vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2013. ISBN: 978-80-2462-249-1.
- KREJČÍŘOVÁ, D., ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie: průvodce pro rodiče*. Vyd. 4. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4710-495.
- KUČERA, D. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.
- KULÍSEK, P. Problémy teorie raného citového přilnutí (Attachment). *Československá psychologie*. 2000, 44, 404-422.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Vyd. 4. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.
- LIEDLOFF, J. *Koncept kontinua: hledání ztraceného štěstí pro nás i naše děti*. Vyd. 1. Praha: DharmaGaia, 2007. ISBN 978-808-6685-793.
- MATĚJČEK, Z. *Co děti potřebují*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-006-5.
- McKENNA, J. J. a kol. Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Yearbook of physical anthropology*. 2007, 50, 133-161.

- McKENNA, J. J. Experimental studies of infant-parent co-sleeping: mutual physiological and behavioral influences and their relevance to SIDS (sudden infant death syndrome). Ireland: *Early Human Development*. Elsevier science, 1994, 38, 187-201. 0378-3782.
- McKENNA, J. J. *Sleeping with your baby: A parent's guide*. Vyd. 1. Washington, DC: Platypus Media, LLC, 2007. ISBN 19-307-7534-2.
- MORRIS, A. S., SILK, J. S., STEINBERG, L., MYERS, S. S., ROBINSON, L. R. The role of family context in the development of emotional regulation. *Social Development*. 2007, 16(2), 361-388.
- NAJBRTOVÁ, K. *Problematika sebehodnocení u úzkostných a depresivních poruch*. (přednáška) Praha: ČASP, 27.3.2015.
- OREL, M., FACOVÁ, V. a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2617-5.
- PANTLEY, E. *Klidné spaní a ukládání*. Vyd. 1. Brno: CPress, 2012. ISBN 978-80-264-0107-0.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.
- PREKOPOVÁ, J. *Když dítě nechce spát*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-142-8.
- PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1993. ISBN 80-85282-77-1.
- PŘÍHODOVÁ, I. *Poruchy spánku u dětí a dospívajících*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN: 978-80-7345-332-9.
- RENGGLI, F. *Angst und Geborgenheit: soziokulturelle Folgen der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr*. Reinbek: Rowohlt, 1974. ISBN 34-980-5675-1.
- ROGGE, J. U. *Dětské strachy a úzkosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-237-8.
- ROGGE, J. U. *Výchova dětí krok za krokem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-249-2.
- RÖHR, H. P. *Cesty z úzkosti a deprese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0073-4.

- SAYTON, D. J., AINSWORTH, M. D. S. Individual Differences in infant responses to brief everyday separations as related to other infant and maternal behaviors. *Devl. Psychol.* 1973, 9, 226-235.
- SEARS, W., SEARS, M. *The attachment parenting book: a commonsense guide to understanding and nurturing your baby.* Vyd. 1. Boston: Little Brown and Company, 2001. ISBN 03-167-7809-5.
- SMALLOVÁ, M. F. *Naše děti, naše světy: jak biologie a kultura ovlivňují naše rodičovství.* Vyd. 1. Praha: DharmaGaia, 2012. ISBN 978-80-7436-028-2.
- SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J. *Vývoj a výchova děťátka do dvou let: psychomotorický vývoj.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3304-3.
- ŠIRŮČEK, J., LACINOVÁ, L. *Relationships with Parents from the Perspective Attachment Theory.* In JEŽEK, S., LACINOVÁ, L. *Fifteen-Year-Olds in Brno: A Slice of Longitudinal Self-Reports.* Brno: MUNI, 2008. ISBN 978-80-210-4755-6.
- ULČ, I. *Úzkost a úzkostné poruchy.* Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-85872-32-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání.* Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246,2153-1.
- VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.
- WALKER, I. *Výzkumné metody a statistika.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3920-5.
- WHITING, B. *Six Cultures: Studies of Child Rearing.* New York: 1963.
- ZIMMERMAN, R., BECKER-STOLL, E., GROSSMAN, K., SCHEURER-ENGLISCH, H., WARTNER, U. Longitudinal attachment development from infancy through adolescence. *Psychologie in Erziehung und Unterricht.* Reindhardt, 2000, 47, 99-117.

VI. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1: SCARED dotazník (přeložený)

Příloha 2: IPPA dotazník (vztah k matce)

Příloha 3: IPPA dotazník (vztah k otci)

Příloha 4: Úvodní dotazník (rodiče)

1) SCARED dotazník (přeložený)

SCARED

Verze pro děti (vyplňuje dítě samo)

Jméno: _____

Datum: _____

Instrukce:

V následujícím testu najdete tvrzení, která popisují, jak se lidé cítí. Přečtěte si každé z tvrzení a rozhodněte se, zda je pro vás „Nepravdivé či výjimečně pravdivé“ nebo „Z části pravdivé či někdy sedí“ nebo „Velmi pravdivé/často sedí“, dle toho, jak se shoduje s vaším prožíváním. Poté ke každému tvrzení zaškrtněte jeden z prázdných kroužků nacházejících se na příslušné řádce k danému tvrzení tak, aby popisovalo vaše pocity během posledních 3 měsíců.

	0 Nepravdivé, výjimečně sedí	1 Z části pravdivé, někdy sedí	2 Velmi pravdivé, často sedí	
1. Když se cítím vystrašený, těžko se mi dýchá.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
2. Když jsem ve škole, mívám bolesti hlavy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
3. Nerad trávím čas s lidmi, které neznám moc dobře.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
4. Mívám strach, když mám spát jinde než doma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
5. Dělán si starosti, zda mě mají ostatní lidé rádi či ne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD

6. Když mě něco vystraší, cítím, jako kdybych omdlíval.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
7. Jsem nervózní.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
8. Všude následuji svou matku či svého otce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
9. Lidé mi říkají, že vypadám nervózně.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
10. Cítím se nervózně s lidmi, které neznám dobře.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
11. Ve škole mívám bolesti břicha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
12. Když se něčeho bojím, připadám si, jako bych měl zešilet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
13. Mám strach spát sám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
14. Mám starosti, abych byl tak dobrý, jako ostatní děti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
15. Když se bojím, připadá mi, jako kdyby věci okolo mě nebyly reálné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
16. Mívám noční můry o tom, že se stane něco špatného mým rodičům.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
17. Bojím se chodit do školy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
18. Když mám strach, mé srdce bije rychleji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
19. Bývám roztřesený, nejistý.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
20. Mívám noční můry o tom, že se mi stane něco špatného.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
21. Mám starosti s tím, aby se věci okolo mě vyvíjely v můj prospěch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
22. Když jsem vyděšený, hodně se potím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
23. Jsem pesimista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
24. Bojím se i bez zjevného důvodu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
25. Bojím se být sám doma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
26. Je pro mě těžké mluvit s lidmi, které	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC

neznám dobře.				
27. Když jsem vystrašený, cítím, jako bych se dusil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
28. Lidé mi říkají, že si dělám starosti - až moc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
29. Nemám rád, když musím být v prostředí mimo svou rodinu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
30. Bojím se, že budu mít záchvat úzkosti (či paniky).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
31. Obávám se toho, že by se něco zlého mohlo stát mým rodičům.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SP
32. Stydím se, když jsem v přítomnosti lidí, které neznám dobře.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
33. Dělán si starosti s tím, co se bude dít (s budoucností).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
34. Když mě něco vystraší, chce se mi zvracet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
35. Dělá mi starosti, jestli vše, co dělám, dělám správně.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
36. Bojím se chodit do školy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SH
37. Dělnají mi starosti události, co se již staly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	GD
38. Když jsem vystrašený, mívám závratě.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PN
39. Cítím se nervózně, když jsem mezi ostatními dětmi či dospělými a musím dělat něco, při čem se na mě ostatní dívají (například: číst nahlas, mluvit, hrát hry, sportovat).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
40. Jsem nervózní, když mám jít na oslavu, party, večírek, či jiná místa, kde budou i lidé, které dobře neznám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC
41. Jsem stydlivý.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC

2) IPPA dotazník (vztah k matce)

Rok a měsíc narození: Pohlaví: chlapec/dívka (zakroužkuj)

U následujících tvrzení, prosím, označ (☐), do jaké míry platí o tvé matce.

1. Matka respektuje moje pocity.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

2. Má matka je dobrá matka.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

3. Přál(a) bych si mít jinou matku.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

4. Matka mě bere takového, jaký jsem / takovou, jaká jsem.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

5. Nemohu se spolehnout, že mi matka pomůže s řešením problémů.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

6. Když mám s něčím starosti, rád/a si vyslechnu, co si o tom myslí matka.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

7. Matka pozná, když jsem kvůli něčemu rozrušený/á nebo rozčilený/á.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

8. Když s matkou mluvím o svých problémech, stydím se, nebo si připadám hloupě.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř
nikdy

9. Matka ode mne očekává příliš mnoho.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

10. Jsem naštvaný/á nebo se trápím mnohem častěji, než si matka myslí.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

11. Když s matkou o něčem mluvím, bere vážně, co si myslím.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

12. Matka bere vážně mé názory.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

13. Matka má své vlastní problémy, tak ji neobtěžuji s těmi svými.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

14. Matka mi pomáhá, abych sám/sama sobě lépe porozuměl/a.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

15. Svěřuji se matce se svými problémy a nesnázemi.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

16. Zlobím se na svou matku.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

17. Matka mi nevěnuje moc pozornosti.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

18. Matka mě povzbuzuje v tom, abych mluvil/a o svých starostech.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

19. Matka mě chápe.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

20. Nevím, zda se mohu na matku spolehnout.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

21. Když jsem kvůli něčemu rozhněvaný/á, matka se to snaží pochopit.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

22. Důvěřuji své matce.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

23. Matka nechápe moje problémy.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

24. Když potřebuji mluvit o nějakém problému, mohu počítat s mou matkou.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

25. Když matka ví, že mě něco trápí nebo štve, zeptá se mě na to.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř

nikdy

3) IPPA (vztah k otci)

U následujících tvrzení, prosím, označ (☐), do jaké míry platí o tvém otci. Pokud s otcem nebydlíš,

nebo se s ním nestýkáš, můžeš vypovídat o jiné osobě, kterou za otce považuješ.

1. Otec respektuje moje pocity.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř nikdy

2. Můj otec je dobrý otec.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř nikdy

3. Přál(a) bych si mít jiného otce.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř nikdy

4. Otec mě bere takového, jaký jsem / takovou, jaká jsem.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř nikdy

5. Nemohu se spolehnout, že mi otec pomůže s řešením problémů.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř nikdy

6. Když mám s něčím starosti, rád/a si vyslechnu, co si o tom myslí otec.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř nikdy

7. Otec pozná, když jsem kvůli něčemu rozrušený/á nebo rozčilený/á.

..... ☐ Vždy / téměř vždy ☐ Často ☐ Někdy ☐ Zřídka ☐ Nikdy / téměř nikdy

8. Když s otcem mluvím o svých problémech, stydím se, nebo si připadám hloupě.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

9. Otec ode mne očekává příliš mnoho.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

10. Jsem naštvaný/á nebo se trápím mnohem častěji, než si otec myslí.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

11. Když s otcem o něčem mluvím, bere vážně, co si myslím.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

12. Otec bere vážně mé názory.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

13. Otec má své vlastní problémy, tak ho neobtěžuji s těmi svými.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

14. Otec mi pomáhá, abych sám/sama sobě lépe porozuměl/a.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

15. Svěřuji se otci se svými problémy a nesnáze.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

16. Zlobím se na svého otce.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

17. Otec mi nevěnuje moc pozornosti.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

18. Otec mě povzbuzuje v tom, abych mluvil/a o svých starostech.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

19. Otec mě chápe.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

20. Nevím, zda se mohu na otce spolehnout.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

21. Když jsem kvůli něčemu rozhněvaný/á, otec se to snaží pochopit.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

22. Důvěřuji svému otci.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

23. Otec nechápe moje problémy.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

24. Když potřebuji mluvit o nějakém problému, mohu počítat s mým otcem.

Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy / téměř
nikdy

25. Když otec ví, že mě něco trápí nebo štve, zeptá se mě na to.

..... Vždy / téměř vždy Často Někdy Zřídka Nikdy /
téměř nikdy

4) Úvodní dotazník (rodiče)

Vážení,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Týká se tématu co-sleepingu. Data z dotazníků získaná hodlám použít v rámci své bakalářské práce. Dotazník je anonymní, informace použiji jen za účelem uskutečnění výzkumu. Zajímá mě, jestli způsob spaní rodiče/pečující osoby s dítětem může nějak ovlivnit jeho budoucí úzkostnost. Před vyplněním následujícího dotazníku Vás prosím o pečlivé přečtení úvodních informací.

Děkuji Vám za vyplnění a ochotu,

Vítková Martina

Informace:

- co-sleeping = sdílený spánek: forma spánku, kdy pečující osoba (ten, co je s dítětem nejčastěji, nejvíce o něj pečuje, je mu nejbliže) – nejčastěji matka – spí s dítětem v jedné místnosti. **Dítě spí v jedné místnosti s pečující osobou ve věku 0-2 let** a to buď přímo s ní v jedné posteli či v postýlce vedle té postele.

V následujícím dotazníku zaškrtněte prosím vždy jen 1 odpověď, popřípadě sami ještě doplňte požadované informace do volných polí.

- pečující osoba s dítětem spala:
 - ano, od 0 do 2 let věku dítěte
 - ano, od 0 let, přestali jsme s tím dříve, než ve 2 letech: _____ (doplňte věk)
 - ano, od 0 let, přestali jsme později než ve 2 letech: _____ (doplňte věk)
 - ne, nikdy
 - jiná odpověď:

POKUD JSTE ODPOVĚDĚL/A „NE, NIKDY“, DALŠÍ OTÁZKY PROSÍM NEVYPLŇUJTE

- **mé pocity** ze sdíleného spánku s dítětem bych **popsala** jako:
 - rozhodně pozitivní
 - spíše pozitivní
 - spíše negativní
 - rozhodně negativní
- **sdílený spánek** s dítětem **hodnotím** jako
 - určitě výhodný – vnímám u něj rozhodně více výhod, než nevýhod
 - spíše výhodný
 - spíše nevýhodný
 - určitě nevýhodný – vnímám u něj rozhodně více nevýhod než výhod
- **Popište** a **zhodnoťte** prosím průběh **ukončování** sdíleného spánku s dítětem:
 - bez problému
 - spíše v pořádku
 - spíše s problémy
 - s velkými problémy/trvalo to velmi dlouho (několik let)