

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SPÁNEK DĚTÍ – OČEKÁVÁNÍ MATEK VERSUS REALITA

CHILDRENS SLEEP – MOTHERS EXPECTATIONS VERSUS REALITY



Diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Soňa Švancarová**

Vedoucí práce: **PhDr. Denisa Manková, Ph.D.**

Olomouc 2024

Na tomto místě bych ráda vyjádřila upřímné poděkování všem, kteří mi pomohli s realizací mé práce. Děkuji své vedoucí diplomové práce dr. Denise Mankové, za její čas, velkou oporu, trpělivost a odborné rady, které mě vždy nasměrovaly správným směrem. Děkuji dr. Janu Novákovi, který mi pomohl u statistického zpracování dat. Také děkuji ženám, které se zúčastnily mého výzkumu a věnovaly mi svůj čas. Bez jejich laskavosti by tato práce nemohla vzniknout. Dále bych ráda poděkovala celé mé rodině a přátelům za jejich podporu, pochopení a povzbuzování během celého studia. Chci poděkovat jmenovitě mé mamince, za její neutuchající podporu a pomoc při péči o Amálku, tato pomoc byla pro mě neocenitelná. Zvláštní dík patří mému partnerovi Igorovi a dcerce Amálce, kteří mi byli ohromnou oporou ve všech náročných chvílích. Vážím si Vaší trpělivosti a pochopení, když jsem se Vám nemohla plně věnovat. Děkuji Vám všem!

Zpracování diplomové/disertační práce bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR Univerzitě Palackého v Olomouci (IGA_FF_2022_054).

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „SPÁNEK DĚTÍ – OČEKÁVÁNÍ MATEK VERSUS REALITA“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 26. 3. 2024

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 DĚTSKÝ SPÁNEK.....	9
1.1 Charakteristika spánku novorozenců a kojenců	9
1.2 Dětský spánek a doporučení.....	12
1.3 Problematika normality v oblasti dětského spánku.....	12
1.3.1 Epidemiologický přístup.....	12
1.3.2 Evoluční přístup.....	13
1.3.3 Norma v historickém a kulturním kontextu.....	13
1.3.4 Potřeba propojení přístupů k normalitě v kontextu spánku novorozenců a kojenců	14
1.4 Behaviorální spánkové intervence.....	14
1.5 Kojení v souvislosti s kvalitou spánku dětí a matek.....	17
1.6 Cosleeping, bedsharing.....	19
2 POPORODNÍ DEPRESE.....	23
2.1 Vymezení a výskyt poporodní deprese.....	23
2.2 Vliv poporodní deprese na dítě.....	25
2.3 Rizikové faktory související s poporodní depresí	26
2.3.1 Předchozí psychopatologie.....	26
2.3.2 Kvalita spánku.....	28
2.3.3 Komplikace během těhotenství nebo porodu	29
2.3.4 Problémy s kojením.....	30
2.3.5 Partnerský vztah a sociální opora.....	30
2.3.6 Stresující životní události, traumatizující situace.....	31
2.4 Léčba poporodní deprese.....	32
2.4.1 Farmakologická léčba.....	33
2.4.2 Psychoterapie.....	34
2.4.3 Interpersonální terapie.....	34
2.4.4 Kognitivně-behaviorální terapie.....	34
2.4.5 MumMoodBooster: využití online intervencí	35
2.4.6 Mindfulness	36
2.4.7 Skupinová terapie a podpůrné skupiny	36
2.4.8 Terapie zaměřená na vztah mezi matkou a dítětem	36
3 OČEKÁVÁNÍ OHLEDNĚ SPÁNKU DĚTÍ.....	37
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	41
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	42
4.1 Výzkumné cíle, hypotézy	44

5	TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	46
5.1	Testové metody	47
5.1.1	Stručný dotazník o spánku kojenců – revidovaná verze (BISQ-R SF) 48	
5.1.2	Pittsburský index kvality spánku (PSQI)	48
5.1.3	Edinburghská škála postnatální deprese (EPDS)	49
6	SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR	50
6.1	Sběr dat.....	50
6.2	Výzkumný vzorek	51
6.3	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	53
7	PRÁCE S DATY A VÝSLEDKY	54
7.1	Popisné statistiky	55
7.2	Testování hypotéz.....	60
8	DISKUZE.....	64
	ZÁVĚR	71
	SOUHRN	72
	LITERATURA.....	75
	PŘÍLOHY	96

ÚVOD

Cestu rodičovství vnímám jako hluboký zážitek, který se vyznačuje nesčetnými emocemi, očekáváními a výzvami. Od chvíle, kdy se dítě narodí, se rodiče vydávají na novou, náročnou a celoživotní cestu. Domnívám se, že uprostřed této cesty existuje často nevyřešený konflikt – rozpor mezi očekáváním a realitou, který přichází po narození dítěte. Mezi nejčastější témata rodičů bezesporu patří spánek dětí, a to zejména spánek novorozenců či kojenců. Jak by mělo mé dítě spát?

Spánek dětí má obvykle těsnější vztah k matkám než k otcům, zejména během prvních měsíců života. Toto spojení je částečně způsobeno biologickými faktory, jako je například fyziologie kojení. Matky dle výzkumů stále nesou větší část odpovědnosti za péči o dítě, a to včetně uspávání.

Rodičovství bývá často idealizováno. Nabyla jsem dojmu, že skutečnost může být mnohem složitější a náročnější, zejména pokud jde o spánek malých dětí. Rodiče jsou často nedostatečně informováni o normálním spánku novorozenců a kojenců. Z okolí vnímám, že očekávání týkající se dětského spánku se často střetávají s jeho biologickou povahou a proměnlivostí. Výzkumy naznačují, že přesvědčení o tom, jak by dítě mělo ideálně spát, vychází často z kulturně podmíněných norem, přičemž tyto normy se v čase proměňují. Domnívám se, že nesoulad mezi očekáváním a realitou může mít důsledky jak pro duševní zdraví matky, tak také pro blaho dítěte a celý rodinný systém.

Tato práce si klade za cíl primárně přispět k lepšímu pochopení toho, jak může nesoulad mezi očekáváním a realitou ve spánkových vzorcích dětí ovlivnit postnatální depresi a negativní emoce prožívané matkami. Tato práce také zdůrazňuje potřebu komplexnějšího přístupu k dětskému spánku a ke spánku matek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DĚTSKÝ SPÁNEK

Dětský spánek se jeví jako velmi často diskutované téma v ordinacích pediatrů, a také bývá opakovaným tématem mezi samotnými rodiči (Ball, 2003). Nejčastěji je zájem upírána na spánek dětí do jednoho roku věku, konkrétně na jejich spánkové zvyklosti (Dias et al., 2018).

Z výzkumu, ve kterém byl zkoumán spánek dětí do tří let, vyplývá, že až 35 % rodičů vnímá spánek svého dítěte jako problémový a 96 % rodičů by si přálo změnu alespoň v některé kategorii týkající se spánku svého dítěte. Rodiče nejčastěji vyjadřují přání ohledně delšího intervalu spánku, pozdějšího vstávání či dřívějšího usínání (Mindell et al., 2022).

V oblasti dětského spánku se objevují témata, která se zdají být poněkud kontroverzní. Jako příklad můžeme uvést společné sdílení postele s rodiči či spánkové behaviorální intervence. Jsou to témata, ve kterých se rozrůžňují názory napříč vědeckou komunitou i mezi samotnými rodiči (Fuentes-Vega et al., 2017; Mileva-Seitz et al., 2017; Rosier & Cassels, 2021).

Studie naznačují nerovnováhu v tom, jak každý z rodičů reaguje na narození dítěte, přičemž na základě dostupných studií jsou to matky, které vykazují nižší spokojenost se spánkem, než otcové (Richter et al., 2019).

1.1 Charakteristika spánku novorozenců a kojenců

První rok života je u novorozenců a později u kojenců obdobím intenzivního vývoje, přičemž spánek hraje v raném věku velmi důležitou roli v kognitivním a psychosociálním vývoji (Dias et al., 2018; Chaput et al., 2017). Dá se říci, že novorozenecký a kojenecký spánek se od spánku dospělého člověka velmi liší. Uvádí se, že novorozenci většinou spí asi 16–17 hodin denně, přičemž struktura a podíl jednotlivých fází spánku se liší. Spánkové cykly jsou kratší a častější než u starších dětí a dospělých (Heraghty et al., 2008).

U novorozenců a kojenců se fáze často nedělí na klasické REM a non-REM fáze jako u dospělých, ale na **aktivní** a **klidný spánek**, přičemž aktivní spánek je podobný REM fázi spánku u dospělých a klidný spánek se připodobňuje k non-REM fázi spánku u dospělých. Někdy se stane, že se znaky chování a EEG aktivity neshodují s typickými znaky žádné z klasických spánkových fází, nebo také, že toto spánkové období má některé charakteristiky jak aktivního, tak klidného spánku. V takovém případě se u novorozenců a kojenců hovoří ještě o tzv. **neurčitém spánku** (Bourel-Ponchel et al., 2021). Postupem času se aktivní a klidný spánek a jeho vzorce pomalu zdokonalují a kolem 3–5 měsíců věku začne kortikální

elektroencefalogram (EEG) ukazovat přesnější známky REM a non-REM spánku dospělých (Mizrahi, 2004).

Během prvních 3–6 měsíců novorozenci často vstupují do spánkového cyklu prostřednictvím aktivního spánku (Galland et al., 2012). Novorozenci tráví přibližně 50 % spánku v aktivním spánku, s nástupem kojeneckého věku se navyšuje podíl klidného spánku. Kolem 1 roku věku se aktivní/REM spánek snižuje na 25–30 %, čímž se blíží k procentuálnímu zastoupení REM spánku dospělých. Klidný/non-REM spánek u ročních dětí tvoří cca 70–75 % celkového spánku (Bathory & Tomopoulost, 2017; Heraghty et al., 2008; Knoop et al., 2020). Bylo zjištěno, že zvýšený podíl aktivní/REM fáze spánku u novorozenců ve srovnání s dospělostí má spojitost s nedostatečnou vývojovou zralostí. V oblasti výzkumu existují silné důkazy podporující názor, že u novorozenců a kojenců právě tato aktivní fáze spánku reguluje neuronální vývoj či plasticitu mozku (Graven, 2006; Knoop et al., 2020). Souvislost mezi klidným/non-REM spánkem a vývojem mozku nebyla zatím tak podrobně zkoumána, předpokládá se ovšem, že k vývoji mozku také přispívá (Knoop et al., 2020).

Dle některých studií se **cirkadiánní rytmus**¹, v tomto vývoji ustavuje během prvních tří měsíců po narození (Jenni et al., 2006; Thomas et al., 2015), přičemž vývoj cirkadiánního systému začíná dle některých důkazů již v děloze matky (Wong et al., 2022). Postupně, když dochází k vývoji cirkadiánního rytmu, zkracuje se doba spánku dítěte během dne (Heraghty et al., 2008).

U novorozenců a kojenců dochází mezi spánkovými cykly k častému fyziologickému **probouzení**. Probouzení se děje z mnoha důvodů a zdá se, že není jevem, který by měl jednoznačné vysvětlení. Jedná se o komplexní fenomén ovlivněný jak fyziologií, tak dalšími faktory jako je věk kojence, způsob krmení, uspořádání spánku aj. Během prvního roku života kojenci zažívají separační úzkost, která obvykle dosahuje vrcholu mezi 6 a 18 měsíci, získávají nové dovednosti, které ovlivňují spánek. Kojenci často během noci také experimentují s novými motorickými dovednostmi jako je sezení, tahání se za nohy aj. (Barry, 2021; McKenna, 2014).

¹ Cirkadiánní rytmus je 24hodinový cyklus biologických změn, který ovlivňuje řadu fyziologických funkcí jako je hormonální produkce, tělesná teplota, trávení. Cirkadiánní rytmus řídí cyklus spánku a bdění. Klíčovou roli ve vývoji cirkadiánního rytmu hraje světlo (Brooks & Canal, 2013).

Na konci prvního roku života je spánkový vzorec jiný, dominuje noční spánek a obvykle se u dětí objevuje jeden až dva kratší spánky přes den, přičemž celkový spánek během dne se sníží přibližně na 14 hodin (Galland et al., 2012).

Napříč studiemi jsou zachyceny značné rozdíly v délce spánku novorozenců a kojenců (Dias et al., 2018; Galland et al., 2012). Galland et al. (2012) ve své práci dospěl v rámci 34 porovnávaných studií z různých zemí k velmi široké variabilitě **celkové doby spánku** za 24 hodin. Jak uvádí Barry (2021), tato variabilita je maskována středními hodnotami, které byly posléze vyhodnoceny jako mezinárodní spánkové normy. Spánek dětí od 0 do 2 měsíců se pohyboval ve studii Galland et al. (2012) od 9 do 20 hodin spánku, střední hodnota byla 14,6 hodin, spánek dětí od 3 do 6 měsíců měl střední hodnotu 13,6 hodin s tím, že napříč studiemi variovala celková doba spánku od 9 do 16 hodin, od 6 do 9 měsíců variovala doba celkového spánku od 9 do 16 hodin se střední hodnotou 12,6 hodin a od 9 do 12. měsíce tato celková doba spánku dětí vycházela od 10 do 16 hodin se střední hodnotou 12,9 hodin. Studie ukazuje přetrvávající širokou variabilitu, tedy rozdíly v délce spánku mezi jednotlivci až do 4–5 let věku. Zajímavé je také zjištění, že děti z asijských zemí spí méně času než děti ze západních zemí (Galland et al., 2012).

Diskutovanou záležitostí je **spolehlivost metod**, které měří spánek novorozenců a kojenců. Většina studií spoléhá na výpovědi rodičů či matek, tedy na subjektivní metody posuzující spánek dětí. Studie, které porovnávají subjektivní a objektivní metody měření spánku (což je např. aktigrafie) zjišťují, že rodiče spolehlivě uvádějí začátek spánku svých dětí a začátek bdění, ale špatně odhadují celkovou dobu spánku kojence, frekvenci a trvání nočního bdění (Asaka & Takada, 2011; Simard et al., 2017). Například studie Rudzik a Ball (2021) zjistila, že matky obecně nadhodnocují délku spánku kojenců ve srovnání s výsledky aktigrafie. Tato studie dále také ukázala, že přesnost rodičovských hlášení může být vázána na způsob krmení dětí. Kojící matky přesněji odhadovaly délku spánku svých dětí než matky používající umělou výživu. To pravděpodobně souvisí s tím, že děti krmené umělou výživou častěji spí v jiné místnosti. Tyto faktory mohou hrát roli jak ve správnosti výsledků jednotlivých studií, které se zaměřují na dobu spánku, tak také v doporučeních ohledně spánku dětí (Rudzik & Ball, 2021).

1.2 Dětský spánek a doporučení

Doporučení týkající se dětského spánku jsou založena na výsledcích rozsáhlých epidemiologických studií, které generují poměry pravděpodobnosti nebo statistiky relativního rizika pro různé postupy (Volpe et al., 2013).

Americká akademie spánkové medicíny (AASM) poskytuje doporučení pro celkovou denní potřebu spánku dětí dle věkových skupin (Paruthi et al., 2016). Zatímco nedostatek spánku má negativní vliv na metabolismus a bývá spojován s nepříznivými zdravotními důsledky, příliš dlouhá doba spánku může u dětí narušovat možnosti objevování jejich sociálního prostředí, tím bránit jejich optimálnímu vývoji (Allen et al., 2016).

Americká pediatrická akademie (AAP) pro podporu bezpečného spánku kojenců doporučuje pro spánek kojenců výlučně polohu na zádech, sdílení místnosti s kojencem minimálně do 6 měsíců věku, přičemž nedoporučuje společné spaní s dospělými na jednom povrchu. Doporučuje se používat pevný povrch na spaní, využívat spací pytel namísto volného přikrývání dekou. Dítě by mělo spát v místnosti s optimální teplotou, nemělo by mít překrytou hlavu, mělo by se předcházet přehřátí. Rodiče by se měli vyhnout kouření a drogám, dítě by nemělo být vystavováno cigaretovému kouři (Moon et al., 2022).

Meltzer et al. (2021) upozornili na to, že aktuální doporučení týkající se spánku dětí mají ze své podstaty nedostatky, neboť dostatečně nereflektují například místo spánku dítěte, způsob jeho krmení, individuální, kulturní a rasově/etnický podmíněné potřeby spánku. Dle Volpe et al. (2013) na poli výzkumu chybí podrobná behaviorální data o praktikách nočního rodičovství. Meltzer et al. (2021) v této souvislosti zdůrazňují nutnost interdisciplinárního přístupu a výzkumu, který bude zohledňovat i kulturní a biologické faktory.

1.3 Problematika normality v oblasti dětského spánku

Dětský spánek v souvislosti s normalitou je předmětem mnoha diskuzí, odborníci k této problematice přistupují z různých hledisek. V diskuzi o spánku novorozenců a kojenců vyskytují tři různé přístupy k tomu, co je považováno v oblasti dětského spánku za normální. Přístupy se liší primárně v závislosti na epidemiologickém, evolučním či kulturním kontextu a tvoří diskurz o novorozeneckém a kojeneckém spánku (Rudzik & Ball, 2021).

1.3.1 Epidemiologický přístup

Epidemiologická doporučení se opírají o statistickou normalitu a průměrné rozmezí, o nichž se předpokládá, že odrážejí spánkové parametry většiny kojenců. Jedná se například

o statisticky podložená doporučení, kolik spánku by kojenci v daném věku měli dosáhnout (Rudzik & Ball, 2021). Jak bylo naznačeno v předchozí kapitole, přesné doporučené časy spánku pro děti v různých věkových rozmezích uvádí například AASM. Děti od 0 do 3 měsíců věku by měly naspat 14–17 hodin za 24 hodin, a to včetně odpočinkových spánků. U kojenců od 4 do 12 měsíců je uvedeno 12–16 hodin spánku za 24 hodin včetně odpočinkových spánků (Paruthi et al., 2016).

Pro svoji povahu jsou statistická doporučení týkající se spánku novorozenců a kojenců některými vědci pohybujícími se v oblasti spánku novorozenců zpochybňována. Dle nich pravděpodobně neodráží potřeby jednotlivých novorozenců a kojenců (Barry, 2021; Rudzik & Ball 2021).

1.3.2 Evoluční přístup

Evoluční (někdy také tzv. antropologický přístup) vychází z evoluční historie člověka a zkoumá evoluci a vývoj lidí, kdy jsou lidé chápáni jako primáti s dlouhou evoluční historií. Normalita v evolučním přístupu se odvolává na fyziologické chápání dyády matka–dítě a představuje složitý soubor adaptací (Rudzik & Ball, 2021).

V tomto přístupu se často setkáváme s výzkumy týkající se studia společného spaní a kojení, fyziologií laktace, přičemž vědci argumentují kontextem evoluční historie, kdy matka a kojeneček byli v neustálém fyzickém kontaktu, a to včetně noci (Barry, 2021).

Někteří autoři se domnívají, že kvalitní antropologický přístup u výzkumu spánku kojenců je nezbytný jako základ pro změnu paradigmatu týkající se vnímání spánku kojenců, které je z velké části opřené o západní kulturní ideologii a pramení z biomedicínského přístupu ke spánku kojenců (Ball et al., 2019).

1.3.3 Norma v historickém a kulturním kontextu

Historická a kulturní normalita formuje diskurz o kojeneckém spánku ve společnosti, ovlivňuje především názory laické veřejnosti, a dále má také vliv na lékařský a vědecký diskurz (Rudzik & Ball, 2021). Rodičovské názory na dětský spánek se v různých kulturách/společnostech a dobách výrazně liší. To, co by mohlo být považováno za normu v jedné kultuře, může být v jiné kultuře považováno za nekonvenční a měnit se v čase.

V některých kulturách například rodiče spí společně s dětmi v těsné blízkosti (Huang et al., 2010), pro tyto rodiče by bylo nepředstavitelné nechat spát samotného novorozence nebo kojence v samostatné místnosti během noci (Green & Westcombe, 2012). Dominantní

modely péče o kojence v západních, průmyslově bohatých a demokratických zemích zdůrazňují důležitost oddělení dítěte od matky a minimalizaci tělesného kontaktu, a to zejména v noci. Osamělý spánek novorozenců či kojenců se stal v západní společnosti idealizovaným normálem a nyní převládá jako standard pro hodnocení spánkových návyků kojenců (Barry, 2021; Barry, 2022).

1.3.4 Potřeba propojení přístupů k normalitě v kontextu spánku novorozenců a kojenců

Předmětem debat mezi výzkumníky zůstává definice toho, co představuje „problém se spánkem“ novorozenců a kojenců, jak je definovaná normalita u novorozeneckého a kojeneckého spánku. Ve výzkumu spánku novorozenců hraje velkou roli disciplína a teoretické pozadí výzkumníků. Tato skutečnost vede k rozdílným popisům fyziologie normálního spánku novorozence (Barry, 2022). Rozporu mezi pediatrickým a antropologickým výzkumem si všimli také autoři studie, která se zabývala přezkoumáním 659 publikovaných prací týkajících se tématu sdílení postele rodiče a dítěte (Mileva-Seitz et al., 2017).

Barry (2021) pokládá dětský spánek za fenomén, ke kterému je dle něj nezbytné přistupovat komplexně. Volá po vzniku nové vědy či minimálně po multidisciplinárním přístupu k dětskému spánku, který by propojoval výše zmíněné přístupy. Autoři (Mileva-Seitz et al., 2017) taktéž zdůrazňují potřebu nového přístupu k této problematice, ve kterém by se pro další výzkum spojili pediatři, antropologové a psychologové.

Autoři Jenni & O'Connor (2005) se domnívají, že pro porozumění spánku dětí je nezbytný rozsáhlý, hloubkový výzkum, který by zahrnoval mezinárodní spolupráci a použití kvalitativních i kvantitativních metod, přičemž by prioritou měla být metodologická přísnost.

Rudzik a Ball (2021) uvádí, že na společenské normy a přesvědčení ohledně spánku dětí mají velký vliv právě klinické (epidemiologické) diskurzy týkající se spánku kojenců, na druhou stranu se zdá, že biologické a evoluční názory na spánek novorozenců a kojenců začínají získávat pozornost u rodičů, zdravotníků i vědců.

1.4 Behaviorální spánkové intervence

Pokud rodiče přichází s problémy spojenými se spánkem, krmením či pláčem kojenců, v oblasti zdravotnictví převládá doporučení behaviorálních intervencí (Ramos & Youngclarke, 2006). Behaviorální intervence týkající se spánku kojenců si klade za cíl

naučit dítě, aby se umělo sebeuklidnit, aby usínalo bez krmení či bez tělesného kontaktu s pečovatelem. Behaviorální intervence zahrnují jednu nebo více z následujících praktik: zpožděná reakce rodiče na signály dítěte, regulace času krmení, upravování času usínání a upravování délky spánku a další strategie (Douglas & Hill, 2013).

U kojenců se můžeme v rámci behaviorálních intervencí často potkat s názvem „metoda vyplakání“. Metoda nabývá různých obměn. Ve své podstatě povzbuzuje rodiče, aby nechali své děti v noci po určitou dobu plakat v postýlce. Postupem času by se dítě mělo naučit prospat celou noc o samotě (Rosier & Cassels, 2021). Někteří výzkumníci tvrdí, že noční probouzení kojenců je způsobeno nedostatečným výcvikem a považují behaviorální intervence za velmi důležité v souvislosti s prevencí spánkových problémů do budoucna (Henderson et al., 2013)

Analýza, která zkoumala historii metody vyplakání ukázala, že metoda byla vyvinuta na začátku 19. století. Vznik metody se pojí se jmény jako je Alcott, Emerson či Watson a byl doprovázen nepodloženými, zato přesvědčivými tvrzeními. Věřilo se, že děti musí být trénovány k samostatnosti, jinak se stanou rozmazlenými. Rostoucí individualismus, průmyslová revoluce a vstup žen do pracovního života jsou další skutečnosti, které přispěly k tomu, že matky začaly nezávislý a konzistentní spánek preferovat více než tomu bylo v minulosti. Metoda se stala akceptovanou a široce přijímanou (Rosier & Cassels, 2021). V současné době se vedou diskuze o vhodnosti a účinnosti této metody a v oblasti spánku dětí patří k nejkontroverznějším tématům (Fuentes-Vega et al., 2017; Rosier & Cassels, 2021).

Systematická metaanalýza (Douglas & Hill, 2013) shrnující výsledky studií týkajících se více behaviorálních intervencí v prvních šesti měsících věku dítěte uvádí, že nebylo prokázáno, že by tyto strategie snižovaly pláč kojenců a předcházely spánkovým a behaviorálním problémům v pozdějším věku dítěte. Z výsledků je patrné, že behaviorální intervence také nemá ochranný efekt na postnatální depresi. Ukázalo se, že tyto intervence navíc nesou riziko zvýšení plačivosti dětí, riziko předčasného ukončení kojení či zvýšení úzkosti matek.

Novější metaanalýza, která se zaměřila na behaviorální spánkové intervence, které poskytovaly přesný návod na chování rodičů související se spánkem dětí (intervence zaměřené na samouklidňování dětí či na večerní rutinu před spaním), poukázala na to, že behaviorální spánkové intervence upravily některé spánkové problémy dětí. Tyto intervence ovšem neměly vliv na úpravu počtu nočního probouzení dětí či na depresivní symptomatiku matek. Autoři sumarizují, že účinnost intervencí, které se zaměřují na samouklidňování dětí

zůstává nejasná (Park et al., 2022). Zdá se, že výsledky týkající se účinnosti behaviorálních metod jsou rozporuplné.

Ačkoli existuje množství studií, které se týkají účinnosti různých behaviorálních intervencí na spánek dětí, a propagátoři těchto intervencí se odvolávají na neexistenci potvrzení emočních a behaviorálních následků metod kontrolovaného pláče (Gradisar et al., 2016), Henderson et al. (2013) poukazují na omezený počet výzkumů zkoumající dlouhodobé kognitivní a sociální dopady těchto intervencí. Kendall-Tacket (2013) zdůrazňuje potenciální rizika spojená s těmito praktikami. Někteří výzkumníci se domnívají, že samotná sociální izolace kojence, dokonce i během spánku, může mít negativní dopady na neurologický a fyziologický vývoj kojence (Barry, 2021). Existují důkazy, že samotné oddělování matek od kojenců může zvyšovat u kojenců stresovou reakci (Morgan et al.; 2011). S tímto se pojí výzkumné úsilí zaměřující se na **analýzu hladiny stresového hormonu** kortizolu v kontextu spánku kojenců.

V longitudiální studii (Philbrook & Teti, 2016) bylo zjištěno, že celkově zvýšená dostupnost matky během večerní rutiny před spaním a častější matčiny reakce na úzkost kojence v noci, byly spojeny se zdravějším rytmem kortizolu, hladiny kortizolu byly u těchto kojenců průměrně nižší. Ve studii Middlemiss et al. (2012) byl zkoumán pětidenní spánkový tréninkový program, kde matky záměrně nereagovaly na pláč svých dětí během noci. Mimo jiné byla u dětí a matek zkoumána hladina kortizolu. Tato intervence snížila pláč kojenců, ale ukázalo se, že i přesto, že díky spánkovému tréninku vymizela behaviorální reakce (pláč kojenců), fyziologická stresová reakce (hladina kortizolu), zůstala výrazná. Tato asynchronie mezi behaviorální a fyziologickou odpovědí poukazuje na to, že i přes to, že děti přestaly vyjadřovat svůj stres pláčem, jejich vnitřní fyziologická reakce na stres zůstala vysoká.

Dle Kendall-Tacket (2013) mohou metody spánkového tréninku negativně ovlivnit také kojení. Měnění intervalů kojení nebo zastavování nočního krmení v určitém věku může přímo ovlivnit množství mléka, což vede k problémům s jeho nedostatečností. Dále pokud matky začnou ignorovat pláč svých kojenců, mohou mít potíže s reaktivitou na své děti v jiných situacích.

Celkově lze říci, že kontroverze spojené s behaviorálními technikami na spánek novorozenců a kojenců zahrnují otázky týkající se vhodnosti, účinnosti této metody a bezpečnosti (Fuentes-Vega et al., 2017). Zdá se, že někteří vědci zdůrazňují význam vytváření samostatných spánkových návyků, s čímž se často pojí proklamování

behaviorálních spánkových intervencí, zatímco jiní se zaměřují na podporu kojeneckého kontaktu a společného spánku a varují před možnými riziky této metody (Douglas & Hill, 2013).

1.5 Kojení v souvislosti s kvalitou spánku dětí a matek

Dá se říci, že prioritou veřejného zdraví na celém světě je zvýšení míry kojení (Breastfeeding advocacy initiative: For the best start in life, 2015). Metaanalýza přinesla výčet dlouhodobých zdravotních benefitů, které kojení přináší jak na straně dítěte, tak na straně matky. Autoři metaanalýzy poukazují na to, že déle kojené děti vykazují nižší úmrtnost, méně infekcí, méně zubních vad a také vyšší inteligenci ve srovnání s těmi, které jsou kojeny kratší dobu nebo nejsou kojeny vůbec. Na straně matek výsledky poukazují na to, že s délkou kojení se snižuje riziko rakoviny prsu a vaječníků, riziko cukrovky a také, že kojení upravuje rozestupy mezi porody (Victora et al., 2016). Ze studie Kikuchi et al. (2020) vyplývá, že kojení hraje klíčovou roli u formování cirkadiálního rytmu novorozenců. Matčino mléko poskytuje dítěti důležité cirkadiální signály, jako je obsah hormonů melatoninu a kortizolu, které napomáhají vytvářet pravidelný noční rytmus.

Studie zaměřující se na psychické zdraví matek upozorňují na lepší psychické zdraví exkluzivně kojících matek, konkrétně tyto matky vykazují méně depresivních a úzkostných symptomů, méně strachu, hněvu a podrážděnosti než matky krmící umělou výživou či smíšeně (Kendall-Tackett et al., 2018).

Světová zdravotnická organizace doporučuje výlučné kojení **do 6 měsíců věku dítěte**, dále doporučuje kojit minimálně do dvou let věku dítěte a pokračovat dále dle potřeby s tím, že neurčuje horní věkovou hranici pro ukončení kojení (Infant and young child feeding, 2021). Stejně doporučení zastává také Americká pediatrická akademie (Meek & Noble, 2022). Přesto, dle výsledků metaanalýzy Victora et al. (2016), jsou čísla ohledně prevalence kojení v globálním měřítku neuspokojivá. Nejméně rozvinuté a rozvojové země vykazují sice vyšší výskyt dlouhodobého kojení oproti vyspělým státům, ovšem výskyt exkluzivního kojení do 6 měsíců věku není vysoký ani u nich (pouze 37 % dětí mladších 6 měsíců je v nejméně rozvinutých a rozvojových zemích výlučně kojeno). Mezi 6.-12. měsícem věku dítěte prevalence kojení velmi upadá, ve vyspělých státech je prevalence kojení ve 12. měsících menší než 20 %, přičemž existují velké rozdíly mezi jednotlivými státy, v Norsku se jedná o 35 % kojených dětí, zatímco ve Velké Británii je ve věku 12. měsíců kojeno necelé 1 % dětí (Victora et al., 2016).

Jak uvádí Rudzik a Ball (2021), matky kojenců velmi silně vnímají, že společnost spojuje umělé mléko s lepším spánkem, vidina lepšího spánku může některé matky vést k předčasnému ukončení kojení. Dle výzkumníků je nutné negativní konotaci, kterou nese kojení v souvislosti se spánkem kojenců, uznat a řešit (Smith & Forrester, 2021).

Některé studie zkoumaly **vztah mezi typem krmení dětí a kvalitou spánku dětí**. Zajímavé jsou výsledky systematického review, které shrnuje výsledky těchto studií za posledních deset let (Manková et al., 2023). Většina studií, která byla v review zahrnuta, se shoduje na tom, že kojené děti se během noci častěji budí, jejich celková doba nočního bdění je však stejná jako u dětí, které jsou krmeny smíšeně či umělým mlékem. S tím souvisí celková doba nočního spánku, která se u plně kojených dětí také neliší od dětí, které jsou krmeny jiným způsobem.

Stejně výsledky byly zjištěny **u matek**, tedy, že ačkoli kojící matky častěji vstávají během noci, jejich celková doba spánku a doba nočního bdění je stejná jako u matek nekojících nebo u matek, které krmí smíšeně (Manková et al., 2023). Častější vstávání dětí a matek je vysvětlováno primárně rozdílným složením mateřského mléka, které se rychleji vstřebává než mléko umělé (Meyer et al., 2015). Je tedy pravděpodobné, že kojené děti se častěji budí kvůli krmení. Večerní mateřské mléko obsahuje mimojiné větší koncentrace melatoninu, který pomáhá kojeným dětem rychleji usnout (Italianer et al., 2020). Jak dokládají některé studie (Kendall-Tackett et al. 2013; Kendall-Tackett et al. 2018; Maehara et al., 2017), kojící matky rychleji usínají než matky nekojící. Tyto skutečnosti mohou vysvětlovat další výsledky této analýzy, tedy stejnou dobu bdění či stejnou dobu nočního spánku mezi kojenými a nekojenými dětmi či mezi kojícími či nekojícími matkami (Manková et al., 2023).

Některé studie se zaměřily na únavu matek přes den, kojící matky vykazovaly v obou studiích více energie přes den (Kendall-Tackett et al., 2013; Kendall-Tackett et al., 2018).

1.6 Cosleeping, bedsharing

Zdá se, že kojení je velmi úzce spjato s **místem spánku**. Dle dostupných studií (Ball, 2003; Ball et al., 2016; Rudzik & Ball, 2016) je zřejmé, že kojící matky častěji sdílí postel se svými dětmi, přičemž snazší kojení se objevuje jako jeden z hlavních důvodů (Salm, 2015; Ward, 2015). Quillin a Glenn (2004) v této souvislosti zjistili, že kojící matky sdílející postel s dítětem naspí více hodin v porovnání s kojícími matkami, které postel s dítětem nesdílí. Zdá se tedy, že společný spánek usnadňuje kojícím matkám spánek a jak ukázala další studie, sdílení postele prodlužuje také délku výlučného kojení (Huang et al., 2010).

Napříč výzkumy panuje značná neshoda v definicích pojmů týkajících se společného spaní. Nejčastěji se ve výzkumech v souvislosti s tématem společného spaní objevuje označení bedsharing či co-sleeping.

Bedsharing (sdílení postele): Tento pojem se většinou využívá jako specifická forma společného spaní, při které kojenci nebo malé děti sdílejí stejnou plochu na spaní, obvykle postel, s jedním nebo oběma rodiči (Sullivan & Ball, 2017). Tento způsob obvykle zahrnuje fyzickou blízkost dítěte a rodiče (rodičů) během spánku (Blair et al., 2014). Tento pojem je někdy využíván i u společného sdílení pohovky, či u společného spaní v křesle. Ovšem v tomto případě, kdy má termín pojmut i sdílení pohovky či křesla by bylo přesnější použít termín „**surface sharing**“ (sdílení stejného povrchu na spaní) před termínem „bedsharing“ (sdílení postele) (Moon et al., 2022).

Termín **cosleeping** (společné spaní) je velmi často ve výzkumech používán jako synonymum k termínu „bedsharing“ (Fleming et al., 2015; Sullivan & Ball). Někdy je tento termín brán širěji a zahrnuje jak pouhé sdílení pokoje, kdy spí dítě v samostatné postýlce, tak také sdílení jednoho povrchu na spaní. Cosleeping může být způsob uspořádání, kdy je dětská postýlka připevněna k posteli rodičů bez bočnice (tzv. co-sleepingová postýlka), nebo to může být matrace či spací plocha, na které spí celá rodina společně. Nejde tedy v tomto případě nutně vždy o sdílení stejné postele či sdílení stejného povrchu na spaní, ale spíše o stejný prostor (místnost) na spaní (Moon et al., 2022; Sullivan & Ball, 2017).

Asociace pediatriů používání termínu cosleeping (společné spaní) ve výzkumech nedoporučuje, protože postrádá přesnou definici a používá se nejednotně (Moon et al., 2022). Rozdílné definice používané ve studiích způsobily na poli výzkumu značný zmatek a metodologické obtíže při porovnávání výsledků výzkumů (Fleming et al., 2015).

V rámci této problematiky se dále setkáváme s novým pojmem „**breastsleeping**“ (v překladu kojospání), jejímž autorem je James J. McKenna a jeho kolega Lee Gettler. Tento koncept zdůrazňuje fyziologickou a evoluční provázanost mezi kojením a spánkem novorozenců. Hraje v něm roli symbióza mezi matkou a dítětem, ke které dochází během nočního spánku. Matka a dítě spí společně na stejné ploše, přičemž kojeneček má přístup k prsu celou noc. Během kojení se matka nebo dítě nemusí plně probudit (McKenna & Gettler, 2016).

Zdá se, že ke společnému spaní mohou mít rodiče rozdílné motivace. Existují rodiny, které dávají přednost oddělenému uspořádání spánku, ovšem z důvodu chování dítěte během noci se rozhodnou pro společné spaní. Jde o tzv. **reaktivní společné spaní**. V druhém případě jde o **záměrné plánování** společného spaní, kdy rodina upřednostňuje společné spaní a také ho praktikuje od narození. Matky, které začaly spát s dětmi na základě problematického chování dítěte během noci, vnímají společný spánek jako více rušivý, častěji hodnotí spánek svého dítěte jako problematický v porovnání s matkami, které spaly s dětmi plánovaně, tedy hned po narození (Keller & Goldberg, 2004). Rodiče, kteří společné spaní plánovali a spí s dětmi od narození vykazují častěji spokojenost s daným uspořádáním spánku (Germon et al., 2007). Autoři Keller a Goldberg (2004) vyvozují, že hodnoty a nastavení rodiny mohou hrát v této oblasti jistou roli, konkrétně se to může dotýkat také pocíťovaného diskomfortu matek během společného spaní.

Důležitá je také jistá **konzistence** v tom, kde dítě spí. Z výzkumu Taylor et al. (2008) vyplývá, že konzistence v místě spánku ve věku 6 měsíců věku vede k lepší kvalitě interakce mezi matkou a dítětem ve věku 9 měsíců. Děti, které pravidelně spaly společně nebo samostatně, projevovaly lepší interakci a pozitivnější chování ve srovnání s dětmi, které měly nekonzistentní místo spánku. Zároveň děti, které pravidelně spaly společně, byly delší dobu kojené, vykazovaly pozitivnější temperament a jejich matky byly méně náchylné k depresi.

V systémová narativní syntéze, ve které byly analyzovány důvody, které vedou rodiče ke společnému spaní, se kromě již zmíněného kojení a pocitu lepšího/více spánku jako další důvod ke sdílení postele ukázal být **pocit většího bezpečí, klidu, pocit lepší kontroly, bonding/attachment**. Roli hrají také externí faktory, jako je **prostředí** či **tradice, pláč, nesouhlas s nebezpečím, mateřský instinkt** (Ward, 2015).

Společné spaní je tématem, který se objevuje v souvislosti s fyziologickou **synchronií mezi matkou a dítětem**. Matky, které spí společně se svými dětmi, reagují během noci rychleji na potřeby svých dětí. Bylo zjištěno, že tyto děti vykazují během noci méně pláče a stresu (St James-Roberts et al., 2016), rychleji se mezi nimi vytvoří tzv. synchronie mezi matkou a dítětem. Výzkum potvrdil že časná kvalitní synchronie mezi rodičem a dítětem souvisí s lepšími kognitivními, sociálními a seberegulačními výsledky a lepším attachmentem v průběhu dětství (Mileva-Seitz et al., 2017).

Časté obavy ze společného spaní se týkají **autonomie dětí**. Zajímavé jsou výsledky dalšího výzkumu, ve kterém bylo zjištěno, že děti, které spaly samotně od narození, většinou v pozdějším věku usínaly samy, prospaly celou noc a byly kojené kratší dobu. Tyto děti tedy vykazovaly větší autonomii v oblasti spánku. Na druhou stranu matky, které s dětmi spaly od narození, výrazněji podporovaly autonomii svého dítěte v jiných oblastech. Děti těchto matek byly více soběstačné – například ve schopnosti se oblékat, byly častěji vystavované sociální nezávislosti, snadněji navazovaly sociální kontakt a přátelství s druhými lidmi (Keller & Goldberg, 2004).

Společné spaní rodiče a dítěte je s ohledem na souvislost se **syndromem náhlého úmrtí kojenců (SIDS)** studováno často. V odborné obci bývá toto téma polarizované, kdy na jedné straně bývá společné spaní rodiče a dítěte spojováno s vyšším rizikem vzniku syndromu náhlého úmrtí kojence, na straně druhé existuje skupina vědců, která považuje sdílení postele za přirozenou a evolučně smysluplnou praxi pro rodiče i děti (Mileva-Seitz et al., 2017).

Jak bylo zmíněno výše v textu, AAP nedoporučuje společné spaní a považuje ho za rizikový faktor SIDS (Moon et al., 2022), Britský National Institute for Health & Care Excellence (2014) již nenachází dostatečné důkazy o kauzálním vztahu mezi společným spaním a SIDS a varuje před ním více v případech, **pokud rodiče kouří, užívají drogy a alkohol, u nedonošených novorozenců či u novorozenců s nízkou porodní váhou. Společné spaní na gauči představuje navíc zvýšené riziko.**

Někteří vědci naznačují, že většina debat o nebezpečnosti sdílení postele ve vztahu k SIDS zahrnuje data omezená a neúplná (Mileva-Seitz et al., 2017; McKenna & McDade, 2005). Zdá se, že u analýzy přínosů a rizik SIDS se metodologicky ve výzkumech nebralo v úvahu rozrůznění společného spaní na gauči od sdílení postele či nebyl brán zřetel na další rizikové faktory SIDS Barry (2021). Studie analyzující 400 případů SIDS nenalezla zvýšené riziko

při společném spaní, pokud nebyly přítomny ostatní rizikové faktory SIDS a pokud došlo k rozrušení mezi spaním na gauči a sdílením postele (Blair et al., 2014).

V některých novějších studiích se společné spaní dokonce ukázalo jako možný **ochranný efekt** v případě **SIDS**. Není možné ovšem rozlišit, nakolik tento ochranný efekt má samotné mateřské mléko a nakolik v tom hraje roli ochranný efekt společného spaní (Bartick et al., 2022). Důkazy o **kojení** jako o protektivním faktoru SIDS se jeví jako dostatečně konzistentní (Hauck et al., 2011). Tato skutečnost vedla Americkou akademii pediatrie (AAP) k doporučení kojení jako preventivní opatření proti SIDS (Moon et al., 2022). Z metaanalýzy vyplývá, že ochrana se zvyšuje s prodlužováním doby kojení (Thompson et al., 2017). Někteří autoři vyvozují, že by propagace samostatného spánku mohla vést ke zkrácené době kojení, čímž by tato skutečnost měla v konečném důsledku negativní vliv na veřejné zdraví, neboť jak bylo uvedeno výše, kojení patří k nejčastějším důvodům sdílení postele s dítětem (Bartick et al., 2022; Ward, 2015).

Noční videonahrávky naznačují, že kojící matky spí s dětmi v **charakteristické pozici**. Děti mají hlavu v oblasti matčina hrudníku a matka a dítě jsou obráceny tváří k sobě. Matky mají pokrčené nohy pod dítětem a ruce nad hlavou dítěte pod nebo nad polštářem. Tato pozice nejenže usnadňuje kojení, ale také vytváří přirozenou bezpečnostní bariéru a zabraňuje, aby matka přepadla na své dítě (Ball, 2006). V dřívější studii bylo při společném spaní také zjištěno **zvýšení hladiny CO₂** mezi matkou a dítětem. Zvýšení hladiny CO₂ v této míře může stimulovat dýchací centrum dítěte, což by také mohl být faktor, který působí ve vztahu k SIDS ochranně (Mosko et al., 1997).

Dle některých výzkumníků je načase znovu posoudit závěry literatury tvrdící, že společné spaní nese vinu za úmrtí novorozenců či kojenců. Je důležité lépe porozumět složitým vlivům spojeným se společným spaním a zahrnout do těchto závěrů aktuální poznatky o fyziologii kojících se dětí (Bartick et al., 2022; McKenna & McDade, 2005). Zdravotníci by měli být informováni o aktuálních informacích ohledně výhod/rizik sdílení postele a informovat o bezpečném způsobu sdílení postele, čímž by se mohlo omezit využívání alternativních, nebezpečných strategií, jako například spaní na pohovce (Blair et al., 2014).

2 POPORODNÍ DEPRESE

Těhotenství, porod a poporodní období představují sérii transformací a obrovských změn v životě ženy, které mohou být doprovázeny různými duševními problémy. V naší práci jsme se zaměřili na poporodní depresi, jakožto na rozšířený a vážný problém (Maghami et al., 2021). V kapitole se zaměříme na vymezení a výskyt poporodní deprese, na její dopad na dítě a jeho vývoj, dále nahlédneme na rizikové faktory, které se pojí s jejím vznikem, a také nastíníme možnosti léčby.

2.1 Vymezení a výskyt poporodní deprese

V literatuře bývá poporodní deprese (PPD) často definována jako epizoda hlavní depresivní poruchy (v některých případech i mírné deprese), která je specifická obdobím vzniku, a to během těhotenství nebo po narození dítěte (O'Hara & McCabe, 2013). Označení PPD by nemělo být používáno k popisu mírných a přechodných depresivních symptomů, které nedosahují diagnostických kritérií pro depresivní epizodu a které se mohou objevit krátce po narození dítěte. Pro tyto přechodné depresivní symptomy se využívá označení **poporodní blues**. Příznaky PPD jsou rozdílné od poporodního blues intenzivnější, výraznější, trvají déle a mají významný vliv na denní fungování, včetně péče o dítě (World Health Organization, 2019).

Co se týče Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), ta nabízí oproti MKN-10 zcela novou kategorii poruch s názvem **Duševní poruchy spojené s těhotenstvím, porodem a poporodním obdobím**. Kategorie zahrnuje dva zpřesňující kódy, které určují, zda jsou poruchy doprovázeny psychotickými příznaky (6E21) či nikoliv (6E20) (World Health Organization, 2019). MKN-10 využívala pro poporodní depresi kód **F53.0 Duševní poruchy a poruchy chování v souvislosti s šestinedělním nezařazené jinde** (Gruszczyńska-Sińczak et al., 2023).

Ve výzkumu se běžně objevuje rozdělení deprese na **prenatální/postnatální** (antenatal/postnatal) (Sockol et al., 2011). Klasifikační systémy, MKN-11 i Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5) slučuje prenatální a postnatální depresi pod jednu jednotku. Dle DSM-5 se o prenatální/postnatální depresi jedná, pokud k nástupu depresivní poruchy dojde v době těhotenství nebo do 4 týdnů od porodu, přičemž MKN-11 uvádí omezení do 6 týdnů po porodu (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019).

Zatím neexistuje konsenzus ohledně toho, jaké období po porodu se dá považovat za poporodní a jaké ohraničení poporodního období v souvislosti s PPD je vhodné využít například právě pro účely výzkumu (O'Hara & McCabe, 2013). Ve výzkumu či v klinické praxi je pojímána poporodní deprese širěji, i z tohoto důvodu někteří odborníci doporučují oficiálně rozšířit období vzniku postnatální deprese, a to alespoň do 6 měsíců po porodu (Sharma & Mazmanian, 2014). O'Hara a McCabe (2013) naznačují, že je pravděpodobné, že výzkumníci budou i nadále uplatňovat rozmanitá časová omezení při studiu období po porodu, a to pro svůj specifický účel výzkumu.

Kritizován je fakt, že prenatální a postnatální deprese spadá v obou klasifikačních systémech pod jednu jednotku. Argumentací pro sjednocení prenatální a postnatální deprese se zdá být, že 50 % případů poporodní deprese začíná již v těhotenství (Raboch et al., 2015). Na neslučitelnost prenatální a postnatální deprese se však poukazuje z důvodu odlišných projevů, dopadů i metod léčby (Sharma & Mazmanian, 2014).

V rámci této práce jsme se rozhodli v souvislosti s depresí využít tři pojmy:

Prenatální deprese – tímto pojmem označujeme depresi, která se vyskytuje u žen výhradně v těhotenství.

Postnatální deprese – tento pojem označuje depresi, která se objevuje u žen po porodu.

Poporodní deprese (PPD) – některé výzkumy zkoumají faktory ovlivňující pravděpodobnost rozvoje deprese v obou obdobích, ať už samostatně nebo v komplexním pohledu na prenatální a postnatální fázi. Pojem poporodní deprese tedy zahrnuje jak prenatální, tak postnatální depresi. Využíváme ho i v případě, pokud není z výzkumu či informace zřejmé, jaké ohraničení deprese výzkumníci zvolili.

Většina dostupné literatury se zaměřuje na postnatální depresi, tedy depresi po porodu. Z metaanalýzy, která se zaměřila na prevalenci postnatální deprese vyplývá, že souhrnná prevalence postnatální deprese u žen je 14 %, přičemž existují rozdíly mezi skupinami zemí i mezi jednotlivými státy. Rozvojové země mají prevalenci vyšší (15 %) než země rozvinuté (12 %). Pokud se podíváme na rozdíly mezi samotnými státy, nejvyšší prevalence se ukázala být v Číně (26,3 %), nejnižší v České republice (5 %) a v USA (5,1 %) (Liu et al., 2022). V některých regionech, zejména v rozvojových zemích, může být prevalence poporodní deprese vyšší kvůli omezenému přístupu zdravotní péče, nedostatečné sociální opoře a dalším faktorům (například upřednostňování jednoho pohlaví před druhým, dané naboženstvím) (Fisher et al., 2012).

Neméně důležité se zdá být zaměření na psychické zdraví otců, které může mít také významný vliv na vývoj dítěte, potažmo na zdraví celého rodinného systému. Jak uvádí metaanalýza z roku 2010, poporodní depresi není u otců věnováno příliš pozornosti. Poporodní depresí může trpět zhruba 10 % mužů, přičemž nejvyšší výskyt depresivní symptomatiky muži dosahují od 3 do 6 měsíců po porodu (Paulson & Bazemore, 2010). Z uvedené metaanalýzy dále vyplývá korelace mezi depresivními symptomy matky a otce dítěte, autoři poukazují na přenositelnost deprese z jednoho rodiče na druhého s tím, že z jednotlivých studií není zřejmý směr kauzality (Paulson & Bazemore, 2010).

2.2 Vliv poporodní deprese na dítě

Prenatální i postnatální deprese jsou ve výzkumech často spojovány se zvýšeným rizikem nepříznivého vývoje dítěte. Za klíčový spojovací mechanismus se jeví kvalita interakce v dyádě matka-dítě (Schore, 2002; Binda et al., 2019). Ve výzkumech se opakovaně objevuje, že matky s depresivní symptomatikou vykazují nižší kvalitu interakce se svým novorozencem (Binda et al., 2019), či že častěji vykazují interakční poruchy (Field, 2010). Konkrétně v metaanalýze, která zkoumala interakce matek s depresí, bylo zjištěno, že matky s depresí se méně angažují, chovají se více nepřátelsky, jsou podrážděnější a k dítěti projevují méně vřelosti a více kritiky. Také bylo zjištěno, že matky vykazující depresivní symptomy si se svými dětmi obecně méně hrají (Lovejoy et al., 2000). V dalším výzkumu, který byl více zaměřen na herní chování, bylo zjištěno, že matky trpící depresí, vykazují se svými kojenci méně interakce v podobě tváří v tvář a méně vokalizace ve srovnání s nedepresivními matkami. Zároveň bylo pozorováno, že tyto matky se méně na své děti usmívaly (Righetti-Veltena et al., 2002). Matky s poporodní depresí častěji projevují ke svým dětem tzv. ovládající styl interakce, který je charakterizován jako nadměrně stimulující způsob jednání, kdy matka působí podrážděně (Binda et al., 2019).

Na základě zkoumání jednotlivých studií Field (2010) uvádí, že interakční poruchy mezi depresivními matkami a jejich kojenci se zdají být univerzální a vyskytují se napříč různými kulturami a skupinami socioekonomického statusu. Bylo zjištěno, že obecně depresivní chování má největší vliv na děti v raném věku, neboť tyto děti jsou nejvíce závislé na svých rodičích a na interakcích právě s nimi (Lovejoy et al., 2000).

Jak již zmiňujeme výše, kvalitní raná interakce se jeví jako velmi důležitá pro správný kognitivní, sociální, emoční i psychický vývoj dítěte. Jak ukazují výsledky review, které zkoumalo děti od 0 do 3 let, děti matek vykazujících depresivní symptomy vykazovaly horší

kognitivní vývoj, horší rozvoj jazykových dovedností a také horší zdravotní stav. Co se týče motorického vývoje dětí, výsledky byly rozporuplné. Některé studie naznačují významný vliv PPD na motorický vývoj dětí, zatímco jiné studie tento vliv neprokazují jednoznačně (Slomian et al., 2019).

Ve výzkumu Yan a Dix (2016) bylo zjištěno, že děti, jejichž matky trpěly depresivní symptomatikou, měly v první třídě horší školní výkon. Postnatální deprese v souvislosti se studijními výsledky se zabývala i další studie (Psychogiou et al., 2020). Z výsledků je patrný nepřímý vliv postnatální deprese matky i otce na studijní výsledky dítěte v 16 letech věku. Zdá se, že postnatální deprese může být u zrodu budoucích psychických poruch týkajících se samotného dítěte. Studie, která se zaměřovala na psychopatologii dětí ve věku 11 let zjistila, že u dětí, jejichž matky trpěly poporodní depresí, byla až čtyřikrát vyšší pravděpodobnost výskytu psychiatrického onemocnění v porovnání s dětmi, jejichž matky poporodní depresí netrpěly (Pawlby et al., 2008).

Celkově lze říci, že PPD má významný vliv na zdraví a vývoj dětí. Autoři se shodují na důležitosti včasné diagnostiky a intervence pro matky trpící PPD a jejich děti, v ideálním případě doporučují zaměřit se na kvalitu rané interakce mezi matkou a dítětem (Psychogiou et al., 2020; Slomian et al., 2019).

2.3 Rizikové faktory související s poporodní depresí

Ačkoli přesná etiologie poporodní deprese zůstává nejasná (Meltzer-Brody, 2011), na základě množství studií či přehledových prací bylo objeveno až 25 rizikových faktorů, které mohou zvyšovat pravděpodobnost výskytu PPD (Hutchens & Kearney, 2020).

Přestože máme povědomí o důležitosti role **biologických rizikových faktorů** u vzniku PPD jako jsou reprodukční a stresové hormony, imunitní faktory, epigenetické faktory aj. (Meltzer-Brody 2011; Yim et al., 2015), s ohledem na naši studijní oblast a jisté omezení výzkumného projektu jsme se rozhodli zaměřit pozornost na vybrané **demografické, sociální a psychologické rizikové faktory**.

2.3.1 Předchozí psychopatologie

Prevalence depresivní symptomatiky během těhotenství se ukazuje být obdobná jako depresivní symptomatika po porodu (Milgrom et al., 2008; Woody et al., 2017). Bylo zjištěno, že depresivní symptomy, kterými trpí ženy po porodu, často začínají již během těhotenství (Raskin et al., 2016). V metaanalýze se **prenatální deprese a úzkost během**

těhotenství jevíly jako jedny z nejsilnějších prediktorů postnatální deprese (Beck, 2001). Ke stejným závěrům došli také Robertson et al. (2004), kteří ve svém systematické review zařadili depresivní symptomatologii a úzkost do kategorie silných až středně silných rizikových faktorů postnatální deprese. Prenatální deprese se ukázala jako nejčastěji identifikovaný rizikový faktor postnatální deprese také v další studii, která si kladla za cíl prohloubit porozumění rizikových faktorů PPD (Hutchens & Kearney, 2020).

Dalším významným faktorem přispívajícím k rozvoji PPD je jakákoliv psychopatologie v historii života ženy (Al-abri et al., 2023; Norhayati, 2015). Robertson et al. (2004) považují předchozí psychiatrické onemocnění, které nemá souvislost s těhotenstvím a porodem, za jeden z nejsilnějších rizikových faktorů postnatální deprese. Beck (2001) ve své metaanalýze zjistil středně silný vztah konkrétně mezi výskytem deprese kdykoli v historii ženy a postnatální depresí. V review, které se zaměřovalo na longitudinální studie provedené v Austrálii a na Novém Zélandu, se historie deprese ukázala jako jeden z nejsilnějších prediktorů PPD (Schmied et al., 2013). Podobně tomu bylo i ve srovnání studií v práci Zhao a Zhang (2020), kteří poukázali na to, že pokud se v historii žen objevila již jednou deprese, depresivní symptomatika či poporodní blues u předchozího těhotenství či po porodu, tato skutečnost zvyšovala riziko vzniku PPD u dalšího těhotenství. Rasmussen et al. (2017) ve své studii došli k podobnému závěru. Ženy, které během svého prvního těhotenství či po porodu užívaly antidepresiva či byly v kontaktu se zdravotnickým zařízením z důvodu depresivní symptomatiky, měly významně vyšší riziko vzniku afektivní poruchy také v případě svého druhého těhotenství. Riziko afektivní poruchy po porodu bylo nejvyšší u žen, které užívaly antidepresiva během obou těhotenství a nižší u žen, jež užívaly antidepresiva pouze během prvního těhotenství. Vědecké práce naznačují, že v souvislosti s PPD hraje významnou roli také historie úzkosti, která se vyskytla kdykoli v životě ženy (Al-abri et al., 2023; Schmied et al., 2013). Beck (2001) dospěl k závěru, že historie úzkosti je významným rizikovým faktorem pro PPD, konkrétně riziko PPD bylo nejvyšší u žen s historií panické poruchy a generalizované úzkostné poruchy. Navíc se ukazuje, že malý podíl na rozvoji postnatální deprese může mít i rodinná historie jakékoliv psychiatrické nemoci (Robertson et al., 2004).

Zdá se, že výsledky metaanalýz a systematických review jednoznačně ukazují, že prožívání deprese nebo úzkosti během těhotenství jsou významnými prediktory postnatální deprese. Celkově lze konstatovat, že předchozí psychopatologie je spojena se zvýšeným rizikem

vzniku PPD. Poznatky jednoznačně poukazují na potřebu sledování duševní pohody těhotných žen nejen po porodu, ale také během těhotenství.

2.3.2 Kvalita spánku

Kvalita spánku je proměnná, která hraje také důležitou roli jak v době těhotenství, tak v postnatálním období. Z výzkumů vyplývá, že ženy mají **zhoršenou kvalitu spánku** (častěji probouzení, kratší celková doba spánku, snížená doba v REM fázi spánku), a pociťují **nižší spokojenost se spánkem** již během těhotenství (Richter et al., 2019; Tsai et al., 2016; Wilson et al., 2011). Toto zhoršení může být zapříčiněno častým močením, bolestí zad, poruchou refluxu či neschopností najít ideální polohu na spaní (Cai et al., 2016; Mindell et al., 2015). Ukazuje se, že po narození dítěte se **kvalita spánku i spokojenost se spánkem** dále zhoršuje (Hunter et al., 2009; Richter et al., 2019), stejně tomu je i u délky spánku (Richter et al., 2019). Z longitudinálního výzkumu je patrné, že ženy vykazují nejnižší spokojenost se svým spánkem během prvních tří měsíců po porodu. Poté se spokojenost matek se spánkem zlepšuje. Přesto z výzkumu vyplývá, že ani po šesti letech nedosahuje jak spokojenost se spánkem, tak délka spánku té úrovně jako před těhotenstvím (Richter et al., 2019).

Vztah mezi **kvalitou spánku** a depresivními symptomy je již dobře znám (Alvaro et al., 2013). Výsledky výzkumů poukazují také na vztah mezi zhoršenou kvalitou spánku a postnatální depresí. Ze systematického review, které zkoumalo vztah mezi zhoršenou kvalitou spánku matek (konkrétně kombinaci spánkové deprivace a spánkové fragmentace) a postnatální depresí vyplývá konzistentní a významný vztah mezi těmito proměnnými (Bhati & Richards, 2015). Ke stejným výsledkům došla také nedávná práce zaměřená na přezkoumání systematických review a metaanalýz (Zhao & Zhang, 2020).

Výsledky další metaanalýzy také naznačují vztah mezi poruchami spánku během těhotenství a depresí po porodu (Maghami et al., 2021). Ve studii Solomonova et al. (2020) byla symptomatologie postnatální deprese nepřímo předpovídána spánkem během raného (nikoliv pozdního) těhotenství. Autoři poukazují na to, že spánek v raném těhotenství má zvláště silný vliv na vývoj symptomů deprese v pozdním těhotenství a následně může zhoršit depresivní symptomy po porodu.

Existují důkazy o tom, že narušený spánek matky během těhotenství i po porodu může ovlivnit rozvoj PPD, ovšem také to, že deprese může ovlivnit (zhoršit) spánek matky. Mnoho studií současně měří spánek a symptomy poporodních poruch, což znemožňuje právě určení

směru příčiny (Lawson et al., 2015). Navíc je třeba zmínit, že poruchy spánku jsou uvedeny mezi symptomy deprese (American Psychiatric Association, 2013). Dle výzkumníků, kteří se zaměřovali na analýzu studií zkoumajících vztah mezi postnatální depresí a kvalitou spánku matek, chybí studie zaměřené na příčinnou souvislost mezi poruchami spánku a postnatální depresí. Přesný mechanismus těchto proměnných tedy zůstává nejasný (Bhati & Richards, 2015).

2.3.3 Komplikace během těhotenství nebo porodu

Systematické review, ve kterém byly analyzovány výsledky z 16 rozsáhlých studií naznačuje, že **komplikace související s těhotenstvím a porodem** (jako jsou preeklampsie, hyperemesis, předčasný porod, císařský řez, využití nástrojů během porodu, nadměrné krvácení během porodu) mohou sice minimálně, ale stále významně souviset s rozvojem postnatální deprese (Robertson et al., 2004). V další metaanalýze se z konkrétních událostí spojených s porodem jako jeden z rizikových faktorů postnatální deprese objevil také výskyt **epidurální anestezie** během vaginálního porodu (Liu et al., 2022).

V novějším systematickém review Moameri et al. (2019), které bylo zaměřeno pouze na **císařský řez** a spojitost s postnatální depresí, byl císařský řez spojen s vyšším rizikem postnatální deprese ve většině studií. **Akutní císařský řez** byl přitom spojen s vyšším rizikem postnatální deprese ve srovnání s **plánovaným císařským řezem**. Dřívější metaanalýza dospěla k témuž závěru (Xu et al., 2017). Autoři Zhao a Zhang (2020) vidí potenciální mechanismy, které mohou hrát roli u císařského řezu a vzniku PPD v prožívaném stresu, který se pojí s chirurgickým zákrokem, a také ve změně hladiny interleukinu 6. Císařský řez totiž zvyšuje hladinu interleukinu 6 a v souvislosti s depresí je již dobře znám (Hebisch et al., 2004; Ting et al., 2020).

Některé práce se zaměřily na vnímání samotného porodu ženami, tedy na **subjektivní prožitek z porodu**. Studie naznačují, že pozitivní porodní zážitek může podpořit u žen jejich osobní růst, sebehodnocení a pomoci v úspěšném započetí mateřství, zatímco negativní prožitek z porodu může negativně ovlivnit psychický stav ženy (Nilvér et al., 2017; Smarandache et al., 2016; Raudasoja et al., 2022). Výsledky systematického review poukazují na to, že **negativní zážitek z porodu** může hrát roli u vzniku postnatální deprese, tuto souvislost zaznamenalo 11 z 15 studií (Bell & Andersson, 2016). Nedávná česká studie potvrdila, že nižší spokojenost s porodem může zvýšit riziko vzniku postnatální deprese (Urbanová et al., 2021). Autoři Bell a Andersson (2016) hypotetizují nad tím, že negativní

vnímání porodu může být významnější rizikový faktor postnatální deprese než objektivní faktory během porodu, jako jsou komplikace během porodu či možnost dělat rozhodnutí během porodu aj. Tento předpoklad dokreslují také výsledky výzkumu, ve kterém bylo zjištěno, že pokud ženy vnímaly bezpečné a podpůrné prostředí ze strany osob, které se účastnily porodu, jejich dlouhodobé vzpomínky na porod byly pozitivní, a to i v případě výskytu komplikací či obtíží u porodu (Stadlmayr et al., 2009). Tato zjištění poukazují na to, jakou roli může hrát podporující péče ze strany zdravotníků účastnících se porodu na pozitivní zážitek z porodu a jak mohou tito lidé přispět k prevenci PPD (Bell & Andersson, 2016).

2.3.4 Problémy s kojením

Systematické review, které se zaměřovalo na depresi v souvislosti s kojením, poukázalo na to, že kojení má souvislost s postnatální depresí, a to především v případě předčasného ukončení kojení. Studie, které byly v review zahrnuty naznačují, že depresivní symptomy po porodu předcházejí a vedou k brzkému ukončení kojení. Autoři práce se domnívají, že **negativní zkušenosti s kojením** mohou být rizikovým faktorem postnatální deprese. Přesný mechanismus zatím není dobře prozkoumán (Dias & Figueiredo, 2015).

Zajímavé jsou výsledky studie, ve které byla zjištěna spojitost mezi **spokojeností s kojením** a symptomy postnatální deprese. Ženy, které vykazovaly vyšší spokojenost s kojením (ve výzkumu definováno jako ženy s hodnocením nad mediánem) vykazovaly, narozdíl od žen s nižší spokojeností s kojením, absenci symptomů postnatální deprese. Autoři studie věří, že nižší úroveň mateřské spokojenosti s procesem kojení může být u vzniku postnatální deprese či tyto depresivní symptomy zhoršit. Doporučují proto v péči o duševní zdraví žen po porodu věnovat pozornost také spokojenosti s kojením (Avilla et al., 2020).

2.3.5 Partnerský vztah a sociální opora

Je prokázáno, že interpersonální vztahy hrají důležitou roli v souvislosti s depresí ve všech životních obdobích ženy (Hammen, 2003). Existuje jistý konsenzus o tom, že **kvalita interpersonálních vztahů a sociální opory** může ovlivňovat depresi také v době těhotenství či v poporodním období (Beck 2001; Norhayati, 2015; Yim et al., 2015, Hutchens & Kearney, 2020). **Nedostatek sociální opory** se v analýze přehledových článků ukázal jako významný prediktor PPD (Al-abri et al., 2023). Hutchens & Kearney (2020) došli k závěru, že nedostatek sociální opory patří k nejčastěji identifikovaným rizikovým faktorům PPD. Často se ve studiích objevuje tzv. **vnímaná sociální opora**, což může být chápáno jako

přesvědčení, že sociální podpora je k dispozici, pokud je potřeba. Důkazy naznačují, že nedostatek vnímané sociální opory vychází jako rizikový faktor vzniku postnatální deprese ve většině studií (Yim et al., 2015).

Špatná kvalita partnerského vztahu se v review, které zkoumalo longitudinální studie, jevila jako významný prediktor PPD (Schmied et al., 2013). Není překvapující, že ženy, které zažily násilí ze strany partnera během těhotenství, měly zvýšené šance na výskyt deprese jak během těhotenství, tak po porodu (Al-abri et al., 2023). **Konfliktní, zneužívající nebo nepodporující vztahy** mohou zvyšovat riziko postnatální deprese, zatímco kvalitní vztahy jsou považovány za jasný protektivní faktor. Kromě vztahu k partnerovi je významný vztah žen s vlastní matkou. Důkazy o roli přátel či ostatních členů rodiny, případně samotný partnerský status v souvislosti s depresivní symptomatikou žen po porodu, jsou méně konzistentní (Yim et al., 2015).

2.3.6 Stresující životní události, traumatizující situace

Dle systematického přehledu Yim et al. (2015) lze stresory související s PPD rozdělit do dvou základních kategorií:

1. Chronické stresory – tyto stresory jsou trvalejší zdroje stresu, které přetrvávají delší dobu. Řadí se tam například **stres z rodičovství a stres týkající se péče o děti**. Tento stres je chápán jako vnímaná nerovnováha mezi požadavky rodičovství nebo péči o malé děti a dostupnými zdroji. Většina studií o stresu z rodičovství obecně uvádí významné souvislosti s postnatální depresí (Yim et al., 2015). V metaanalýze byl stres z rodičovství označen za prediktor postnatální deprese se střední velikostí efektu (Beck, 2001). V analýze systematických review byl stres spojený s péčí o dítě označen za faktor, který má k PPD nadprůměrně silný vztah (Al-abri et al., 2023). Některé studie zkoumaly specifické zátěže spojené s rodičovstvím jako je péče o novorozence s obtížným temperamentem, kolikou nebo neobvykle silným pláčem. Většina prací zaznamenala významné spojitosti mezi těmito proměnnými a projevy deprese (Yim et al., 2015). Temperament novorozence se ukázal jako středně silný rizikový faktor PPD také v práci Al-abri et al. (2023). Jak se ukázalo, důležitou roli u rozvoje PPD nehrají jen konkrétní stresory, ale také tzv. **vnímaný stres** neboli pocity přetížení a neschopnosti zvládat situace. Mnoho studií prokázalo souvislost mezi vnímaným stresem a symptomy postnatální deprese (Yim et al., 2015).

2. Epizodické stresory – jedná se o stresové situace, které jsou náhlé a mají krátkodobější charakter. Výzkumy poukazují na vztah mezi **stresujícími životními událostmi** od

extrémnějších stresorů jako je ohrožení smrti, svědectví násilného činu, až po méně závažné stresory jako jsou například ekonomické stresory (Al-abri et al., 2023; Yim et al. 2015). Ačkoli nebylo provedeno velké množství studií zkoumajících **katastrofické události** jako je například zemětřesení, hurikán a souvislost s postnatální depresí, všechny výzkumy, které byly provedeny naznačují významnou souvislost s depresivními symptomy (Yim et al., 2015). Zdá se, že druh a závažnost životních událostí jsou relevantní (Yim et al., 2015). (Denní nepříjemnosti–přidat?)

Zajímavé jsou výsledky výzkumu Doyle a Klein (2020), kteří se snažili syntetizovat výsledky výzkumů týkajících se **pandemie covidu-19** v souvislosti s rizikovými faktory PPD. Autoři výzkumu vytvořili hypotézu, že během pandemie covidu-19 došlo díky samotné pandemii a některým povinným omezením, které měly zamezit šíření covidu-19 k současnému ovlivňování několika známých rizikových faktorů vzniku PPD. Mezi tyto rizikové faktory patřily: vnímaná nízká sociální podpora, expozice traumatickým událostem během těhotenství či po porodu, významné životní události během těhotenství, vyšší pocíťovaný stres spojený s péčí o děti. Z nedávných dostupných systematických přehledů a metaanalýz vyplývá, že během covidu stoupl průměrný výskyt PPD zhruba na 28 % (Al-abri et al., 2023).

Je důležité poznamenat, že rizikové faktory se vzájemně mohou prolínat a ovlivňovat. Přestože byly identifikovány různé rizikové faktory PPD, poporodní deprese je komplexní stav, který vyžaduje individuální přístup ke každé ženě (Hutchens & Kearney, 2020).

2.4 Léčba poporodní deprese

Optimální terapie PPD by měla být multidisciplinární a měla by směřovat k úlevě od symptomů deprese a také k minimalizaci vlivu na dítě a zlepšení mateřských dovedností (Batt et al., 2020; Stewart & Vigod, 2019). I přes to, že se v poslední době o PPD ve společnosti otevřeněji diskutuje, pro mnohé ženy je vyhledání odborné pomoci stále značně stigmatizující záležitost. Dostupné způsoby léčby jsou využívány nedostatečně (Frieder et al., 2019). Z dostupných důkazů vyplývá, že při identifikaci psychických problémů žen během období těhotenství a po něm sehrávají důležitou roli porodní asistentky (PA), které ženám často pomáhají nejen s fyzickými záležitostmi, ale také se samotnou psychickou podporou (Coates & Foureur, 2018). V této podkapitole popíšeme často diskutované druhy léčby PPD.

2.4.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba se primárně doporučuje pro těžké formy PPD, a to buď samostatně, nebo ve spojení s psychoterapií. Existuje několik farmaceutických intervencí pro prenatální i postnatální depresi, většina z nich však byla přizpůsobena z léčby hlavních depresivních poruch (Frieder et al., 2019). Důležitým aspektem při používání farmakoterapie jak u prenatální, tak u postnatální deprese je zohlednění možného rizika pro dítě, ať už u těhotných žen či u kojících žen. Některá antidepresiva mohou prostupovat placentou a plodovou vodou a dále pak mateřským mlékem (Stewart & Vigod, 2019)

Farmakologická léčba prenatální i postnatální deprese obvykle zahrnuje použití **antidepresiv**, přičemž selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jako jsou **sertralin, fluoxetin a escitalopram**, jsou často první volbou vzhledem k jejich obecně dobré snášenlivosti. Nejvíce zkoumán byl prozatím sertralin – konkrétně u něj většina studií nezjistila detekovatelnou hladinu léku u kojených dětí. Využít lze i jiné druhy antidepresiv, jako jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu či atypická antidepresiva. V těchto případech však nemáme dostatečné množství výzkumů, které by se zaměřovaly na rizika pro plod či přechod farmaka do mateřského mléka (Stewart & Vigod, 2019).

Vzhledem k poznatkům o úloze pohlavních hormonů, jako je **estradiol** či **progesteron** v činnosti mozku a při vzniku afektivních poruch, se některé studie zabývaly potenciálně pozitivními účinky těchto hormonů na PPD (Moses-Kolko et al., 2009; Wisner et al., 2015). Důkazy o účinnosti těchto hormonů na PPD jsou zatím nedostačující a je vyžadováno další zkoumání (Frieder et al., 2019).

Nově schválenou látkou ve farmakoterapii PPD je **brexanolon**, který je intravenózně podávanou syntetickou formou allopregnanolonu. Jeho velkou předností je rychlý účinek a ve výzkumech se objevuje významné zlepšení stavu pacientek s PPD (Frieder et al., 2019). Brexanolon je schválen pro léčbu středně těžké a těžké PPD v USA od roku 2019 (Dacarett-Galeano & Diao, 2019).

V současném rozsáhlém výzkumu se objevují farmaceutické přípravky **SAGE-217** (orální tablety) a **ganaxolon** (intravenózní/orální přípravek), obě léčiva jsou syntetické allopregnanolonové analogy a působí na GABA receptory, podobně jako brexanolon. Předběžné údaje z klinických studií poukazují na pozitivní účinky u pacientek s PPD. Tyto

látky jsou v současné době ve stádiu klinických studií, ale vykazují slibné výsledky ve snižování symptomů PPD (Frieder et al., 2019).

2.4.2 Psychoterapie

Z výzkumů je patrné, že většina žen primárně preferuje nefarmakologické možnosti léčby a častěji této možnosti dávají přednost před léčbou léky (Dennis & Hodnett, 2007; Stuart, 2012; Kim et al., 2011). Pro lehkou až středně těžkou PPD je primárně doporučováno využití psychoterapie (Stewart & Vigod, 2019). Na poli výzkumu se v souvislosti s léčbou PPD nejčastěji objevuje interpersonální či kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

2.4.3 Interpersonální terapie

O'Hara et al. (2000) provedli výzkum hodnotící účinnost interpersonální psychoterapie (IPT) u žen trpících postnatální depresí. Účastnicemi jejich studie bylo 120 žen v poporodním období, splňujících DSM-IV kritéria pro hlavní depresivní epizodu. Ženy byly náhodně rozděleny do dvou skupin: jedna podstupovala 12 týdnů interpersonální terapie, zatímco druhá byla zařazena do kontrolní skupiny s odloženou intervencí. Výsledky ukázaly, že ženy, které podstoupily IPT, vykázaly významný pokles skóre v Hamiltonově škále pro hodnocení deprese (HRSD) a také došlo k významnému poklesu na Beckově inventáři deprese (BDI). Účinnost IPT při léčbě PPD dokládají také další výzkumy (Brandon et al., 2012; Mulcahy et al., 2010; Reay et al., 2012).

Metaanalýza porovnávající jednotlivé přístupy k léčbě PPD mimojiné ukázala, že psychologické intervence, které využívaly IPT, měly na ženy s PPD větší efekt než ty, které využívaly kognitivně behaviorální přístup (Sockol et al., 2011). Autoři klinické studie zjistili, že matky, které absolvovaly kombinovanou terapii (interpersonální terapie + antidepressiva), neprokázaly významnější zlepšení depresivních symptomů ve srovnání s těmi, které absolvovaly pouze interpersonální terapii (Reay et al., 2012). Někteří odborníci považují interpersonální psychoterapii za nejúčinnější a nejlépe ověřený způsob léčby poporodní deprese a tvrdí, že interpersonální terapie by měla být považována za první volbu při léčbě PPD (Stuart, 2012).

2.4.4 Kognitivně-behaviorální terapie

I přes výše uvedené je třeba zmínit, že významnou pomoc může nabídnout také kognitivně-behaviorální terapie, která lze velmi dobře přizpůsobit na etapu po porodu (Dennis & Hodnett, 2007). Nedávno byla provedena revize literatury s cílem zhodnotit účinnost

kognitivně-behaviorální terapie při léčbě PPD. Bylo analyzováno dvanáct komparativních studií a výsledky ukázaly, že KBT se zdá být ve srovnání s kontrolní skupinou, ve které ženy podstupovaly pouze běžnou primární péči, účinná (Haseli & Mohammadi, 2019). Milgrom et al. (2005) poukazuje na účinnost kognitivně-behaviorální terapie při léčbě PPD, a to jak v individuálním, tak skupinovém formátu.

Otázkou pro mnohé ženy však zůstává, jak se v tak náročném období do terapie zapojit, a to z hlediska logisticky-praktického. Některé studie naznačují, že účinné jsou také **online verze KBT**, které jsou pro některé matky vhodnější. Jde zejména o ty matky, které mohou mít obtíže dostat se na osobní sezení kvůli logistickým překážkám (Danaher et al., 2013).

2.4.5 MumMoodBooster: využití online intervencí

Zajímavý přístup pro podporu a terapeutickou intervenci, nabízí inovativní webový program, který byl konkrétně navržený ženám s postnatální depresí. Tento program obsahuje prvky kognitivně-behaviorální terapie (KBT), jež jsou zaměřeny na snížení symptomů deprese. Ženy pracují prostřednictvím modulů, díky kterým se učí dovednostem, jak zlepšovat náladu a duševní zdraví.

Studie Danaher et al. (2013) **program MumMoodBooster** testovala a zjišťovala, jak tento program ženy přijímají a jak je pro ně prakticky proveditelný. Výsledky této studie byly pozitivní: program byl ženami velmi dobře přijat a většina žen, které se účastnily programu, ho dokončila a projevila vysokou míru spokojenosti. Data rovněž naznačovala, že účastnice po dobu trvání intervence vykazovaly snížení symptomů deprese. V neposlední řadě ho uživatelky hodnotily pozitivně ve vztahu k použitelnosti, obsahu a designu. V roce 2016 byla provedena další studie, která hodnotila účinnost MumMoodBoosteru v kontrolovaném prostředí. Ve srovnání s kontrolní skupinou výzkumníci zaznamenali snížení depresivních symptomů u žen, které program podstoupily (Milgrom et al., 2016).

Z našeho pohledu se jedná o uživatelsky velmi přívětivou platformu, díky níž mohou novopečené maminky čelit potenciálním bariérám a mít dostatek podpory a dovedností pro zvládnutí depresivních symptomů. V České republice je dostupná aplikace Kogito (www.kogito.cz), která byla vyvinuta v Národním ústavu duševního zdraví.

2.4.6 Mindfulness

Mindfulness, známá také pod názvem bdělá pozornost, patří mezi terapie zaměřující se na výcvik mysli, zejména pozornosti, aby byl člověk schopný plně prožívat přítomnost, a to bez jakéhokoliv hodnocení. Například studie Dimidjian et al. (2016) naznačuje, že mindfulness může být užitečná i pro matky s PPD zejména v tom, že praktickým a důsledným nácvikem (obvykle v délce minimálně osm týdnů) snižuje úroveň stresu a zvyšuje emoční pohodu.

2.4.7 Skupinová terapie a podpůrné skupiny

Ani síla sdílení a podpory žen s podobnou zkušeností není v terapii zanedbatelná. Skupinová terapie poskytuje prostředí, kde ženy mohou sdílet své zkušenosti a strategie, jak zvládat nejen péči o dítě, ale také široké spektrum náročných emocí. Autoři review zaměřeného na účinnost skupinové terapie konstatují, že skupinová terapie může být účinným přístupem k léčbě poporodní deprese (Goodman & Santangelo, 2011). V České republice tento typ podpory nabízí organizace Úsměv mámy, a to hned v několika českých městech.

2.4.8 Terapie zaměřená na vztah mezi matkou a dítětem

Jak bylo již zmíněno výše, postnatální deprese vážně ohrožuje vazbu mezi matkou a dítětem. Jednou z možností terapeutické léčby je proto přístup zaměřený na optimalizaci vzájemné interakce a vytváření pozitivní vazby mezi matkou a dítětem (Śliwerski et al., 2020). Studie publikovaná Murray et al. (2003) ukázala, že terapie, která se specificky zaměřuje na matku a její interakce s dítětem, nejenže přináší pozitivní vliv na samotnou matku, ale také má pozitivní vliv na vývoj dítěte a vztah mezi dítětem a matkou. Důležitým aspektem tohoto přístupu je povzbuzení matky k pozitivní interakci s dítětem, posílení vazby a vytváření pozitivního prostředí, které dítě stimuluje.

3 OČEKÁVÁNÍ OHLEDNĚ SPÁNKU DĚTÍ

Novopečení rodiče se mohou cítit zaskočení nároky a povinnostmi, které se s rodičovstvím po narození dítěte pojí. Ve výzkumu, který kvalitativně zkoumal výpovědi novopečených rodičů, většina účastníků uváděla šokující náraz s realitou po přinesení novorozence domů z porodnice. Rodiče si období po porodu pojili s představou velké radosti a spokojenosti, přičemž ideální obrazy byly narušeny vyčerpáním, úzkostí a zmatkem. Rodiče ve výpovědích ohledně očekávání často popisovali svou naivitu, idealizaci role rodiče, byli překvapeni, jak moc realita nesouhlasila s jejich představami. Byť rodiče naznačovali, že dopředu chápali výzvy, kterým pravděpodobně budou čelit (pláč novorozence a narušený spánek), nebyli dostatečně připraveni na to, jak moc to ovlivní jejich život. Mnozí popisovali, že se namísto ideálního života, který si představovali, se dostali do „režimu přežití“. V nejlepším případě vedla jejich nerealistická očekávání k mírnému zklamání, u některých vyvolala otázky ohledně jejich normálnosti a ovlivnila jejich sebevědomí. Autor vyvozuje, že tato nerealistická očekávání pravděpodobně vznikla kvůli nedostatečné přípravě před porodem (Hall, 2006).

Ženy ve studii Berggren-Clive (1998) popisovaly nesoulad mezi svými očekávaními a realitou spojenou s mateřstvím v sedmi oblastech: **porod, záležitosti týkající se jejich dětí, záležitosti týkající se jejich samotných jako matek, vztah s partnerem, podpora od rodiny a přátel, životní události a fyzické změny**. Ve výzkumu se zřetelně ukázalo, že nerealistická očekávání spojená s představou o sobě jako o dokonalých matkách mohou významně přispět ke vzniku postnatální deprese, neboť ženy nakonec nemohou dostat těmto nereálným ideálům. Dle autorky hraje v tomto rámci klíčovou roli pocíťovaný sociální tlak. Bylo zjištěno, že rozpor mezi očekáváním a realitou související s narozením dítěte může ovlivnit partnerskou spokojenost (Lawrence, 2007). V dalším výzkumu se ukázalo, že nenaplněná očekávání rodičů mohou být spojena s horším přizpůsobením se na rodičovskou roli (Delmore-Ko et al., 2000).

Z metasyntézy, která zkoumala 18 kvalitativních studií o poporodní depresi, vyvstala **diskrepance žen mezi očekáváním a realitou mateřství** jako jedno z témat, které hraje důležitou roli v rozvoji **postnatální deprese**. Z osmi studií zahrnutých do této metasyntézy vyvstala nenaplněná očekávání žen jako klíčová v rozvoji depresivních symptomů. Ženy, které vykazují depresivní symptomy velmi často zažívají konflikt mezi tím, jak si představovaly mateřství a mezi svými vlastními zkušenostmi v realitě (Beck, 2002). Silné

spojení mateřského očekávání a depresivních symptomů se také prokázalo ve výzkumu Eastwood et al. (2012). V rozporu je zjištění studie Muscat et al. (2012), ve které rodiče měli realistická očekávání, a také se zde neprokázala souvislost s depresivními symptomy.

Ve výzkumu Ou et al. (2022) matky uváděly, že cítily přetrvávající, intenzivní **hněv**, pokud jejich očekávání bylo v rozporu s realitou po narození dítěte. Často se cítily špatně, jako by slevily ze svých představ, hodnot, které si nastavily. Za ústřední téma v souvislosti s očekáváním a následnou realitou se ve výzkumu jevil právě **spánek kojenců**.

Zdá se, že **očekávání ohledně spánku dítěte** se týká většinou vývoje spánku dětí a také rodičovského chování v souvislosti s dětským spánkem. Velmi časté je očekávání rodičů týkající se uspořádání spánku. Rodiče (v západních společnostech) očekávají, že dítě bude po narození spát samostatně (Ball, 2003). Zdá se, že předporodní fantazie o zdravém spánku miminka ve své vlastní pečlivě připravené postýlce se realizují zřídka. I cizí lidé se často ptají, zda je miminko „hodné“, zda spí celou noc. Dle některých autorů mohou nerealistická očekávání neúmyslně posilovat také lékaři. Západní posedlost samostatným kojeneckým spánkem vede rodiče k tomu, že dříve nebo později přemýšlí, zda jsou spánkové vzorce jejich kojenců „normální“, co by mohli nebo měli dělat jinak a zda by něco, co nedělají, by nemohlo pomoci jejich dítěti usnout rychleji, spát déle nebo prospat celou noc (Ball, 2020; Barry, 2021).

Ukazuje se, že problémy se spánkem často vycházejí z kulturně konstruovaných definic a očekávání. Někteří autoři se domnívají, že kulturou definovaný způsob (očekávání), jak by mělo dítě spát, nemusí odpovídat spánkové biologii, psychickým potřebám a individuálním charakteristikám dítěte. Může to znamenat, že rodičovské strategie ohledně ukládání dítěte ke spánku, které nejlépe uspokojí zájmy a potřeby dospělých v dané společnosti, nemusí být ve shodě s potřebami dětí, které to dávají rodičům najevo (Jenni & O'Connor, 2005).

Výsledky nové studie zaměřené konkrétně na očekávání budoucích rodičů ohledně uspořádání spánku a následnou realitou naznačují, že tento rozdíl hraje klíčovou roli v depresivních příznacích rodičů, bez ohledu **na skutečné místo spánku**. Z výsledků vyplývá, že rodiče s diskrepancí mezi očekávaným a reálným uspořádáním spánku po narození dítěte vykazovali více depresivních příznaků než rodiče, kteří tuto diskrepanci neměli. Tzv. reaktivní spánkové uspořádání, je spojeno s vyšším výskytem příznaků deprese (Chénier-Leduc et al., 2023).

Mindell et al (2022) na základě studie uvádí, že přítomnost diskrepance mezi očekáváním a realitou může mít také vliv na to, co považují rodiče za normální a co za problematický spánek. Ve studii Ramos et al. (2007) autoři poukázali na to, že rodiče, kteří společný spánek neplánovali a po narození dítěte společně s dítětem spí, spánek považují za více problematický než rodiče, kteří společný spánek plánovali. Autoři Chénier-Leduc et al. (2023) tyto informace propojují a hypotetizují nad tím, že rodiče, jejichž očekávání ohledně spánku dětí se liší od následné reality, častěji vnímají reálný spánek svého dítěte jako problémový, což může vést ke zvýšenému riziku depresivních symptomů.

Ačkoli optimistická přesvědčení mohou chránit rodiče před stresem již během těhotenství, mohou také vést k podceňování budoucích výzev, které se pojí s rodičovstvím (Hall, 2006). Autoři Ou et al. (2022) se domnívají, že poporodní stav lze mimo jiné ovlivnit tím, že se sníží/omezí očekávání rodičů. Také další studie naznačuje, že realistické očekávání mohou pomoci přizpůsobit se výzvám rodičovství (Delmore-Ko et al., 2000). Tuto skutečnost podtrhují i závěry výzkumu Hall (2006), který kvalitativně vyhodnocoval výpovědi rodičů ohledně očekávání rodičovství a následnou realitu. Účastníci byli kategorizováni do tří skupin: ultraorganizovaní rodiče, ultrareloxovaní rodiče a ti rodiče, kteří byli šokováni realitou. Ti, kteří byli ultraorganizovaní a důkladně se na realitu připravili, hlásili plynulejší přechody do rodičovství. Také další studie přišla se zjištěním, že rodiče, kteří byli před porodem lépe připraveni, měli během sledovaného období po porodu nižší míru stresu a deprese než ti, kteří nebyli tak dobře připraveni. Platilo to jak u žen, tak u mužů. Autorka výzkumu podtrhuje potřebu vylepšení prenatálního vzdělávání, zejména s ohledem na zahrnutí informací o rodičovství do kurzů, které jsou zaměřeny převážně na porod.

Ball et al. (2020) vyvinuli ve spolupráci s dalšími odborníky program „Spánek, miminko a ty“. Jeho cílem je pomoci rodičům upravit nerealistická očekávání ohledně spánku kojenců. Program obsahuje informace o normálním vývoji spánku kojenců, nabízí tipy na budování zdravých návyků, podporuje responzivní přístup k péči o miminko. Namísto striktních technik zaměřených na změnu chování miminka se zaměřuje spíše na podporu rodičovské pohody a celkový well-being rodičů. V této souvislosti obsahuje také rady na zvládání stresu a úzkosti u rodičů. Autoři usilují o to, aby se program „Spánek, miminko a ty“ stal univerzálně dostupnou intervencí v rámci britského Národního zdravotního systému (NHS) a byl tak poskytován v rámci předporodní a poporodní péči.

V návaznosti na poznatky Ball et al. (2020) jsme přesvědčeni, že zlepšením prenatálního vzdělávání je možné snížit očekávání rodičů ohledně spánku dětí. Snížená očekávání pak

mohou vést k menšímu stresu u rodičů po narození dítěte, což může mít pozitivní vliv na jejich psychickou pohodu a celkovou spokojenost s rodičovstvím. V České republice vnímáme informovanost v oblasti spánku kojenců jako nedostatečnou. Předporodní kurzy se obvykle zaměřují na témata, jako jsou porod, kojení či péče o novorozence, zatímco přizpůsobení se rodičovství či problematika spánku je často opomíjena. Implementace komplexního programu prenatálního vzdělávání zaměřeného mimo jiné na spánek kojenců by tak v českém prostředí znamenala významný posun v oblasti podpory rodičů po porodu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Spánek dětí je téma, které přitahuje značnou pozornost odborníků a výzkumníků z důvodu jeho významu pro celkový vývoj dítěte. Existuje více oblastí, které se se spánkem dětí pojí a které polarizují vědeckou obec (Vega et al., 2017). Vzhledem k tomu, že nejčastěji je zájem upírána na spánek novorozenců a kojenců, konkrétně na jejich spánkové zvyklosti (Dias et al., 2018), rozhodli jsme zaměřit pozornost na tuto věkovou skupinu. Spánek dětí má obvykle těsnější vztah k matkám než k otcům, obzvláště během prvních měsíců života (Härdelin et al., 2021), proto v našem výzkumu sledujeme pouze ženy/matky. Vzhledem k tomu, že už samotné těhotenství radikálně mění různé aspekty života ženy, do výzkumu jsme zapojily ženy již ve třetím trimestru těhotenství. Jedna nedávná metaanalýza naznačuje, že kvalita spánku žen klesá od druhého k třetímu trimestru těhotenství (Sedov et al., 2018). Z tohoto důvodu jsme si vybrali jako jednu ze stěžejních proměnných kvalitu spánku žen, a to opakovaně – ve třetím trimestru těhotenství a po ukončeném šestinedělí.

Druhou stěžejní oblastí práce je pak poporodní deprese. Jak vyplývá z analýz dostupné literatury, v oblasti výzkumu PPD, konkrétně u rizikových faktorů PPD, je relativně časté zaměření na kvalitu spánku dětí či kvalitu spánku matek (Bhati & Richards, 2015; Zhao & Zhang, 2020), méně pozornosti se v oblasti spánku věnuje zkoumání diskrepance mezi očekáváním a realitou. Dostupné výzkumy naznačují, že očekávání ohledně spánku dětí mohou být ovlivněna kulturními vlivy a zvyklostmi dané společnosti v konkrétním čase, přičemž tyto konstrukty nemusí být v souladu s biologii a specifikacemi spánku takto malých dětí (Jenni & O'Connor, 2005). Z tohoto důvodu se nám zdá vhodné zaměřit pozornost na diskrepanci mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dětí a také na vnímání rodičů ohledně spánkového chování, protože jak vyplývá z výzkumů, rodiče vnímají spánkové chování svých dětí různě. Vnímání spánkového chování jako problematického je mnohdy subjektivní (Dai & Liu, 2021).

V této práci se zaměřujeme na prozkoumání souvislosti mezi očekáváním ohledně spánku dětí a jejich následnou realitou. Dále také na to, jak tato diskrepance může být ve vztahu s postnatální depresí matek. Domníváme se, že očekávání mohou hrát roli v rozvoji postnatální deprese, zejména pokud jsou tato očekávání nenaplněna. Jak uvádí některé výzkumy, rodiče po narození dítěte mohou cítit hněv a frustraci, pokud se realita neshoduje s jejich představami (Ou et al., 2022). Nedostatek spánku, který je jedním z faktorů, které mohou zvyšovat riziko poporodní deprese, může také dále ovlivnit schopnost matky

vyrovnat se s každodenními stresory, což zvyšuje její zranitelnost vůči depresi (Bhati & Richards, 2015; Zhao & Zhang, 2020).

Na základě naší analýzy dostupných zdrojů jsme došli k závěru, že v českém prostředí neexistuje žádná studie, která by se zaměřovala na očekávání rodičů ohledně spánku dětí v souvislosti s poporodní depresí. Domníváme se, že studie, které by zkoumala spánek dětí v širším kontextu, umožní rozšířit znalosti o faktorech, které mohou ovlivňovat duševní zdraví matek v období po porodu, a přispěje tak k lepšímu porozumění této problematice. Zajímá nás, zda mají ženy realistická očekávání ohledně spánku dětí, a také, jak tento nesoulad souvisí s depresivní symptomatikou žen v šesti týdnech po porodu. Položili jsme si i další otázky: Bude se v našem souboru lišit kvalita spánku žen ve třetím trimestru těhotenství a po porodu? Je námi sledovaná diskrepance faktor, který hraje důležitou roli v rozvoji postnatální deprese? Souvisí s postnatální depresí další, námi zjišťované údaje, jako například subjektivní prožívání porodu a další?

Vzhledem k tomu, že v ČR není tomuto tématu věnována dostatečná pozornost, přistupujeme k výzkumu jako k pilotní studii, která pomůže naznačit odpovědi na stěžejní otázky. Předpokládáme, že se tento výzkum může stát odrazovým můstkem pro další studie, které budou tento fenomén zkoumat z více pohledů a budou definovat a přesně určovat další faktory, které se podílí na rozvoji či prohloubení depresivní symptomatiky u žen po porodu.

4.1 Výzkumné cíle, hypotézy

Vzhledem k povaze výzkumného problému a na základě dostupné literatury jsme si zvolili následující výzkumnou otázku: „*Liší se představy o spánku dětí, které mají budoucí matky během těhotenství s reálným spánkem jejich narozených dětí?*“

S touto otázkou jsme si stanovili hlavní cíl práce:

1. Zjistit, zda se liší představy o spánku dětí, které mají budoucí matky během těhotenství s reálným spánkem jejich dětí.

Dále jsme si stanovili následující cíle práce:

2. Zjistit, zda má diskrepance mezi očekáváním a reálným spánkem dětí souvislost s postnatální depresí.
3. Zjistit, které ze sledovaných proměnných souvisí s postnatální depresí:
 - a. Souvisí postnatální deprese s hodnocením spánku dítěte matkou? Jak?
 - b. Souvisí postnatální deprese s porodním zážitkem ženy?
4. Zjistit, zda podpora doly/porodní asistentky (PA) po porodu souvisí s vnímáním spánku dítěte matkou.
5. Zjistit, jak se mění kvalita spánku žen ve třetím trimestru těhotenství a po porodu (po ukončeném šestinedělí).
6. Zjistit, zda má kvalita spánku žen po ukončeném šestinedělí souvislost s postnatální depresí.

Na základě stanoveného hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu jsme definovali následující výzkumné hypotézy²:

H1: Existuje rozdíl mezi celkovým skóre PRE_BISQ a celkovým skóre POST_BISQ.

H2: Větší rozdíl mezi PRE_BISQ a POST_BISQ pozitivně koreluje s dosahováním vyššího skóre v EDPS.

² Vzhledem k tomu, že pro ověření některých hypotéz bylo zapotřebí porovnat hodnoty stejného testu z první a druhé fáze studie, pro lepší přehlednost používáme zkratky PRE a POST, značící dosažené hodnoty z 1. fáze výzkumu (PRE) a druhé fáze výzkumu (POST), podrobněji viz kap. 7

H3: Dosažené skóre v subškále Parent perception (PP³) z BISQ negativně koreluje s celkovým skóre v EPDS.

H4: Míra traumatizace z porodu pozitivně koreluje s celkovým skóre v EPDS.

H5: Matky, které využívají podporu duly/PA po porodu, dosahují vyšších hodnot na subškále PP v BISQ než matky bez podpory duly/PA.

H6: Ženy po ukončeném šestinedělí dosahují vyššího skóre na škále PSQI než ve třetím trimestru těhotenství.

H7: Celkové skóre v POST_PSQI pozitivně koreluje s celkovým skóre v EPDS.

Kromě výše zmíněného jsme sledovali také další jevy, které ale nejsou součástí definovaných hypotéz a slouží jako doplňující informace, jež napomáhají k pochopení studované problematiky a naplnění cílů práce. Zároveň mohou sloužit jako podněty pro další specificky zacílené výzkumy. Mezi tyto oblasti například patří: zmapovat podíl dobrých a špatných spáčů ve třetím trimestru těhotenství a po ukončeném šestinedělí, prozkoumat výskyt postnatální deprese, z jakých zdrojů si matky zjišťovaly informace ohledně spánku novorozenců a kojenců, zmapovat porodní zážitek, typ krmení dětí, zmapovat záměr matek ohledně uspávání v nosítku/šátku a breastleepingu a porovnat ho s reálnou praxí. Zjištěné poznatky jsou rozpracovány v popisné statistice výsledků výzkumu (kap. 7.1).

³ Parent Perception (PP) je subškála dotazníku BISQ, která hovoří o tom, jak rodiče subjektivně vnímají spánek svého dítěte. Tato subškála pracuje s otázkami mapujícími obtížnost při uspávání dítěte, noční spánek dítěte a hodnocení toho, zda je spánek dítěte považován za problém či nikoliv.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro povahu naší práce jsme zvolili kvantitativní metodologický přístup. Tento typ výzkumu považujeme vzhledem k cílům práce za vhodný. Vzhledem k definovaným cílům výzkumu jsme proto zvolili korelační studie a diferenční přehledy, které jsou řazeny mezi neexperimentální výzkumné plány, konkrétně mezi vzorkové přehledy. Korelační studie slouží ke zjišťování těsnosti vztahu mezi konkrétními proměnnými. Jejich nevýhodou je, že nedokáží odhalit příčinu sledovaných jevů (Ferjenčík, 2010). Korelační studie pracují s tzv. korelačním koeficientem r , který může nabývat hodnot od -1 po $+1$. Korelační koeficient nám určuje těsnost a směr vztahu, který může nabývat hodnot od záporného (-1) po kladný ($+1$), přičemž hodnota blízká $+1$ značí silnou přímou závislost a hodnota blízká -1 značí silnou nepřímou závislost (Walker, 2013). K interpretaci korelačních koeficientů se využívá nejčastěji doporučení, které nabídl Cohen (1988) (viz kap. 7 Práce s daty a výsledky). Diferenční přehledy neřeší existenci vztahu, ale zabývají se možnou přítomností rozdílů mezi dvěma nebo více sledovanými jevy (Ferjenčík, 2010).

Celý tento výzkum chápeme jako pilotní studii, která má deskriptivní a explorační charakter. Proto považujeme zvolené korelační a diferenční typy jako vhodné i přes některé nevýhody, které mají (Ferjenčík, 2010). Tato práce by měla sloužit jako odrazový můstek pro další studie, které budou daný fenomén dále zkoumat.

Normalitu rozložení dat jsme u proměnných ověřovali pomocí Shapiro-Wilkova testu a pomocí grafického zobrazení za využití histogramů. Pro zpracování a třídění dat jsme využili Microsoft Excel 2021, analýzy jsme prováděli v programech Software TIBCO Statistical13, verze 13.4.0.14 (TIBCO Software Inc., Palo Alto, USA), jamovi verzi 2.2.2 (the jamovi project, 2023), který je postaven na statistickém softwaru R (verze 4.0, R Core Team, 2021). Vzhledem k tomu, že data nevykazovala normální distribuci dat, rozhodli jsme se pro analýzu dat využít vhodné neparametrické testové metody (Spearmanův korelační koeficient, Mann-Whitneyho U-test, aj.) s využitím metod pro určení velikosti účinku (effect size). Detailní popis použitých statistických metod uvádíme konkrétně u každé hypotézy zvlášť v kap. 7 Práce s daty a výsledky. Vzhledem k pilotnímu charakteru předkládané práce jsme se rozhodli nevyužít možnosti převodu dat pro zajištění jejich normality pomocí Box-Cox metody transformace (Box & Cox, 1964), přestože parametrické metody mohou působit robustněji.

Data byla získána pomocí online testové baterie, která byla složena z dotazníků měřících kvalitu spánku matek, postnatální depresi matek, kvalitu spánku dětí. Tyto dotazníky byly doplněny o sociodemografické údaje (jako například věk matky, dítěte, vzdělání) a doplňující informace, které se týkaly například praktik uplatňovaných po porodu při péči o dítě. Testové metody jsou detailně popsány níže v následující podkapitole.

5.1 Testové metody

Na základě stanovených hypotéz jsme připravili online testovou baterii. Baterii participantky vyplňovaly 2x (ve třetím trimestru těhotenství a po ukončeném šestinedělí). V první a druhé fázi se opakovaly dotazníky mapující kvalitu spánku matek a dětí. V druhé fázi byly dotazníky doplněny o škálu měřící postnatální depresi. Sociodemografické údaje mapovaly v první fázi: **věk matky, nejvyšší dosažené vzdělání, týden těhotenství, ve kterém se ženy nacházejí a předpokládané datum porodu**. Dále jsme se ptali na to, **zda se ženy chystají praktikovat „kojospaní“ (tzv. breastsleeping) nebo zda se chystají uspávat své dítě v nosítku/šátku**

Ve druhé fázi se sociodemografické otázky týkaly kromě **věku participantek** také **aktuálního věku posuzovaného dítěte i počtu všech dětí** (tzn. zda žena byla prvorodičkou či již měla alespoň jedno nebo více dětí) a **týden těhotenství**, ve kterém ženy porodily své poslední dítě. Doplňující otázky se týkaly dále toho, zda ženy **využily péče porodní asistentky či duly**, zda ženy **vyhledávají informace o dětském spánku**. Dále jsme se ptali na praktikování **„kojospaní“ (tzv. breastsleepingu) nebo uspávání kojence v šátku/nosítku**. Zajímalo nás také **způsob krmení**, kdy participantky vybíraly z následujících odpovědí: 1. výhradně kojeno, 2. výhradně krmeno umělou výživou, nebo 3. krmeno kombinovaně. Chtěli jsme také zjistit, jak participantky **hodnotí svůj porodní zážitek**, a to na škále od 1 (skvělý, netraumatický) do 10 (strašlivý, traumatický). Dále jsme do testové baterie přidali otázku: Když porovnáte svá **očekávání ohledně spánku miminka** v době, kdy jste byla naposledy těhotná, s realitou, jež po narození nastala, vnímáte, že: na výběr bylo z následujících odpovědí: 1. Očekávání byla spíše pesimističtější než realita. 2. Očekávání odpovídala realitě. 3. Očekávání byla spíše optimističtější než realita. 4. jiné. Zajímalo nás také, jak matky hodnotí svá **očekávání ohledně kojení a následnou realitu**. Na výběr byly následující odpovědi: 1. Očekávání byla spíše pesimističtější než realita. 2. Očekávání odpovídala realitě. 3. Očekávání byla spíše optimističtější než realita. 4. Neměla jsem žádná očekávání ohledně kojení.

5.1.1 Stručný dotazník o spánku kojenců – revidovaná verze (BISQ-R SF)

Vzhledem k tomu, že jsme nenašli vhodnou metodu, která by byla vytvořena konkrétně ke zmapování očekávání ohledně spánku dětí, rozhodli jsme se se souhlasem autorů využít screeningový nástroj Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised, short form (BISQ), Stručný dotazník o spánku kojenců – revidovaná, zkrácená verze.

Dotazník zjišťuje prostředí spánku dítěte, rodičovské praktiky, denní a noční režim dítěte a problémy se spánkem dítěte na základě výpovědi rodičů. Původním autorem této metody je Sadeh (Sadeh, 2004). Od doby vzniku byla metoda revidována (Mindell et al., 2019). V současné době lze využít jak plnou (BISQ-R), tak zkrácenou verzi (BISQ-R SF). V našem případě jsme zvolili kratší, devatenáctipoložkovou variantu, která má 3 subškály: 1) subškála spánku kojenců (Infant Sleep (IS) – 5 položek), 2) subškála rodičovského vnímání (Parent Perception (PP) – 3 položky) a 3) subškála rodičovského chování (Parent Behaviour (PB) – 11 položek). V každé ze subškál jde získat od 0 do 100 bodů. Čím vyšší skóre, tím lepší kvalita spánku, pozitivnější vnímání spánku rodičem a chování rodiče, které dle autorů podporuje nezávislejší spánek dítěte. Celkové skóre je průměrem těchto tří subškál. I přesto, že metoda byla přeložena do více než 20 jazyků, v České republice dosud nebyl dotazník přeložen (Mindell et al., 2019). Dotazník jsme přeložili do češtiny podle pravidel dvojitého zpětného překladu. Překlad byl proveden se souhlasem autorů. Česká verze jim byla následně poskytnuta.

V první fázi výzkumu ženy odpovídaly na otázky ohledně svých očekávání týkajících se toho, jak budou jejich děti spát po ukončeném šestinedělí. Ve druhé fázi ženy hodnotily skutečný spánek jejich dětí.

Vzhledem k opakovanému používání názvu metody BISQ v textu této práce zavádíme kratší označení BISQ.

5.1.2 Pittsburský index kvality spánku (PSQI)

Participantky dále vyplňovaly Pittsburský index kvality spánku (The Pittsburgh Sleep Quality Index) (Buysse et al., 1989), který měří subjektivně vnímanou kvalitu spánku. Autoři chtěli vytvořit spolehlivou a validní metodu, která bude klinicky užitečným nástrojem hodnotící kvalitu spánku. Chtěli, aby pomocí této metody bylo možné rozlišovat mezi tzv. dobrými a špatnými spáči, a aby byla metoda jednoduše vyplnitelná a snadná pro interpretaci výzkumníky. Metoda vychází ze sedmi oblastí, které jsou zároveň škálami metody (spánková latence, kvalita spánku, doba trvání spánku, spánková efektivita, možné narušení

spánku, užívání hypnotik, denní fungování). Proband má odpovědět na všechny otázky tak, aby to odpovídalo jeho spánkovým zvykům v posledním měsíci. Dotazník je složen z 19 otázek, v testu je možné dosáhnout od 0 do 21 bodů, přičemž skóre lze získat v každé z těchto oblastí. Celkové skóre získáme součtem dosažených skóre v sedmi škálách. Dobrou kvalitu spánku značí skóre 0–5 bodů, vyšší hodnoty poukazují na narušenou kvalitu spánku (Buysse et al., 1989). Některé studie doporučují vyšší cut off skóre, například 6 bodů, nebo dokonce 10 bodů (Backhaus et al., 2002; Manková et al., 2021). PSQI byl přeložen do 56 jazyků. V našem případě jsme využili českou verzi dotazníku, která oplývá dobrou reliabilitou i validitou (Manková et al., 2021).

5.1.3 Edinburghská škála postnatální deprese (EPDS)

Edinburghská škála postnatální deprese je sebeposuzovací nástroj, který byl speciálně vyvinut pro screening postnatální deprese u matek v poporodním období. Metodu vyvinuli výzkumníci Cox, Holden a Sagovsky v roce 1987, metoda byla následně validována v několika zemích. Výhodou této metody je její snadné použití, a je také časově nenáročná k vyhodnocení. To je činí dostupnými pro širokou škálu uživatelů (Břicháček et al., 2000). Ženy na čtyřbodové stupnici (0 – minimum; 3 – maximum) vyplňují, jak se cítily v posledních sedmi dnech. Otázky jsou vyhodnocovány bodově podle závažnosti od 0 bodů do 2 bodů u dané položky. Dotazník obsahuje 10 položek, přičemž odpovědi jsou polarizovány nepravidelně v obou směrech (Cox et al., 1987). EPDS je využívána a původně vytvořena jako jednodimenzionální metoda. Nedávná studie ukázala, že EPDS má spíše třífaktorovou strukturu. Tři faktory, které se na konceptu poporodní deprese v dotazníku podílejí, jsou deprese, úzkost a anhedonie (Branquinho et al., 2022).

Za kritickou hodnotu, která značí možný výskyt poporodní deprese autoři považují 12 bodů a více, přičemž skóre těsně pod hranicí by nemělo být bráno jako absence deprese (Cox et al., 1987). V různých výzkumech soustředící se na postnatální depresi se hodnota cut-off skóre liší, přičemž některé výzkumy považují za kritickou hranici již 9 bodů (Norhayati et al., 2015). EPDS bylo doporučeno administrovat v období 6–8 týdnů po porodu (Cox et al., 1987). V našem případě jsme využili dostupnou českou verzi metody, která dosahuje dobrých psychometrických parametrů (Břicháček et al., 2000).

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Data byla sbírána v rámci výzkumného projektu s názvem „Spánek dětí – očekávání versus realita“ (IGA_FF_2022_054), který probíhal od března 2022 do února 2024. Sběr dat pak probíhal konkrétně od května do prosince 2022. Aby bylo možno odpovědět na hlavní cíl výzkumu, výzkum a sběr dat byl koncipován jako dvoufázový.

V první fázi byly osločovány ženy ve třetím trimestru těhotenství. Ženy, které se rozhodly, že se zúčastní studie, pak následně vyplnily online testovou baterii. Pro druhou fázi studie byly díky emailu, který nám mohly dobrovolně ženy poskytnout, opakovaně osloveny ženy z první fáze studie. Ženy v tu chvíli byly po ukončeném šestinedělí. Měli jsme k dispozici přibližné datum ukončení šestinedělí, neboť jsme od respondentek z vyplněné testové baterie z 1. fáze výzkumu věděli předpokládaný termín porodu. Rozhodnutí administrovat 2. testovou baterii v období po ukončeném šestinedělí bylo z důvodu toho, že metodu EPDS je oficiálně doporučeno používat v období od 6. týdne po porodu, kdy je již stabilizovaná laktace, odeznívají hormonální změny po porodu a žena je lépe adaptovaná na situaci s novorozencem (Břicháček et al., 2000).

6.1 Sběr dat

Jako metodu získávání dat jsme zvolili dotazníkové šetření (s cíleným využitím metody sněhové koule), kdy participantky byly osločovány online formou, nejčastěji tomu bylo skrze Facebook či Instagram. Na Facebooku jsme pro oslovení respondentek využili převážně skupiny, které byly vytvořeny pro sdružování žen, které očekávají narození dítěte ve stejném měsíci (např. skupina Lednová miminka, červencová miminka). Dále jsme využili Instagram, na kterém jsme kontaktovali velké množství profilů, které jsme požádali o sdílení odkazu na dotazník. Byly to převážně profily, za kterými stojí porodní asistentky, gynekologové či profily zabývající se tématem dětského spánku.

Za hlavní výhodu online formy dotazníků je považována atraktivnost, malá časová náročnost, možnost získat větší množství respondentů (anonymita) a pohodlnost při vyplňování (snadnější administrace) (Aust et al., 2013). Snadnější získávání většího počtu účastníků studie nebylo v našem výzkumu jednoznačné. Naplnit minimální stanovenou kvótu pro první (n=200) ani pro druhou (n=100) fázi studie nebylo zcela jednoduché. Předpokládáme, že to mohlo být způsobeno tím, že cílová skupina (ženy ve třetím trimestru těhotenství) řeší palčivější otázky než zapojení do výzkumu. Navíc, v současné době je

oslovování potencionálních účastníků prostřednictvím sociálních sítí značně stíženo skrz algoritmy jednotlivých platforem a také velmi rychlým a neustále se měnícím obsahem.

6.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl zvolen záměrně. Abychom mohli odpovědět na otázky týkající se diskrepance mezi očekáváním a realitou, bylo potřeba, aby se do výzkumu zapojily ženy ještě v době, kdy jejich dítě nebylo na světě. Jako nejvíce vhodný se nám dle dostupných výzkumů jevil třetí trimestr. Pro zapojení do výzkumu jsme stanovili termín od 27. týdne těhotenství a dále. Ženy, které byly aktuálně ve 26. a nižším týdnu těhotenství, byly z výzkumu vyloučeny. Rovněž byly z výzkumu vyloučeny ženy, u kterých jsem při kontrole dat našly nedokončené či nesprávně vyplněné dotazníky. Tato podmínka zůstala zachována i pro druhou fázi výzkumu. Zde navíc ještě platilo, že jsme vyloučili ty ženy, u kterých jsme nebyli schopni spárovat odpovědi s první fází (například v důsledku neuvedené emailové adresy, na kterou jsme je s jejich souhlasem opětovně kontaktovaly).

Po první fázi jsme obdrželi celkem **297** vyplněných baterií. Z tohoto čísla jsme vyřadili **47** osob, a to z následujících důvodů: nepotvrzení informovaného souhlasu, neúplné vyplnění všech položek v testové baterii, nesplnění kritéria týkajícího se třetího trimestru těhotenství. Po vyřazení jsme pro analýzu první fáze výzkumu využili data od **250 participantek**. V druhé fázi vyplnilo testovou baterii **102 žen**. Některé respondentky neuvedly v této fázi email, který by nám pomohl spárovat výsledky z první a druhé fáze studie, některé respondentky nevyplnily všechny položky testové baterie. Celkem jsme vyřadili **9 žen**. Výběrový soubor pro finální analýzu tvořilo **93 respondentek**.

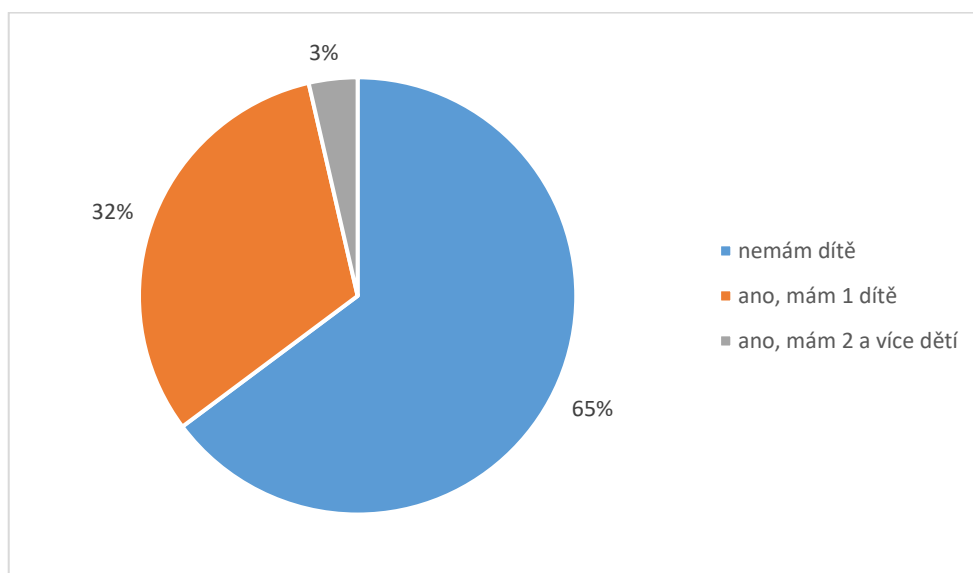
Základní sociodemografické údaje výzkumného vzorku jsou uvedeny v tabulce 1. V první fázi studie mělo 58 % respondentek vysokoškolské vzdělání, 34 % respondentek středoškolské vzdělání s maturitou, 7 % středoškolské odborné a 1 % respondentek nechtělo odpovídat. Ve druhé fázi byly údaje následující: 67 % respondentek mělo vysokoškolské vzdělání, 30 % středoškolské s maturitou, 2 % středoškolské odborné, 1 % nechtělo odpovídat. Počet dětí v jednotlivých fázích lze vidět na obrázku 1a a 1b.

Tabulka 1: Základní sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku

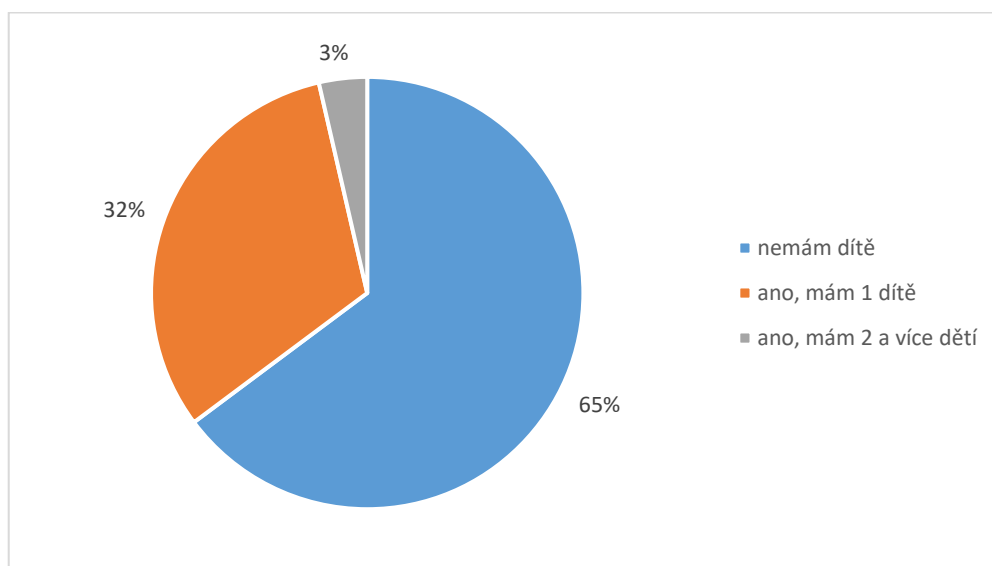
	věk matky	SD	věk dítěte	SD	týden těhotenství	SD	týden porodu	SD
1. fáze (n=250)	29,23	3,83			34,17	3,59		
2. fáze (n=93)	29,78	3,8	15,01	2			40,01	1,18

Pozn.: věk dítěte je uveden v týdnech

Obrázek 1a: Počet dětí (fáze 1)



Obrázek 1b: Počet dětí (fáze 2)



6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Výzkum byl schválen Etickým panelem Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Protokol číslo 04/2022) (viz příloha č.5), a to v souladu s mezinárodními etickými standardy Americké psychologické asociace (APA, 2002).

Každá účastnice studie musela před zapojením do studie potvrdit svůj souhlas s účastí, a to po přečtení informovaného souhlasu (viz příloha č.6), kde byl popsán design studie a hlavní cíl a práva participanta studie. Souhlas s účastí ve studii byl vyjádřen odkliknutím tlačítka „Souhlasím s účastí ve studii“. Toto tlačítko bylo nezbytné pro aktivaci testové baterie a bez jeho potvrzení nebylo možné dál pokračovat. Participantky měly možnost dobrovolně poskytnout svůj e-mail, který nám sloužil k nabídnutí pokračování v druhé fázi studie a následně ke spárování dat z první a druhé fáze výzkumu u konkrétní osoby. Účast ve studii byla zcela dobrovolná, nehonorovaná a bylo možno ji kdykoliv bez udání důvodu ukončit, a to ve kterékoliv fázi výzkumu. Účastnice měly ve formuláři možnost kontaktovat autory výzkumu. Pokud by během studie participantka zaznamenala příznaky PPD, ve formuláři byly uvedeny kontakty, na které se může obrátit.

Po spárování údajů dle e-mailů byla data pseudonymizována (autorka práce znala e-mailové adresy participantek) a následné analýzy probíhaly anonymizovaně. Data jsou uložena na pevném disku počítače autorky diplomové práce a jsou chráněna heslem. Budou smazána po obhájení diplomové práce. Informovaný souhlas byl získán od všech jednotlivých účastníků zahrnutých ve studii.

Protokol etické komise a informovaný souhlas jsou uvedeny v příloze této práce.

7 PRÁCE S DATY A VÝSLEDKY

Získali jsme data kvantitativního charakteru. Design studie vycházel z exploračních, deskriptivních a korelačních designů, využili jsme standardní statistické metody.

Ve výzkumu jsme pracovali s následujícími proměnnými: očekávání ohledně spánku dětí, spánek dětí, diskrepance mezi těmito proměnnými, kvalita spánku matek před porodem, kvalita spánku matek po porodu, postnatální deprese, zážitek z porodu, přítomnost duly/PA, breastsleeping.

Normalitu rozložení získaných dat jsme u jednotlivých proměnných ověřovali Shapiro-Wilkovým testem. Vzhledem k tomu, že histogramy a testy normality neodpovídaly normálnímu rozložení, pro statistické zpracování dat jsme se rozhodli využít neparametrické testy. Pro určení souvislosti mezi sledovanými jevy jsme využívali Spearmanův korelační koeficient r , který měří sílu a směr závislosti mezi dvěma proměnnými. Rozdíly mezi proměnnými jsme určovali pomocí párových testů. Mannův-Whitneyův test byl využit při měření u dvou nezávislých skupin (např. dobří spáči vs špatní spáči, podpora duly/PA – ANO/NE, praktikování breastsleeping – ANO/NE) a jednoho měření. Wilcoxonův test byl využit při měření jedné skupiny s opakovaným měřením (rozdíl mezi hodnocením skóre BISQ v těhotenství a po šestinedělí). U rozdílu mezi dvěma skupinami či opakovanými měřeními jsme sledovali rovněž effect size pomocí rank biseral corellation (RBC). Konkrétně se jednalo o využití Wedtova vzorce vycházející z hodnoty U (Wendt, 1972). Zajímalo nás rovněž, jak velkým prediktorem postnatální deprese je diskrepance mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dítěte⁴. Pro určení jsme využili jednoduchý lineární model. Pro hodnocení síly korelačního koeficientu (r) jsme v našem výzkumu aplikovali Cohenovu klasifikaci (1988) pro hodnocení síly korelačního koeficientu (r): $r = 0.71-1 \rightarrow$ silný efekt, $r = 0.31-0.70 \rightarrow$ střední efekt, $r = 0.10-0.30 \rightarrow$ slabý efekt (Cohen, 1988). Za statisticky významné jsme považovali výsledky při hladině významnosti 95 % a $\alpha = 0,05$ (tj. p -hodnoty $< 0,05$).

Pro třídění a analýzu dat jsme využili programy Microsoft Excel 2021, Software TIBCO Statistica13 a jamovi verzi 2.2.2 (viz kap. 5 Typ výzkumu a použité metody).

Z důvodu, že dotazníky BISQ a PSQI byly využity v obou fázích sběru dat, rozhodli jsme se pro rozlišení výsledků z 1. a 2. fáze použít předpony **PRE** (data posbírána před porodem,

⁴ Diskrepanci mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dítěte jsme počítali jako rozdíl celkového skóre PRE_BISQ a celkového skóre POST_BISQ.

ve třetím trimestru těhotenství) a **POST** (data posbírána po porodu, po ukončeném šestinedělí). Konkrétně se bude jednat o následující pojmenování:

PRE_BISQ: odkazuje na to, jak matky očekávaly spánek svého dítěte šest týdnů po porodu (data měřená během třetího trimestru).

POST_BISQ: aktuální měření spánku dítěte šest týdnů po porodu (data měřená po ukončeném šestinedělí).

PRE_PSQI: odkazuje na kvalitu spánku žen měřenou v 1. fázi výzkumu, tedy ve třetím trimestru těhotenství.

POST_PSQI: odkazuje na kvalitu spánku žen měřenou v 2. fázi výzkumu, tedy po ukončeném šestinedělí.

7.1 Popisné statistiky

Tady si představíme popisné statistiky sledovaných proměnných. Deskriptivní popis vytipovaných proměnných slouží k celkovému dokreslení zjištěných výsledků. Zaměřili jsme se na kvalitu spánku, poporodní depresi, druh stravy dítěte, praktikování „kojospaní“ či využívání nosítka při uspávání dítěte, vyhledávání informací o spánku dítěte a subjektivní hodnocení porodní zkušenosti, subjektivní hodnocení očekávání ohledně spánku dětí a kojení. Některé z proměnných jsme sledovali opakovaně (během těhotenství a po porodu), další jsou popsány z období po ukončeném šestinedělí.

- **Kvalita spánku**

Zajímalo nás, kolik procent žen ve 3. trimestru mělo dobrou kvalitu spánku, kolik procent žen mělo špatnou kvalitu spánku. Také nás zajímalo, jak na tom byly ženy po ukončeném šestinedělí. Kvalitu spánku jsme hodnotili na základě celkového skóre dotazníku PSQI.

V první fázi dosáhlo skóre vyššího než 5 64 % respondentek, což signalizuje sníženou kvalitu spánku a tyto respondentky je možné označit za „špatné spáče“. Zbývajících 36 % žen dosáhlo skóre pod 5, což indikuje dobrou kvalitu spánku, respondentky v této skupině lze považovat za „dobré spáče“. Ve druhé fázi výzkumu bylo 65 % špatných spáčů a 35 % dobrých spáčů. Můžeme říct, že v obou fázích studie převládala mezi participantky špatná kvalita spánku. Podíl četností můžeme vidět v tabulce č. 2.

Tabulka 2: Podíl dobrých a špatných spáčů v souboru dle fáze výzkumu

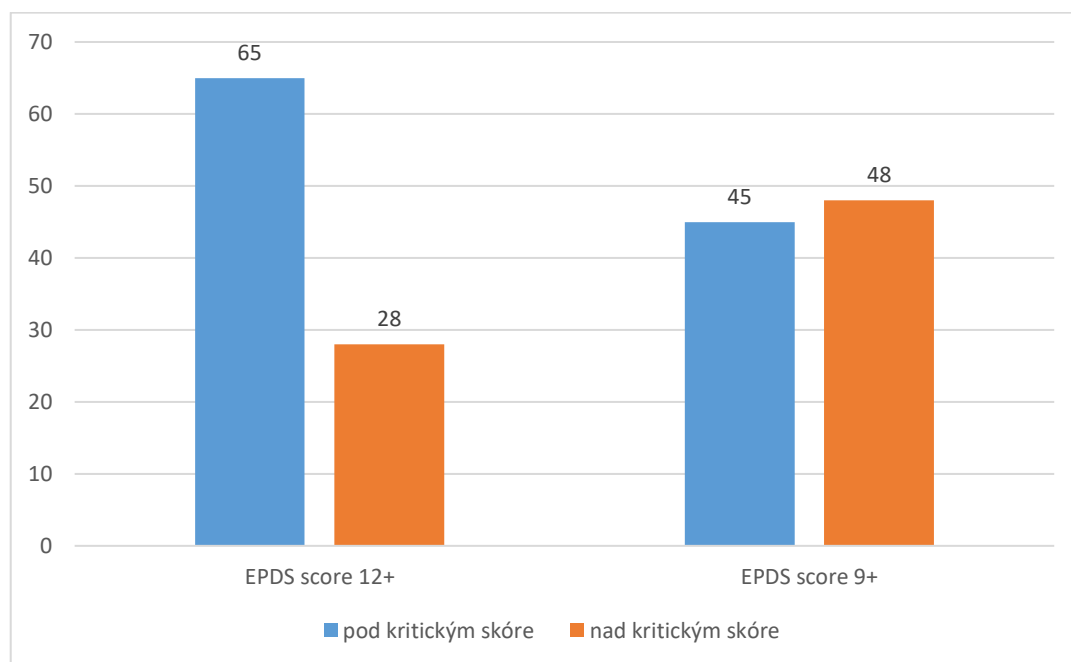
	1. fáze (n = 250)	2. fáze (n = 93)
dobří spáči	90	33
špatní spáči	160	61

Pozn. rozdělení je dáno celkovým skóre v PSQI (dobří spáči = <5; špatní spáči = >5)

- **Poporodní deprese**

Poporodní deprese byla zjišťována pomocí celkového skóre dotazníku EPDS s použitím dvou cut-off skóre (doporučených 12+ ve většině studií a nového doporučení 9+). Pokud jsme zvolili cut off skóre 12 bodů, postnatální deprese se projevila u 30 % žen, přičemž u 70 % žen ne. Avšak pokud jsme zvolili cut off skóre pro možnou postnatální depresi 9 bodů, podíl žen s příznaky postnatální deprese v souboru přesáhl 50 %. Konkrétně se ukázalo, že by mohlo vykazovat symptomy postnatální deprese 52 % žen, 48 % žen ne (obr. 2).

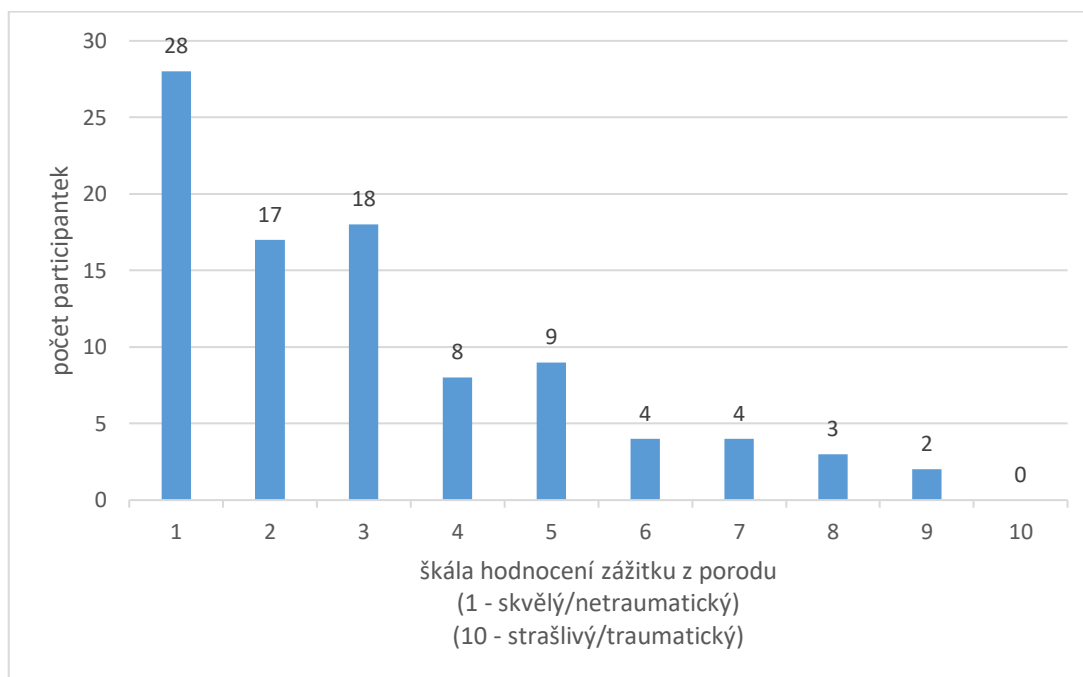
Obrázek 2: Počet žen s příznaky PPD dle kritérií cut-off skóre v EPDS



- Porodní zážitek

Mezi další sledované proměnné patřilo subjektivné hodnocení zážitku z porodu. Participantky byly požádány, aby zhodnotily svůj zážitek z porodu na škále 1 (skvělý/netraumatický) až 10 (strašlivý/traumatický). Z obrázku 3 vyplývá, že většina žen v souboru hodila svůj porod ke spodní hranici, tzn. spíše jako příjemný než traumatický.

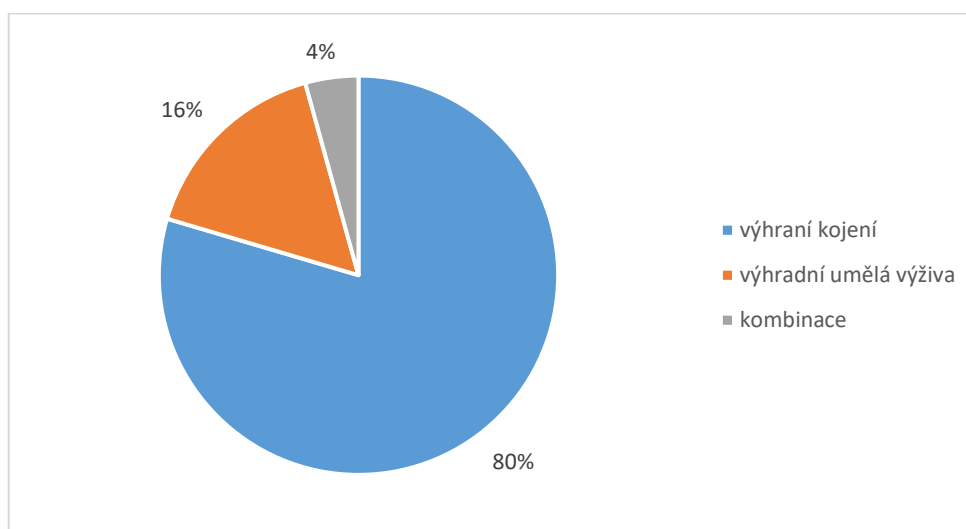
Obrázek 3: Hodnocení zážitku z porodu



6 Způsob krmení

Dle dostupné literatury lze považovat způsob stravy kojence za významný faktor, který souvisí jak s uspořádáním spánku matky a dítěte, tak se samotnou kvalitou. Pro účely této práce zatím ponecháváme jen deskriptivní popis souboru, a to zejména z toho důvodu, že matky v našem souboru téměř výhradně kojily (74 žen) (obr. 4). Pouze 15 žen využívalo výhradně umělou stravu a 4 kombinaci obého. Lze proto předpokládat, že by tato skutečnost mohla zkreslit výsledky.

Obrázek 4: Strava dítěte



- **Subjektivní hodnocení matek ohledně kojení a spánku dítěte**

Zajímalo nás také, jak matky subjektivně hodnotí realitu oproti očekávání, a to u dvou proměnných – spánek dítěte a kojení. Zajímavé je, že téměř polovina žen (43 %) měla v případě kojení více optimističtější očekávání oproti realitě, zatímco u spánku to bylo naopak. Stejně procento žen mělo spíše pesimistické očekávání oproti realitě. Stejně procento žen (23 %) se shodlo u obou proměnných, že očekávání odpovídalo realitě (tab. 3).

Tabulka 3: Subjektivní hodnocení matek ohledně kojení a spánku dítěte

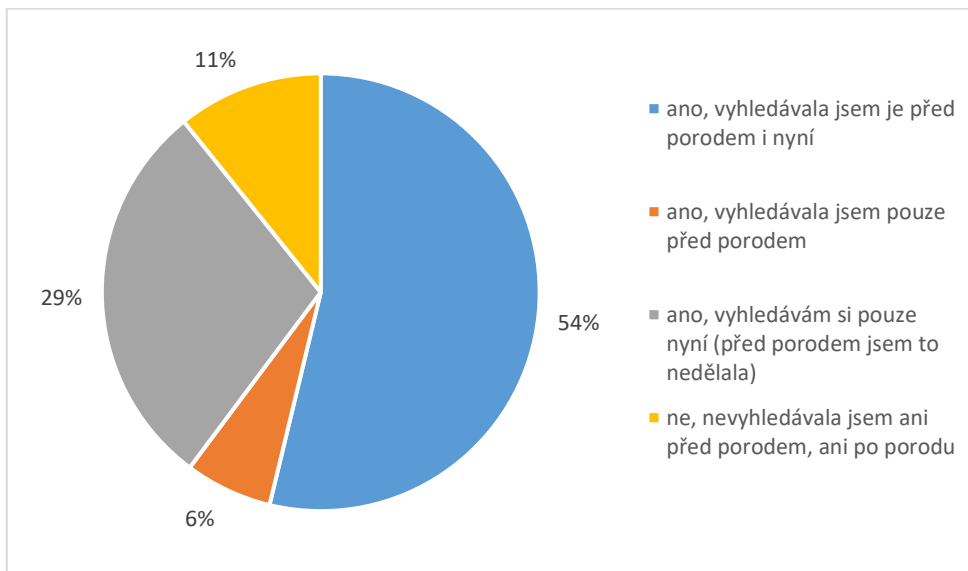
	Kojení		Spánek	
	%	četnost	%	Četnost
více pesimistické očekávání než realita	18 %	17	43 %	40
více optimističtější očekávání než realita	43 %	40	31 %	29
očekávání odpovídá realitě	23 %	21	23 %	21
jiná odpověď	16 %	15	3 %	3

- **Vyhledávání informací ohledně spánku dětí**

U subjektivního hodnocení spánku jsme si položili také otázku, zda ženy vyhledávaly informace ohledně spánku dítěte. Pouze 10 participantek z celkových 93 žen odpovědělo, že

si nevyhledávaly informace ani před porodem, ani po porodu. Zbytek participantek si informace vyhledávalo, přičemž 50 respondentek si vyhledávalo informace před porodem i po porodu, 6 respondentek si vyhledávalo informace pouze před porodem a 27 respondentek si vyhledávalo informace pouze po porodu. Procentuální zobrazení vyhledávání informací ohledně spánku dětí lze vidět v obr. 5.

Obrázek 5: Procentuální zastoupení vyhledávání informací o spánku dítěte



- **Rozdíly mezi PRE a POST praktikování breastsleeping a využívání nosítka**

V práci jsme rovněž sledovali, jak se měnilo očekávání u žen ohledně praktikování „kojospání“ (breastsleeping) a využívání nosítka sloužící k uspávání dítěte. V první fázi jsme zjišťovali, zda ženy mají v plánu praktikovat výše uvedené metody a ve druhé fázi jsme se ptali na realitu. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 4.

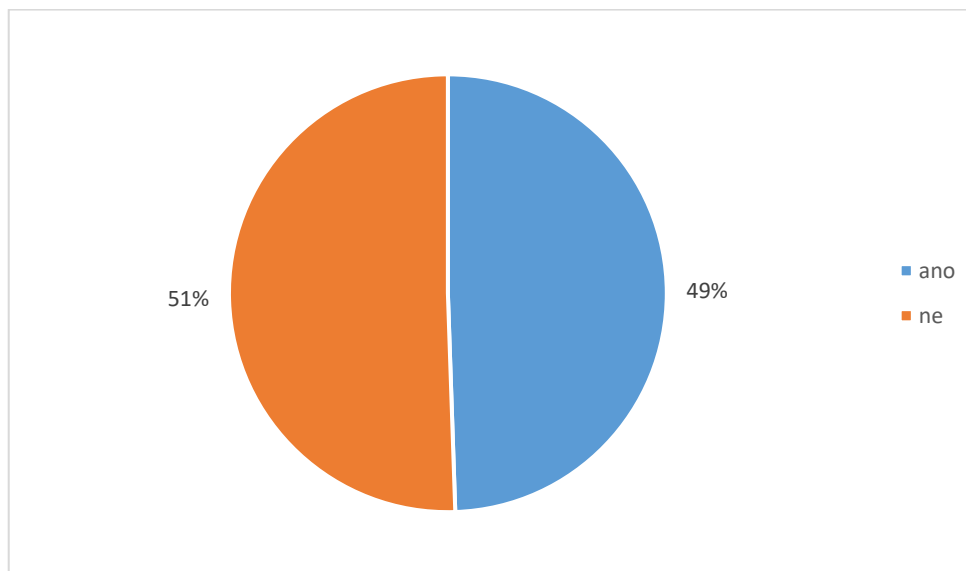
Tabulka 4: Rozdíly mezi PRE a POST praktikování breastsleeping a uspávání pomocí nosítka

	Breastsleeping		Nosítko	
	PRE n (%)	POST n (%)	PRE n (%)	POST n (%)
ANO	59 (24 %)	36 (39 %)	135 (54 %)	40 (43 %)
NE	140 (56 %)	57 (61 %)	85 (34 %)	53 (57 %)
NEVÍM	51 (20 %)	0 (0 %)	30 (12 %)	0 (0 %)

- **Podpora duly/porodní asistentky**

Jedna z otázek, která se promítla i do hypotéz, byla, zda ženy po porodu využívají pomoc a podporu od duly či porodní asistentky. Výsledky ukázaly téměř přesné poloviční dělení, kdy 46 žen tuto podporu využívalo a 47 žen nikoliv (obr. 6).

Obrázek 6: Využívání duly/PA po porodu



7.2 Testování hypotéz

H1: Existuje rozdíl mezi celkovým skóre PRE_BISQ a celkovým skóre POST_BISQ.

Dle Wilcoxonova testu pro výpočet rozdílu mezi PRE_BISQ a POST_BISQ nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ($W = 2572,5$, $p = 0,09$, $RBC = 0,20$). Průměrný rozdíl činil 2,93 bodu (tj. 0,27 směrodatné odchylky). Jinými slovy, očekávání ohledně spánku dětí a následná realita se nelišila.

Aby se nám lépe podařilo analyzovat data a s větší jistotou mohli interpretovat výsledky, rozhodli jsme se podívat na možnou souvislost mezi sledovanými proměnnými. Spearmanova korelace neprokázala statisticky významnou souvislost mezi představami matek o spánku dětí a reálným spánkem dětí ($r = 0,01$, $p = 0,91$). Na základě obou výsledků můžeme říci, že neexistuje signifikantní souvislost mezi představami o spánku matek a reálným spánkem dětí. Byť rozdíl v průměrném skóre PRE_BISQ a POST_BISQ se lišilo o 2,93 bodů., rozdíl nebyl statisticky významný.

Hypotézu H1 nelze přijmout.

H2: Větší rozdíl mezi PRE_BISQ a POST_BISQ pozitivně koreluje s dosahováním vyššího skóre v EDPS.

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu jsme odhalili středně silný vztah mezi rozdílem v hodnocení spánku dětí (rozdíl mezi pre a post hodnotami celkového skóre BISQ) a hodnotami poporodní deprese ($r = -0,34$; $p < 0,001$). Čím větší byla diskrepance mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dítěte, tím vyšších hodnot následně matky dosahovaly ve škále poporodní deprese.

Hypotézu H2 přijímáme.

Zajímalo nás také, jak silným potenciálním prediktorem pro postnatální depresi (EPDS) může být zjištěný rozdíl mezi očekáváním a realitou ohledně spánku kojence. Pomocí základního lineárního modelu jsme zjistili, že rozdíly mezi PRE a POST BISQ tvoří přibližně 16 % variability v EPDS ($r^2 = 0.157$, $p < 0,00001$).

H3: Dosažené skóre v subškále Parent perception (PP) z POST_BISQ negativně koreluje s celkovým skóre v EPDS.

Na základě výsledků korelační analýzy můžeme konstatovat, že mezi dosaženým skóre na subškále PP a celkovým skóre v EPDS byl prokázán statisticky významný středně silný negativní vztah ($r = -0,41$, $p < 0,001$). Čím ženy hodnotily lépe spánek svého dítěte (skórovaly výše v PP), tím nižší skóre dosahovaly v EPDS.

Hypotézu H3 přijímáme.

H4: Míra traumatizace z porodu pozitivně koreluje s celkovým skóre v EPDS.

Pro ověření této hypotézy jsme taktéž využili neparametrický statistický test - Spearmanovu korelaci. Výsledky neprokázaly statisticky významnou souvislost mezi zkušeností z porodu a postnatální depresí ($r = 0,18$, $p > 0,05$).

Hypotézu H4 nelze přijmout.

H5: Matky, které využívají podporu dully/PA po porodu, dosahují vyšších hodnot na subškále PP v BISQ než matky bez podpory dully/PA.

Pomocí Mann-Whitneyova U testu, který je neparametrickým testem pro porovnání mediánů dvou nezávislých skupin, jsme nezjistili signifikantní rozdíl mezi sledovanými proměnnými ($Z = -0,32$, $p = 0,75$, $RBC = 0,038$).

Hypotézu H5 nelze přijmout.

H6: Ženy po ukončeném šestinedělí dosahují vyššího skóre na škále PSQI než ve třetím trimestru těhotenství.

Vzhledem k tomu, že se jedná o párovaná data (stejně ženy měřené ve dvou časových bodech) a srovnáváme mediány, je vhodný Wilcoxonův test párovaných vzorků. Průměrné celkové skóre v PSQI (kvalita spánku) vzrostlo z předchozích 6,62 (SD 3,07) na následných 6,94 (SD 9,93). Tento rozdíl však nebyl statisticky významný ($W = 1558,5$, $p = 0,40$). Protože p-hodnota (0,40) je větší než hladina významnosti alfa (0,05), nulovou hypotézu nelze zamítnout. Nenalezli jsme rozdíl mezi kvalitou spánku žen během těhotenství a po porodu. Dle průměrných hodnot můžeme usuzovat na to, že kvalita spánku je obecně špatná.

Hypotézu H6 nelze přijmout.

H7: Celkové skóre v POST_PSQI pozitivně koreluje s celkovým skóre v EPDS.

Kvalitu spánku matek po porodu (POST_PSQI) jsme porovnávali s dosaženými hodnotami v dotazníku EPDS. V analýze jsme použili Spearmanovu korelaci. Ta ukázala statisticky významnou pozitivní korelaci mezi hodnotami s koeficientem korelace $r = 0,48$ ($p < 0,001$). Hodnota r indikuje středně silný pozitivní vztah. Hodnota p je menší než hladina významnosti alfa 0,05, takže můžeme říci, že tento vztah není náhodný. To znamená, že s horší kvalitou spánku matek (tj. s vyšším skóre v POST_PSQI) se může zvyšovat pravděpodobnost poporodní deprese (tj. vyšší skóre v EPDS).

Hypotézu H7 přijímáme.

Spearmanova korelace informuje o síle a směru závislosti, ale neposkytuje informaci o statistické významnosti rozdílu v postnatální depresi mezi skupinami s různou kvalitou spánku. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli využít ještě Mannův-Whitneyův U-test, který umožňuje porovnat mediány skóre EPPD mezi skupinami „špatných spáčů“ (skóre >5 v PSQI) a „dobrých spáčů“ (skóre $5 <$ v PSQI). Díky tomuto testu můžeme s větší jistotou říci, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře postnatální deprese mezi těmito skupinami. Špatní spáči vykazovali vyšší hodnoty v EPDS. Viz. tabulka 5.

Tabulka 5: Rozdíly mezi dobrými a špatnými spáči v hodnotách poporodní deprese

Průměrné pořadí

	špatní spáči (n = 61)	dobří spáči (n = 32)	U	Z	P
EPDS	3235,5	1135,5	607,5	2,98	< 0,01

Pozn.: dobří spáči = celkové skóre PSQI $5 <$; špatní spáči = celkové skóre PSQI > 5

8 DISKUZE

V diplomové práci jsme se rozhodli věnovat tématu dětského spánku, jakožto jednomu z nejvíce diskutovaných témat, které se objevuje v ordinacích pediatrů (Ball, 2003). Zjistili jsme, že na výzkumném poli se tématu spánku dětí věnuje v zahraničí dost pozornosti, a také to, že spánek novorozenců a kojenců může být v některých tématech (například společné spaní či behaviorální intervence) spojen ve společnosti i mezi odborníky se značnou kontroverzí (Fuentes-Vega et al., 2017). Domníváme se, že téma spánku si zaslouží dostatečnou pozornost, neboť z dostupných studií vyplývá, že spánek dětí i spánek matek jsou proměnné, které mohou hrát významnou roli v psychickém prožívání matek (Armitage et al., 2009; Bhati & Richards, 2015; Zhao & Zhang, 2020). Navíc dle dostupných informací můžeme říci, že toto téma se v českém prostředí netěší velkému odbornému zájmu. Tento fakt se odráží v absenci relevantních výzkumů.

Hlavním cílem naší práce bylo zjistit, zda se liší představy těhotných žen o spánku dětí s reálným spánkem jejich narozených dětí. Pro zjištění hlavní výzkumné otázky jsme se rozhodli využít dotazník BISQ (konkrétně rozdíl mezi hodnotami PRE_BISQ, kde matky vyplňovaly očekávání ohledně spánku dětí, a následně POST_BISQ, ve kterém matky vyplňovaly, jak jejich dítě reálně spí po ukončeném šestinedělí), Tento postup jsme zvolili z toho důvodu, neboť jsme nenašli žádnou vhodnou standardizovanou metodu, která by měřila tuto diskrepanci. Dotazník jsme nejprve se souhlasem autorů přeložili do českého jazyka. Pro odpověď na výzkumný cíl jsme si stanovili hypotézu H1: Existuje rozdíl mezi celkovým skóre PRE_BISQ a celkovým skóre POST_BISQ. Byť se rozdíl průměrného skóre PRE_BISQ a POST_BISQ lišil o 2,93 bodů, tento rozdíl nebyl statisticky významný. Hypotézu jsme tedy nemohli přijmout. Z popisné statistiky nám vyplynulo, že 23 % žen hodnotí, že jejich očekávání odpovídá realitě, více než třetina matek (31 %) hodnotila spánek dítěte před porodem optimističtěji, než se ve skutečnosti ukázal být. Vysoké procento žen (43 %) odpovědělo, že realita je dle nich lepší, než očekávaly (3 % žen odpovědělo jinou odpověď). Tato skutečnost nás překvapila. Očekávali jsme, že většina žen bude hodnotit své očekávání jako více optimistická vzhledem k realitě. Domníváme se, tento výsledek může být ovlivněn adaptací na spánkový režim dítěte po šestinedělí a také tím, že BISQ hodnotí specifické aspekty spánku, které nemusí být matkou hodnoceny jako nejdůležitější. Dotazník BISQ hodnotí délku spánku, probouzení, fragmentaci aj, ale nebere v potaz například celkový pocit odpočinku matek a je možné, že tyto specifické aspekty spánku nemusí matky subjektivně vnímat jako nejdůležitější.

Vzhledem k tomu, že kojení dle dostupného přezkumu literatury může být propojeno se spánkem dětí (Manková et al., 2023) a také tvoří jednu z oblastí mateřského očekávání (Ou et al., 2022), zařadili jsme do testové baterie také jednu otázku na zhodnocení očekávání vs realitu ohledně kojení. Z prostudované literatury vyplývá, že problémy s kojením zažívá velké procento žen a výskyt kojení se nezdá být v globálním měřítku uspokojivý (Victora et al., 2016). Z našeho výzkumu jsme vyvodili zjištění, že 43 % žen vnímalo realitu kojení hůře, než očekávaly před těhotenstvím, zatímco 18 % ji hodnotilo optimističtěji (dle 23 % žen očekávání odpovídalo realitě a 16 % uvedlo jinou odpověď). Z porovnání těchto dvou otázek nám vyplývá, že větší procento žen mohlo mít více idealizované představy o kojení než o spánku dětí. V analýzách jsme však proměnnou strava dítěte záměrně nezařadili, a to z toho důvodu, že 80 % žen výhradně kojilo. Lze předpokládat, že by z tohoto důvodu mohlo dojít ke zkreslení výsledků. Nicméně výrazně doporučujeme, aby navazující studie věnovaly této oblasti nezbytnou pozornost.

Druhou oblastí, které jsme v práci věnovali pozornost, byla postnatální deprese u žen. Z popisné statistiky nám vyplynulo, že pokud bychom zvolili cut-off skóre dotazníku EPDS 12 bodů, postnatální deprese by v našem vzorku dosahovalo 30 % žen. Pokud bychom zvolili cut off skóre 9 bodů, které využily některé studie (Liu et al., 2022), příznaků postnatální deprese by v našem souboru dosahovalo dokonce 52 % žen. Tato čísla nám připadají alarmující. Metaanalýza, která se zaměřila na postnatální depresi, uvádí souhrnnou prevalenci deprese u žen 14 % (Liu et al., 2022). Nedávný systematický průzkum uvádí, že během událostí poslední doby (pandemie covidu-19) stoupl průměrný výskyt PPD na 28 % (Al-abri et al., 2023). Toto číslo se blíží zjištění prevalence v našem výzkumném vzorku, ovšem v uvedeném systematickém přehledu byla zahrnuta do prevalence deprese jak prenatalní, tak postnatální deprese. Je nutné podotknout, že autoři studie uvádí, že cut-off skóre posuzování deprese v jednotlivých studiích, které zahrnuli do svého přehledu, se od sebe liší.

S postnatální depresí se pojí velké množství rizikových faktorů (Hutchens & Kearney, 2020). Dostupná metaanalýza zkoumající 18 studií označila jako jedno z důležitých témat v souvislosti rozvojem postnatální deprese obecně diskrepanci žen mezi očekáváním a realitou mateřství (Beck, 2002). V naší studii jsme se v oblasti očekávání zaměřili na spánek dětí, jakožto na oblast, která velmi často charakterizuje fungování novorozence a kojence po porodu (Ball, 2003). Náš druhý cíl se týkal toho, zda má diskrepance mezi očekáváním a reálným spánkem dětí souvislost s postnatální depresí. Pro tyto účely jsme

zkonstruovali hypotézu H2: Větší rozdíl mezi PRE_BISQ a POST_BISQ pozitivně koreluje s dosahováním vyššího skóre v EDPS. Výsledky našeho výzkumu potvrdily předpoklad vzájemné souvislosti. Výsledek říká, že matky, u kterých je zjištěna větší diskrepance mezi očekáváním a reálným spánkem jejich dětí, skórovaly výše v Edinburské škále postnatální deprese (EPDS) než matky s menší diskrepancí. Z výsledků tedy vyplývá, že vnímaný rozdíl mezi očekávaným a skutečným spánkem může hrát roli v depresivních příznacích matek. Nedávno publikovaná studie došla k podobnému závěru, tedy že očekávání budoucích rodičů ohledně uspořádání spánku (zda s dítětem po narození sdíleli postel či spal samostatně) souvisí s výskytem postnatální deprese. Rodiče, kteří měli větší diskrepanci mezi očekávaným a reálným uspořádáním spánku po narození dítěte, vykazovali ve studii více depresivních symptomů. Naše studie toto zjištění rozšiřuje tím, že se zaměřuje na očekávání ohledně spánku dětí v celé šíři, ne pouze na spánkové uspořádání. Poskytuje tak komplexnější pohled na očekávání a realitu spánku v souvislosti s postnatální depresí. Tyto výsledky zdůrazňují význam realistických očekávání ohledně spánku dětí v psychickém zdraví matek (Chénier-Leduc et al., 2023).

Dále jsme zaměřili pozornost na vnímání spánku dětí v souvislosti s postnatální depresí. Systematické review konstatuje, že vnímání spánku dětí může být individuální. To, co jeden rodič považuje za problematický spánek, pro druhého rodiče může být v normě (Dai, & Liu., 2021). Keller a Goldberg (2004) ve své studii zdůrazňují, že roli ve vnímání diskomfortu a posuzování spánku dětí hrají mimo jiné postoje a hodnoty konkrétní rodiny. Z tohoto důvodu jsme nechtěli porovnávat obecnou kvalitu spánku dětí, ale pouze vnímání rodičů spánku dětí v souvislosti s postnatální depresí. Pro tyto účely jsme se rozhodli využít jednu ze subškál dotazníku BISQ – subškálu rodičovského vnímání (Parent Perception (PP)). Testovali jsme hypotézu H3: Dosažené skóre v subškále Parent perception (PP) z POST_BISQ negativně koreluje s celkovým skóre v EPDS. Na základě Spearmanovy korelační analýzy jsme zjistili statisticky významný negativní vztah. Hypotézu jsme přijali. V praxi to znamená, že čím ženy vnímaly/hodnotily spánek svého dítěte jako horší, tím vykazovaly více symptomů postnatální deprese.

Nedávna česká studie zjistila, že nižší subjektivní spokojenost s porodem může zvyšovat riziko postnatální deprese (Urbanová et al., 2021). Souvislost porodního zážitku s postnatální depresí v rámci systematického review zaznamenalo dále 11 z 15 studií (Bell & Andersson, 2016). Na základě těchto zjištění jsme vytvořili následující hypotézu H4: Míra traumatizace z porodu pozitivně koreluje s celkovým skóre v EPDS. Výsledky neprokázaly statisticky

významnou souvislost mezi zkušeností z porodu a postnatální depresí. Hypotézu jsme nemohli přijmout. Domníváme se, že použití jedné otázky pro měření porodního zážitku nemusí být dostatečně spolehlivé a citlivé. Pro lepší zhodnocení porodního zážitku by bylo vhodnější použít spolehlivou škálu, která by byla zaměřena na porodní zážitek. Jako příklad nás napadá Birth Satisfaction Scale (BSS), která byla například využita právě ve zmíněné studii autorky Urbanové et al. (2021). Tuto škálu jsme do studie nezařadili aktuálně z toho důvodu, protože jsme nechtěli rozšiřovat již poměrně dlouhou dotazníkovou baterii. Můžeme tedy toto doporučení chápat jako návrh pro další studie. Z popisné statistiky nám vyplynulo, že většina žen v našem souboru hodnotila porod spíše jako příjemný, nikoli traumatický. Domníváme se, že pokud většina výsledků byla naakumulovaných v kladných hodnotách, mohla se snížit šance na nalezení korelace s mírou deprese.

Výsledky nám ukázaly, že téměř polovina žen využila podporu duly či porodní asistentky po porodu. Z výzkumů vyplývá, že duly a PA poskytují ženám po porodu emocionální podporu, a dále se mohou zaměřovat i na předávání informací v oblasti spánku dětí (Coates & Foureur; Steel et al., 2015). Domnívali jsme se tedy, že kontakt s PA či doulou po porodu povede u žen k lepšímu vnímání reálného spánku dětí. Sestrojili jsme hypotézu H5 v následujícím znění: Matky, které využívají podporu duly/PA po porodu dosahují vyšších hodnot na subškále PP v BISQ než matky bez podpory duly/PA. Mann-Whitneyův U test nám neukázal signifikantní rozdíl mezi těmito proměnnými. Hypotézu jsme tedy nemohli přijmout. K tomuto výsledku nás napadá, že ne všechny duly či PA mohly ženám předat informace z oblasti spánku dětí, a také to, že tato podpora dula nemusí mít souvislost s vnímáním spánku dětí.

Během těhotenství velké procento žen zažívá zhoršenou kvalitu spánku, přičemž prevalence špatné kvality spánku se u žen v těhotenství pohybuje napříč výzkumy různě. Sedov et al. (2018) po prostudování dostupných studií došli v rámci metaanalýzy k tomu, že kvalita spánku se zhoršuje od druhého ke třetímu trimestru. Z výsledků dalších studií jsme vyvodili, že po porodu se u matek kvalita spánku dále zhoršuje (Hunter et al., 2019; Richter et al., 2019; Yang et al., 2020). Na základě těchto zjištění jsme předpokládali, že ženy po ukončeném šestinedělí dosahují vyššího skóre v dotazníku PSQI než ve třetím trimestru těhotenství (H6). Byť ženy vykazovaly po ukončeném šestinedělí horší kvalitu spánku než během třetího trimestru těhotenství (celkové skóre v PSQI vzrostlo z 6,62 na 6,94), hypotézu jsme nemohli přijmout, neboť nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Průměrné hodnoty ukazují na obecně špatnou kvalitu spánku v obou sledovaných obdobích (64 % respondentek

vykazovalo špatnou kvalitu spánku ve třetím trimestru těhotenství a po ukončeném šestinedělí bylo v našem souboru 65 % špatných spáčů). V uvedené metaanalýze se prevalence zhoršené kvality spánku během těhotenství v jednotlivých studiích pohybovala od 29 a 76 % (Sedov et al., 2018). V další metaanalýze se uvádí, že u žen po porodu bylo zjištěno, že zhoršený spánek mělo 67,2 % (Yang et al., 2020). Dalo by se říct, že náš výsledek je v souladu s existujícími poznatky o prevalenci zhoršené kvality spánku během těhotenství i po porodu.

Poslední ze zkoumaných hypotéz H7 předpokládala, že čím matky dosahují po ukončeném šestinedělí výše v celkovém skóre PSQI, tím výše skórují v dotazníku postnatální deprese EPDS. Tento předpoklad se potvrdil a hypotéza byla přijata. Náš výsledek je konzistentní se zahraničními výzkumy, konkrétně s výsledky, ke kterým došla nedávná práce, která se zaměřila na přezkoumání metaanalýz a systematických review zkoumajících studie zaměřené na rizikové faktory postnatální deprese (Zhao & Zhang, 2020).

Přestože k naší práci přistupujeme jako k pilotní studii, která mapuje v naší zemi doposud neprobádané téma a která, pevně doufáme, bude sloužit jako odrazový můstek pro navazující a prohlubující výzkumy, můžeme hovořit o jistých limitech, které mohly mít vliv na naše výsledky. Za limit naší práce považujeme výběr vzorku, kdy jsme využili metody příležitostného výběru a sněhové koule, které nezaručují velkou reprezentativnost vzorku (Ferjenčík, 2010). Limit vidíme jak v samotné velikosti zkoumaného vzorku ($n = 93$), tak také v tom, že náš vzorek zahrnoval v druhé fázi studie převážně kojící ženy (80 %). Jako druhý velký limit práce považujeme fakt, že jsme nemohli využít žádnou standardizovanou metodu, která by mapovala diskrepanci mezi očekáváním a následnou realitou ohledně hodnocení spánku dětí. Je možné, že zvolená metoda BISQ nemusí být pro tyto účely vhodná. Proto bychom v budoucnu vybízeli ke snaze vytvořit novou standardizovanou metodu, která by byla vytvořena za jasným účelem sledovat tuto proměnnou a která by vycházela ze všech dosavadních poznatků o spánku novorozenců a kojenců. Jedním z dalších limitů naší práce je, že pro hodnocení porodního zážitku byla použita pouze jedna položka, u které jsme využili možnost škálované odpovědi (1 skvělý/netraumatický-10 strašlivý/traumatický). Zvolení tohoto řešení mohlo způsobit nedostatečnou citlivost. Využití celé standardizované metody nebylo využito z důvodu rozsáhlosti dotazníkové baterie. Do budoucna by to však bylo vhodné. Za jistý limit lze považovat i fakt, že v českém prostředí existuje velmi malé množství dostupné literatury a výzkumů, které by byly zaměřeny na dětský spánek, a prakticky neexistují studie konkrétně zaměřené na očekávání

ohledně dětského spánku v souvislosti s realitou (tyto studie jsou rovněž ojedinělé i v zahraničí). V Českém prostředí jsme nenalezli žádnou jinou odbornou studii, která by mapovala očekávání v souvislosti s realitou. Domníváme se, že naše práce poskytuje nový pohled na spánek novorozenců a kojenců.

V budoucích studiích by se mohlo zvážit nastolení konsenzu ohledně cut-off skóre u dotazníku EPDS, neboť volba cut-off skóre EPDS má vliv na interpretaci výsledků a uváděnou prevalenci poporodní deprese. Ačkoli je dle systematických přezkumů metoda PSQI hojně využívanou metodou pro zhodnocení kvality spánku (Alvaro et al., 2013; Bhati & Richards, 2015), pro budoucí studie by mohlo být vhodné využít k měření kvality spánku objektivní metody (například aktigrafii) nebo současné využití jak objektivní, tak subjektivní metody hodnocení kvality spánku. Použití více metod může přispět k lepšímu porozumění kvality spánku u žen během těhotenství i po porodu.

Pokládáme za důležité, aby budoucí studie kladly důraz nikoli pouze na reálný spánek dětí a žen ve vztahu k postnatální depresi, ale také na diskrepanci mezi očekáváním a reálným spánkem dětí. Jak ukazují naše výsledky, samotná diskrepance vysvětluje až 16 % variability postnatální deprese, což není zanedbatelný podíl.

Domníváme se, že by bylo zajímavé zapojit do výzkumu také otce dítěte. Pro hlubší pochopení rozporu mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dětí nám připadá vhodné provést také kvalitativní studie, například hloubkové rozhovory s matkami pro komplexnější pochopení tohoto fenoménu.

Další výzkum by se mohl také zaměřit na prozkoumání oblastí, ve kterých může docházet k rozporu mezi očekáváním a realitou v mateřství. Výzkum rozporu mezi očekáváním a realitou v mateřství vnímáme jako velmi důležitý pro zlepšení informovanosti a podpory matek během těhotenství i po porodu. Předpokládáme, že realistická očekávání, a to nejen v oblasti spánku, která jsou položena na kvalitních informacích, mohou ženám usnadnit náročný proces přechodu do mateřství.

Z našich zjištění a také z výsledků zahraničních studií vyvozujeme, že je důležité poskytovat realistické informace týkající se spánku novorozenců a také napomoci odstranit společenský tlak na rodiče ohledně ideálního spánkového chování dětí. Považujeme také za žádoucí nabízet podporu při řešení těžkostí týkajících se spánku dětí v souvislosti s psychickým zdravím žen. V této souvislosti nám je sympatický komplexní program Ball et al. (2022) s názvem „Spánek, miminko a ty“, který má vzdělávat jak odborné pracovníky, kteří

přicházejí do kontaktu s budoucími/novopečenými rodiči, tak samotné rodiče. Předpokládáme, že tento program by mohl být inspirací pro vývoj podobného programu v českém prostředí. Na základě výsledků naší práce usuzujeme, že kvalitní edukační programy zaměřené na realitu spánku novorozenců a kojenců by mohly vést k redukci rizika poporodní deprese.

Věříme, že naše práce poslouží jako inspirace pro budoucí výzkumy v oblasti spánku dětí a v oblasti psychické pohody matek. Doufáme, že podnítl nové mezioborové spolupráce mezi psychology, pediatry, porodními asistentkami a dalšími odborníky, kteří se zabývají péčí o těhotné ženy a ženy po porodu.

ZÁVĚR

V této kapitole představíme výsledky, které jsme získali v rámci našeho výzkumu.

- Nepotvrdil se rozdíl mezi očekáváním ohledně spánku dětí (celkovým skóre PRE_BISQ) a následnou realitou ohledně spánku dětí (celkovým skóre POST_BISQ).
- Větší diskrepance mezi očekáváním a následnou realitou (rozdíl mezi PRE_BISQ a POST_BISQ) pozitivně koreluje s dosahováním vyššího skóre na Edinburghské škále postnatální deprese (EDPS).
- Diskrepance mezi očekáváním ohledně spánku dětí a následnou realitou ohledně spánku dětí (rozdíl mezi PRE_BISQ a POST_BISQ) tvoří přibližně 16 % variability v Edinburghské škále postnatální deprese EPDS.
- Dosažené skóre v subškále Parent perception (PP) z POST_BISQ negativně koreluje s celkovým skóre v Edinburghské škále postnatální deprese EPDS.
- Míra traumatizace z porodu nekoreluje s celkovým skóre v Edinburghské škále postnatální deprese EPDS.
- Při cut-off skóre 12 bodů se postnatální deprese v Edinburghské škále postnatální deprese EPDS projevila u 30 % žen, při cut-off skóre 9 bodů se projevila u 52 % žen.
- Matky, které využívají podporu duly/PA, v porovnání s matkami bez podpory duly/PA po porodu nedosahují vyšších hodnot na subškále PP v BISQ.
- 64 % žen vykazovalo ve třetím trimestru těhotenství špatnou kvalitu spánku v Pittsburském indexu kvality spánku PSQI. Po ukončeném šestinedělí vykazovalo špatnou kvalitu spánku 65 % žen.
- Ženy po ukončeném šestinedělí nedosahují vyššího skóre v Pittsburském indexu kvality spánku (PSQI) než ve třetím trimestru těhotenství.
- Celkové skóre v Pittsburském indexu kvality spánku u žen po ukončeném šestinedělí (POST_PSQI) pozitivně koreluje s celkovým skóre v Edinburghské škále postnatální deprese (EPDS).

SOUHRN

První rok života je u novorozenců a později u kojenců obdobím intenzivního vývoje, přičemž není pochyb o tom, že spánek hraje v raném věku velmi důležitou roli (Dias et al., 2018; Chaput et al., 2017). Na problematiku a normalitu spánku dětí můžeme pohlížet z různých úhlů pohledu. Epidemiologický přístup se zaměřuje na statistickou normu, tj. na to, jak průměrně spí většina dětí. Antropologický přístup vnímá spánek dítěte v kontextu evoluce a zdůrazňuje dyádu matka-dítě. Kromě těchto dvou přístupů je důležité zohlednit i normu v historickém a kulturním kontextu. Vnímání „normálního“ spánku se tak stává komplexním tématem, které vyžaduje multidisciplinární přístup (Barry, 2021; Rudzik & Ball, 2021). Ve společnosti i v odborných kruzích je proto spánek dětí předmětem mnoha debat a kontroverzí (Fuentes-Vega et al., 2017). Z výzkumu, ve kterém byl zkoumán spánek dětí, vyplynulo, že až 35 % rodičů vnímá spánek svého dítěte jako problémový (Mindell et al., 2022; Rosier & Cassels, 2021). Spánek novorozenců a kojenců se od spánku dospělého liší (Heraghty et al., 2008) a zdá se, že rodiče vnímají spánek svých dětí různě, a to i v případě, pokud se jedná o stejnou situaci. Někteří rodiče mohou vnímat rozdílný spánek kojenců jako běžnou součást vývoje, druzí vnímají spánek jako problematický, byť by nesplňoval klinické definice problematického spánku (Dai & Liu, 2021). Do spánku navíc vstupují další proměnné, jako je například kojení. Z výzkumů vyplývá, že kojené děti mají odlišnou architekturu spánku a také častěji sdílí postel s rodiči než děti krmené umělou výživou (Manková et al., 2021; Ball, 2003; Ball et al., 2016; Rudzik & Ball, 2016).

Těhotenství, porod a poporodní období s sebou nesou kromě spánku dětí i různé další výzvy a mohou být doprovázeny duševními problémy matek (Maghami et al., 2021). V naší práci jsme se proto zaměřili na poporodní depresi (PPD). Depresivní symptomy před i po porodu mají nezanedbatelný vliv na dítě, přičemž jako klíčový spojovací mechanismus se jeví kvalita interakce v dyádě matka-dítě (Schore, 2002; Binda et al., 2019). Ačkoli přesná etiologie poporodní deprese není známa, množství studií objevilo rizikové faktory, které mohou zvyšovat pravděpodobnost výskytu PPD. Hall (2006) ve své studii objevila, že novopečení rodiče se cítí často zaskočení realitou, která po porodu přichází. Autorka vyvozuje, že nerealistická očekávání často vznikají nedostatečnou přípravou před porodem. Autoři Ou et al. (2022) označili téma spánku kojenců za ústřední oblast, která hraje roli v očekávání rodičů.

Z tohoto teoretického základu vyvstal náš hlavní výzkumný cíl: Zjistit, zda se liší představy o spánku dětí, které mají budoucí matky během těhotenství, s reálným spánkem jejich dětí. Dále nás zajímalo, zda diskrepance mezi očekávaným a reálným spánkem dětí souvisí s postnatální depresí matek. Chtěli jsme také zjistit, zda postnatální deprese souvisí s vnímáním spánku dítěte matkou či s porodním zážitkem ženy. V souvislosti s poporodní depresí jsme se také zaměřili na kvalitu spánku žen po porodu.

Na základě stanovených cílů jsme zvolili kvantitativní metodologický přístup. Design studie byl kombinací exploračních, deskriptivních a korelačních designů. Data byla sbírána formou elektronického dotazníku, přičemž byla využita metoda sněhové koule a metoda příležitostného výběru. Výzkum probíhal ve dvou fázích. V 1. fázi studie byly osloveny ženy ve 3. trimestru těhotenství. Zaměřili jsme se na očekávání ohledně spánku dětí (dotazník BISQ-R SF; Sadeh, 2004), mapování kvality spánku matek (dotazník PSQI; Buysse et al., 1989) a sociodemografické údaje žen. Tytéž ženy byly opakovaně osloveny po ukončeném šestinedělí. V druhé fázi jsme se kromě spánku zaměřili i na postnatální deprese (dotazník EPDS; Cox et al., 1987), sociodemografické otázky a doplnili baterii o další doplňující otázky, které mapovaly například informovanost o dětském spánku, využití PA či dudy po porodu, způsob krmení, hodnocení porodního zážitku, subjektivní zhodnocení očekávání ohledně spánku a kojení aj. Výzkumný vzorek byl v 1. fázi tvořen 250 respondentkami, v druhé fázi byl vzorek tvořen 93 respondentkami.

Pro statistické zpracování dat jsme se vzhledem k tomu, že data nevykazovala normální rozložení dat, rozhodli využít neparametrické testy. Využili jsme Spearmanův korelační koeficient r , Mannův-Whitneyův test, Wilcoxonův test a také jsme sledovali effect size pomocí rank biserial correlation (RBC). Pro určení velikosti prediktoru u postnatální deprese jsme využili jednoduchý lineární model.

Výsledky nám neprokázaly statisticky významný rozdíl mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dětí. Z výsledků je ovšem patrné, že vyšší diskrepance mezi očekáváním a realitou týkající se spánku dětí souvisí s vyšší mírou postnatální deprese. Samotná diskrepance vysvětlovala až 16 % variability postnatální deprese, významnost tohoto podílu je tedy nesporná. Naše studie rozšiřuje zjištění Chénier-Leduc et al. (2023), kteří zjistili souvislost mezi diskrepancí v očekávání ohledně spánkového uspořádání a následnou realitou a postnatální depresí. Výsledky naší studie neprokázaly souvislost mezi mírou traumatizace z porodu a postnatální depresí. Potvrdil se nám ovšem předpoklad, že čím ženy hodnotí lépe spánek svého dítěte, tím dosahují nižší míry postnatální deprese. Dále se nám nepotvrdilo,

že by vnímání spánku dítěte souviselo s využitím podpory dully/PA. Během těhotenství i po porodu se v našem souboru ukázala u žen obecně zhoršená kvalita spánku (během těhotenství patřilo do skupiny špatných spáčů 64 % žen, po ukončeném šestinedělí to bylo 65 % žen). Na základě výzkumu autorů Sedov et al. (2018) jsme předpokládali, že kvalita spánku žen bude po ukončeném šestinedělí horší než kvalita spánku žen během třetího trimestru těhotenství. Ačkoli průměrné skóre dotazníku PSQI po šestinedělí u žen vzrostlo, rozdíl nebyl statisticky významný a hypotézu jsme nemohli přijmout. Kvalita spánku žen po ukončeném šestinedělí ovšem pozitivně korelovala s celkovým skóre v dotazníku zjišťujícím postnatální depresi. Výsledky tedy naznačují, že s horší kvalitou spánku matek se zvyšuje míra postnatální deprese, a jsou v souladu se zjištěním systematického review (Zhao & Zhang, 2020).

Největšími limity této práce jsou nereprezentativnost výzkumného souboru a jeho malý rozsah, které mohly ovlivnit výsledky. Za další limit práce považujeme například využití BISQ metody k měření diskrepance mezi očekáváním a reálným spánkem dětí a dále také zjednodušené hodnocení porodního zážitku – pouze jednou položkou se škálovanou odpovědí. K celé práci však přistupujeme jako k pilotní a měla by sloužit jako zdroj a inspirace pro další navazující studie.

Přínos práce spočívá primárně v unikátnosti této studie v českém prostředí, neboť jsme nenalezli studii zkoumající právě diskrepanci mezi očekáváním a realitou v souvislosti s postnatální depresí. Domníváme se, že výsledky studie umožní lépe porozumět prožívání matek po porodu a identifikovat faktory, které přispívají k rozvoji postnatální deprese.

V budoucím výzkumu považujeme za důležité zaměřit se na další oblasti, ve kterých může docházet k rozporu mezi očekáváním a realitou, dále také zaměření se nikoli na obecné charakteristiky spánku kojenců v souvislosti s postnatální depresí, ale také na diskrepanci mezi očekáváním a realitou.

Z našich zjištění vyvozujeme, že je důležité poskytovat rodičům před porodem realistické informace o spánku novorozenců/kojenců a odstranit společenský tlak ohledně ideálního spánku dětí. Dále nám připadá důležité nabízet podporu při řešení těžkostí týkajících se spánku dětí v souvislosti s psychickým zdravím žen.

LITERATURA

- Al-abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *58*, 1581-1590. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Allen, S. L., Howlett, M. D., Coulombe, J. A., & Corkum, P. V. (2016). ABCs of SLEEPING: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Medicine Reviews*, *29*, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.006>
- Alvaro, P. K., Roberts, R. M. & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, *36*(7), 1059–1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armitage, R., Flynn, H., Hoffmann, R., Vazquez, D., Lopez, J., & Marcus, S. (2009). Early Developmental Changes in Sleep in Infants: *The Impact of Maternal Depression*. *Sleep*, *32*(5), 693-696. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.693>
- Asaka, Y., & Takada, S. (2011). Comparing sleep measures of infants derived from parental reports in sleep diaries and acceleration sensors. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02204.x>
- Avilla, J. C. de, Giugliani, C., Bizon, A. M. B. L., Martins, A. C. M., Senna, A. F. K. de, Giugliani, E. R. J., & Scott, J. A. (2020). Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms. *PLOS ONE*, *15*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242333>
- Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). Test–retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(3), 737-740. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00330-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00330-6)
- Ball, H. L. (2003). Breastfeeding, Bed-Sharing, and Infant Sleep. *Birth*, *30*(3), 181-188. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00243.x>
- Ball, H. (2006). Parent-infant bed-sharing behavior. *Human Nature*, *17*(3), 301-318. <https://doi.org/10.1007/s12110-006-1011-1hall>

- Ball, H. L. (2012). The latest on bed sharing and breastfeeding. *Community Practitioner*, *85*, 29–31.
- Ball, H. L., Howel, D., Bryant, A., Best, E., Russell, C., & Ward-Platt, M. (2016). Bed-sharing by breastfeeding mothers: who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatrica*, *105*(6), 628-634. <https://doi.org/10.1111/apa.13354>
- Ball, H. L., Taylor, C. E., Thomas, V., Douglas, P. S., & Alves, E. (2020). Development and evaluation of ‘Sleep, Baby & You’—An approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving. *PLoS One*, *15*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237240>
- Ball, H. L., Tomori, C., & McKenna, J. J. (2019). Toward an Integrated Anthropology of Infant Sleep. *American Anthropologist*, *121*(3), 595-612. <https://doi.org/10.1111/aman.13284>
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *47*(2), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Batt, M. M., Duffy, K. A., Novick, A. M., Metcalf, C. A., & Epperson, C. N. (2020). Is Postpartum Depression Different From Depression Occurring Outside of the Perinatal Period? A Review of the Evidence. *FOCUS*, *18*(2), 106-119. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190045>
- Barry, E. S. (2021). What Is „Normal“ Infant Sleep? Why We Still Do Not Know. *Psychological Reports*, *124*(2), 651-692. <https://doi.org/10.1177/0033294120909447>
- Barry, E. S. (2022). Using complexity science to understand the role of co-sleeping (bedsharing) in mother-infant co-regulatory processes. *Infant Behavior and Development*, *67*. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2022.101723>
- Bartick, M., Young, M., Louis-Jacques, A., McKenna, J. J., & Ball, H. L. (2022). Bedsharing may partially explain the reduced risk of sleep-related death in breastfed infants. *Frontiers in Pediatrics*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1081028>

- Bhati, S., & Richards, K. (2015). A Systematic Review of the Relationship Between Postpartum Sleep Disturbance and Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(3), 350-357. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12562>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 50(5), 275-285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Beck, C. T. (2002). Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472. <https://doi.org/10.1177/104973202129120016>
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 39, 112-123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Berggren-Clive, K. (1998). Out of the Darkness and Into the Light: Women's Experiences With Depression After Childbirth. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 17(1), 103-120. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-1998-0006>
- Binda, V., Figueroa-Leigh, F., & Olhaberry, M. (2019). Antenatal and postnatal depressive symptoms: Association with quality of mother–infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101386>
- Blair, P. S., Sidebotham, P., Pease, A., Fleming, P. J., & van Wouwe, J. (2014). Bed-Sharing in the Absence of Hazardous Circumstances: Is There a Risk of Sudden Infant Death Syndrome? An Analysis from Two Case-Control Studies Conducted in the UK. *PLoS ONE*, 9(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107799>
- Bourel-Ponchel, E., Hasaerts, D., Challamel, M. -J., & Lamblin, M. -D. (2021). Behavioral-state development and sleep-state differentiation during early ontogenesis. *Neurophysiologie Clinique*, 51(1), 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2020.10.003>
- Box, G. E. P., & Cox, D. R. (1964). An analysis of transformations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 26(2), 211–252.
- Brandon, A. R., Ceccotti, N., Hynan, L. S., Shivakumar, G., Johnson, N., & Jarrett, R. B. (2012). Proof of concept: Partner-Assisted Interpersonal Psychotherapy for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 469-480. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0311-1>

Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2022). Profiles of women with postpartum depressive symptoms: A latent profile analysis using the Edinburgh Postnatal Depression Scale factors. *Journal of Clinical Psychology, 78*(7), 1500-1515. <https://doi.org/10.1002/jclp.23320>

Breastfeeding advocacy initiative: For the best start in life. (2015). World Health Organization. from http://www.who.int/iris/bitstream/10665/152891/http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152891/1/WHO_NMH_NHD_15.1_eng.pdf.

Brooks, E., & Canal, M. M. (2013). Development of circadian rhythms: Role of postnatal light environment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37*(4), 551-560. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.012>

Břicháček, V. (2000). Edinburhská škála postnatální deprese: ověření v České republice. Praha: Iga MZ ČR.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*, 193–213.

Cai, S., Tan, S., Gluckman, P. D., Godfrey, K. M., Saw, S. -M., Teoh, O. H., Chong, Y. -S., Meaney, M. J., Kramer, M. S., & Gooley, J. J. (2017). Sleep Quality and Nocturnal Sleep Duration in Pregnancy and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Sleep, 40*(2). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw058>

Coates, D., & Foureur, M. (2018). The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health & Social Care in the Community, 27*(4). <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum. <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385–396.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry, 150*, 782–6. <http://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

- Danaher, B. G., Milgrom, J., Seeley, J. R., Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M. S., Ericksen, J., Lester, W., Gemmill, A. W., Kosty, D. B., & Lewinsohn, P. (2013). MomMoodBooster Web-Based Intervention for Postpartum Depression: Feasibility Trial Results. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(11). <https://doi.org/10.2196/jmir.2876>
- Dacarett-Galeano, D. J., & Diao, X. Y. (2019). Brexanolone: A Novel Therapeutic in the Treatment of Postpartum Depression. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, *15*(2), 2-4. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2019.150201>
- Dai, Y., & Liu, J. (2021). Parental perceived child sleep problems: A concept analysis. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *26*(2). <https://doi.org/10.1111/jspn.12327>
- Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, *14*(4), 625–640. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.4.625>
- Dennis, C. L., & Hodnett, E. D. (2007) Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006116.pub2>
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *171*, 142-154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
- Dias, C. C., Figueiredo, B., Rocha, M., & Field, T. (2018). Reference values and changes in infant sleep-wake behaviour during the first 12 months of life: a systematic review. *Journal of Sleep Research*, *27*(5). <https://doi.org/10.1111/jsr.12654>
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(2), 134. <https://doi.org/10.1037/ccp0000068>
- Douglas, P. S., & Hill, P. S. (2013). Behavioral Sleep Interventions in the First Six Months of Life Do not Improve Outcomes for Mothers or Infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *34*(7), 497-507. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31829cfa6>

- Doyle, F. L., & Klein, L. (2020). Postnatal Depression Risk Factors: An Overview of Reviews to Inform COVID-19 Research, Clinical, and Policy Priorities. *Frontiers in Global Women's Health, 1*. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.577273>
- Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N., & Barnett, B. E. W. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*(1), 148. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-148>
- Epperson, C. N., Jatlow, P. I., Czarkowski, K., & Anderson, G. M. (2003). Maternal Fluoxetine Treatment in the Postpartum Period: Effects on Platelet Serotonin and Plasma Drug Levels in Breastfeeding Mother-Infant Pairs. *Pediatrics, 112*(5), e425-e425. <https://doi.org/10.1542/peds.112.5.e425>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development, 33*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization, 90*(2), 139-149. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
- Fleming, P., Pease, A., & Blair, P. (2015). Bed-sharing and unexpected infant deaths: what is the relationship? *Paediatric Respiratory Reviews, 16*(1), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2014.10.008>
- Frieder, A., Fersh, M., Hainline, R., & Deligiannidis, K. M. (2019). Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs, 33*(3), 265-282. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00605-7>
- Fuentes-Vega, S., Castro, P. J., & Van der Veer, R. (2017). Co-sleeping versus sleep training: publications with advice for parents. *Revista de la Facultad de Medicina, 65*(2), 203-210. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59514>

- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews, 16*(3), 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.06.001>
- Germo, G. R., Chang, E. S., Keller, M. A., & Goldberg, W. A. (2007). Child sleep arrangements and family life: perspectives from mothers and fathers. *Infant and Child Development, 16*(4), 433-456. <https://doi.org/10.1002/icd.521>
- Goodman, J. H., & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 14*(4), 277-293. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0225-3>
- Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. S., Dolby, R., & Kennaway, D. J. (2016). Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics, 137*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1486>
- Graven, S. (2006). Sleep and Brain Development. *Clinics in Perinatology, 33*(3), 693-706. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2006.06.009>
- Green, A. & Westcombe, A. (Eds.) (2012). *Sleep: Multiprofessional perspectives*. Jessica Kingsley Publishers
- Gruszczyńska-Sińczak, I., Wachowska, K., Bliźniewska-Kowalska, K., & Gałęcki, P. (2023). *Psychiatric Treatment in Pregnancy: A Narrative Review. Journal of Clinical Medicine, 12*(14). <https://doi.org/10.3390/jcm12144746>
- Halal, C. S., Bassani, D. G., Santos, I. S., Tovo-Rodrigues, L., Del-Ponte, B., Silveira, M. F., Bertoldi, A. D., Barros, F. C., & Nunes, M. L. (2021). Maternal perinatal depression and infant sleep problems at 1 year of age: Subjective and actigraphy data from a population-based birth cohort study. *Journal of Sleep Research, 30*(2). <https://doi.org/10.1111/jsr.13047>
- Hall, P. (2006). Mothers experiences of postnatal depression: an interpretative phenomenological analysis. *Community Practitioner, 79*(8), 256-260.
- Hammen, C. L. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders, 74*, 49–57. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00430-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00430-5)
- Härdelin, G., Holding, B. C., Reess, T., Geranmayeh, A., Axelsson, J., & Sundelin, T. (2021). Do Mothers Have Worse Sleep Than Fathers? Sleep Imbalance, Parental Stress, and Relationship Satisfaction in Working Parents. *Nature and Science of Sleep, 13*, 1955-1966. <https://doi.org/10.2147/NSS.S323991>

- Haseli, A., & Mohammadi, S. (2019). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Postpartum Depression: A Review and Meta-Analysis Study. *International Journal of Health Studies*, 5(4), 15-20. <https://doi.org/10.22100/ijhs.v5i4.709>
- Hauck, F. R., Thompson, J. M. D., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 128(1), 103-110. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3000>
- Hebisch, G., Neumaier-Wagner, P. M., Huch, R., & von Mandach, U. (2004). Maternal serum interleukin-1 β , -6 and -8 levels and potential determinants in pregnancy and peripartum. *Journal of Perinatal Medicine*, 32(6). <https://doi.org/10.1515/JPM.2004.131>
- Henderson, J. M. T., Motoi, G., & Blampied, N. M. (2013). Sleeping through the night: A community survey of parents' opinions about and expectations of infant sleep consolidation. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(7), 535-540. <https://doi.org/10.1111/jpc.12278>
- Heraghty, J. L., Hilliard, T. N., Henderson, A. J., & Fleming, P. J. (2008). The physiology of sleep in infants. *Archives of Disease in Childhood*, 93(11), 982-985. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.113290>
- Horne, J. A., & Östberg O. A. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *Chronobiology International*, 4(2), 97-110.
- Huang, Y., Hauck, F. R., Signore, C., Yu, A., Raju, T. N. K., Huang, T. T. -K., & Fein, S. B. (2010). Influence of Bedsharing Activity on Breastfeeding Duration Among US Mothers. *JAMA Pediatrics*, 167(11). <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2632>
- Hunter, L. P., Rychnovsky, J. D., & Yount, S. M. (2009). A Selective Review of Maternal Sleep Characteristics in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(1), 60-68. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x>
- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 96-108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Chaput, J. -P., Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Birken, C. S., MacLean, J. E., Aubert, S., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the

- relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, *17*(S5). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4850-2>
- Chénier-Leduc, G., Béliveau, M. -J., Dubois-Comtois, K., Kenny, S., & Pennestri, M. -H. (2023). Parental Depressive Symptoms and Infant Sleeping Arrangements: The Contributing Role of Parental Expectations. *Journal of Child and Family Studies*, *32*(8), 2271-2280. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02511-x>
- Infant and young child feeding. (2021). World Health Organization. Retrieved August 26, 2023, from <https://www.who.int/news-room/facJennit-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Italianer, M. F., Naninck, E. F. G., Roelants, J. A., van der Horst, G. T. J., Reiss, I. K. M., Goudoever, J. B. van, Joosten, K. F. M., Chaves, I., & Vermeulen, M. J. (2020). Circadian Variation in Human Milk Composition, a Systematic Review. *Nutrients*, *12*(8). <https://doi.org/10.3390/nu12082328>
- Jenni, O. G., Deboer, T., & Achermann, P. (2006). Development of the 24-h rest-activity pattern in human infants. *Infant Behavior and Development*, *29*(2), 143-152. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.11.001>
- Jenni, O. G., & O'Connor, B. B. (2005). Children's Sleep: An Interplay Between Culture and Biology. *Pediatrics*, *115*(Supplement_1), 204-216. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0815B>
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *15*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Keller, M. A., & Goldberg, W. A. (2004). Co-sleeping: Help or hindrance for young children's independence? *Infant and Child Development*, *13*(5), 369-388. <https://doi.org/10.1002/icd.365>
- Kendall-Tackett, K., Cong, Z., & Hale, T. W. (2013). Depression, Sleep Quality, and Maternal Well-Being in Postpartum Women with a History of Sexual Assault: A Comparison of Breastfeeding, Mixed-Feeding, and Formula-Feeding Mothers. *Breastfeeding Medicine*, *8*(1), 16-22. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0024>

- Kendall-Tackett, K., Cong, Z., & Hale, T. W. (2018). The Impact of Feeding Method and Infant Sleep Location on Mother/Infant Sleep, Maternal Depression, and Mothers' Well-Being. *Clinical Lactation*, 9(3), 117-124. <https://doi.org/10.1891/2158-0782.9.3.117>
- Kikuchi, S., Nishihara, K., Horiuchi, S., & Eto, H. (2020). The influence of feeding method on a mother's circadian rhythm and on the development of her infant's circadian rest-activity rhythm. *Early Human Development*, 145. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105046>
- Kim, D. R., Sockol, L., Barber, J. P., Moseley, M., Lamprou, L., Rickels, K., O'Reardon, J. P., & Epperson, C. N. (2011). A survey of patient acceptability of repetitive transcranial magnetic stimulation (TMS) during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.027>
- Knoop, M. S., de Groot, E. R., & Dudink, J. (2021). Current ideas about the roles of rapid eye movement and non-rapid eye movement sleep in brain development. *Acta Paediatrica*, 110(1), 36-44. <https://doi.org/10.1111/apa.15485>
- Lawrence, E., Nylen, K., & Cobb, R. J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 155-164. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.155>
- Lawson, A., Murphy, K. E., Sloan, E., Uleryk, E., & Dalfen, A. (2015). The relationship between sleep and postpartum mental disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 176, 65-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.017>
- Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665-2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation

- Maehara, K., Mori, E., Iwata, H., Sakajo, A., Aoki, K., & Morita, A. (2017). Postpartum maternal function and parenting stress: Comparison by feeding methods. *International Journal of Nursing Practice*, 23(3). <https://doi.org/10.1111/ijn.12549>
- Maghami, M., Shariatpanahi, S. P., Habibi, D., Heidari-Beni, M., Badihian, N., Hosseini, M., & Kelishadi, R. (2021). Sleep disorders during pregnancy and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 81(6), 469-478. <https://doi.org/10.1002/jdn.10118>
- Manková, D., Dudysová, D., Novák, J., Fárková, E., Janků, K., Kliková, M., Bušková, J., Bartoš, A., Šonka, K., Kopřivová, J., & Angkurawaranon, C. (2021). Reliability and Validity of the Czech Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Patients with Sleep Disorders and Healthy Controls. *BioMed Research International*, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2021/5576348>
- Manková, D., Švancarová, S., & Štenclová, E. (2023). Does the feeding method affect the quality of infant and maternal sleep? A systematic review. *Infant behavior & development*, 73, 101868. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101868>
- McKenna, J. J. (2014). Night waking among breastfeeding mothers and infants: Conflict, congruence or both? *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2014(1), 40–47. <https://doi.org/10.1093/emph/eou006>
- McKenna, J. J., & Gettler, L. T. (2016). There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastsleeping. *Acta Paediatrica*, 105(1), 17-21. <https://doi.org/10.1111/apa.13161>
- McKenna, J. J., & McDade, T. (2005). Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatric Respiratory Reviews*, 6(2), 134-152. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2005.03.006>
- Meek, J. Y., & Noble, L. (2022). Policymil Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 150(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Meltzer-Brody, S. (2011). New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 89-100. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.1/smbrody>

- Meltzer, L. J., Williamson, A. A., & Mindell, J. A. (2021). Pediatric sleep health: It matters, and so does how we define it. *Sleep Medicine Reviews*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101425>
- Meyer, R., Foong, R. -X. M., Thapar, N., Kritas, S., & Shah, N. (2015). Systematic review of the impact of feed protein type and degree of hydrolysis on gastric emptying in children. *BMC Gastroenterology*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12876-015-03minde69-0>
- Middlemiss, W., Granger, D. A., Goldberg, W. A., & Nathans, L. (2012). Asynchrony of mother–infant hypothalamic–pituitary–adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Early Human Development*, 88(4), 227-232. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.08.010>
- Mileva-Seitz, V. R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Battaini, C., & Luijk, M. P. C. M. (2017). Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 32, 4-27. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.03.003>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Milgrom, J., Danaher, B. G., Gemmill, A. W., Holt, C., Holt, C. J., Seeley, J. R., Tyler, M. S., Ross, J., & Ericksen, J. (2016). Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.4993>
- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 529–542. <https://doi.org/10.1348/014466505X34200>
- Mindell, J. A., Collins, M., Leichman, E. S., Bartle, A., Kohyama, J., Sekartini, R., Veeravigrom, M., Kwon, R., & Goh, D. Y. T. (2022). Caregiver perceptions of sleep problems and desired areas of change in young children. *Sleep Medicine*, 92, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.02.021>

- Mindell, J. A., Cook, R. A., & Nikolovski, J. (2015). Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Medicine*, *16*(4), 483-488. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.006>
- Mindell, J. A., Gould, R. A., Tikotzky, L., Leichman, E. S., & Walters, R. M. (2019). Normative Scoring System for the Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised (BISQ–R). *Sleep Medicine*, *63*, 106-114. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.05.010>
- Mizrahi, E. M., Hrachovy, R. A., & Kellaway, P. (2004). Atlas of Neonatal Electroencephalography. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, Pennsylvania.
- Moameri, H., Ostadghaderi, M., Khatooni, E., & Doosti-Irani, A. (2019). Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, *7*(3), 471-480. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.02.009>
- Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, *150*(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
- Morgan, B. E., Horn, A. R., & Bergman, N. J. (2011). Should Neonates Sleep Alone? *Biological Psychiatry*, *70*(9), 817-825. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.06.018>
- Moses-Kolko, E. L., Berga S. L., Kairo B., Sit D. K., & Wisner K. L. (2009). Transdermal Estradiol for Postpartum Depression: A Promising Treatment Option. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, *52*(3), 516-529. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181b5a395>
- Mosko, S., Richard, CH., James M., Drummond, S., & Mukai, D. (1997). Maternal proximity and infant CO2 environment during bedsharing and possible implications for SIDS research. *American Journal of Physical Anthropology*, *103*, 315–323. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8644\(199707\)103:3<315::AID-AJPA2>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8644(199707)103:3<315::AID-AJPA2>3.0.CO;2-P)
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, *13*(2), 125-139. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0101-6>
- Murray, L., Cooper, P., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on the

mother-child relationship and child outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 420-427

Muscat, T., Thorpe, K., & Obst, P. (2012) Disconfirmed expectations of infant behaviours and postnatal depressive symptoms among parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(1), 51-61. <http://doi.org/10.1080/02646838.2012.670804>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

Nilvér, H., Begley, C., & Berg, M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>

Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Wan Emilin, W. M. A. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>

O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(11). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039>

O'Hara, M. W. & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>

Ou, C. H. K., Hall, W. A., Rodney, P., & Stremler, R. (2022). Seeing Red: A Grounded Theory Study of Women's Anger after Childbirth. *Qualitative Health Research*, 32(12), 178paruthi0-1794. <https://doi.org/10.1177/10497323221120173>

Park, J., Kim, S. Y., & Lee, K. (2022). Effectiveness of behavioral sleep interventions on children's and mothers' sleep quality and maternal depression: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07762-8>

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the

- Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1549-1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. *JAMA*, 303(19). <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D., & O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.002>
- Philbrook, L. E., & Teti, D. M. (2016). Associations between bedtime and nighttime parenting and infant cortisol in the first year. *Developmental Psychobiology*, 58(8), 1087-1100. <https://doi.org/10.1002/dev.21442>
- Psychogiou, L., Russell, G., & Owens, M. (2020). Parents' postnatal depressive symptoms and their children's academic attainment at Ramos16 years: Pathways of risk transmission. *British Journal of Psychology*, 111(1), 1-16. <https://doi.org/10.1111/bjop.12378>
- Quillin, I. M., & Glenn, L. L. (2004). Interaction Between Feeding Method and Co-Sleeping on Maternal-Newborn Sleep. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(5), 580-588. <https://doi.org/10.1177/0884217504269013>
- R Core Team (2021). R: A Language and Environment for Statistical Computing. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Hogrefe – Testcentrum.
- Ramos, K. D., & Youngclarke, D. M. (2006). Parenting Advice Books About Child Sleep: Cosleeping and Crying It Out. *Sleep*, 29(12), 1616-1623. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.12.1616>
- Ramos, K. D., Youngclarke, D., & Anderson, J. E. (2007). Parental perceptions of sleep problems among co-sleeping and solitary sleeping children. *Infant and Child Development*, 16(4), 417-431. <https://doi.org/10.1002/icd.526>
- Raskin, M., Easterbrooks, M. A., Lamoreau, R. S., Kotake, C., & Goldberg, J. (2016). Depression Trajectories of Antenatally Depressed and Nondepressed Young Mothers: Implications for Child Socioemotional Development. *Women's Health Issues*, 26(3), 344-350. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.02.002>

- Rasmussen, M. -L. H., Strøm, M., Wohlfahrt, J., Videbech, P., Melbye, M., & Myers, J. E. (2017). Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: A population-based cohort study. *PLOS Medicine*, *14*(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002392>
- Raudasoja, M., Vehviläinen-Julkunen, K., & Tolvanen, A. (2022). Passing the test of motherhood? Self-esteem development and birth experience in the transition to motherhood: A longitudinal mixed methods study in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(12), 4246-4260. <https://doi.org/10.1111/jan.15468>
- Reay, R. E., Owen, C., Shadbolt, B., Raphael, B., Mulcahy, R., & Wilkinson, R. B. (2012). Trajectories of long-term outcomes for postnatally depressed mothers treated with group interpersonal psychotherapy. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(3), 217-228. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0280-4>
- Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. (2002). Postpartum depression and the mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*. *70*, 291–306. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00367-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00367-6)
- Richter, D., Krämer, M. D., Tang, N. K. Y., Montgomery-Downs, H. E., & Lemola, S. (2019). Long-term effects of pregnancy and childbirth on sleep satisfaction and duration of first-time and experienced mothers and fathers. *Sleep*, *42*(4). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz015>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26*(4), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Rosier, J. G., & Cassels, T. (2021). From „Crying Expands the Lungs,, to „You’re Going to Spoil That Baby“: How the Cry-It-Out Method Became Authoritative Knowledge. *Journal of Family Issues*, *42*(7), 1516-1535. <https://doi.org/10.1177/0192513X20949891>
- Rudzik, A. E. F., & Ball, H. L. (2021). Biologically normal sleep in the mother-infant dyad. *American Journal of Human Biology*, *33*(5). <https://doi.org/10.1002/ajhb.23589>
- Sadeh, A. (2004). A Brief Screening Questionnaire for Infant Sleep Problems: Validation and Findings for an Internet Sample. *Pediatrics*, *113*(6), e570-e577. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e570>

- Salm Ward TC. Reasons for mother-infant bed-sharing: a systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research. (2015). *Matern Child Health J*, 19(3), 675–90. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1557-1>
- Sedov, I. D., Cameron, E. E., Madigan, S., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2018). Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.06.005>.
- Sharma, V., & Mazmanian, D. (2014). The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Archives of Women's Mental Health*, 17(2), 171-173. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0406-3>
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M. -P., Matthey, S., Kemp, L., Mills, A., Meade, T., & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26(3), 167-178. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.006>
- Schore, A. N. (2002). The Neurobiology of Attachment and Early Personality Organization. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 16(3), 249–263.
- Simard, V., Chevalier, V., & Bédard, M. -M. (2017). Sleep and attachment in early childhood: a series of meta-analyses. *Attachment & Human Development*, 19(3), 298-321. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1293703>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. -Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 839-849. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>
- Solomonova, E., MacKinnon, A. L., Gold, I., Robins, S., Wunderlich, S., Feeley, N., Hayton, B., Libman, E., & Zelkowitz, P. (2020). Disordered sleep is related to delusional ideation and depression during the perinatal period. *Sleep Health*, 6(2), 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.01.001>

- Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., Surbek, D., & Bitzer, J. (2009). Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(4), 211-224. <https://doi.org/10.1080/01674820600804276>
- Steel, A., Frawley, J., Adams, J., & Diezel, H. (2015). Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: a critical integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 23(3), 225-241. <https://doi.org/10.1111/hsc.12112>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183–196. 80 <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- St James-Roberts, I., Roberts, M., Hovish, K., & Owen, C. (2016). Descriptive figures for differences in parenting and infant night-time distress in the first three months of age. *Primary Health Care Research & Development*, 17(06), 611-621. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000293>
- Stremler, R., McMurray, J., & Brennenstuhl, S. (2020). Self-Reported Sleep Quality and Actigraphic Measures of Sleep in New Mothers and the Relationship to Postpartum Depressive Symptoms. *Behavioral Sleep Medicine*, 18(3), 396-405. <https://doi.org/10.1080/15402002.2019.1601629>
- Stuart, S. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 134-140. <https://doi.org/10.1002/cpp.1778>
- Sullivan, S. S., & Ball, H. L. (2017). Early Childhood Pediatric Sleep Concerns for Parents: Co-sleeping. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.00880-4>
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2675. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>
- The Jamovi project (2023). Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

- Thomas, K. A., Burr, R. L., & Spieker, S. (2015). Maternal and infant activity: Analytic approaches for the study of circadian rhythm. *Infant Behavior and Development*, *41*, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.08.002>
- Thompson, J. M. D., Tanabe, K., Moon, R. Y., Mitchell, E. A., McGarvey, C., Tappin, D., Blair, P. S., & Hauck, F. R. (2017). Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*, *140*(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1324>
- Ting, E. Y. -C., Yang, A. C., & Tsai, S. -J. (2020). Role of Interleukin-6 in Depressive Disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, *21*(6). <https://doi.org/10.3390/ijms21062194>
- Toffol, E., Lahti-Pulkkinen, M., Lahti, J., Lipsanen, J., Heinonen, K., Pesonen, A. -K., Hämäläinen, E., Kajantie, E., Laivuori, H., Villa, P. M., & Räikkönen, K. (2019). Maternal depressive symptoms during and after pregnancy are associated with poorer sleep quantity and quality and sleep disorders in 3.5 year-old offspring. *Sleep Medicine*, *56*, 201-210. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.10.042>
- Tsai, S.-Y., Lee, P.-L., Lin, J.-W., & Lee, C.-N. (2016). Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health-related quality of life in pregnant women: A prospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, *56*, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.01>
- Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Volpe, L. E., Ball, H. L., & McKenna, J. J. (2013). Nighttime parenting strategies and sleep-related risks to infants. *Social Science & Medicine*, *79*, 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.043>
- Walker, I. (2013). Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada.

- Ward T. C. (2015). Reasons for mother-infant bed-sharing: a systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research. *Maternal and child health journal*, *19*(3), 675–690. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1557-1>
- Wendt H. W. (1972) Dealing with a common problem in social science: A simplified rank-biserial coefficient of correlation based on the U statistic. *European Journal of Social Psychology*, *2*(4), 463–465.
- Wilson, D. L., Barnes, M., Ellett, L., Permezel, M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2011). Decreased sleep efficiency, increased wake after sleep onset and increased cortical arousals in late pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *51*(1), 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01252.x>
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., Moses-Kolko, E. L., Driscoll, K. E., Prairie, B. A., Stika, C. S., Eng, H. F., Dills, J. L., Luther, J. F., & Wisniewski, S. R. (2015). Transdermal Estradiol Treatment for Postpartum Depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *35*(4), 389-395. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000351>
- Wong, S. D., Wright, K. P., Spencer, R. L., Vetter, C., Hicks, L. M., Jenni, O. G., & LeBourgeois, M. K. (2022). Development of the circadian system in early life: maternal and environmental factors. *Journal of Physiological Anthropology*, *41*(1). <https://doi.org/10.1186/s40101-022-00294-0>
- Treatment for Postpartum Depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *35*(4), 389-395. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000351>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *219*, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11. vydání). <https://icd.who.int/>
- Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *97*, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.016>

Yan, N., & Dix, T. (2016). Mothers' depressive symptoms and children's cognitive and social agency: Predicting first-grade cognitive functioning. *Developmental Psychology, 52*(8), 1291-1298. <https://doi.org/10.1037/dev0000120>

Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*(1), 99-137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>

Zhao, X. -hu, & Zhang, Z. -hua. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry, 53*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Seznam tabulek
4. Seznam obrázků
5. Stanovisko Etického panelu FF UP pro výzkum
6. Informovaný souhlas

Příloha 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Spánek dětí: očekávání versus realita

Autor práce: Bc. et Bc. Soňa Švancarová

Vedoucí práce: PhDr. Denisa Manková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 95 stran, 143 133 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 190

Abstrakt (800–1200 zn.):

Předkládaná práce mapuje oblast novorozeneckého a kojeneckého spánku a sleduje vzájemné propojení tohoto tématu s proměnnými na straně matky (například kvalita spánku, postnatální deprese aj.). Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda se liší očekávání matek ohledně spánku dětí s následnou realitou. Dále pak zda tato diskrepance souvisí s postnatální depresí. Rovněž jsme sledovali, jak se mění kvalita spánku matek v těhotenství a po ukončeném šestinedělí. Výzkum byl dvoufázový, v 1. fázi studie byly osloveny ženy ve 3. trimestru těhotenství, tytéž ženy pak byly opětovně osloveny po ukončeném šestinedělí. Druhé fáze studie se zúčastnilo celkem 93 participantek. Data byla získána prostřednictvím online dotazníkového šetření. Testová baterie zahrnovala Stručný dotazník o spánku kojenců – revidovaná verze, Pittsburský index kvality spánku, Edinburghskou škálu postnatální deprese, doplňující otázky mapující sociodemografické údaje a praxi žen po porodu. Nepotvrdil se rozdíl mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dětí. Nesoulad mezi očekáváním a realitou ohledně spánku dětí byl ovšem u žen spojen s vyšší mírou symptomů postnatální deprese. Během třetího trimestru těhotenství se 64 % žen potýkalo se špatnou kvalitou spánku. Ačkoli se spánek u žen po porodu dle průměrného skóre v testu u žen zhoršil, tyto výsledky nebyly signifikantní.

Klíčová slova: spánek, spánek novorozenců, spánek kojenců, kvalita spánku matek, mateřská očekávání, postnatální deprese, poporodní deprese.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Childrens sleep – Mothers expectations versus reality

Author: Bc. et Bc. Soňa Švancarová

Supervisor: PhDr. Denisa Manková, Ph.D.

Number of pages and characters: 95 pages, 143 133 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 190

Abstract (800–1200 characters):

The submitted work explores the area of newborn and infant sleep and examines the interrelation of this topic with variables on the mother's side (e.g., sleep quality, postpartum depression, etc.). The main goal of the work was to determine whether mothers' expectations regarding infant sleep differ from the subsequent reality. Furthermore, it aimed to investigate whether this discrepancy is related to postpartum depression. The study also monitored changes in the sleep quality of mothers during pregnancy and after the end of the six-week postpartum period. The research was conducted in two phases. In the first phase of the study, women in the third trimester of pregnancy were surveyed, and the same women were then re-surveyed after the end of the six-week postpartum period. A total of 93 participants took part in the second phase of the study. Data was collected through an online survey. The test battery included the Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised, short form, the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and additional questions mapping the sociodemographic data and practices of women after childbirth. No difference was found between expectations and reality regarding infant sleep. However, a mismatch between expectations and reality regarding infant sleep was associated with a higher level of postpartum depression symptoms in women. During the third trimester of pregnancy, 64 % of women experienced poor sleep quality. While the average test scores suggested a decline in sleep quality among women following childbirth, this difference was not statistically significant.

Key words: Sleep, Newborn sleep, Infant sleep, Maternal sleep quality, Maternal expectations, Postpartum depression, Postnatal depression.

Příloha 3 Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku.....	52
Tabulka 2: Podíl dobrých a špatných spáčů v souboru dle fáze výzkumu	56
Tabulka 3: Subjektivní hodnocení matek ohledně kojení a spánku dítěte.....	58
Tabulka 4: Rozdíly mezi PRE a POST praktikování breastsleeping a uspávání pomocí nosítka.....	59
Tabulka 5: Rozdíly mezi dobrými a špatnými spáči v hodnotách poporodní deprese	63

Příloha č. 4 Seznam obrázků

Obrázek 1a: Počet dětí (fáze 1).....	52
Obrázek 1b: Počet dětí (fáze 2).....	52
Obrázek 2: Počet žen s příznaky PPD dle kritérií cut-off skóre v EPDS	56
Obrázek 3: Hodnocení zážitku z porodu.....	57
Obrázek 4: Strava dítěte.....	58
Obrázek 5: Procentuální zastoupení vyhledávání informací o spánku dítěte	59
Obrázek 6: Využívání doly/PA po porodu	60

Příloha 5: Stanovisko Etického panelu FF UP pro výzkum

Stanovisko Etického panelu FF UP pro výzkum

Složení panelu:

doc. Mgr. Ivona Barešová, Ph.D.
PhDr. Ondřej Bláha, Ph.D.
PhDr. Olga Pechová, Ph.D.
doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D. (předseda)
doc. PhDr. Daniel Topinka, Ph.D.
Mgr. Elizabeth Allyn Woock, Ph.D.

**Předložený projekt byl schválen Etickým panelem pod č. jednacím: 04/2022 dne:
4. 5. 2022**

Etický panel FF UP pro výzkum zhodnotil předložený projekt a neshledal žádné rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro výzkum zahrnující lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etického panelu FF UP pro výzkum.



Doc. PhDr.
MATÚŠ
ŠUCHA, PhD.

Digitálně podepsal
Doc. PhDr. MATÚŠ
ŠUCHA, PhD.
Datum: 2022.05.04
15:57:24 +02'00'

.....
podpis předsedy

Příloha 6: Informovaný souhlas

Název studie: Spánek dětí – očekávání matek versus realita

Vážená paní,

byla jste oslovena s nabídkou účasti na výzkumném projektu „Spánek dětí – očekávání matek versus realita“. Tato online studie si klade za cíl zjistit, zda a jak se liší představy o spánku dětí, které mají budoucí matky během těhotenství a reálný spánek jejich narozených dětí.

Před samotným začátkem vyplňování si prosím přečtěte následující informace o výzkumu a PROHLÁŠENÍ (Informovaný souhlas a Souhlas se zpracováním osobních údajů). Pokud máte ohledně studie jakékoliv nejasnosti, neváhejte nás kontaktovat, dotazy rádi zodpovíme.

INFORMACE O VÝZKUMU

Výzkum je realizován pod záštitou Katedry psychologie, Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci týmem ve složení: PhDr. Denisa Manková, Ph.D., Bc. et Bc. Soňa Švancarová, Bc. Eliška Štenclová. Studie vznikla za podpory MŠMT ČR udělené UP v Olomouci (IGA_FF_2022_054).

Jaké jsou cíle naší studie?

Hlavním cílem studie je zmapovat, zda a jak se od sebe liší představy budoucích matek o spánku dětí a reálný spánek dětí. Dále budeme zkoumat, zda sledovaná diskrepance má souvislost s postnatální depresí a úzkostí či s dalšími sociodemografickými a anamnestickými údaji. Vzhledem k tomu, že vnímáme postnatální depresi jako nebezpečnou komplikaci poporodní adaptace, zajímá nás také, zda je postnatální deprese ve vztahu k tomu, zda matky subjektivně hodnotí spánek dítěte jako problém. V neposlední řadě chceme v rámci studie rozšířit poznatky z oblasti kvality spánku a cirkadiálních preferencí matek. Budeme se zaměřovat na to, jak se u žen v průběhu těhotenství a po porodu mění cirkadiální preference a kvalita spánku.

Jak bude studie probíhat?

Pokud budete s účastí ve studii souhlasit, v online prostředí vyplníte sérii dotazníků, a to ve dvou fázích. První sběr dat proběhne ve třetím trimestru těhotenství, druhý sběr dat proběhne ve třetím měsíci od Vašeho plánovaného data porodu. V testových bateriích budou obsaženy

demografické a socioekonomické údaje, otázky týkající se očekávání a následně reality ohledně spánku Vašeho dítěte, dále dotazníky sloužící k měření depresivity a úzkosti či dotazníky zjišťující Váš chronotyp a kvalitu spánku. Pokud budete souhlasit a zanecháte nám na sebe při prvním vyplňování emailový kontakt, v rámci třetího měsíce od plánovaného data porodu Vás vyzveme k opětovnému (druhému) vyplnění dotazníků. Vyplnění dotazníků zabere v první fázi asi _ minut, v druhé fázi přibližně _ minut.

Odměna a náklady subjektů studie:

Účastí ve studii přispějete k získání dat, která budou sloužit pro výzkumné účely a pro účely diplomové práce. Účast ve studii je zcela dobrovolná a není nikterak finančně honorována. S výzkumem nejsou spojena žádná rizika.

Bezpečnost, důvěrnost údajů a Vaše práva:

Vaše účast na výzkumu je dobrovolná a máte plné právo od studie kdykoliv a bez udání důvodů odstoupit. Výzkumníci mají rovněž právo nezařadit vybraná data do výzkumu (např. v důsledku nedostatečného vyplnění dotazníků atd.) V případě, že se studie zúčastníte, veškeré informace o Vás budou považovány za důvěrné. Data získaná během studie budou použita výhradně pro výzkumné účely. Aby bylo možné Vaše vyplněné dotazníky ze dvou fází výzkumu propojit, budete v rámci studie vystupovat pod unikátním (přiděleným) kódem. Pokud budou výsledky studie jakoukoliv formou publikovány, bude to realizováno tak, aby nebylo možné určit informace o jednotlivých účastnících studie. Další informace o zpracování Vašich osobních údajů a o Vašich právech najdete na internetových stránkách UP (část Univerzita, sekce Ochrana osobních údajů), a dále také v Obecném nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) (Nařízení (EU) 2016/679).

Výzkumnou studii schválila Etická komise Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Máte-li jakékoliv dotazy týkající se Vašich práv jakožto účastníka této studie, můžete kontaktovat hlavního řešitele:

PhDr. Denisa Manková, Ph.D.

tel. 724 575 028

e-mail: denisa.mankova@upol.cz

PROHLÁŠENÍ (Informovaný souhlas a Souhlas se zpracováním osobních údajů)

Potvrzuji, že

jsem byla seznámena s Informacemi o výzkumu „Spánek dětí – očekávání matek versus realita“. Informacím jsem porozuměla. Na mé případné dotazy jsem dostala srozumitelnou odpověď.

souhlasím s účastí v této studii a výzkumníkům poskytnu nezbytné informace vedoucí k naplnění cílů studie.

v případě dobrovolného uvedení mého emailového kontaktu souhlasím s tím, že budu výzkumníky oslovena s nabídkou pokračování ve druhé fázi výzkumu.

jsem srozuměna s tím, že má účast ve studii je zcela dobrovolná a nehonorovaná.

jsem srozuměna s tím, že svůj souhlas s účastí ve studii mohu kdykoli, podle svého vlastního uvážení odvolat, a to i bez udání důvodu.

jsem si vědoma, že studie je možné se zúčastnit pouze tehdy, pokud dojde k potvrzení „Souhlasím s účastí ve studii“. Vzhledem k online povaze výzkumu slouží tento krok jako potvrzení Informovaného souhlasu a Souhlasu se zpracováním osobních údajů.

souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů z výzkumu a s jejich dalším využitím (publikování či ústní prezentace).

souhlasím s tím, aby byly zpracovány a uchovány mé osobní údaje, a to v rozsahu nezbytně nutném pro vyhodnocení dat.

SOUHLASÍM S ÚČASTÍ VE STUDII

UPOZORNĚNÍ

Pokud u sebe po šestinedělí zaznamenáváte stále skleslou náladu, která se nemění během dne, převažující pocity smutku, zhoršenou schopnost se radovat, pocity podráždění, pokud zažíváte neklid, pocity bezcennosti, máte změněnou chuť k jídlu, problémy se spánkem, nespavost, vnímáte citelné zpomalení pohybu nebo myšlení či zažíváte jakékoliv jiné psychické problémy a pocity, se kterými si nevíte rady, můžete se obrátit na organizaci www.usmevmamy.cz. Tento spolek se věnuje ženám, kterým do života vstoupily psychické obtíže v období těhotenství či po porodu. Na stránkách naleznete informační materiály či kontakty, na které se můžete obrátit.

Můžete také kontaktovat Linku první psychické pomoci: 116 123.