

# Bonding – vazba mezi matkou a dítětem

Šárka Siláková

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Šárka Siláková  
Osobní číslo: H11258  
Studijní program: B5349 Porodní asistence  
Studijní obor: Porodní asistentka  
Forma studia: prezenční

Téma práce: Bonding – vazba mezi matkou a dítětem

## Zásady pro vypracování:

Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení a formulace cílů, vyhledávání a studium odborné literatury a zdrojů.  
Volba výzkumné metody a výběr vhodné skupiny respondentů.  
Vypracování teoretické části bakalářské práce.  
Sestavení dotazníku a realizace výzkumného šetření.  
Zpracování získaných dat.  
Diskuze a komentování výsledků.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ČECH, Evžen et al. Porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2006, 531 s. ISBN 978-80-247-1303-8.

LEBOYER, Frederic. Porod bez násilí. Praha: Stratos, 1995, 56 s. ISBN 80-85962-04-7.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. Bonding-porodní radost:

podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.

ODENT, Michel. Znovuzrozený porod. Vyd. 1. Praha: Argo, 1995, 152 s. ISBN 80-857-9469-1.

ROZTOČIL, Aleš et al. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

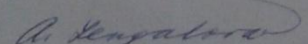
ŠTEMBERA, Zdeněk. Historie české perinatologie. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 403 s. ISBN 80-734-5021-6.

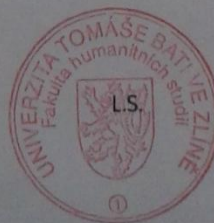
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**  
Ústav zdravotnických věd

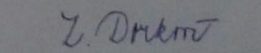
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 17. 2. 2014

..... Šarka Šilhová

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*



(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá tématem *Bonding – vazba mezi matkou a dítětem*. Bonding je proces, při kterém se po porodu vytváří vztah mezi matkou a jejím dítětem. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je zmíněn porodní mechanismus, popis fyziologického a předčasně narozeného novorozence, historie péče o novorozence a nejvíce je tato část zaměřena na popis bondingu po spontánním porodu, císařském řezu a také je zde zmínka o klokánkování.

Praktická část je zaměřena na dotazníkové šetření. Cílovou skupinou jsou ženy po porodu v Jihomoravském a Zlínském kraji. Hlavním cílem práce je zjistit, jak jsou ženy po porodu informovány o bondingu, jak probíhal první kontakt s jejich dítětem a srovnání zjištěných informací v obou krajích.

### **Klíčová slova:**

Novorozenec, kůže, bonding, klokánkování, císařský řez

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the question of bonding – a relationship between mother and child. Bonding is the process of development of a relationship between mother and child after birth. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part mentions the mechanism of birth, a description of normally-born and preterm-born baby, the history of newborn nursing care and – most of all – a description of bonding after a spontaneous birth and Caesarean section; it also mentions kangaroo mother care.

The practical part focuses on questionnaire survey. The target group are women in the postnatal period in the South Moravian and Zlín Regions. The main objective of the thesis is to find out how women are informed about bonding after giving birth and what their first contact with the baby was like, including a comparison of both above-mentioned regions.

**Keywords:** newborn, skin, bonding, kangaroo mother care, Caesarean section

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní magistře Kateřině Žárské za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady a připomínky, které mi pomohly ke zpracování daného tématu.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám za věnovaný čas při vyplňování dotazníku a za jeho další přeposlání.

„Nejkrásnějším a nejodvážnějším rozhodnutím v životě člověka je mít dítě. Je to jako vytrhnout si srdce z hrudi a navždy ho nechat chodit vedle sebe.“

-

Autor neznámý

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 POROD</b> .....	<b>12</b>
1.1 FYZIOLOGICKÝ POROD.....	12
1.1.1 KLASIFIKACE PORODU.....	12
1.1.2 NALÉHÁNÍ NA PÁNEVNÍ VCHOD.....	12
1.2 HORMONY SPOJENÉ S PORODEM.....	12
1.2.1 PROLAKTIN .....	13
1.2.2 OXYTOCIN.....	13
1.2.3 ENDORFINY .....	13
1.3 ROZDĚLENÍ PORODNÍCH DOB.....	14
1.4 MECHANISMUS PORODU .....	14
1.4.1 I. DOBA PORODNÍ.....	14
1.4.2 II. DOBA PORODNÍ.....	15
1.4.3 III. DOBA PORODNÍ .....	16
1.4.4 IV. DOBA PORODNÍ .....	16
1.5 PORODNÍ CESTY A PORODNÍ SÍLY .....	16
1.6 POROD DLE LEBOYERA .....	17
1.7 POROD DLE ODENTA .....	17
<b>2 KLASIFIKACE NOVOROZENCE</b> .....	<b>19</b>
2.1 ROZDĚLENÍ NOVOROZENCE.....	19
2.1.1 KLASIFIKACE PODLE GESTAČNÍHO VĚKU:.....	19
2.1.2 KLASIFIKACE PODLE PORODNÍ HMOTNOSTI: .....	19
2.1.3 KLASIFIKACE PODLE VZTAHU PORODNÍ HMOTNOST/GESTAČNÍ VĚK: .....	19
2.2 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEC .....	20
2.3 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC.....	21
2.4 PATOLOGICKÝ NOVOROZENEC.....	22
2.5 APGAR SCORE.....	22
2.6 PSYCHICKÝ VÝVOJE NOVOROZENCE.....	23
<b>3 ROOMING IN</b> .....	<b>25</b>
<b>4 BONDING</b> .....	<b>28</b>
4.1 PRŮBĚH BONDINGU .....	31
4.2 SEPARACE.....	31
4.3 MATEŘSKÁ LÁSKA.....	32
4.4 PROPAGACE BONDINGU V ČESKÉ REPUBLICCE.....	33
4.5 DESET KROKŮ SE SPRÁVNÉ PODPOŘE BONDINGU .....	33
4.6 BONDING PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU .....	35
4.7 BONDING U NEDONOŠENÝCH DĚTÍ.....	35
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
<b>5 CHARAKTERISTIKA</b> .....	<b>39</b>



5.1	PRŮZKUM .....	39
5.2	RESPONDENTI.....	39
5.2.1	CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	39
5.3	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	40
<b>6</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>72</b>
<b>7</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

Téma bakalářské práce s názvem *Bonding – vazba mezi matkou a dítětem*, jsem si vybrala hlavně proto, že si myslím, že by novorozenec neměl být po porodu odloučen od rodičů, zvláště od matky, pokud je u něj nebo u ní vše v pořádku. Domnívám se, že by zdravotnický personál měl více dbát na to, aby první okamžiky po narození mohlo dítě strávit se svojí matkou a rutinní činnosti by se mohly odložit na později. V naší zemi je v poslední době často rozebíráno téma možnosti porodu doma, zvláště kvůli nerušenému bondingu a například německé porodnice jsou známé podporou správného prvního kontaktu. Proto mě zajímalo, jak se tento kontakt podporuje v českých porodnicích a z toho důvodu jsem si zvolila Jihomoravský a Zlínský kraj k tomu, abych zjistila, zda jsou matky vůbec informovány o bondingu, dále pak na jak dlouho se jim položilo jejich dítě po porodu na břicho a jestli ony samy dávají přednost ošetření novorozence nebo by chtěly mít dítě po porodu u sebe. Součástí bakalářské práce je také edukační materiál, který je věnován matkám před porodem a informuje je o bondingu a možnosti jeho využití po porodu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 POROD

### 1.1 Fyziologický porod

Porod je definován jako každé těhotenství, při kterém je porozen živý novorozenec s minimální hmotností 500 g, anebo také přežije-li novorozenec s menší porodní hmotností alespoň 24 hodin života (Čech, 2007, s. 121).

#### 1.1.1 Klasifikace porodu

Dle Roztočila (2011, s. 117) se klasifikuje porod následovně:

- *„Samovolný (spontánní) porod – je ten, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahu porodníka*
- *Medikamentózní porod – po spontánním nastoupení porodní činnosti jsou přirozené pochody modifikovány aplikací léčebných prostředků, a to převážně za účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolestivosti nebo ovlivnění III. doby porodní*
- *Indukovaný porod – je vyvolán uměle aplikací uterotonických preparátů (oxytocin, prostaglandiny), a to buď z lékařské indikace, nebo z důvodu nemedicínských (programovaný porod)*
- *Operativní porod – je takový, kde muselo být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen z indikace ohrožení života nebo zdraví matky, plodu nebo obou.“*

#### 1.1.2 Naléhání na pánevní vchod

Dle Bindera (2011, s. 69) musí hlavička dítěte ke konci těhotenství naléhat na pánevní vchod následovně:

- *„Indiferentně – v mírné flexi, malá i velká fontanela jsou přibližně ve stejné výši*
- *Centricky – uprostřed pánve v její ose*
- *Synkliticky – šípový šev je přibližně uprostřed mezi sponou a promotoriem.“*

### 1.2 Hormony spojené s porodem

Již od počátku 90. let se rozvinuly názory a průzkumy, které dokazují, že první hodina po porodu je, co se týče vzájemné lásky novorozence a matky, nejkritičtější okamžikem. Po

porodu se mezi nimi vytváří neustálý hormonální systém a jsou ve speciální hormonální rovnováze, která se už nikdy nebude opakovat. Jsou to ty hormony, které pomáhají zažívat i ten největší cit – lásku (Vlastimil, © 2007, online).

### 1.2.1 Prolaktin

Hormon prolaktin produkuje přední lalok hypofýzy nazývané také jako adenohypofýza, která tvoří jednu ze tří laloků žlázy zvané hypophysis cerebri – mozkový podvěsek. Jeho zkratka je PRL (Dylevský, 2000, s. 390).

Prolaktin produkuje tvorbu a sekreci mléka, která je patrna již před porodem, a to mlékem zvaném kolostrum. Vlivem tohoto hormonu dochází zvláště na konci těhotenství ke spánkové změně ve smyslu povrchního spánku, který zabezpečuje pohotovost matky, a tím ochranu dítěte. Pod působením tohoto hormonu se snižuje libido a narůstá vztah k dítěti (Šráčková, © 2007, online).

### 1.2.2 Oxytocin

Tento hormon vzniká v hypotalamu a odtud přes nervová vlákna proudí do neurohypofýzy, jež patří do zadního laloku hypofýzy, ve které je z nervového zakončení uvolňován do krevního oběhu (Dylevský, 2000, s. 393).

Oxytocin má účinek uterotonický, což znamená, že během porodu vyvolává děložní stahy a po porodu má společně s endorfiny účinek amnestický. Je také označován jako hormon zapomnění, jelikož si díky jeho působení matka odnáší z porodu jen pozitivní okamžiky. Jeho hladina u kojících matek se zvyšuje, jakmile zachytí pláč svého dítěte, který funguje jako spouštěč laktačního reflexu – let down reflex. Synteticky podaný oxytocin má ovšem jen lokální účinek na dělohu (Šráčková, © 2007, online).

### 1.2.3 Endorfiny

Jedná se o tělu přirozené morfiny tlumící při vyšší hladině bolest. Patří mezi nejvýznamnější objevy 20. století. Bylo zjištěno, že po porodu vyvolávají pozitivní náladu až euforii. Nejen matka, ale i dítě vylučuje při porodu tyto látky a první hodinu po porodu je u nich stupeň endorfinu až 10x vyšší proti normálu. Hladina se urovnává až pátý den po porodu. Spolu s oxytocinem a prolaktinem tvoří podklad pro upevňování citové vazby. Pokud není novorozenec bezprostředně po narození přiložen, je sice spuštěna tvorba mléka, avšak není-li mléko odsáto, dochází k nalití prsu a tvorba prolaktinu je potlačena

nebo zastavena. V této době může s prudce klesající hladinou endorfinu dojít k rozvoji poporodního blues (Šráčková, © 2007, online).

### 1.3 Rozdělení porodních dob

Dle Kudely a kol. (2011, s. 167) rozdělujeme porod na tři, eventuálně na čtyři porodní doby:

- *„I. doba porodní – otevírací – představuje období od nástupu prvních kontrakcí, které mění nález na čípek a brance, až do jejího otevření*
- *II. doba porodní – vypuzovací – je období od zániku branky do vypuzení plodu*
- *III. doba porodní – je to období mezi vypuzením plodu a porozením placenty*
- *IV. doba porodní – někdy je tak označováno období dvou hodin po porození placenty.“*

### 1.4 Mechanismus porodu

#### 1.4.1 I. doba porodní

První doba porodní je nejdelší částí porodu. U prvorodiček trvá v průměru 6–7 hodin a nejprve vymizí čípek díky postupnému přibližování vnitřní branky k zevní až k úplnému spojení. Poté se začne vlivem děložních kontrakcí rozevírat děložní branka. Jakmile se otevře na 8 centimetrů, zbývá z branky jen úzký pruh zvaný lem. Jakmile zajde branka, je rodička otevřena na 10 centimetrů, a v této chvíli jsou měkké porodní cesty otevřeny a připraveny k porodu (Kudela, 2011, s. 167).

U vícerodiček trvá první doba porodní obvykle okolo 3–4 hodin a rozevírání porodních cest je odlišné než u prvorodiček. Tvar děložního hrdla je válcovitý a zevní branka, díky rozrušeným svalovým vláknům z předešlých porodů, zeje. Hrdlo se spolu s dilatací branky vnitřní rozevírá vcelku. Díky tomu je při vaginálním vyšetření hrdlo prostupné až k vnitřní brance (Čech, 2007, s. 132).

Při vstupu hlavičky do pánevního vchodu se také odděluje menší část plodové vody, která se nachází před hlavičkou plodu. Nazývá se přední plodová voda a za obvodem hlavičky zůstává zadní plodová voda, která chrání mechanicky plod při porodu. Po celé těhotenství chrání plodová voda plod před faktory zvenčí a také pro něj vytváří optimální prostředí (Roztočil, 2011, s. 126).



### 1.4.2 II. doba porodní

Tato doba začíná zánikem branky a končí porodem plodu. U prvorodičky trvá 15–20 minut, u vícerodičky obvykle 5–10 minut. Na porození plodu se podílí jednak kontrakce děložní, ale i rodička sama použitím břišního lisu. Postupující plod musí provádět, nejčastěji hlavičkou a horní částí trupu, určitý souhrn pohybů při postupu pánví, kterým se říká porodní mechanismus. U fyziologického porodu naléhá hlavička na pánevní vchod synkroticky, indiferentně, centricky a svým šípovým švem se klade do příčného nebo šikmého průměru pánevního vchodu. Hlavička při poloze podélné záhlavím provádí nejprve flexi, čímž přestane platit indiferentní naléhání, a vedoucí bodem se stává záhlaví – malá fontanela. Postupně se hlavička dostane až do pánevní šíře a úžiny, kde provádí vnitřní rotaci, to znamená, že vedoucí bod se zrotuje k symfýze (Kudela, 2011, s. 168).

V pánevní úžině nebo mezi úžinou a východem hlavička vnitřně rotuje, díky čemuž se dostane do pánevního východu. Šípový šev se posunuje do příčného průměru. V tomto okamžiku žena naplno používá břišní lis. Rodí se hlavička, která se mezi kontrakcí stáčí svým záhlavím na tu stranu, kam směřují ještě neporozená záda plodu. Tuto rotaci zapříčiňuje porodní mechanismus ramének (Čech, 2007, s. 132).

Raménka fyziologického plodu provádějí podobný mechanismus jako hlavička. Jejich vstupující průměr i obvod je i stejně velký a do pánve vstupují v době, kdy se hlavička po vnitřní rotaci nachází v pánevní šíři nebo východu. Jakmile se porodí hlavička, raménka musejí v pánevní úžině prodělat vnitřní rotaci. Přední vedoucí raménko se stáčí pod sponu, zadní zase do vyhloubené části kosti křížové. Biakrominální průměr vstupuje přímo do průměru pánevní úžiny a východu a vnitřní rotace ramének nutí porozenou hlavičku provést vnější rotaci. Vedoucí raménko se stáčí pod sponu a rodí se po oblast úponu deltového svalu. Do tohoto bodu se opírá o symfýzu hypomochlion a lateroflexí trupu se rodí na hrázi zadní raménko a ruka. Teprve potom se rodí zbytek přední paže dítěte. Trup a pánevní konec plodu se rodí v příčném nebo šikmém průměru a nemají nijak zvláštní porodní mechanismus (Binder, 2011, s. 71).

Porodem plodu končí druhá doba porodní a přechází se k porodu placenty (Čech, 2007, s. 135).

### 1.4.3 III. doba porodní

Po porodu se děloha zmenší, získává kulovitý tvar a děložní fundus dosahuje zhruba k pupku. Po uplynutí několika minut rodička může začít pociťovat slabé kontrakce, které podporují odloučení placenty a i fundus děložní vystupuje 2–3 prsty nad pupek. Dochází ke zkracování svalových vláken dělohy, jejímu stahování a úbytku plochy. Zmenšuje se objem dělohy a díky rupturám uteroplacentárních cév vzniká krvácení mezi placentou a děložní stěnou. Mechanickému odlučování placenty také napomáhá uteroplacentární hematom, který se v této době vytváří a zvětšuje. Po odloučení placenty vzniká hemokoagulační aktivita přecházející v trombózu cév. To napomáhá zástavě krvácení (Roztočil, 2011, s. 127).

### 1.4.4 IV. doba porodní

Touto dobou je myšlen dvouhodinový interval začínající porodem placenty, v němž je žena nejvíce ohrožena možným krvácením. Děložní myometrium silně kontrahuje, děloha je tuhá, což lze zjistit palpačním vyšetřením, zmenšuje se a fundus se nachází zhruba tři prsty pod pupkem. Po této době končí rané šestinedělí a začíná období šestinedělí (Roztočil, 2011, s. 128).

## 1.5 Porodní cesty a porodní síly

Kontrakce jsou samovolné děložní stahy, které jsou nezávislé na vůli rodičky. Objevují se nejen při porodu, ale již na konci těhotenství jako dolores praesagientes. Na rozdíl od poslíčků jsou tyto stahy nepravidelné a lze je např. proudem teplé vody zastavit. Během porodu se kontrakce stávají pravidelnými a jejich interval se postupně zkracuje na pět minut, dále na jednu minutu. Porodní cesty se dělí na měkké a tvrdé. Měkké porodní cesty zahrnují dolní děložní segment – oblast mezi tělem a čípkem děložním, dále pochva, svalové pánevní dno a hráz. Na jejich průchodnosti se podílí jak vrozená elasticita tkání, tak počet porodů rodičky. Tvrdé porodní cesty představuje celá kostěná pánev a její vnitřní rozměry, které při zúžení některého rozměru mohou vést ke stavu, kdy hlava plodu do pánve nemůže vstoupit (Hujová, © 2010, online).

## 1.6 Porod dle Leboyera

Průkopník přirozených porodů, francouzský porodník Frederick Leboyer, poukazoval na nutnost poporodního kontaktu matky a dítěte. Jako první tvrdil, že novorozenec ke své spokojenosti potřebuje po porodu slyšet hlas své matky, tlukot jejího srdce, na které bylo zvyklé po celou dobu v děloze a cítit její vůni, a to alespoň dvě hodiny od porodu. Také doporučoval v okolí matky a novorozence naprostý klid, neboť v tomto období matka vnímá více než kdy před tím slova okolního personálu (Labusová, © 2008, online).

Jako první obhájil názor, že novorozenec může být stresován prostředím na porodním sále a péčí o něj. Ve své knize z roku 1974, která se jmenuje *Porod bez násilí*, kritizuje stav porodnic a porodních sálů. Také dává najevo neosobní přístup zdravotnického personálu (Apgar Score, © 2013, online).

Ve své knize empatizuje s novorozencem, nabádá pracovníky, jak mají zacházet s novorozencem, učí je, kde má dítě opěrné body, které mu musí zafixovat. Udává, že dítě chce být v prostředí, které by si zvolili milenci – tiché, klidné místo s přítmím, v němž se zdravotníci nebudou dožadovat jeho křiku po porodu a ihned jej položí na břicho matky. Vysvětluje, že spokojené dítě po porodu nepláče. Jeho pláč je projevem stresu, kterým je vlivem špatné péče vystavován (Leboyer, 1991, s. 10–17).

## 1.7 Porod dle Odenta

K dalším velkým změnám v porodnictví přispěly také názory a myšlenky francouzského porodníka Michela Odenta. Ten se ve své knize *Znovuzrozený porod* zaměřuje na prožívání porodu ze strany matky. Klade důraz na přirozený průběh porodu, ve kterém dochází k navazování vztahu matky a dítěte, které může být zásahem lékařů nebo zdravotníků porušeno. Také kritizuje podávání medikamentů během porodu. Byl přesvědčen, že čím je porod bolestivější, tím více se uvolňují endorfiny a snáze se navodí vztah mezi matkou a dítětem (Odent, 1955, s. 63–93).

Stejně jako Leboyaer poukazoval na to, aby ženy rodily ve tmě nebo alespoň v zatemněné místnosti, ve které bude teplo tak, aby se v ní žena cítila pohodlně. Tvrdil, že porod by neměl být narušován zásahy personálu. V porodní místnosti může hrát relaxační hudba, která navozuje pocit klidu. Žena má popíjet džus, jíst med, nebo kousek hořké čokolády. Při porodu by měla zaujmout polohu, které sama nejvíce důvěřuje, pohybovat se podle

potřeby a pozici volit dle jejího uvážení. Díky této možnosti volby nedochází k nedostatku kyslíku u ní ani u dítěte, jelikož si sama nikdy nezvolí pasivní polohu na zádech. Také se zmiňuje, že by v její blízkosti měl být její partner, protože žena potřebuje mít na blízku známou osobu a mít pocit ochrany. Po porodu má být dítě u matky a pupeční šňůra má být přerušena až po dotepání pupečníku. Ve své knize se odkazuje i na Leboyera při projevení souhlasu, že dítě nesmí být hned po narození měřeno, jelikož mu to způsobuje bolestivé vypětí páteře. Také zdůrazňuje, že dítě potřebuje cítit mateřskou lásku a být u ní (Odent, 1995, s. 63–93).

## 2 KLASIFIKACE NOVOROZENCE

Novorozenecké období začíná prvním dnem života a trvá 28 dní. Od prvního dne do sedmého dne jej lze také označit jako užší novorozenecké období. Podle WHO je novorozenec každé dítě, které je porozeno a má alespoň jednu známku života jako je dýchání, pulz na pupečníku, srdeční akce, pohyb svalstva a hmotnost alespoň 500 gramů, nebo přežije-li alespoň 24 hodin od porodu. Hranicí životaschopnosti plodu je ukončený 23. týden gravidity (Kudela, 2011, s. 259).

Dítě se na příchod na svět připravuje několik dní dopředu. Vývojová psychologie popisuje, že dítě porod vnímá a může jím být ovlivněno do budoucích let (Švejcar, 2009, s. 49).

V závislosti na gestačním věku, na porodní hmotnosti a na porodní hmotnosti ve vztahu ke gestačnímu věku lze novorozence rozdělit dle Sedlářové (2008, s. 51) do několika skupin.

### 2.1 Rozdělení novorozence

#### 2.1.1 Klasifikace podle gestačního věku:

- *Nedonošení – porod před 37. týdnem gravidity*
- *Donošení – porod mezi 37.–42. týdnem gravidity*
- *Přenošení – porod po 42. týdnu gravidity*

#### 2.1.2 Klasifikace podle porodní hmotnosti:

- *Novorozenec s extrémně nízkou porodní hmotností (ELBW) hmotnost pod 999 g*
- *Novorozenec s velmi nízkou porodní hmotností (VLBW) hmotnost 1000–1499 g*
- *Novorozenec s nízkou porodní hmotností (LBW) – obecně pod 2499 g*

#### 2.1.3 Klasifikace podle vztahu porodní hmotnost/gestační věk:

- *Eutrofičtí (proporcionální) – stav výživy odpovídá gestačnímu věku*
- *Hypertrofičtí – porodní hmotnost je vyšší, než odpovídá gestační věk (nad 95 percentil)*
- *Hypotrofičtí – porodní hmotnost je nižší než odpovídající gestační věk (pod 5 percentil)*

*Hypotrofie i hypertrofie se může vyskytnout u novorozenců nedonošených, donošených i přenášených“.*

## 2.2 Fyziologický novorozenec

*„Fyziologický novorozenec je novorozenec s dobrou poporodní adaptací, který se narodil po normálně proběhlém těhotenství ve 37.–41. týdnu gestace“ (Sedlářová, 2008, s. 51).*

Jeho hmotnost odpovídá gestačnímu věku. Měří průměrně 50 cm a váží 3300 g. Hlavička má průměr 31–35 cm a hrudník 30,5–33 cm. Těsně po porodu je jeho tělesná teplota stejná jako teplota jeho matky, ale velmi brzy klesá, protože jeho termoregulační mechanismy jsou ještě nedostatečné. Na jeho těle je malé množství podkožního tuku, povrch těla si nedokáže vytvářet teplo pohybem. V retku lze naměřit fyziologickou teplotu 36,5–37,5 °C. Ideální prostředí je pro něj 23 °C (Sedlářová, 2008, s. 52).

Průměrná frekvence dýchání je 40 dechů za minutu, ale rozmezí je 30–60 dechů. Tep se pohybuje okolo 110–160 úderů za minutu a rozmezí krevního tlaku je 50–70/30–45 mm Hg (Fendrychová, Borek, 2007, s. 28).

Novorozené dítě má růžovou kůži krytou mázkem, na zádech a v záhybech kůže se mohou nacházet zbytky jemných chloupků (lanugo), které se vytváří ve 20. týdnu po oplodnění. Na nose může mít dítě retenční cystičky mazových žlázek. Uši mají vyvinutou elastickou chrupavku, bradavky prsou jsou pigmentované, nehty přesahují konec prstů a po celé ploše nohou je patrné rýhování (Fendrychová, Borek, 2007, s. 29).

Dítě dokáže již po několika týdnech od porodu rozeznat hlas matky od ostatních hlasů. Také čich je pro něj velmi důležitý. Brzy po narození pozná vůni své matky od okolního prostředí. Také chuťový smysl má již rozvinutý a dává přednost sladké chuti. Sítnice oka je již sice dobře rozvinuta, ale pohyb čočky a zraková ostrost ještě není zcela vyvinuta, a proto lze až ve dvou měsících věku zafixovat a sledovat předměty v zorném poli (Sedlářová, 2008, s. 23).

Novorozenci sice nemohou ovládat své pohyby, ale mohou pohybovat rukama a nohama. Životně důležité jsou pro ně reflexy jako sání, svírání, mrkání, kýchání a dávení. Také jsou schopni plakat, polykat a v poloze na břiše dokážou lehce zvedat hlavu (Leifer, Borek, 2007, s. 328).

Již od narození dokáže dítě díky hledacímu reflexu otáčet hlavu směrem k libovolnému předmětu, zejména dotyk prsu o jeho tvář způsobí, že se natočí směrem k matce a hledá bradavku, ze které bude kojeno (Leifer, Borek, 2007, s. 329).



Novorozené dítě spí okolo 15–20 hodin denně. Dle Leifera a Borka (2007, s. 331) se u něj střídají stavy bdělosti a spaní, které lze považovat za součást porodní adaptace na vnější prostředí.

*„1. fáze: reaktivní: Během prvních 30 minut života je dítě v bdělém stavu a toto období je nejvhodnější pro tvorbu vazby mezi rodičkou a novorozencem*

*2. fáze: spánku: Během několika následujících hodin života je dítě spíše ospalé a reaguje méně.*

*3. druhá reaktivní fáze: Po hlubokém spánku novorozenec opět reaguje a je bdělý.*

*4. fáze: stability: Po 24 hodinách se stabilizuje schéma střídání spánku a bdělosti. Spánkový režim se postupně ustálí tak, že ve dne je dítě bdělé a v noci spí.“*

### 2.3 Nedonošený novorozenec

Narozené dítě před termínem porodu je označováno jako nedonošený novorozenec. Nedonošenost je nejčastějším důvodem přijetí dítěte na jednotku intenzivní péče – JIP. Speciální péče na těchto pracovištích umožňuje přežití i těch, kteří by v minulosti zemřeli. Předčasné narození je také jeden z hlavních důvodů, proč novorozenci umírají do jednoho roku života od porodu (Leifer, Borek, 2007, s. 352).

Příčin nedonošenosti plodu je mnoho, ale obvykle se příčina ani nezjistí. Dítě se rodí od 24. týdne do ukončení 36. týdne těhotenství s hmotností pod 2500 gramů. Čím mladší je plod, tím méně jsou zralé jeho orgány, proto se vždy bere v potaz více gestační věk než váha. Takto nezralý plod ohrožuje vlivem nedostatečně vyvinuté plicní tkáně a nedostatku surfaktantu respirační tíseň. Také má nedostatek kalcia a glukózy, neboť se tyto látky nejvíce přenášejí přes placentu až ve třetím trimestru a z toho důvodu hrozí poškození mozku. V podkoží je nedostatek podkožního tuku sloužícího jako tepelná izolace, a proto je dítě ohroženo hypotermií. Nedonošené dítě také může mít problém s výživou kvůli chabému sání, špatnému polykání, nízké produkci střevních šťáv a snížené motilitě střev (Fendrychová, Borek, 2007, s. 29).

Aby se dítě uchovalo v teple, ukládá se do inkubátoru nebo pod tepelný zdroj. Teplota okolí odpovídá fyziologické teplotě člověka – tedy 36,1–36,5 °C. Tato hodnota je pro novorozence ideální (Leifer, Borek, 2007, s. 357).

Kůže je průsvitná a volná, hojně pokrytá sírovitou hmotou zvanou mázek neboli vernix caseosa. Pod kůží břicha i hlavy prosvítají žíly podkoží. Na čele, ramenou a pažích je přítomno lanugo.

Končetiny vypadají kratší, nehty jsou zkráceny, na ploskách nohou je méně rýh. Břicho prominuje, genitálie jsou malé. Dívky obvykle mají rozevřené velké stydké pysky (Leifer, Borek, 2007, s. 355).

## 2.4 Patologický novorozenec

Patologickým novorozencem se označuje každé dítě, které se narodilo s hmotností pod 1500 gramů a každý novorozenec, jenž je ohrožen na zdraví nebo na životě. Nejčastějším důvodem patologie je hypoxie, vrozená vývojová vada nebo infekce (Fendrychová, Borek, 2007, s. 33).

## 2.5 Apgar score

Bezprostředně po narození dochází u novorozence k poporodní adaptaci, ke které přispívá klid, teplo a šero. Všechny výkony, které se na dítěti provádějí, musí být provedeny s maximální šetrností. Pokud je novorozenec narozen v termínu, ošetřuje jej sestra, pokud je narozen předčasně, na jeho ošetření se spolu se sestrou podílí i neonatolog (Dort, 2013, s. 19).

Po narození fyziologického novorozence lze zjistit jeho okamžitý stav pomocí apgar score. Je to celosvětově používané screeningové vyšetření, které do praxe zavedla v roce 1952 americká pediatřka Virginia Apgar. Toto vyšetření se provádí v 1., 5. a 10. minutě a je zde využito bodové hodnocené vitálních projevů dítěte (American Academy of Pediatrics, © 2013, online).

**Tabulka 1:** Hodnocení stavu dítěte pomocí skóre Apgarové

	<i>2 body</i>	<i>1 bod</i>	<i>0 bodů</i>
<i>Akce srdeční</i>	<i>Nad 100/min</i>	<i>Pod 100/min</i>	<i>Asystolie</i>
<i>Dýchání</i>	<i>Vydatné, pravidelné</i>	<i>Nepravidelné, lapavé</i>	<i>Apnoe</i>
<i>Svalový tonus</i>	<i>Flekční držení</i>	<i>Tonus snížený</i>	<i>Tonus vymizelý</i>
<i>Reflexní reaktivita</i>	<i>Živá</i>	<i>Snížená</i>	<i>Vymizelá</i>
<i>Barva kůže</i>	<i>Růžová</i>	<i>Akrocyanóza</i>	<i>Centrální cyanóza, bledost</i>

Zdroj: (Dort, 2013, s. 20).

Toto hodnocení je ovšem ovlivněno stářím plodu, léky podanými matce během porodu, resuscitací, kardiopulmonálními a neurologickými okolnostmi (American Academy of Pediatrics, © 2013, online).

Pokud má novorozenec apgar score mezi 8 a 10 body, je v dobré kondici a obvykle nepotřebuje žádnou speciální péči.

Jestli je apgar score mezi 5 a 7 body, potřebuje dítě obvykle pomoc s dýcháním.

Nižší apgar score než 5 bodů může znamenat intrapartální asfyxii a je třeba zavolat neonatologa a zahájit resuscitaci (American Academy of Pediatrics, © 2013, online).

## 2.6 Psychický vývoje novorozence

Základy psychického vývoje jedince lze hledat již v prenatálním období. Nejprve se tyto poznatky sledovaly na předčasně narozených novorozencích dle jejich chování v inkubátoru. Toto pozorování ovšem přinášelo tu nevýhodu, že dítě již bylo v neznámém prostředí a bylo vystavováno cizím vlivům, se kterými by intrauterinně do styku nepřišlo. Na tyto nové podmínky se muselo adaptovat a jeho projevy se od nitroděložního vývoje mohly lišit. Nicméně bylo předně zjištěno, že plod je velmi brzy připravován na činnosti, které jsou nezbytné pro jeho přežití a pro jeho interakci s okolním prostředím (Langmaier, 2006, s. 21–24).

Již v šesti měsících od početí plod dobře rozeznává okolní hlasy, zvláště pak hlas své matky a její emocionální změny, které si dokáže krátkodobě zapamatovat. V poslední třetině těhotenství plod pije plodovou vodu, která je fyziologicky sladká, a to je také důvodem, proč novorozenci preferují sladkou chuť před všemi ostatními. Dále ze studií plyne, že plod je aktivní, to znamená, že ovládá a kontroluje svoje prostředí. Dokáže ovlivnit pohyby svojí matky, nejen reagovat na změny její polohy. Také určuje ve větší míře začátek porodu a aktivně při něm pomáhá. V neposlední řadě je důležitá také jeho sociální interakce. Brzy po porodu se plod dostává do interakce se svojí matkou, která automaticky reaguje na jeho spontánní pohyby, a její emoce ovlivňují dítě. Mnoho lékařů a porodních asistentek se v dnešní době shoduje na úsudku, že porod je pro dítě velká zátěž, která je mnohokrát stupňována způsobem vedení porodu a prvním ošetřením novorozence i rutinní praxí poporodní péče o matku a novorozence. Na základě těchto zjištění je doporučován nenásilný a přirozený porod, ohleduplný jak k matce, tak k dítěti. Nejdůležitější myšlenkou je omezení jednostranného důrazu na technickou stránku porodu a vyzdvižení psychologického aspektu (Langmaier, 2006, s. 21– 4).

### 3 ROOMING IN

V České republice byl v 50. letech minulého století zaveden systém ústavního porodnictví. Tento velký pokrok zajistil každé rodící ženě odbornou ošetrovatelskou péči a porod pod dohledem lékařů. Díky tomuto kroku se výrazně snížila perinatální morbidita, mortalita matek a také pokles novorozenecké mortality, neboť do této doby byly ženy odkázány родit doma, často v nedostatečných podmínkách, za pomoci porodních asistentek, v těchto letech tzv. porodních babek. Nicméně zavedení této péče přineslo i negativní ohlasy. Za největší lze považovat nenapravitelné důsledky odloučení novorozence od matky (Šráčková, © 2007, online).

Porod byl chápán jako gynekologická operace, která se odehrávala na operačním stole v pasivní poloze na zádech, a ženy měly často přivázaný nohy k porodní posteli. Přítomnost otce nebo jiných příbuzných nebyla v žádném případě povolena (Štomerová, © 2013, online).

Novorozenci se odebírali těsně po porodu, a to i z důvodu možného rizika přenosu infekce z matky na plod nebo i z dítěte na matku. Toto oddělení bezprostředně po porodu bylo odůvodněno i nutností provést u novorozence profesionální péči a také možností včas rozpoznat patologické příznaky, které by porodem vysílená matka, a to především žena, která rodila poprvé, nemusela zavčas rozpoznat. Velkým argumentem byla i možnost důležitého odpočinku žen po porodu (Štomerová, © 2013, online).

Novorozeneček byl ihned vykoupán, ošetřen a vyšetřen pediatrem a ukázán matce. Poté bylo dítě před uložením na novorozenecké oddělení přeloženo ještě na 24 hodin na novorozenecký box, kde se podle potřeby přebalovalo, kontrolovalo a ošetřovalo. Pokud byl novorozeneček v neklidu, podával se mu čaj s 5% glukózou. Po této observaci bylo dítě poprvé přiloženo k prsu matky. Kojení probíhalo ve třech hodinových intervalech a v noci bylo zrušeno proto, aby si matka odpočinula. Často se ale stalo, že matky měly pro nedostatečný kontakt s dítětem problém začít kojit. Ženy v šestinedělí proto také často postihla mastitida, retence mléka aj. a mateřské mléko byly nuceny vyměnit za umělou výživu. Mnozí novorozenci také v době kojení zrovna spali, a tak byli buzení taháním za ucho, nos nebo vlasy (Šráčková, © 2007, online).

Jak na novorozeneckém, tak na oddělení šestinedělí byl zaveden přísný hygienický režim. Personál se pohyboval po pracovišti pouze v ochranných oděvech, rouškách a obuvi. Návštěvy byly přísně zakázány (Šráčková, © 2007, online).

*„Otec se porodu nesměl za žádných okolností zúčastnit. Jeho přítomnost u porodu se poprvé uskutečnila v Československé republice až v roce 1984 ve znojemské nemocnici a vyvolala rozporuplná stanoviska. Tuto metodu předcházela beseda s těhotnou ženou a jejím partnerem. Byla zjištěna pozitivita jednak jako příznivý vliv na průběh porodu, jednak jako upevnění citových vazeb v rodině“ (Štembera, 2004, s. 253).*

Ve vyspělejších zemích jako je např. Německo došlo v 70. letech k vytváření nových podmínek, díky kterým byl novorozenec po porodu přiložen k prsu matky a nacházel se v jejím kontaktu. Tato změna je dodnes nazývána rooming in. Na vytvoření systému rooming in v České republice se intenzivně podílel profesor Zdeněk Matějček v 80. letech. Jeho studie probíhaly formou pozorování dlouhodobě separovaných dětí v kolektivních a ústavních zařízeních (Šráčková, © 2007, online).

Rooming in nebo také baby in, je anglický název, který se začal běžně užívat i v ČR. Jedná se o umístění fyziologické šestinedělky a zdravého novorozence na jednom pokoji nepřetržitě ve dne i v noci. Díky tomu je matce umožněno starat se hned po porodu o své dítě. V českých porodnicích většinou tráví novorozenec s matkou dvě hodiny po porodu, ale následně je odnesen dětskou sestrou na novorozenecké oddělení a zpátky se za matkou vrátí až za několik hodin. Na téma rooming in se vedlo několik výzkumů, které přišly s výsledkem, že matky, které zažily jak separaci od dítěte, tak rooming in, uvedly, že při nepřetržitém kontaktu s dítětem byly šťastné a spokojené, ale také unavené. Novorozenci naopak méně nebo vůbec nebrečeli na rozdíl od separovaných dětí. To poukazuje na důležitost mateřské lásky a důležitost kontaktu. Také se ukázalo, že nepřetržitý kontakt šestinedělky s novorozencem podporuje laktaci a lépe i rychleji se naučí porozumět jeho potřebám, které také snižuje následný stres a obavy po příchodu domů (Šráčková, © 2007, online).

Díky systému rooming in, může zdravotní personál dohlížet na péči matky o dítě, doplňovat ji, edukovat a ukázat jí všechny úkony, naučit ji s dítětem manipulovat, přikládat k prsu a odpovídat na její dotazy. Personál je pro matku dostupný 24 hodin denně. Několik hodin i dní po porodu matky více vnímají rady zdravotníků a mohou se na ně plně



soustředit. Cílem rooming in je také se co nejvíce přiblížit domácí atmosféře (Šusterová, © 2010, online).

## 4 BONDING

*„Vztah mezi matkou a dítětem nevzniká až po porodu. Těhotenství není jen biologické utváření dítěte, ale zároveň i období, v němž matka rozvíjí připravenost a schopnost o své dítě pečovat“ (Geisel, 2004, s. 41).*

Bonding lze z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání. Jedná se o proces, kdy se tvoří vztah mezi matkou a novorozencem. Každá matka si buduje se svým dítětem vztah ještě před porodem a vytváří si spolu emoční vazby, které se naplno začnou vyvíjet při porodu (Mrowetz, © 2011, online).

Pojem bonding byl poprvé formulován a popsán až v 70. letech 20. století americkým neonatologem doktorem Marshalllem Klausem a pediatrem doktorem Johnem Kennellem. Jejich teorie vysvětluje důležitost prvního kontaktu dítěte a matky. Také učinili významný objev v oblasti emocionálních a behaviorálních procesů u matek a novorozenců ve všech dobách porodních. Jejich práce zkoumala chování rodiček a novorozenců při jejich prvním kontaktu. Zjistili, že prvních dvanáct hodin po porodu se nejvíce tvoří emocionální vazby mezi matkou a dítětem. Ukázalo se, že ženy, které prožily nepřerušovaný kontakt se svým dítětem, jsou trochu jiné než ty matky, kterým tento kontakt umožněn nebyl. Jsou tolerantnější, ale především cítí větší pocit štěstí během péče o dítě (Spinner, © 1978, online).

*„Bonding je automatická, zcela přirozená vzájemná reakce dvou organismů, matky a dítěte. Při porodu by měl být bonding nejen respektován, ale maximálně podporován všemi zúčastněnými, právě z důvodu předcházení možným komplikacím v dalším společném soužití matky s dítětem. Pokud dojde k dobré podpoře bondingu, podpoří se tím i rozvoj neuronů, které jsou zodpovědné za rozvoj empatie, a tím dojde ke zkvalitnění společného soužití.“ (Mrowetz, 2011, s. 23).*

Novorozenec má ihned po narození nezvyklý behaviorální potenciál umožňující mu slyšet, vidět a také se pohybovat do rytmu slov, které matka vyslovuje. Tento pohyb je také nazýván jako oslavný tanec zrodu, to znamená, že je biologicky schopen navázat citový vztah s matkou. Nicméně i pro rodičku je toto období po porodu velmi důležité, a to vzhledem k procesu sloučení tak zvaného mentálního obrazu dítěte, jenž si utváří během těhotenství a porodu s obrazem reálného novorozence, neboť během těhotenství si vytváří v hlavě obraz svého dítěte a po porodu má možnost tyto dva pohledy porovnat (Mrowetz, © 2009, online).

Dle Mrowetz (© 2011, online) ulehčí dítěti start do života kontakt kůže na kůži a čím více je tento kontakt podpořen, tím snadněji se adaptuje. Bonding také pomáhá při adaptaci na prostředí mimo dělohu. Pro novorozenecký organismus je prospěšný zejména k:

- Stabilizaci srdeční frekvence
- Nižší potřebě podání kyslíku
- Snížení rizika výpadků dechu
- Kvalitnějšímu spontánnímu dýchání
- Lepšímu usínání, zvýšení kvality spánku, delšímu spaní.

Kontakt kůže na kůži přispívá nejen ke zlepšení poporodní adaptace dítěte, ale také mu zajišťuje potřebné teplo. Ke spojení by mělo dojít ihned po porodu, ještě před odstříhnutím pupeční šňůry, aby tělesná vazba mohla přejít ve vazbu citovou. Pokud bude pupečník odstřižen až po jeho dotepání, výrazně se tím sníží riziko hypovolemického a hypoxického postižení. Také se sníží nebezpečí anémie a nedostatku železa (Mrowetz, © 2013, online).

*„V systému české zdravotní péče jsou však více podporovány mechanismy ošetrovatelské rutiny, vedoucí k oddělování novorozenců od jejich matek. Zdravotníci jsou zvyklí na postupy, které se naučili od svých předchůdců, a které jsou na jejich pracovišti zaběhlé. Dělají to, co jsou za léta praxe zvyklí. Bývají motivováni strachem o pacienta a velkou zodpovědností“ (Mrowetz, 2011, s 22).*

Pokud je bonding umožněn, je jeho nejdůležitějším krokem docílit nepřetržitého, nebo alespoň co nejdéle možného kontaktu matky a novorozence. V praxi to znamená, že hned po porodu by mělo být nahé, neumyté dítě položeno na nahý hrudník své matky. Před položením dítěte na její hrud' by neměla mít omyté bradavky. Nezbytné je matce podložit hlavu, aby měla možnost dívat se dítěti do očí. Z jeho rukou by neměla být smyta plodová voda, jelikož má stejnou vůni i chuť jako bradavky rodičky a pomáhá mu najít zdroj mateřského mléka tak, že si při jeho hledání instinktivně strká ruku do úst. Pomocí k hledání bradavky je i její hyperpigmentace, ke které dochází již v těhotenství. Novorozenec ji najde pomocí tmavého odstínu, za kterým instinktivně otáčí hlavu (Mrowetz, 2011, s. 18-23).

Bezprostředně po porodu je také důležitý respekt anatomických a fyziologických dějů, které u čerstvě narozeného dítěte probíhají, a zároveň dbát na co nejmenší tepelnou ztrátu. Jelikož se dítě rodí do podmínek, ve kterých je teplota až o 15 °C menší, než kde se devět

měsíců nacházel, je nutné dítě ihned po porodu zahřát. Velmi výhodný je proto kontakt *skin to skin*, kterému dopomáhá deka nebo plenka. Matčina hrud' se přizpůsobí požadavkům novorozence. Dítěti nejvíce vyhovuje poloha do tvaru písmene C, protože v této poloze byl téměř celý nitroděložní vývoj a po porodu lépe odkašle sekret z horních cest dýchacích. Při těchto podmínkách se dítěti jen zřídka musí hlen uměle odsát. Po porodu je zapotřebí dítě osušit zahřátou sterilní bavlněnou plenou a další plenou přikrýt. Lze mu obléct čepici a ponožky, ruce však musí mít volné a nesmí se utírat, aby nezmizel pach plodové vody, která napomůže hledání bradavek (Pařízek, 2009, s. 86–91).

Za jiných okolností by měla být matka po tak náročné činnosti, jako je porod, vyčerpaná. Pokud však je dítě stále s matkou, lze pozorovat, že rodička je čilá, plná energie a chce ihned pečovat o své dítě. Dochází k tomu díky hormonům, zejména oxytocinu, které se během a po porodu vyplavují. Tento jev lze pozorovat i v přírodě na zvířatech. Pokud však dojde k separaci, poklesne hladina hormonů, traumatizující organismus bude mít potřebu spánku, matka se stane unavená a bude vyžadovat odpočinek (Mrowetz, 2011, s. 26).

Po porodu by nemělo být dítě umyto dříve než po uplynutí 24 hodin od porodu a *skin to skin* kontakt by neměl být přerušen minimálně do doby konce prvního kojení (Mrowetz, 2011, s. 257).

Raný kontakt si vyžaduje i sebevědomý personál, který zná svoje kompetence. Pokud se budou zdravotníci, kteří se starají o matku, chovat klidně a přívětivě, bude i matka spokojená a bonding proběhne dostatečně. Dle výzkumu eliminuje bonding syndrom vyhoření a jejich psychosociální bezpečí naopak zvyšuje (Porodní radost, © 2013, online).

Novorozenec na svět přichází ze sterilního prostředí a k osídlování jeho pokožky bakteriemi dochází až po porodu. Kontaktem kůže na kůži se zaručí, že dítě osídlí bakterie od jeho matky, které jsou obsažené i v mateřském mléce a zajišťují tak dítěti vytvoření první obranyschopnosti. Pokud z jakéhokoliv důvodu nemůže matka mít dítě na hrudi, bonding by měl zastoupit otec. Jeho bakterie jsou pro dítě mnohem přínosnější, než bakterie okolního personálu. Také se mezi nimi vytvoří silné vazebné pouto. Dle odborníků z UNICEF a WABA (Světová organizace na podporu kojení) usnadňuje bonding nejen emocionální, ale i fyziologickou adaptaci, což má veliký význam i po porodech předčasných, traumatických nebo po porodech císařským řezem. Matčina hrud' je schopna se termoregulačně přizpůsobit potřebám dítěte (Labusová, © 2012, online).

## 4.1 Průběh bondingu

*„Novorozenec, který je bezprostředně po narození osušen a položen kůže na kůži na matčin hrudník, po patnácti minutách nečinnosti produkuje spontánní reakce a hledací pohyby, které dosahují vrcholu ve čtyřicáté páté minutě po narození. V padesáté páté minutě dítě samo nachází bradavku a začíná sát. V průběhu první hodiny narození se u lidí předvídatelným způsobem rozvíjí organizované chování vedoucí ke kojení se. Matka nemusí první hodiny vyvíjet žádnou aktivitu (proto je vhodné dítě pokládat a stimulovat k samopřisátí i u matky po narkóze), musí být pouze fyzicky přítomna v kontaktu kůže na kůži. Samopřisátí doporučuje i Evropská unie v dokumentu o doporučení pro výživu kojenců a batolat“ (Porodní radost, © 2013, online).*

## 4.2 Separace

I když k citové vazbě mezi matkou a dítětem dojde vždy, těsně po porodu je však zvýšena hladina hormonu oxytocinu, který je, jak známo, hormonem lásky a vyplavuje se jednak při porodu a také při kojení. Ten pomáhá k vytvoření silného pouta mezi matkou a novorozencem. Novorozenci usnadňuje náročnou poporodní adaptaci mimo dělohu matky a raná citová vazba rapidně snižuje výskyt porodních depresí a psychóz u rodiček (Labusová, © 2012, online).

Separace neboli odloučení nebo nedostatečná podpora bondingu se nemusí projevit vždy a hned. Většinou to bývá až s odstupem času od porodu. Rodičky, jež měly možnost být v kontaktu se svým dítětem ihned po porodu, jsou lépe schopny vyznat se v potřebách dítěte a reagovat na vnitřní signály, které dítě vysílá, včetně pochopení příčin jeho pláče. Celkově vykazují dobrou souhru s dítětem a efektivněji kojí. Naopak žádný nebo nedostatečný bonding se může projevit stresem nebo úzkostnou matkou, která trpí pocitem viny dále posttraumatickou stresovou poruchou projevující se nesoustředěností, vyhýbání se kontaktu s lidmi, ztrátou zájmu o důležité aktivity, nočními můrami a poruchou spánku, nebo také pevnou až patologickou vazbou ke svému dítěti. Množství seriózních výzkumů také přineslo fakt, že matky, které své dítě po porodu neviděly, nebo u nich proběhla nedostatečná podpora kontaktu kůže na kůži, měly problém s rozvojem laktace (Labusová, © 2012, online).

Pro spoustu matek představuje problém připustit si, že separace po porodu nebyla normální. Přesvědčují sebe a okolí, že byly naopak rády, že se dítě po porodu odneslo a

ony si mohly odpočinout. Nepřipouští si, že bez podpory kontaktu je začátek jiný, než kdyby tu možnost podpory dostaly. Mnohé matky popírají, že jsou ovlivněné separací a že se cítí provinile (Mrowetz, 2011, s. 176).

Pokud matka z jakéhokoliv důvodu nemůže mít položeno po porodu dítě na svoji hrud', lze to později vykompenzovat neustálým kontaktem s dítětem například spaním v jedné posteli, přitisknutí dítěte na nahé tělo, nebo nošením v šátku (Mrowetz, © 2010, online).

### 4.3 Mateřská láska

Mateřská láska je emocionální vazba a vyjadřuje vztah mezi dvěma lidmi nebo mezi rodinami. Je založena na pocitech sounáležitosti, vzájemnosti a lásky k bližnímu (Winkler, 1999, s. 86–92).

Mateřské pouto je dědičné a jeho základním smyslem je ochrana mláděte před nepříznivými vlivy. Z vrozených příčin vyhledává novorozenec blízkost své matky a snaží se jí každým způsobem zachovat. Pokud není dítě dost nasyceno touto vazbou, pláče, trpí úzkostí, cítí se v ohrožení, zvyšuje napětí a prohlubuje svoji nejistotu. Blízkost matky při budování vazby, tedy hlavně po porodu, znamená pro dítě možnost vybudovat si vztah závislosti, což je podmínkou, aby se mohlo stát zdravě samostatným a nezávislým. Budování vztahu začíná již ve čtvrtém měsíci gravidity, a to podvědomě uvědomění dítěte formou jeho pohybů. Mateřské pouto se plně projeví díky hormonální změně během porodu (Winkler, 1999, s. 86–92).

Vztah matky a dítěte se začal zkoumat až v posledních letech. První pokusy byly provedeny na laboratorních myších. Před porodem si myš připravovala svoje hnízdo, ve kterém měla to nejnutnější k přežití. Jakmile se její mládě narodilo, začala jej opatrovat, čistit, krmit a olizovat. Její krev byla poté přenesena na netěhotnou myš, která se o něco později začala chovat stejně jako březí myš. Hledala mlád'ata, ke kterým se začala chovat, jako kdyby byly její. Projevila se u ní citlivost i přes to, že mlád'ata nebyla její. Tento pokus dokazuje, že změnu chování způsobují hormony. Tento fakt byl také dokázán po podání estrogenu. Samice se nerozlučně spojila s mládětem, ale jen tehdy, byl-li ženský estrogen vpraven do jejího těla do šestého porodního dne. Z toho plyne, že poměr matky k dítěti se může vyvinout jen tehdy, pokud je po porodu dítě s ní. Pokud matce bylo dítě odejmuto a později vráceno, chovala se k němu lhostejně. Tento pokus byl později zopakován u koz, králíků a srnek a výsledek byl vždy stejný (Pro lékaře, © 2013, online)



Blízkost mláděte má také vliv na tvorbu mléka. Po separaci novorozenců od matky vždy klesla výživa kojením. Jakmile se ale děti přestanou oddělovat, stoupá kojivost matek až na 95 % (Šráčková, © 2007, online).

#### 4.4 Propagace bondingu v České republice

Michaela Mrowetz je ostravská klinická psycholožka, která o podpoře bondingu přednáší nejen zdravotníkům, ale i laické veřejnosti a dlouhodobě usiluje o to, aby matka a dítě byly brány jako jedna neoddělitelná jednotka. Také píše články do odborných časopisů, jako jsou např. *Zdravotnické noviny*, *Psychologie dnes*, *Psychosom* nebo *Soft forum*, ale i do neodborných periodik jako jsou *Betyňka*, *Děti a my* a na webové stránky, které jsou zaměřeny na mateřskou péči (Mrowetz, 2011, s 278).

Opírá se o teorii lékařů Marschala Klause a Johna Kennela, ale je také propagátorkou péče o dítě a jeho rodiny jako jednotky v předporodní, porodní i poporodní péči. Také podle ní mnoho matek stále ještě neví, že lze po porodu mít hned své dítě ve své blízkosti, nebo mají strach o tuto možnost personál požádat (Mrowetz, © 2013, online).

Jeden z výzkumů, které tato psycholožka provedla, byl v roce 2008 na téma „*Motivy k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení*“ a zúčastnily se jej jak matky, jež rodily v porodnici, tak matky, které plánovaně i neplánovaně rodily mimo zdravotnické zařízení. Jeden z výsledků výzkumu byl ten, že hlavním důvodem, proč se matky rozhodnou родit právě mimo zdravotnické zařízení je, že si žádají podporu bondingu, která je v porodnicích nedostatečná (Mrowetz, 2011, s. 266).

Dle jejího dalšího výzkumu, novorozenci, kteří jsou s matkou v kontaktu kůže na kůži, křičí první půl hodinu po porodu jen jednu minutu a druhou půl hodinu jsou v klidu. Naproti tomu, separované děti křičí v první půlhodině průměrně 16 minut, v té druhé 18 minut. Výsledky výzkumu také potvrdily, že novorozenecký pláč je geneticky naprogramovanou reakcí na separaci (Mrowetz, © 2013, online).

#### 4.5 Deset kroků se správné podpoře bondingu

Klinická psycholožka Mrowetz (2011, s. 28–29), uvádí 10 kroků k podpoře *bondingu*:

1. „*Položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekci k tváři matky)*“

2. *Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně dvě hodiny, lépe dvanáct hodin (při porodu sekci může zastoupit kontakt kůže na kůži otec, pro dítě jsou jeho bakterie zdraví přínosnější nežli bakterie ošetřujícího personálu), pokud matka potřebuje osobní pauzu, může kontakt zajistit otec*
3. *Ošetření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek, dítěti je možné nasadit čepici a ponožky, je třeba se však vyhybat kontaktu s jeho rukama*
4. *Matka a dítě jsou v kontaktu „skin to skin“, kůže na kůži*
5. *Umožnění a podporování vizuálního kontaktu – pohledu z očí do očí – matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech)*
6. *Pomoc s přísátím novorozence k bradavce podle jeho tempa a připravenosti – může to být až do třiceti minut kontaktu kůže na kůži, do té doby matka i dítě odpočívají a seznamují se spolu! Počkejte, až novorozenec bude mít doširoka otevřené oči a bude strkat do úst pěsti, na kterých má plodovou vodu, aby jej k bradavce dovedla. Ta voní stejně jako plodová voda. Dítě si olizuje rty a kývá hlavou ze strany na stranu. Zásadně neumývejte dítěti ruce od plodové vody a nechte je volně. Po překotných či medikamentózních porodech je dítě chvíli unavené, je zapotřebí nechat je odpočinout na kůži matky. Oba také vylučují potřebné množství oxytocinu k podpoře vzájemného kontaktu. (Některé děti se přisají samy do 30 minut, jiné až po 5 hodinách, dejte jim čas!)*
7. *Zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky).*
8. *Zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků*
9. *Jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte (sejmutí skóre Apgarové, podvaz pupeční šňůry) provést na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad novorozencem alespoň vizuální kontrolu), odložit přetnutí pupečnicku na tak dlouhou dobu, jak si přeje matka.*
10. *Nedívejte se na mobily (textové zprávy počkají stejně jako jejich adresáti) a do fotoaparátů, dívejte se na své dítě a do jeho očí.“*

#### 4.6 Bonding po císařském řezu

Matky, u kterých neproběhl fyziologický porod, ale musely родit císařským řezem, jsou často přesvědčeny o tom, že nemohou mít *bonding*. Ovšem i po operativním ukončení těhotenství je *bonding* nezbytný pro vytvoření vazby (Mrowetz, © 2010, online).

Psycholožka Michaela Mrowetz spolu s pediatričkou Marcelou Peremskou vytvořily doporučení, jak má vypadat *bonding* po císařském řezu. Zdravotníci položí nahého novorozence horizontálně pod prsa matky a operační pole se sníží pod matčinu hrud'. Novorozence přidržuje otec nebo jiný příbuzný, pomoci může také zdravotní personál. K vytvoření vazebného pouta stačí pouze fyzická přítomnost matky. Dítě potřebuje být jen přítomno u matčiných prsou, dále je schopno chování podle svých instinktů (Porodní radost, © 2012, online).

Pokud je nutné novorozence transportovat, je zapotřebí transportovat matku spolu s dítětem dohromady. V závislosti na jejich vztahu nejlépe v kontaktu kůže na kůži a zajistit jejich společný příjem na nové oddělení (Mrowetz, © 2010, online).

Kontakt kůže na kůži usnadní adaptaci novorozence na tak rychlý přechod z vnitřního prostředí na vnější. Matce sníží prožívání bolestivosti a možnou krvácivost. Při lokální anestezii si matka může držet dítě sama, a tím získává kontrolu nad průběhem operace a je sníženo riziko postraumatem. Otec v této situaci hraje roli ochránce. Samopřisátí dítěte, které proběhlo již na operačním sále, nejrychleji vrací ztracenou rovnováhu dítěte a matky. *Bonding* po císařském řezu vyžaduje ochotu vyjít z rutiny a empatii zdravotního personálu (Porodní radost,, © 2012, online).

#### 4.7 Bonding u nedonošených dětí

Největším přáním každého rodiče je narození zdravého potomka. Aby si rodiče mohli být alespoň částečně jisti zdravím dítěte, dochází v průběhu těhotenství na prenatální genetické testy, ale i přes to neexistuje záruka, že opravdu porodí zdravé, životaschopné dítě. Rodičům bohužel nikdo nemůže dát jistotu, že se právě jejich těhotenství neobejde bez komplikací a že nebudou nuceni ukončit těhotenství dříve (Mrowetz, 2011, s. 107).

Podpora bondingu je velmi důležitá u zdravého dítěte. Pro děti nemocné či předčasně narozené je ovšem ještě důležitější. Matka má právo mít v náručí jednak dítě narozené s problémy, jednak také dítě mrtvé, a to proto, aby se s dítětem mohla rozloučit. Předčasně

narozené dítě představuje pro matku psychotrauma, jelikož byla připravena na těhotenství, které trvá devět měsíců a také na to, že se jí narodí zdravé dítě. S příchodem předčasného porodu ztrácí matka kontrolu nad svým tělem a nad situací. Podvědomě se snaží vyhnout vnitřnímu zmatku z prožitého traumatu, k čemuž potřebuje mnoho obranných mechanismů. Tyto mechanismy mohou selhat, pokud má žena postižené dítě, nebo jí dítě zemřelo, či došlo k porodu v nízkém týdnu gravidity. Rodiče mobilizují všechny svoje síly a spolu se zdravotníky hledají cestu k nejlepšímu vývoji dítěte. Toto období je velice náročné a hrozí rozvoj posttraumatu, a to i v případě, když komplikace jsou zažehnány. Mohou vznikat deprese, stavy úzkosti, poruchy nálad, pocit viny, že nedokázaly porodit zdravé dítě, bolesti hlavy, poruchy spánku a různé somatické nemoci. Toto období se může projevit ještě šest až osmnáct měsíců od této zkušenosti (Mrowetz, 2011, s 110–112).

Předčasný porod tedy nepředstavuje fyzickou zátěž nejen pro novorozence, ale také narušuje psychiku jak matce, tak celé rodině. Dítě ani rodiče nejsou připraveni na tak brzký porod (Mrowetz, 2011, s. 143).

Ale i přes zdravotní rizika a problémy předčasně narozeného dítěte by měl být *bonding* podporován v závislosti na možnostech a rizicích dítěte. Vizualní kontakt, který přispívá k rozvoji laktace, lze zajistit vždy. To samé platí při taktilním, čili dotykovém kontaktu. Matka se může dotýkat dítěte jakýmkoliv způsobem a vyvolá v něm pocit přirozenosti. Navíc je pro dítě daleko přirozenější nejistý dotyk rodiče, díky kterému získá bakterie od nich a ne od ostatního zdravotnického personálu. (Mrowetz, 2011, s. 143–146).

Pobyt dítěte v prostředí jednotky intenzivní péče je pro rodiče velmi zatěžující a cítí se nekompetentně a nepatřičně. V zahraničí je využíváno tak zvaného Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Je to systém péče o předčasně narozené dítě, kdy se z rodiče stává součást péče o dítě a nepředstavuje jen návštěvu. V dnešní době se jedná o nejlépe fungující systém podpory *bondingu* u předčasně narozených. Péče lékařů a rodičovská péče má spolu úzce souviset a vzájemně se podporovat. Emoce a laskavý přístup vedou k rychlému uzdravení a snížení komplikací (Mrowetz, 2011, s. 147).

Na JIP v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně se uplatňuje vývojová péče. Jedná se o péči zaměřující se na vývoj. Některé postupy této péče byly převzaty z programu NIDCAP a jsou zde aplikovány (všeobecné informace z KNTB Zlín).

Studie prováděná ve Švédsku ukázala, že se matky obávaly možnosti navázání citového vztahu jejich dítěte s personálem, nikoliv s nimi. Pouze tři ženy ze čtyřiceti věřily, že zdravotní personál je schopen se o dítě lépe postarat, než ony samy (Chlebounová, Čermák, 2013, s. 307–314).

Dlouhé oddělení rodičů a dětí a umístění do inkubátoru může také ohrozit budování jejich vztahu. Oddělením zaniká fáze raného budování vztahů a mohou se vyskytnout potíže mezi nimi. Klíčovou roli poté mají dětské sestry, které pomáhají navazovat kontakt dítěte a matky (Chlebounová, Čermák, 2013, s. 307–314).

*Bonding* předčasně narozeného dítěte a matky se odborně nazývá klokánkování. Původ slova pochází z angličtiny ze slov Kangaroo Mother Care (KMC). Tato metoda vznikla v roce 1974 v kolumbijské Bogotě kvůli nedostatku inkubátorů. Matky svoje předčasně narozené děti opouštěly, protože s nimi neměly vytvořený žádný citový vztah. Pediatr E. Rei Sanabria vyřešil situaci tím, že ženám nabídl, aby své předčasně narozené děti nosily přímo na svém těle, bylo-li dítě ve stabilizovaném stavu. Klokánkování je tedy způsob kontaktu kůže na kůži předčasně narozených dětí vážících pod 2000 gramů. Dítě je zabaleno pouze do plenky, má nasazené rukavice a čepici, přikryto je pruhem látky. Nedonošené dítě má méně podkožního tuku a na to reaguje matčina kůže okamžitým zvýšením teploty až o dva stupně. Dostatečný tělesný kontakt má svoje psychické i tělesné výhody. Při klokánkování mají děti stabilnější pulz, jsou klidné a jejich saturace se pohybuje v mezích normy. Také jejich teplota je stabilnější a vyskytuje se mnohem méně trhavých pohybů. Také rychleji přibývají na váze, vyvíjí se jim rychleji mozek a kvalitněji spí (Jirásková, © 2013, online).

Klokánkování také významně podporuje dýchání. Předčasně narozené děti odkázané na dýchací podporu, byly díky kontaktu kůže na kůži stabilnější a dokázaly samy dýchat po dobu 48 hodin. Také se klokání péče podílí na efektivnějším kojení, rozběhnutí laktace a dokonalejšímu přísátí novorozence k prsu. Předčasně narozené děti nemají téměř žádný obranný mechanismus. Díky kontaktu s „přátelskými“ bakteriemi od matky nebo otce se prudce snížil počet alergií a infekcí. Taktéž ustoupily problémy s trávením (Shetty, © 2007, online).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 CHARAKTERISTIKA

Poté, co jsem se více zaměřila na problematiku v oblasti bondingu, zjistila jsem, že v porodnicích se příliš nevyužívá nerušený kontakt matky s novorozeným dítětem po dobu dvou hodin. Proto jsem chtěla více zjistit, jestli jsou ženy samy informovány o této možnosti, jak prožily svůj porod a zda by chtěly s dítětem strávit tento nenahraditelný okamžik.

### 5.1 Průzkum

Praktickou částí bakalářské práce je dotazníkové šetření, kterým bude zjištěna informovanost dotazovaných žen po porodu o bondingu a jejich vlastní zkušenost v této oblasti. Jedná se o kvantitativní průzkumné šetření dotazníkovou formou. Distribuce dotazníků byla elektronickou formou soustředěna do porodnic v Boskovicích, Brně, Břeclavi, Ivančicích, Kyjově, Vyškově a Znojmě v Jihomoravském kraji. Ve Zlínském kraji se dotazník týkal porodnice v Kroměříži, Uherském Hradišti, Valašském Meziříčí, Vsetíně a ve Zlíně.

### 5.2 Respondenti

Cílovou skupinou jsou ženy po porodu z obou již zmíněných krajů. Dotazníky byly rozeslány elektronickou formou po sociální síti. Vyplněno bylo z Jihomoravského kraje 56 dotazníků, přičemž jich bylo šest neúplně vyplněno, proto musely být vyřazeny. Ze Zlínského kraje bylo vyplněno celkem 53 dotazníků, ale tři byly rovněž vyřazeny z důvodu neúplnosti. Ze 109 dotazníků lze tedy použít 100, což je 92 %.

#### 5.2.1 Cíle praktické části

Pro praktickou část jsou stanoveny tři cíle.

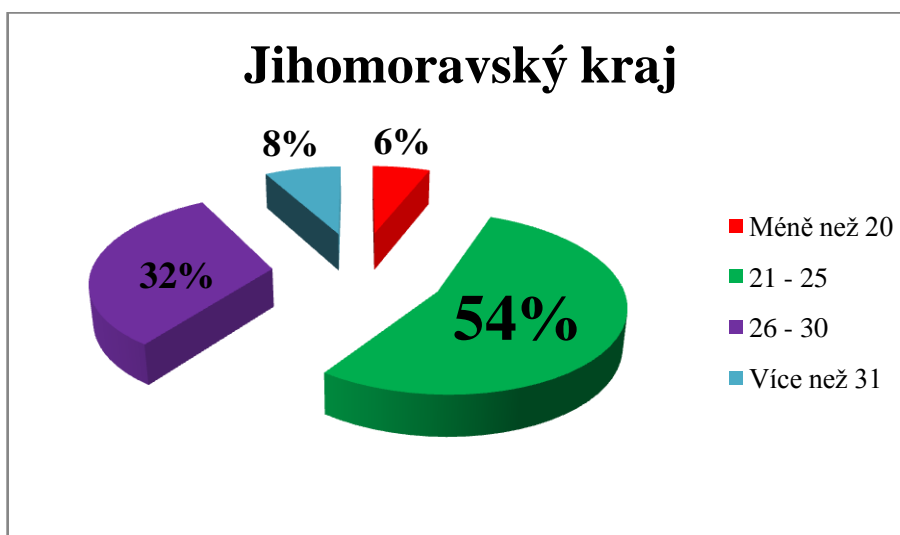
1. Cíl: Zjistit, jak jsou ženy po porodu informovány o bondingu.
2. Cíl: Zjistit, jak u žen po porodu probíhal první kontakt s dítětem.
3. Cíl: Porovnat zjištěné informace od žen ze dvou různých krajů.

### 5.3 Výsledky průzkumného šetření

Otázka číslo 1. Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Kolik je Vám let?

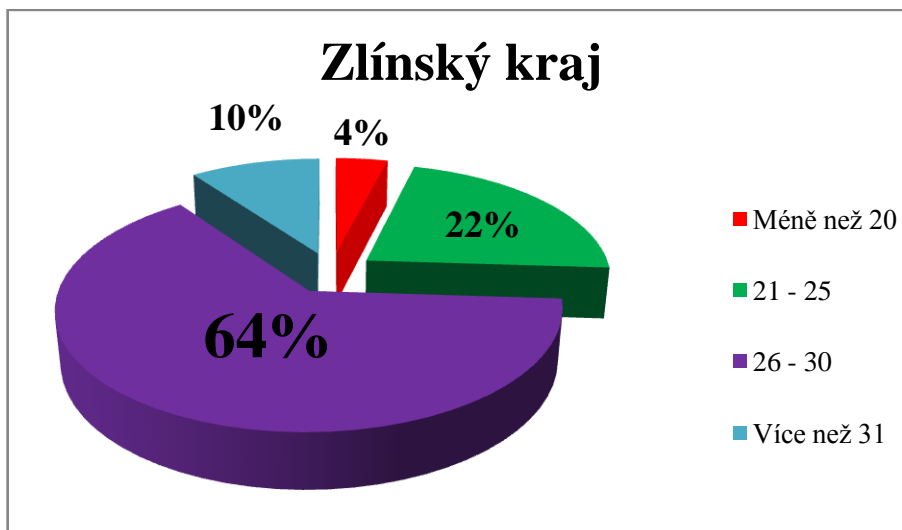
Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Méně než 20	3	6 %	2	4 %	5	5 %
21–25	27	54 %	11	22 %	38	38 %
26–30	16	32 %	32	64 %	48	48 %
Více než 31	4	8 %	5	10 %	9	9 %
Celkem	50	100 %	50	100 %	100	100 %



**Graf 1:** Věk – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

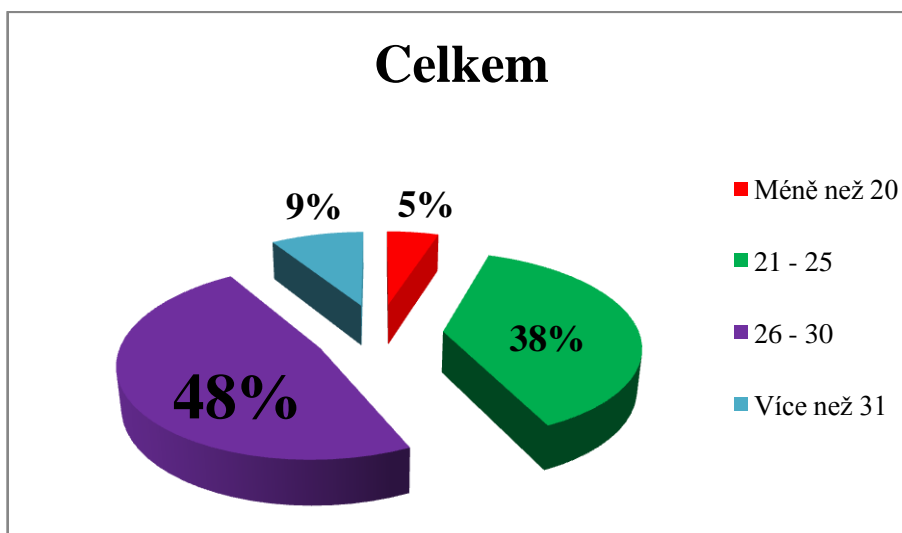
Nejprve jsem si respondentky rozdělila podle věkové skupiny. V Jihomoravském kraji tvořily okruh dotazovaných nejčastěji ženy ve věku 21–25 let. Z celkového počtu 50 jich bylo 27 (54 %). Dále 16 (32 %) žen se nacházelo ve věkové kategorii 26–30 let. Více než 31 let měly čtyři (8 %) respondentky a nejmenší okruh dotazovaných tvořily ženy, které měly méně než 20 let, a to konkrétně 3 (6 %) z celkového počtu 50 dotazovaných.





**Graf 2:** Věk – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji nejčastěji odpovídaly ženy mezi lety 26–30. Tvoří tak 32 respondentek (64 %), dále 11 (22 %) žen bylo ve věkovém rozmezí 21–25 let, respondentek starších 31 let bylo 5 (10 %) a nejmenší skupinou byly ženy mladší 20 let, a to 2 (4 %) z celkového počtu dotazovaných.

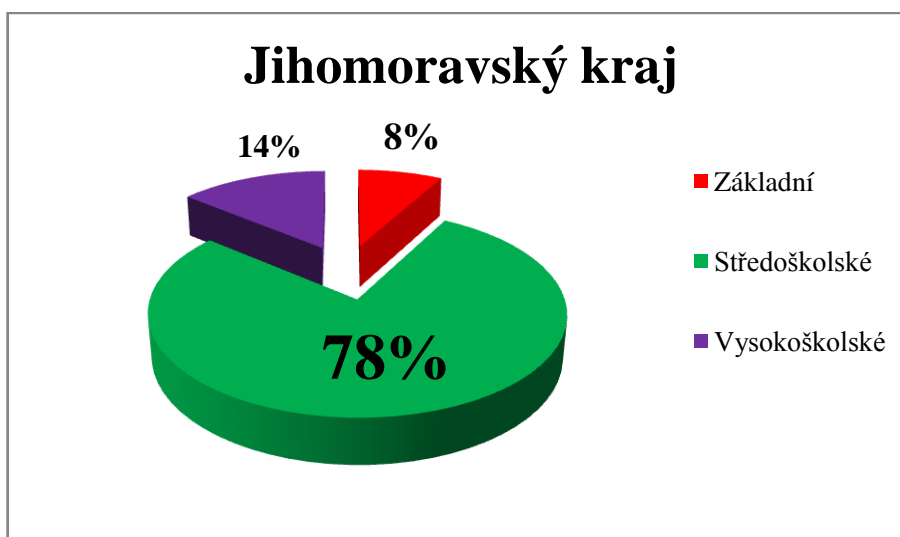


**Graf 3:** Věk – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

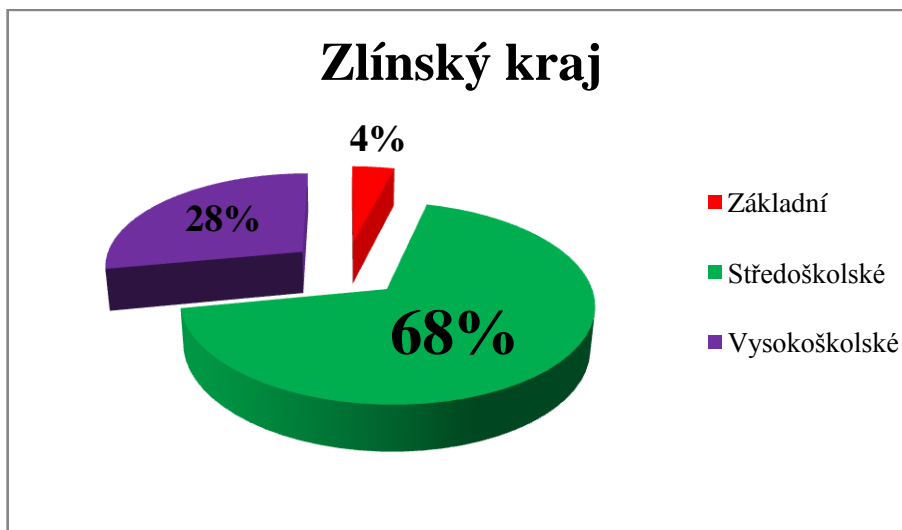
Celkově nejčastěji odpovídaly ženy mezi 26–30 lety. Tvořily 48 respondentek. Další velkou skupinou byly matky ve věku 21–25 let. Bylo jich 38. Poslední dvě kategorie, kterým bylo více než 31 let, vytvořilo devět respondentek a nejméně odpovídaly ženy, kterým bylo méně než 20 let, z celkového počtu 50 dotazovaných jich bylo pět.

**Otázka číslo 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?****Tabulka 3:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Základní	4	8 %	2	4 %	6	6 %
Středoškolské	39	78 %	34	68 %	73	73 %
Vysokoškolské	7	14 %	14	28 %	21	21 %
Celkem	50	100 %	50	100 %	100	100 %

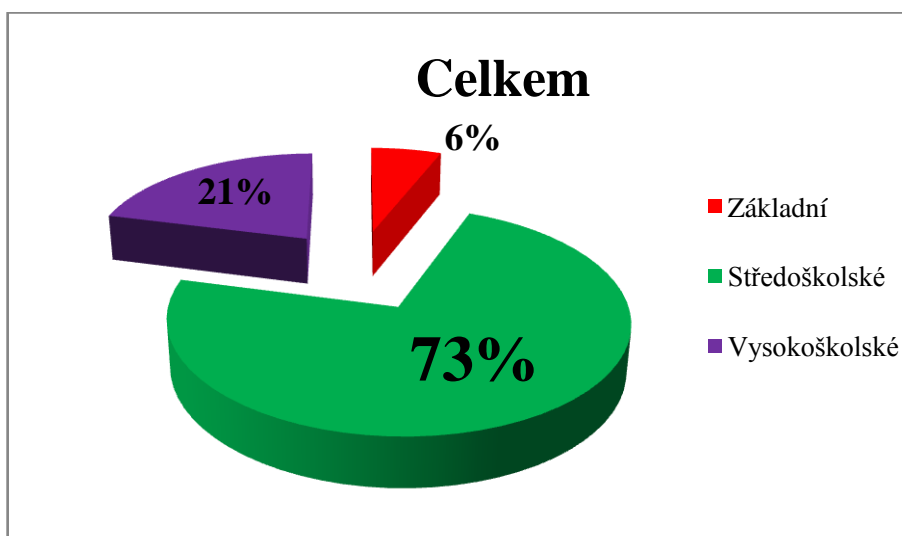
**Graf 4:** Vzdělání – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Druhá otázka byla zaměřena na vzdělání. Středoškolské vzdělání uvedlo v Jihomoravském kraji 39 (78 %) žen. Vysokoškolských respondentek bylo sedm (14 %) a čtyři (8 %) odpovědi byly od žen se základním vzděláním.



**Graf 5:** *Vzdělání – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]*

Ve Zlínském kraji odpovídaly také nejčastěji ženy se středoškolským vzděláním. Z celkového počtu jich bylo 34 (68 %). Vysokoškolských matek bylo 14 (28 %) a dvě (4 %) ženy uvedly základní vzdělání.

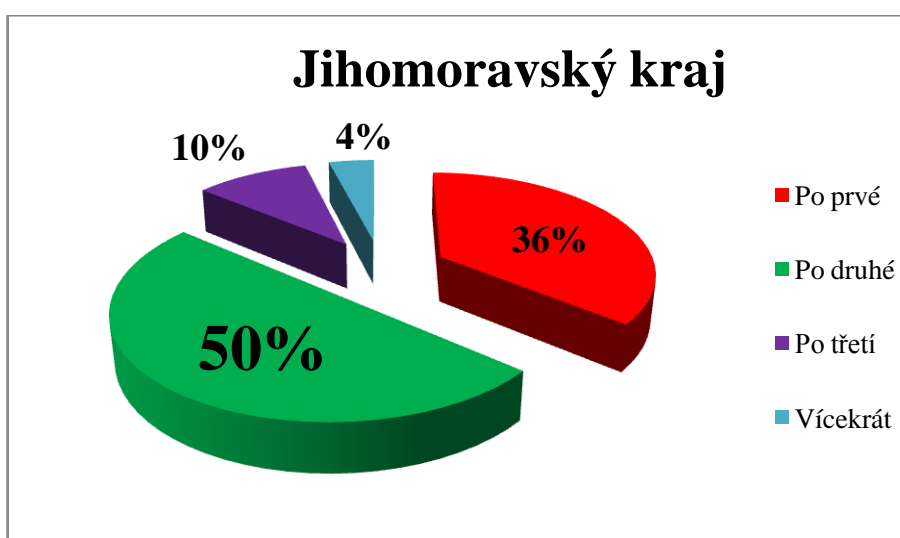


**Graf 6:** *Vzdělání – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]*

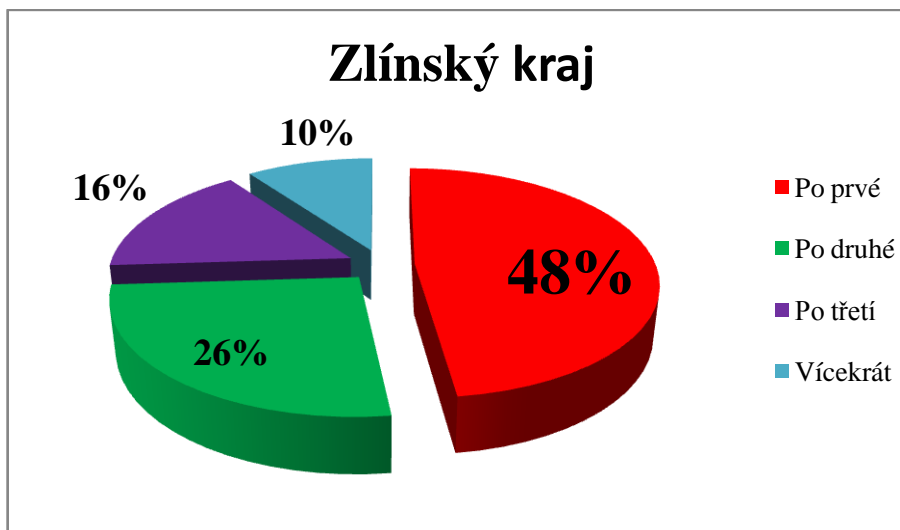
Nejvíce odpovídaly ženy se středoškolským vzděláním. Tvořily 73 odpovědí ze 100 tázaných. S velkým odstupem byly ženy s vysokoškolským vzděláním – 21 a nejmenší skupinu tvořily ženy se základním vzděláním, kterých bylo šest.

**Otázka číslo 3: Po kolikáté jste rodila?****Tabulka 4:** Po kolikáté jste rodila?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Po prvé	18	36 %	24	48 %	42	42 %
Po druhé	25	50 %	13	26 %	38	38 %
Po třetí	5	10 %	8	16 %	13	13 %
Vícekrát	2	4 %	5	10 %	7	7 %
Celkem	50	100 %	50	100 %	100	100 %

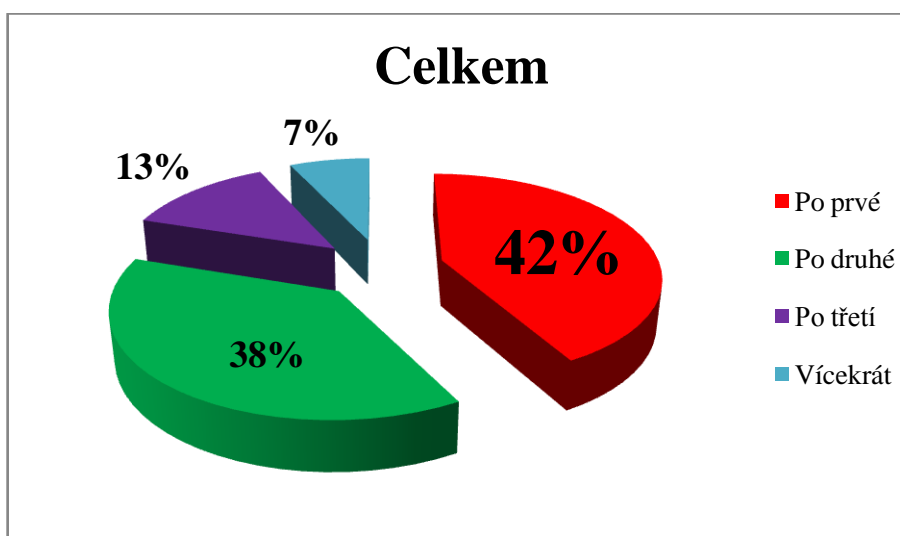
**Graf 7:** Parita – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji odpovídaly většinou druhorodičky – 25 (20 %). Po prvé rodilo 18 (36 %) žen, po třetí rodilo pět (10 %) žen a dvě (4 %) ženy byly více než terciparity.



**Graf 8:** Parita – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji odpovídaly nejčastěji prvorodičky. Z 50 dotazovaných jich bylo 24 (48 %). Druhorodiček odpovídalo 13 (26 %). Tercipar odpovídalo osm (16 %) a pět (10 %) žen rodilo více než třikrát.



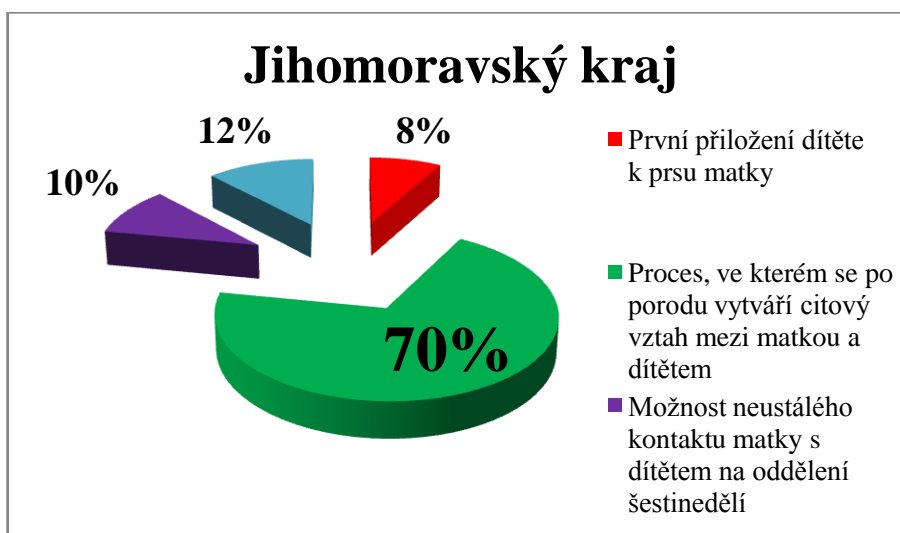
**Graf 9:** Parita – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Nejvíce dotazovaných žen z obou krajů byly prvorodičky. Z celkového počtu 100 žen jich po prvé rodilo 42. Druhorodiček bylo 38, 13 žen rodilo po třetí a sedm dotazovaných žen rodilo častěji než třikrát.

**Otázka číslo 4:** Pojem bonding podle Vás znamená:

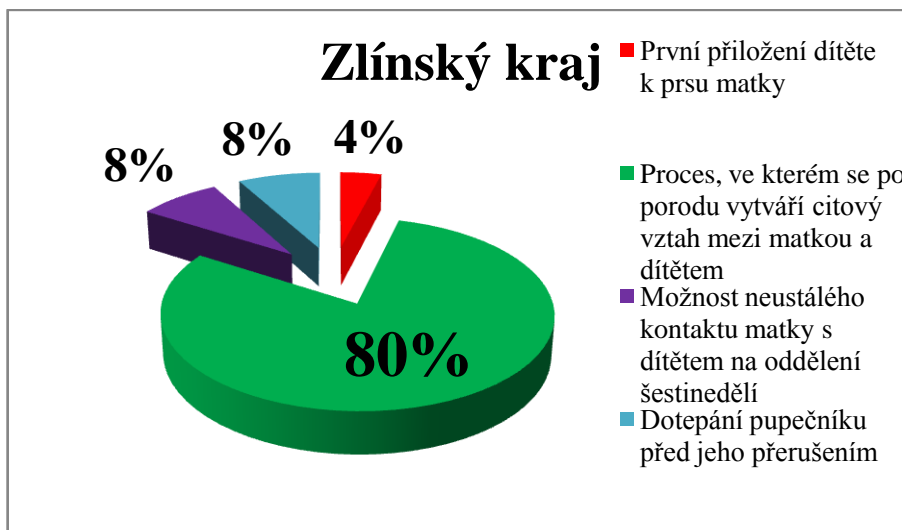
**Tabulka 5:** Pojem bonding podle Vás znamená:

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
První přiložení dítěte k prsu matky	4	8 %	2	4 %	6	6 %
Proces, ve kterém se po porodu vytváří citový vztah mezi matkou a dítětem	35	70 %	40	80 %	75	75 %
Možnost neustálého kontaktu matky s dítětem na oddělení šestinedělí	5	10 %	4	8 %	9	9 %
Dotepání pupečnicku před jeho přerušením	6	12 %	4	8 %	10	10 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



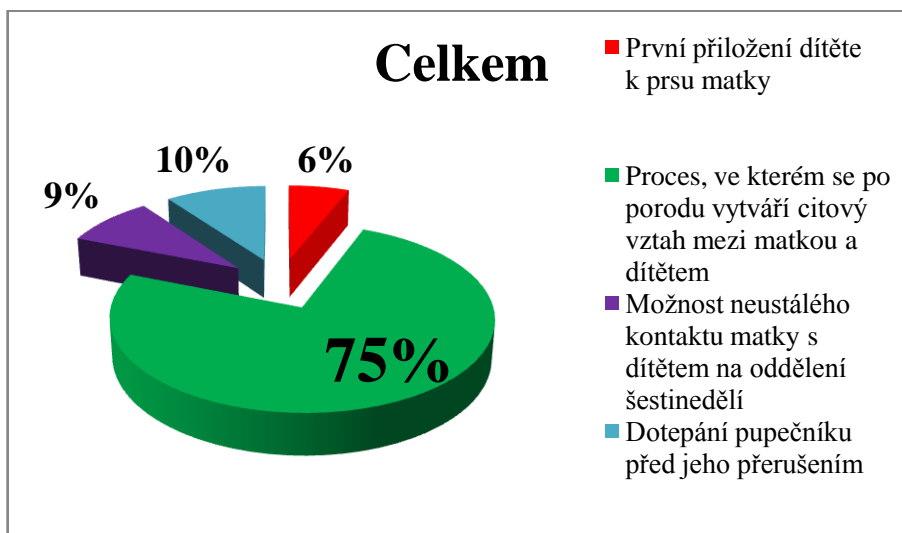
**Graf 10:** Pojem Bonding – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Matky z Jihomoravského kraje ve 35 (70 %) případech odpověděly správně na dotaz, co je bonding. Šest (12 %) žen si myslí, že bonding je dotepání pupečnicku před jeho přerušením, pět (10 %) žen uvedlo jako bonding možnost být v neustálém kontaktu se svým dítětem na oddělení šestinedělí a čtyři (8 %) matky si pod pojmem bonding představují první přiložení dítěte k prsu.



**Graf 11:** Pojem bonding – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji 40 (80 %) žen ví, co znamená pojem bonding. Další dvě možnosti – dotepání pupečníku před jeho přerušením a možnost neustálého kontaktu matky s dítětem na oddělení šestinedělí byla uvedena shodně ve čtyřech odpovědích (8 %) a dvě (4 %) ženy pokládají první přiložení dítěte k prsu jako bonding.



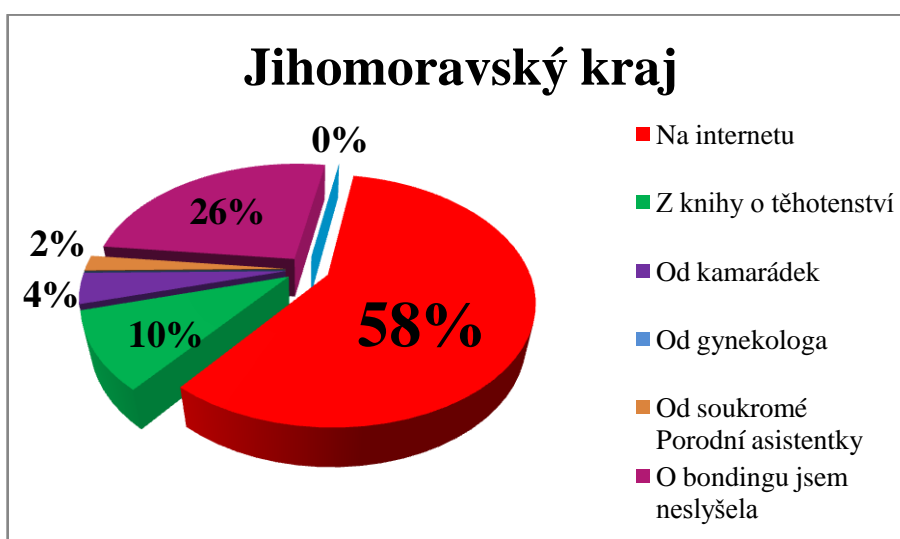
**Graf 12:** Pojem bonding – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

V obou krajích většina (75) žen ví, co znamená pojem bonding. Zbylé možnosti, jako je dotepání pupečníku před jeho přerušením obdrželo 10 hlasů, možnost neustálého kontaktu matky s dítětem na oddělení šestinedělí dostalo devět hlasů a první přiložení dítěte k prsu zvolilo šest dotazovaných.

**Otázka číslo 5:** Setkala jste se někdy s pojmem bonding? Pokud ano, kde?

**Tabulka 6:** Setkala jste se někdy s pojmem bonding? Pokud ano, kde?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Na internetu	29	58 %	19	38 %	48	48 %
Z knihy o těhotenství	5	10 %	4	8 %	9	9 %
Od kamarádek	2	4 %	5	10 %	7	7 %
Od gynekologa	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Od soukromé Porodní asistentky	1	2 %	12	24 %	13	13 %
O bondingu jsem neslyšela	13	26 %	10	20 %	23	23 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

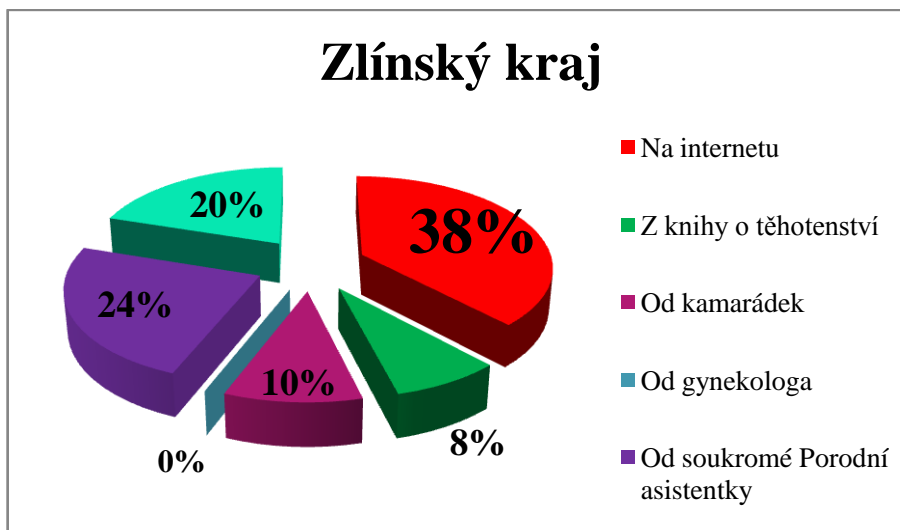


**Graf 13:** Informace o bondingu – Jihomoravský kraj

[Zdroj: vlastní zpracování]

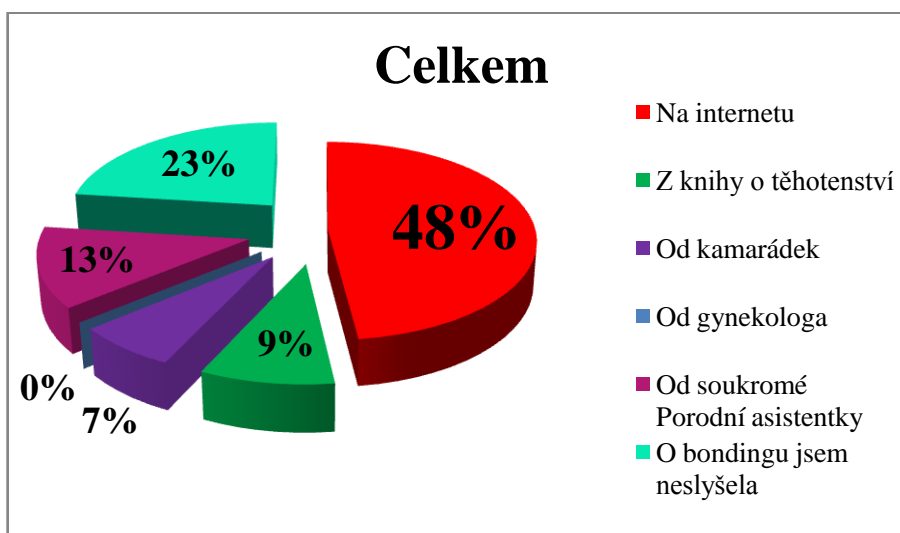
V Jihomoravském kraji 29 (58 %) žen o bondingu ví díky internetu, 13 (26 %) žen o bondingu dosud nikdy neslyšelo. Pět (10 %) žen se o bondingu dozvědělo z knihy o těhotenství, od kamarádek o tomto pojmu ví dvě (4 %) ženy, od soukromé porodní asistentky jedna (2 %) žena a žádnou z 50 dotazovaných žen neinformoval o bondingu gynekolog.





**Graf 14:** Informace o bondingu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji 19 (38 %) žen zná bonding díky internetu. Dalších 12 (24 %) žen má tyto informace od soukromé porodní asistentky, o bondingu dosud neslyšelo 10 (20 %) žen, pět (10 %) žen dostalo informace od svých kamarádek. Dále čtyři (8 %) z dotazovaných žen vyčetly informace z těhotenské knihy o bondingu a stejně jako v Jihomoravském kraji neměla žádná žena od svého gynekologa informace o bondingu.



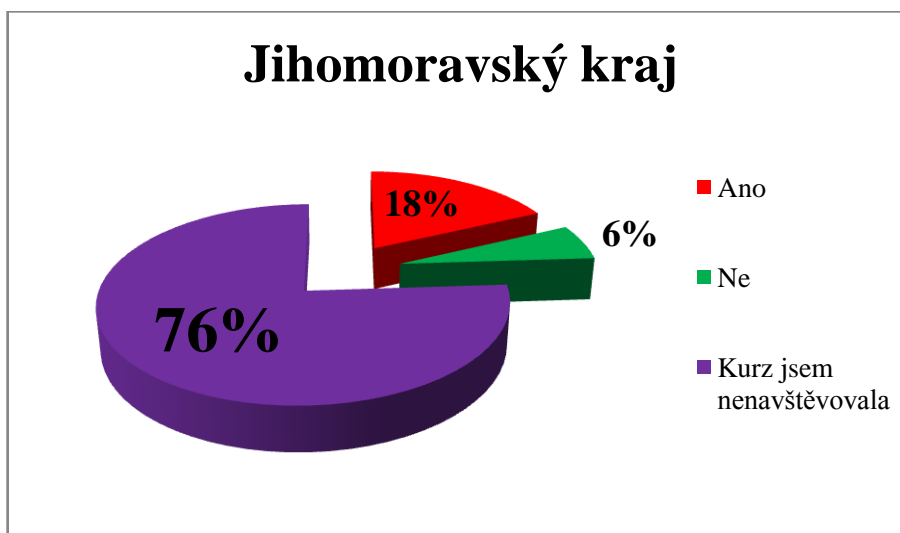
**Graf 15:** Informace o bondingu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

V obou dotazovaných krajích vyšlo, že většina žen, a to 48 zná bonding díky informacím z internetu, další velkou skupinu tvořily ženy, které o bondingu neslyšely – celkově 23. Od soukromé porodní asistentky zná bonding 13 žen, devět z knihy o těhotenství, sedm žen jej zná díky svým kamarádkám a ani jedna žena z dotazovaných nezískala informace o bondingu od svého gynekologa.

**Otázka číslo 6:** Pokud jste během těhotenství navštěvovala kurz pro těhotné, byl zde zmíněn pojem bonding?

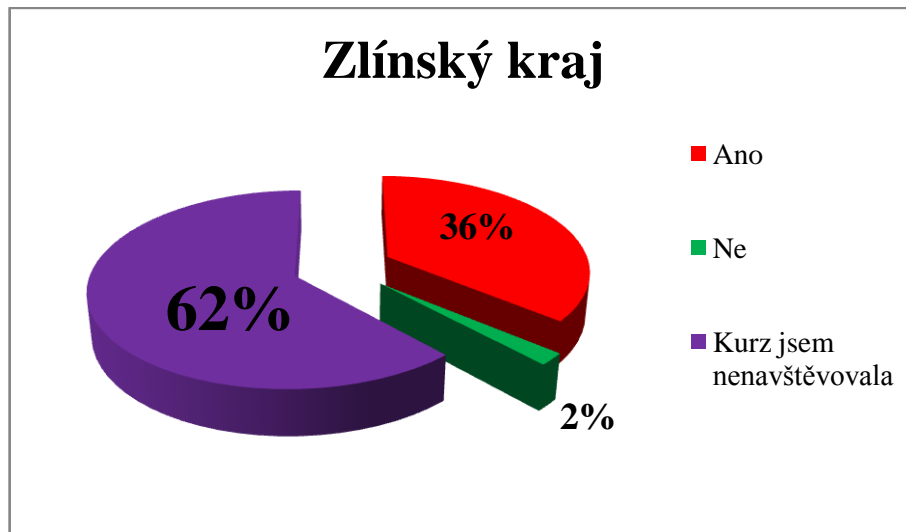
**Tabulka 7:** Pokud jste během těhotenství navštěvovala kurz pro těhotné, byl zde zmíněn pojem bonding?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	9	18 %	18	36 %	27	27 %
Ne	3	6 %	1	2 %	4	4 %
Kurz jsem nenavštěvovala	38	76 %	31	62 %	69	69 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



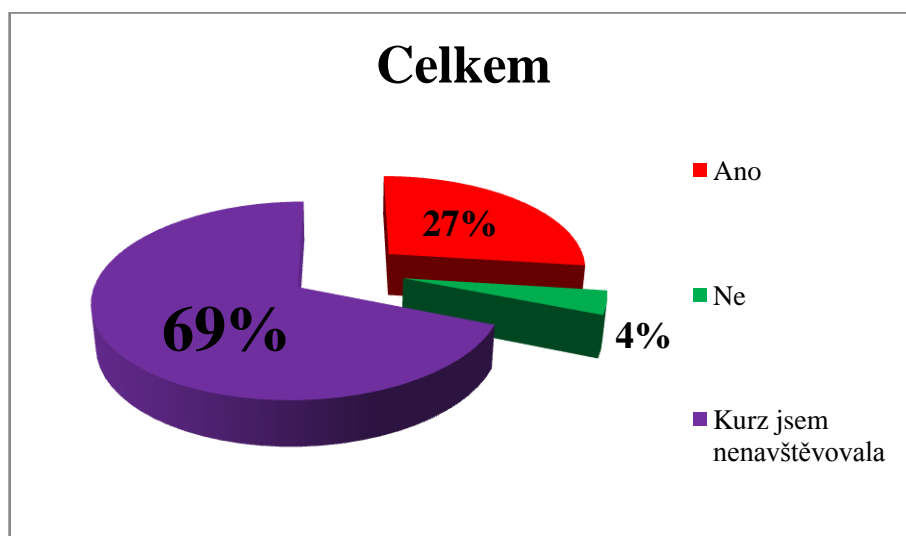
**Graf 16:** Těhotenský kurz – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji 38 (76 %) žen nechodilo do kurzu pro těhotné. Ze zbylých 12, které kurz navštěvovaly jich devět (18 %) o bondingu mluvilo, u tří (6 %) žen bonding zmíněn nebyl.



**Graf 17:** Těhotenský kurz – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji kurz pro těhotné nenavštěvovalo celkem 31 (62 %) žen. Zbylé dotazované ženy uvedly, že jich 18 (36 %) o bondingu slyšelo, jedna (2 %) žena nebyla informována na kurzu o bondingu.



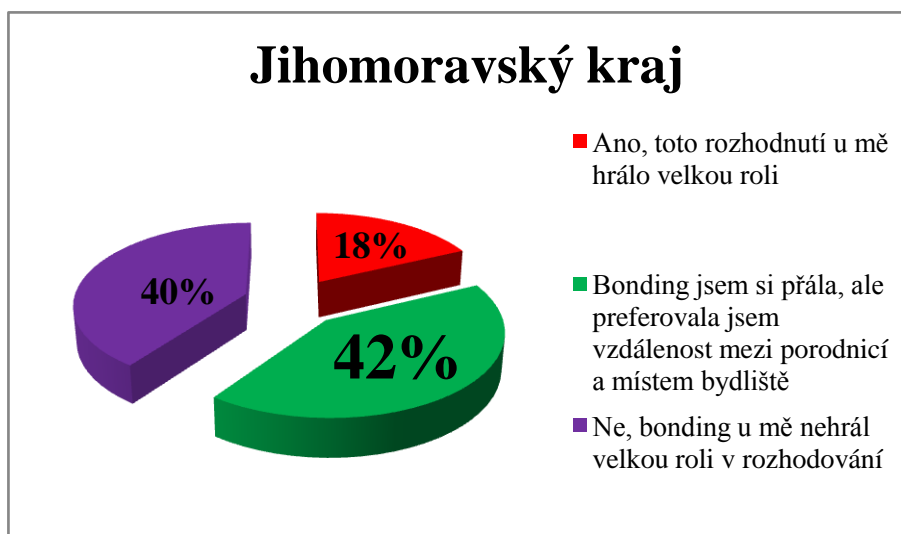
**Graf 18:** Těhotenský kurz – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Z celkových respondentek 69 žen těhotenský kurz nenavštěvovalo, 27 žen bylo o bondingu na kurzu informováno, zbylé čtyři tyto informace nedostaly.

**Otázka číslo 7:** Záleželo Vaše rozhodnutí, ve které porodnici budete rodit, na tom, jestli zde personál podporuje bonding ihned po porodu?

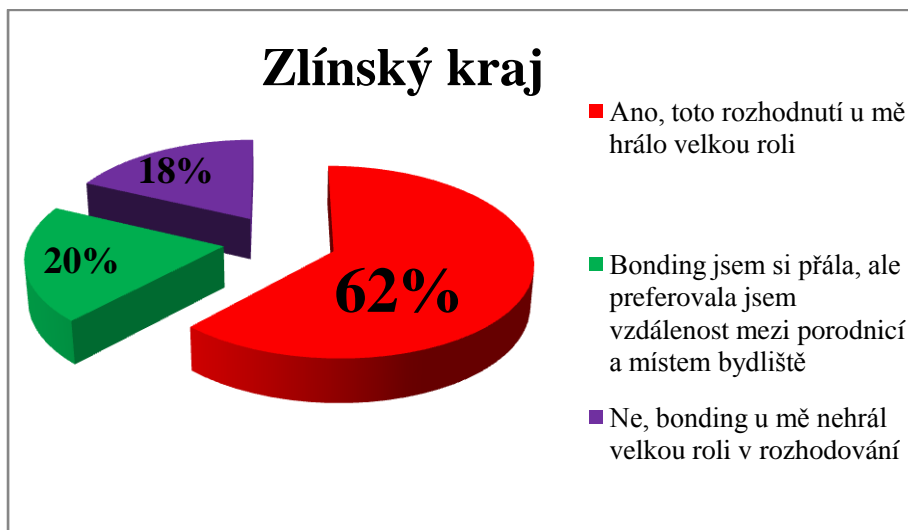
**Tabulka 8:** Záleželo Vaše rozhodnutí, ve které porodnici budete rodit, na tom, jestli zde personál podporuje bonding ihned po porodu?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, toto rozhodnutí u mě hrálo velkou roli	9	18 %	31	62 %	40	40 %
Bonding jsem si přála, ale preferovala jsem vzdálenost mezi porodnicí a místem bydliště	21	42 %	10	20 %	31	31 %
Ne, bonding u mě nehrál velkou roli v rozhodování	20	40 %	9	18 %	29	29 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



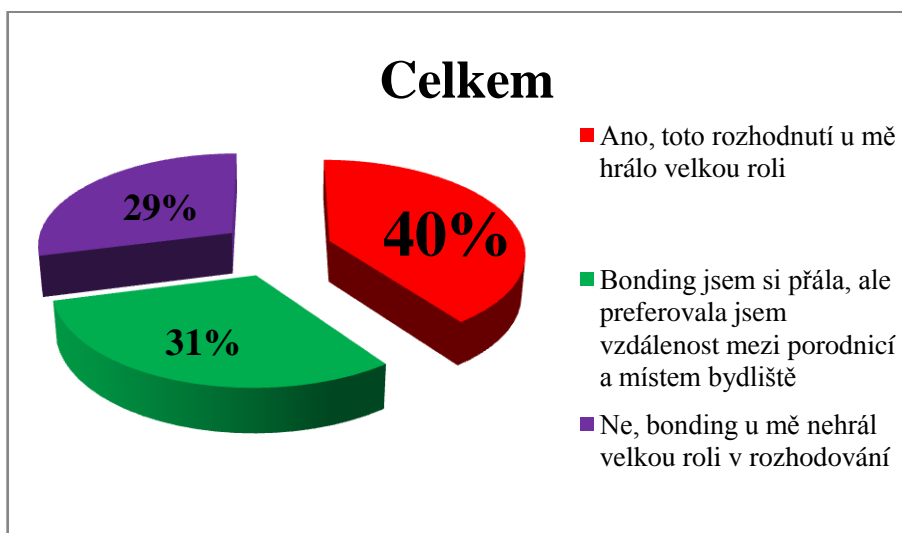
**Graf 19:** Výběr porodnice – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Rodičky z Jihomoravského kraje v 21 (42 %) případech uvedly, že bonding by si přály, ale byla pro ně důležitější vzdálenost mezi porodnicí a bydlištěm. Bonding při rozhodování nehrál velkou roli v rozhodování u 20 (40 %) žen. Pro devět (18 %) žen bylo důležité rodit v porodnici s podporou bondingu.



*Graf 20: Výběr porodnice – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]*

Ve Zlínském kraji si 31 (62 %) rodiček přálo родit v porodnici, ve které personál bonding podporuje a 10 (20 %) žen by bonding uvítalo, ale větší roli při rozhodování hrála vzdálenost mezi porodnicí a domovem a u devíti (18 %) žen nebyl první kontakt s dítětem nijak důležitý.



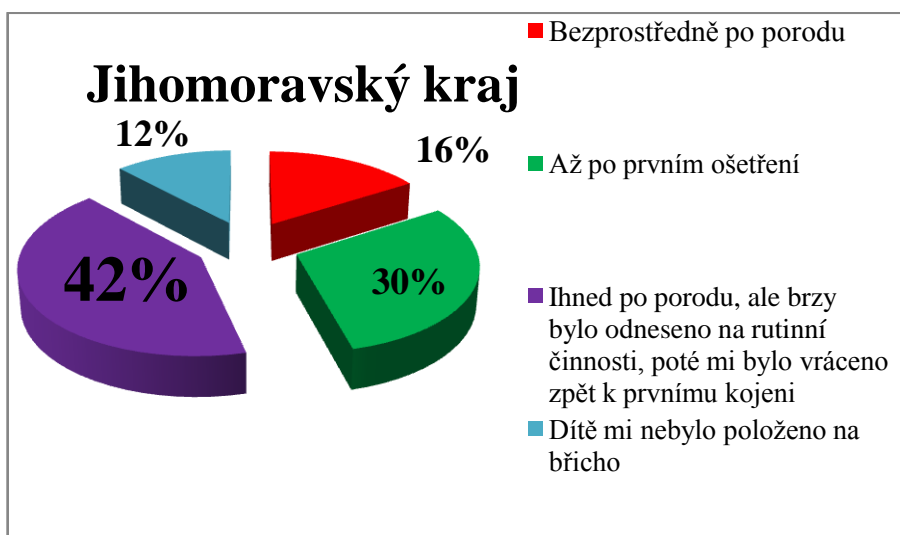
*Graf 21: Výběr porodnice – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]*

V celkovém počtu uvedlo 40 žen, že kladly důraz na výběr porodnice s podporou prvního kontaktu s dítětem, 31 žen si bonding přálo, ale byla pro ně důležitější vzdálenost mezi domovem a porodnicí a u 29 žen nebyl bonding nijak důležitý při volbě porodnice.

**Otázka číslo 8:** Za jak dlouho po porodu Vám bylo Vaše dítě položeno na břicho?

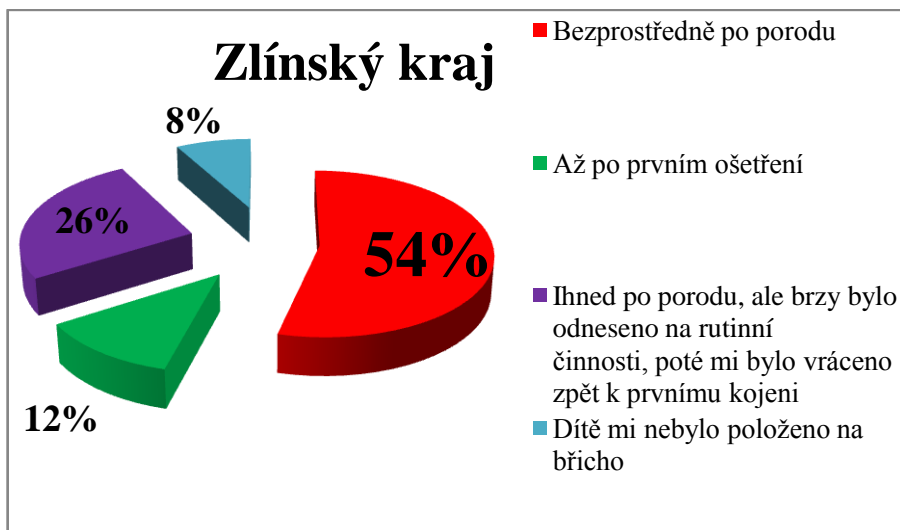
**Tabulka 9:** Za jak dlouho po porodu Vám bylo Vaše dítě položeno na břicho?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Bezprostředně po porodu	8	16 %	27	54 %	35	35 %
Až po prvním ošetření	15	30 %	6	12 %	21	21 %
Ihned po porodu, ale brzy bylo odneseno na rutinní činnosti, poté mi bylo vráceno zpět k prvnímu kojení	21	42 %	13	26 %	34	34 %
Dítě mi nebylo položeno na břicho	6	12 %	4	8 %	10	10 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



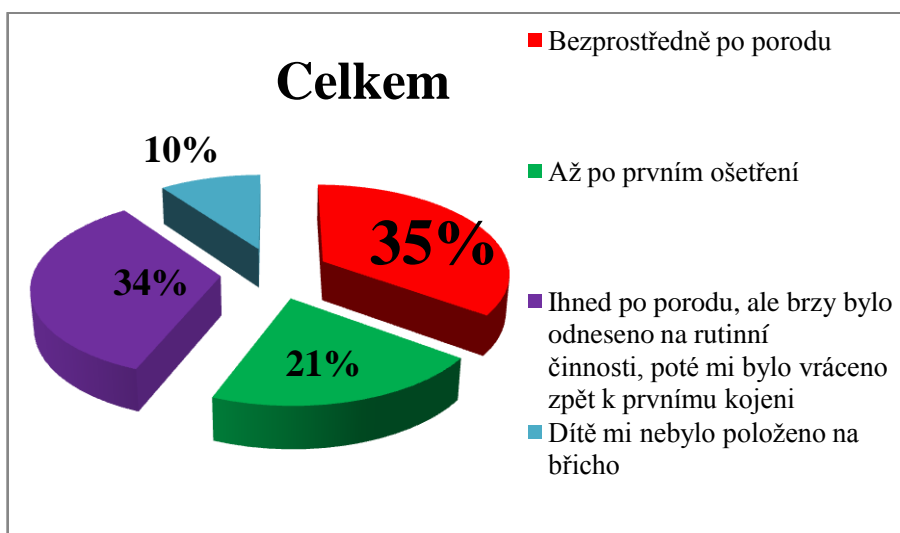
Graf 22: Dítě na břiše matky – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji 21 (42 %) ženám sice dítě bylo po porodu položeno na břicho, ale brzy bylo odneseno zdravotnickým personálem na rutinní činnosti; 15 (30 %) ženám bylo dítě položeno na břicho až po prvním ošetření, osm (16 %) žen mělo dítě na břiše ihned po porodu a šesti (12 %) ženám nebylo dítě vůbec položeno po porodu na břicho.



**Graf 23:** Dítě na břiše matky – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji mělo 27 (54 %) dotazovaných žen své dítě na břicho ihned po porodu a 13 (26 %) žen také mělo své dítě na břicho hned po porodu, ale brzy bylo odneseno zdravotnickým personálem na rutinní činnosti. Šest (12 %) žen mělo své dítě na břicho až po prvním ošetření a čtyřem (8 %) ženám nebylo dítě položeno na břicho vůbec.



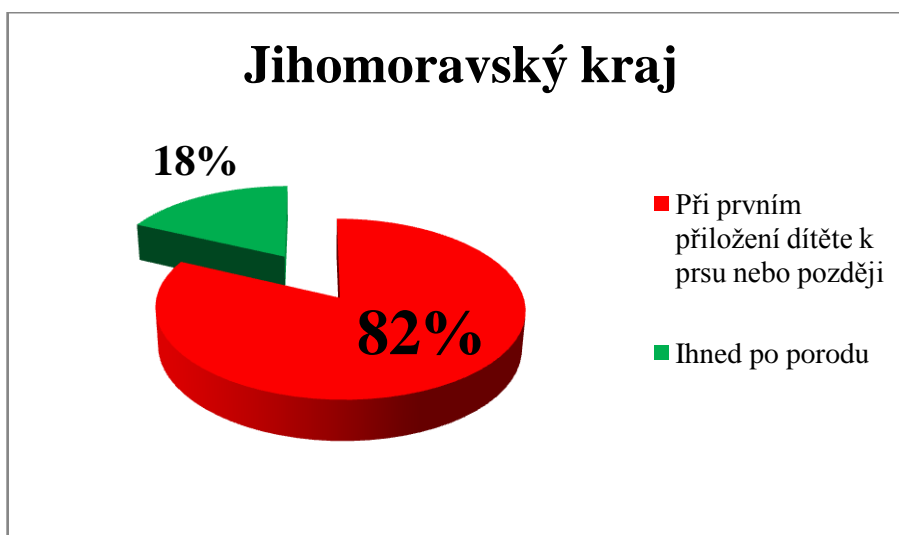
**Graf 24:** Dítě na břiše matky – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

V obou krajích odpovědělo 35 žen, že jim dítě bylo položeno na břicho hned po porodu, 34 žen sice mělo dítě hned po porodu na břicho, ale brzy bylo odneseno zdravotnickým personálem na rutinní činnosti a poté vráceno k prvnímu kojení, 21 žen své dítě mělo na břicho až po prvním ošetření a 10 ženám nebylo dítě položeno na břicho vůbec.

**Otázka číslo 9:** Kdy jste měla možnost podívat se Vašemu dítěti po prvé do očí?

**Tabulka 10:** Kdy jste měla možnost podívat se Vašemu dítěti po prvé do očí?

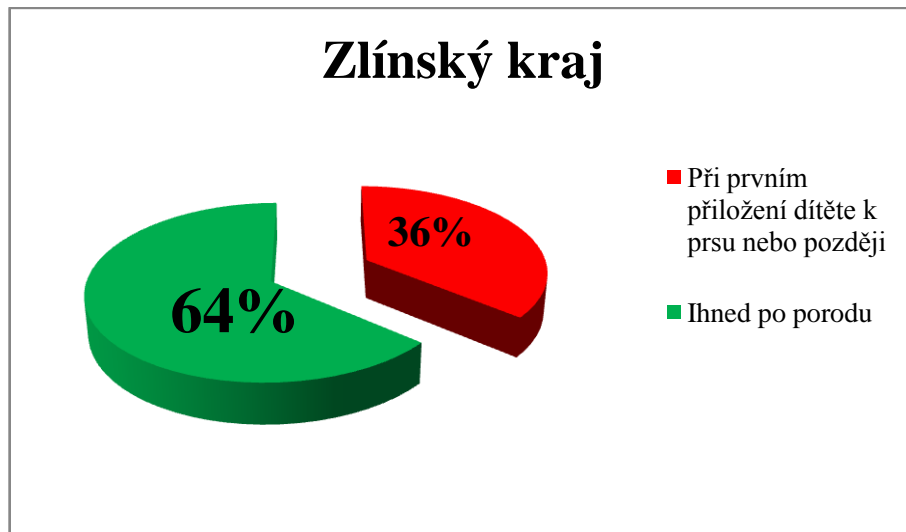
Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Při prvním přiložení dítěte k prsu nebo později	41	82 %	18	36 %	59	59 %
Ihned po porodu	9	18 %	32	64 %	41	41 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



**Graf 25:** Možnost podívat se dítěti do očí – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

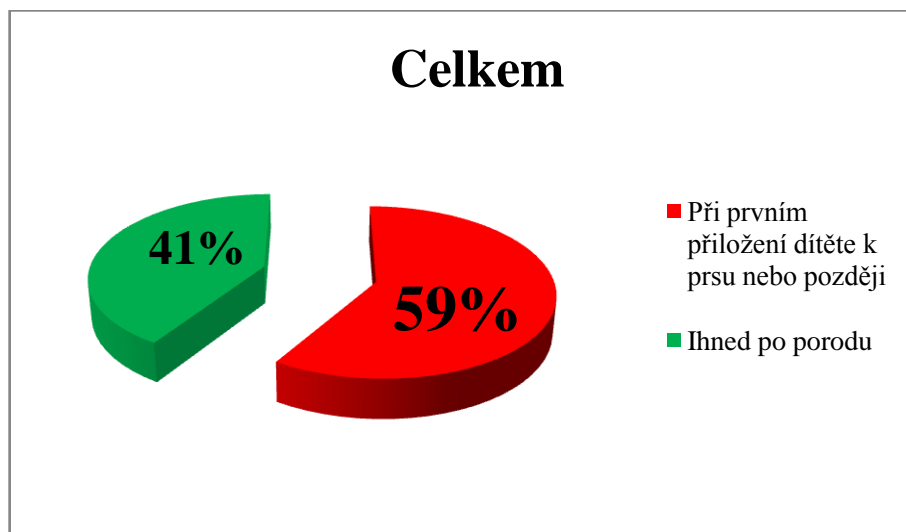
V Jihomoravském kraji mělo 41 (82 %) žen poprvé možnost podívat se dítěti do očí nejdříve při prvním přiložení dítěte k prsu, devět (18 %) žen se dítěti do očí mohlo podívat ihned po porodu.





**Graf 26:** Možnost podívat se dítěti do očí – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji se mohlo 32 (64 %) žen podívat dítěti do očí ihned po porodu a 18 (36 %) žen tuto možnost mělo až při prvním přiložení dítěte k prsu nebo později.



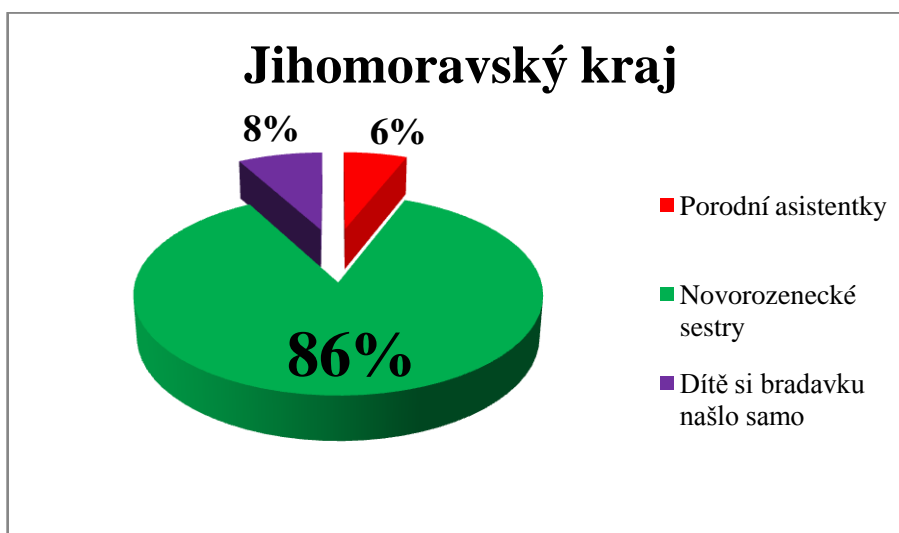
**Graf 27:** Možnost podívat se dítěti do očí – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Celkově v obou krajích se 59 matek podívalo dítěti do očí až při prvním přiložení k prsu nebo později a 41 žen vidělo do očí dítěte ihned po narození.

**Otázka číslo 10:** První přisátí dítěte k prsu bylo prostřednictvím:

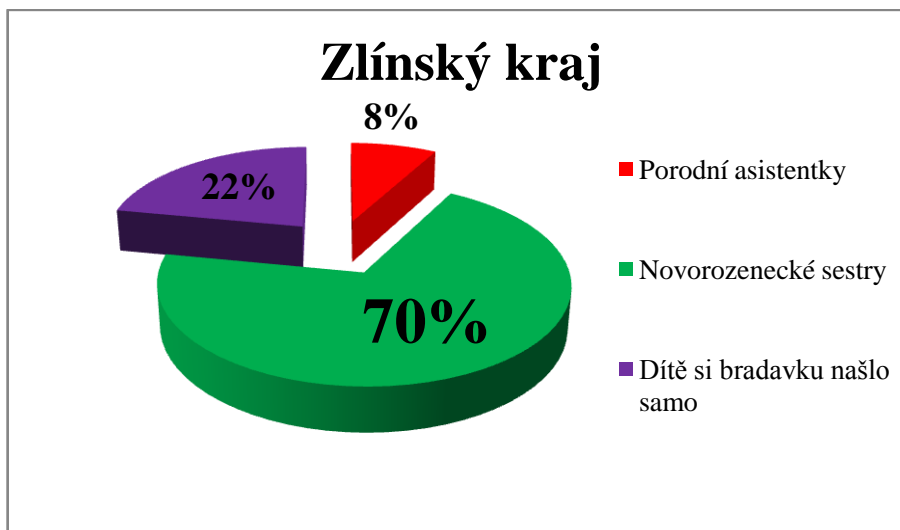
**Tabulka 11:** První přisátí dítěte k prsu bylo prostřednictvím:

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Porodní asistentky	3	6 %	4	8 %	7	7 %
Novorozenecké sestry	43	86 %	35	70 %	78	78 %
Dítě si bradavku našlo samo	4	8 %	11	22 %	15	15 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



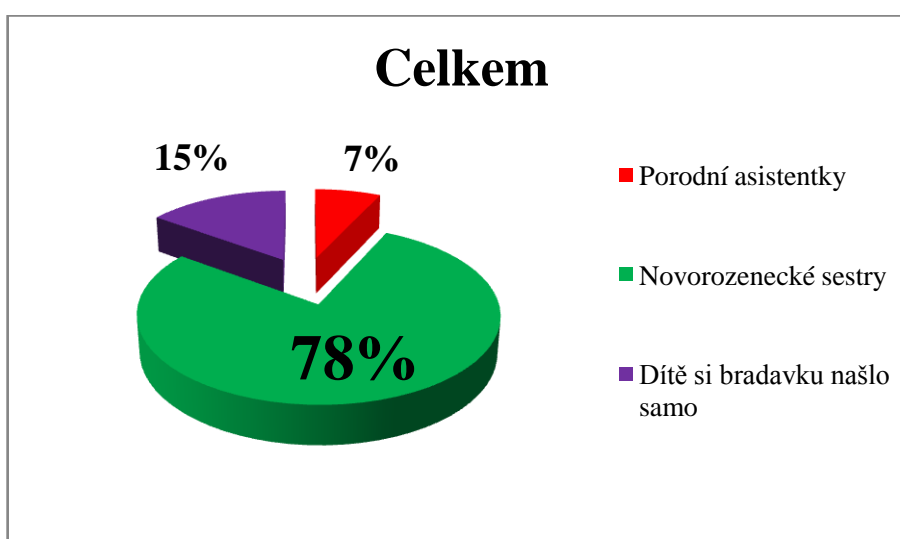
**Graf 28:** První přisátí dítěte – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji odpovědělo 43 (86 %) žen, že první přisátí dítěte k prsu bylo prostřednictvím novorozenecké sestry, u čtyř (8 %) žen si dítě našlo bradavku samo a u tří (6 %) žen bylo první přisátí dítěte k bradavce prostřednictvím porodní asistentky.



**Graf 29:** První přisátí dítěte – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji bylo přisátí dítěte k prsu matky prostřednictvím novorozenecké sestry u 35 (70 %) žen, u 11 (22 %) žen si novorozenci našli bradavku sami a u čtyř (8 %) žen bylo první přisátí dítěte k prsu matky zprostředkováno porodní asistentkou.



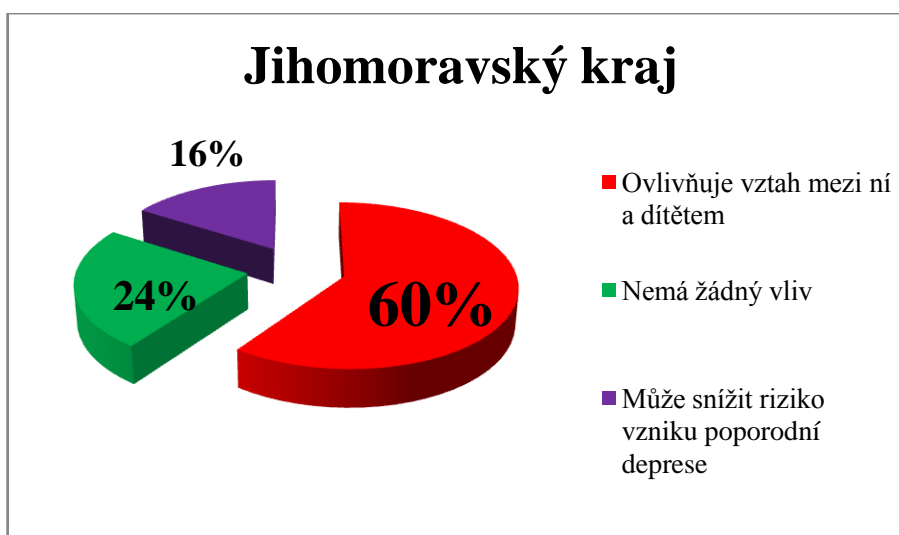
**Graf 30:** První přisátí dítěte – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Celkově v obou krajích byli novorozenci přiloženi poprvé k prsu matky novorozeneckou sestrou v 78 případech, 15 novorozenců si našlo bradavku samo a sedm novorozenců bylo k prsu přiloženo prostřednictvím porodní asistentky.

**Otázka číslo 11:** Jaký vliv má podle Vás bonding na matku?

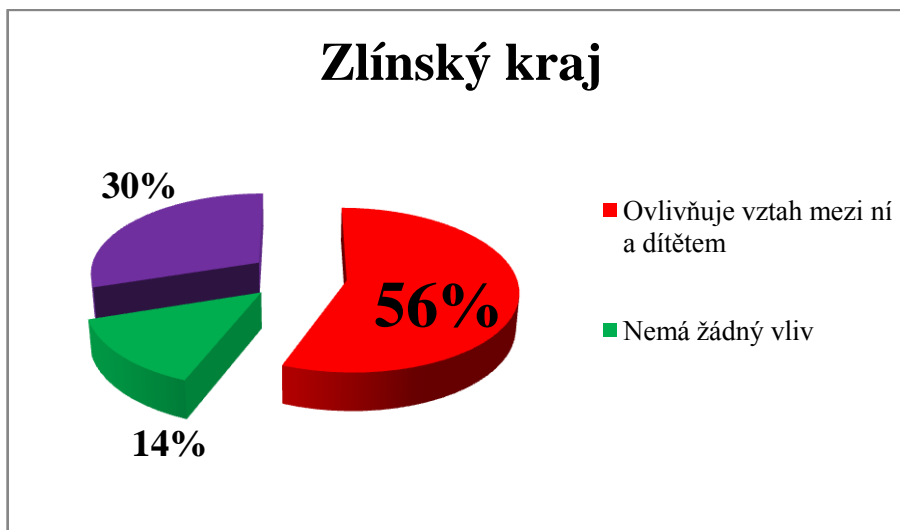
**Tabulka 12:** Jaký vliv má podle Vás bonding na matku?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ovlivňuje pouze vztah mezi ní a dítětem	30	60%	28	56%	58	58%
Nemá žádný vliv	12	24%	7	14%	19	19%
Může snížit riziko vzniku poporodní deprese	8	16%	15	30%	23	23%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>



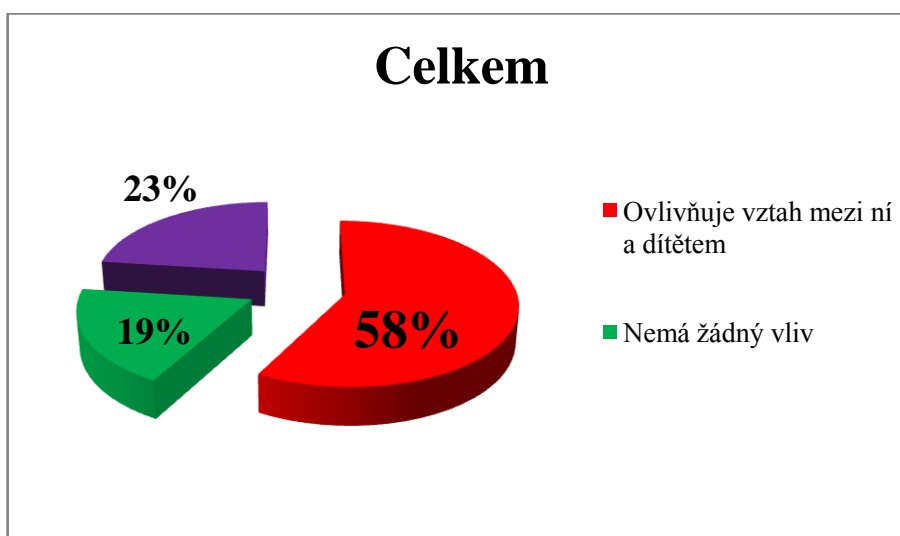
**Graf 31:** Vliv bondingu – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji 30 (60 %) respondentek udává, že okamžitý kontakt matky s dítětem pouze ovlivňuje vztah mezi nimi, 12 (24 %) rodiček se domnívá, že raný kontakt s dítětem není ničím prospěšný a osm (16 %) žen označilo za správnou odpověď snížení rizika poporodní deprese.



**Graf 32:** Vliv bondingu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji odpovědělo 28 (56 %) žen, že bonding ovlivňuje jenom vztah mezi ní a dítětem, 15 (30 %) žen správně uvedlo snížení rizika vzniku poporodních depresí a sedm (14 %) žen si nemyslí, že okamžitý kontakt s dítětem po porodu může být prospěšný.



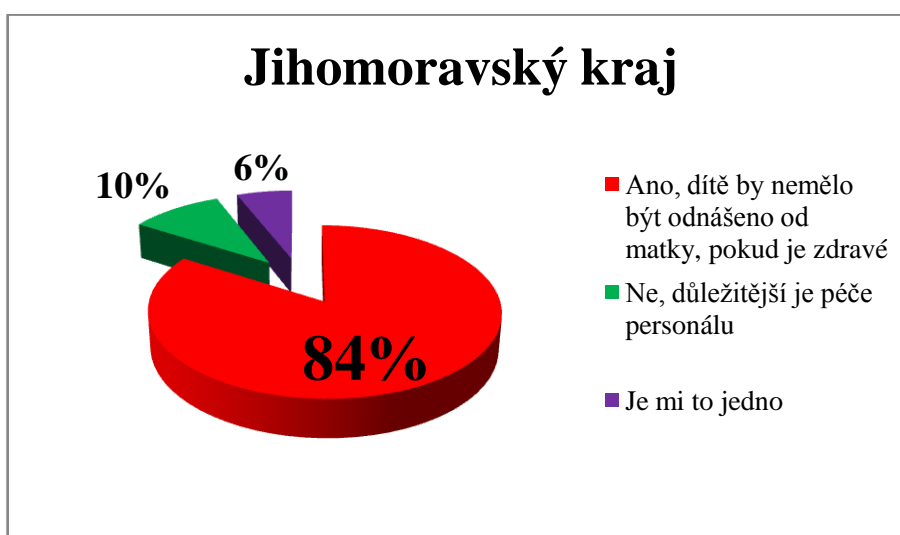
**Graf 33:** Vliv bondingu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Celkově v obou krajích si 58 respondentek myslí, že bonding ovlivňuje vztah mezi dítětem a matku, 23 žen se domnívá, že může snížit riziko vzniku poporodních depresí a 19 žen uvedlo, že bonding nemá žádný vliv na matku a dítě.

**Otázka číslo 12:** Myslíte si, že by se bonding měl podporovat v porodnicích?

**Tabulka 13:** Myslíte si, že by se bonding měl podporovat v porodnicích?

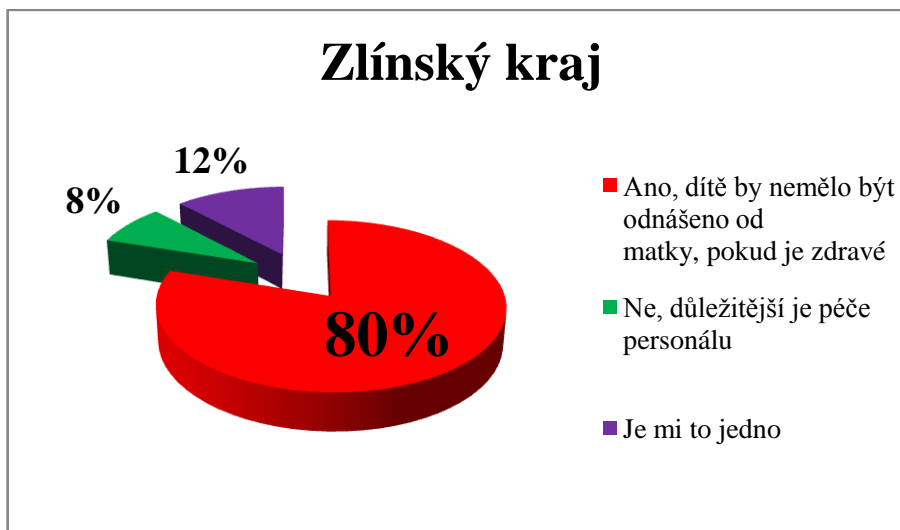
Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, dítě by nemělo být odnášeno od matky, pokud je zdravé	42	84 %	40	80 %	82	82 %
Ne, důležitější je péče personálu	5	10 %	4	8 %	9	9 %
Je mi to jedno	3	6 %	6	12 %	9	9 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



**Graf 34:** Podpora bondingu v porodnicích – Jihomoravský kraj

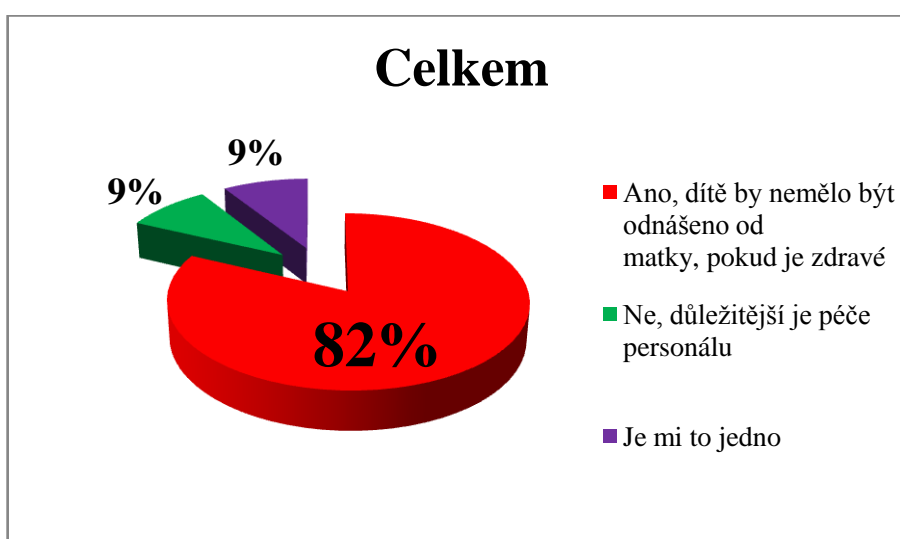
[Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji odpovědělo 42 (84 %) rodiček, že bonding by se měl podporovat v porodnicích, pět (10 %) žen dává přednost péči zdravotnického personálu a třem (6 %) ženám je to jedno.



*Graf 35: Podpora bondingu v porodnicích – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]*

Ve Zlínském kraji uvedlo 40 (80 %) matek, že by se nemělo dítě odnášet od matky, šest (12 %) ženám je to jedno a čtyři (8 %) ženy dávají přednost péči od zdravotnického personálu.



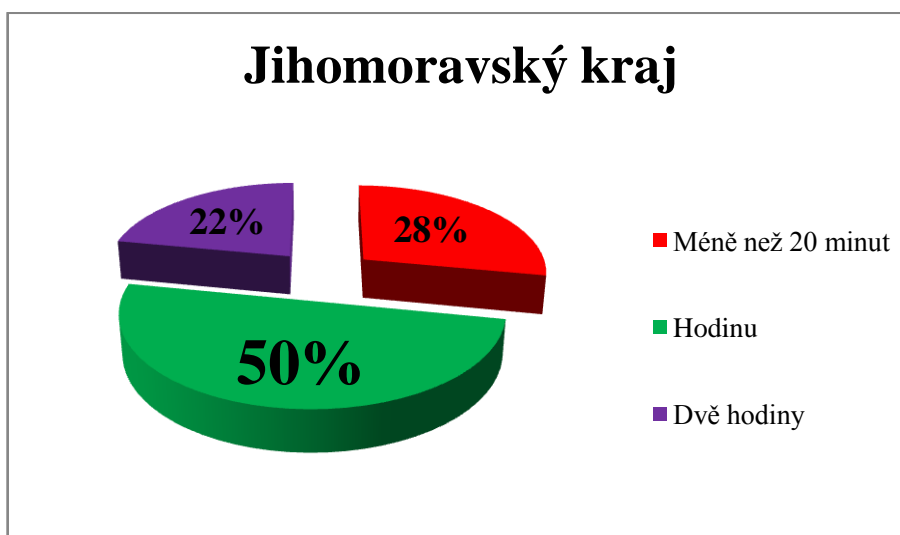
*Graf 36: Podpora bondingu v porodnicích – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]*

Celkově si myslí 82 žen, že by se dítě nemělo odnášet po porodu od matky, devíti respondentkám je to jedno, stejně tak devět žen uvedlo, že je pro ně důležitější péče zdravotnického personálu.

**Otázka číslo 13:** Jak dlouho by měl podle Vás dostatečný bonding trvat?

**Tabulka 14:** Jak dlouho by měl podle Vás dostatečný bonding trvat?

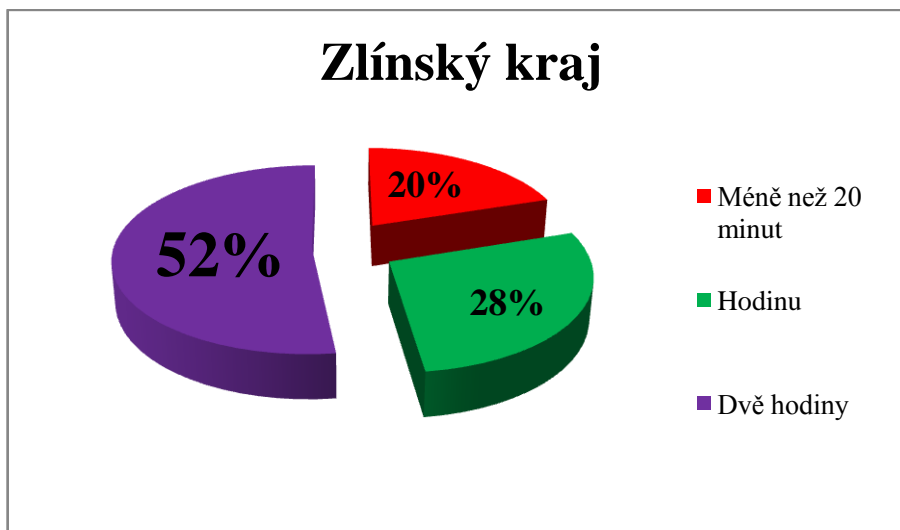
Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Méně než 20 minut	14	28 %	10	20 %	24	24 %
Hodinu	25	50 %	14	28 %	39	39 %
Dvě hodiny	11	22 %	26	52 %	37	37 %
Celkem	50	100 %	50	100 %	100	100 %



**Graf 37:** Délka trvání bondingu – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

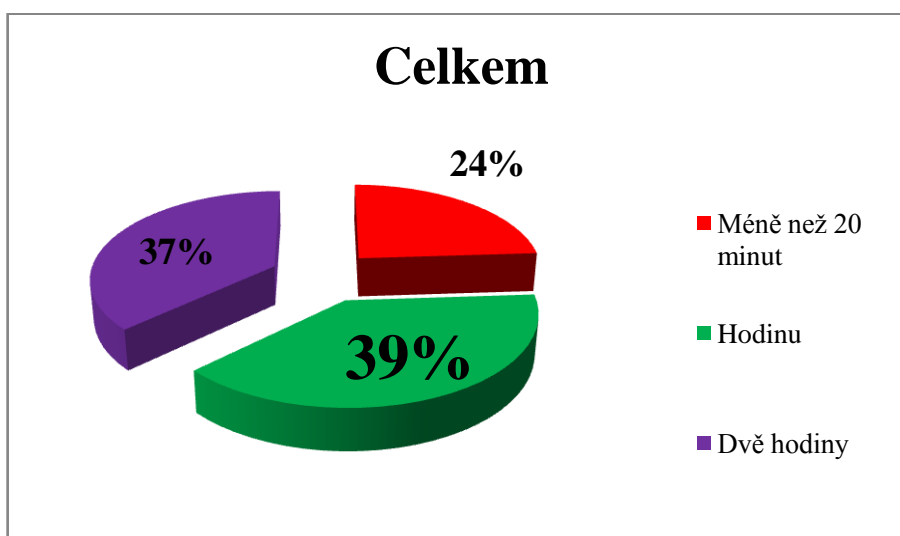
Z dotazovaných respondentek v Jihomoravském kraji si 25 (50 %) matek myslí, že dostatečný bonding by měl trvat hodinu, 14 (28 %) žen se chybně domnívá, že by měl trvat méně než 20 minut a 11 (22 %) respondentek správně odpovědělo na možnost dvou hodin nepřerušovaného kontaktu.





**Graf 38:** Délka trvání bondingu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Ve Zlínském kraji naopak 26 (52 %) rodiček správně uvedlo délku bondingu na 2 hodiny, zbylých 24 respondentek chybně označilo délku vzájemného kontaktu po dobu hodiny, a to ve 14 (28 %) případech a zbylých 10 (20 %) rodiček je přesvědčeno, že bonding stačí udržovat kratší čas než je 20 minut.



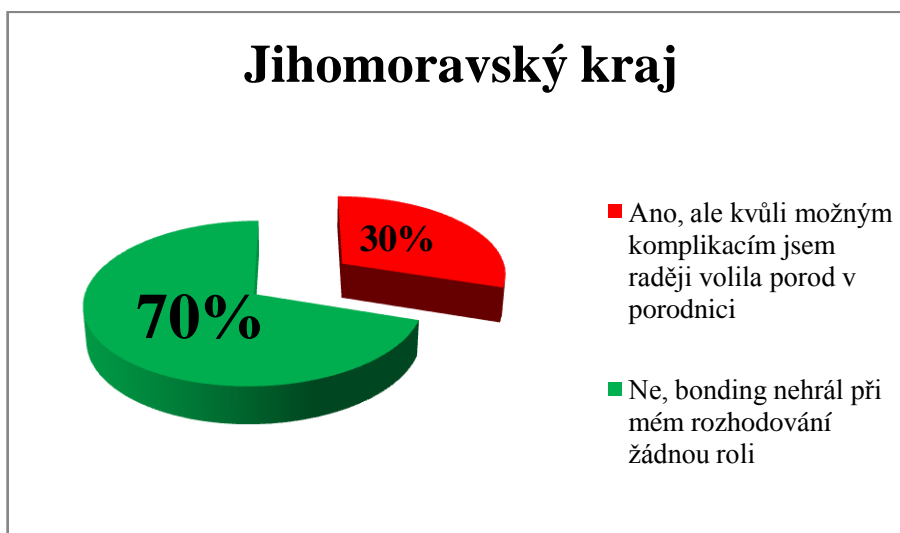
**Graf 39:** Délka trvání bondingu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

V obou krajích celkem 37 žen správně uvedlo dobu dostatečného trvání bondingu na 2 hodiny, 39 žen označilo chybně za správnou odpověď hodinu a 24 žen také špatně udalo délku trvání na méně než 20 minut.

**Otázka číslo 14:** Přemýšlela jste o porodu doma kvůli bondingu?

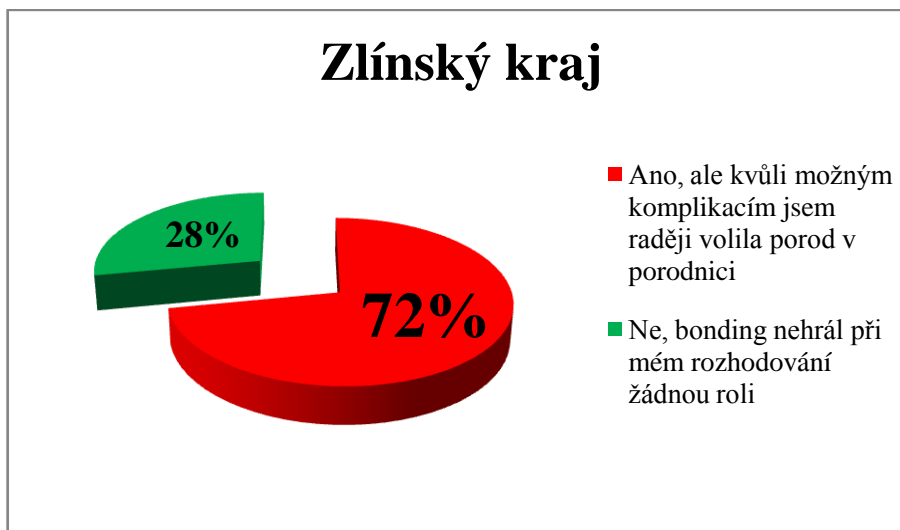
**Tabulka 15:** Přemýšlela jste o porodu doma kvůli bondingu?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, ale kvůli možným komplikacím jsem raději volila porod v porodnici	15	30 %	36	72 %	51	51 %
Ne, bonding nehrál při mém rozhodování žádnou roli	35	70 %	14	28 %	49	49 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



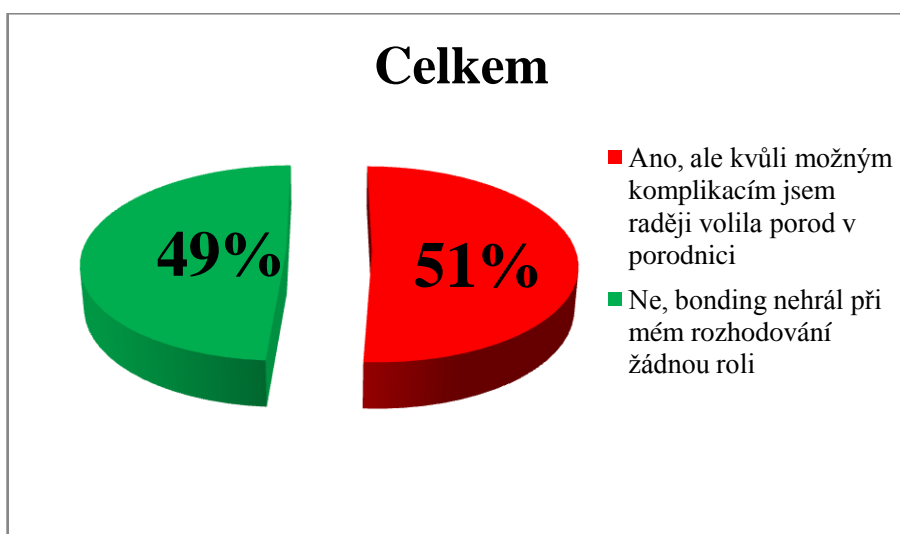
**Graf 40:** Domácí porod – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji by 35 (70 %) žen nerodilo doma jenom kvůli bondingu, naopak 15 (30 %) respondentek by si přálo doma родit kvůli okamžitému kontaktu s dítětem, ale kvůli možným komplikacím při porodu raději volilo porod v porodnici.



**Graf 41:** Domácí porod – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Naopak ve Zlínském kraji by si přálo domácí porod kvůli bondingu 36 (72 %) žen, u 14 (28 %) respondentek nehrál okamžitý styk s dítětem při rozhodování žádnou roli.



**Graf 42:** Domácí porod – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Celkově v obou krajích jsou názory téměř vyrovnány. Z celkového počtu 100 dotazovaných uvažovalo 51 respondentek o domácím porodu, ale kvůli možným komplikacím raději rodilo v porodnici. Bonding neovlivnil 49 rodiček při volbě porodu doma nebo ve zdravotnickém zařízení.

**Otázka číslo 15:** Uvítala byste okamžitý kontakt s dítětem při dalším porodu?

**Tabulka 16:** Uvítala byste okamžitý kontakt s dítětem při dalším porodu?

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	42	84 %	47	94 %	89	89 %
Je mi to jedno	8	16 %	3	6 %	11	11 %
Celkem	50	100 %	50	100 %	100	100 %



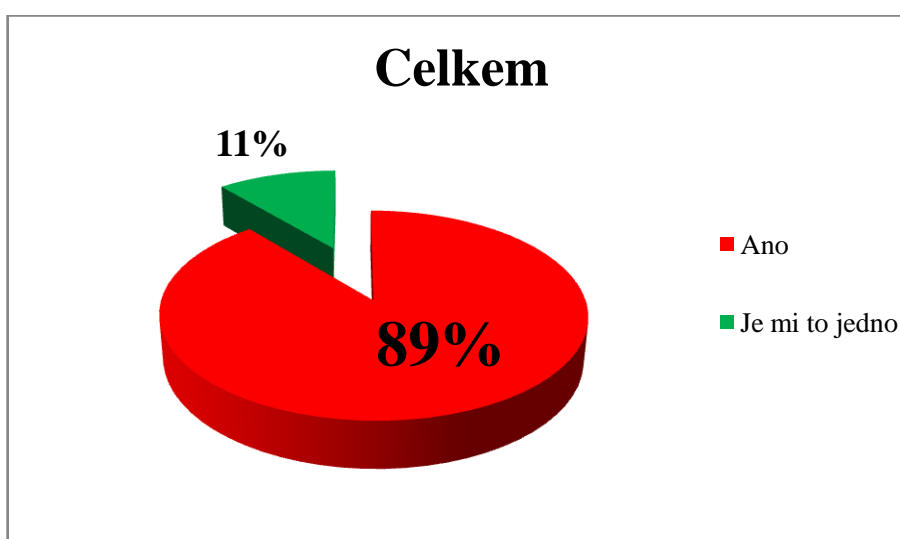
*Graf 43: Kontakt při dalším porodu – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]*

V Jihomoravském kraji by si při dalším porodu přálo 42 (84 %) respondentek být v okamžitém kontaktu se svým dítětem a osm (16 %) žen uvedlo, že je jim to jedno.



**Graf 44:** Kontakt při dalším porodu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V nerušeném kontaktu by si 47 (94 %) rodiček ve Zlínském kraji přálo při dalším porodu být v raném kontaktu s novorozencem. Zbylé tři (6 %) rodičky uvedly, že by jim bylo jedno, kdyby okamžitě po porodu neměly možnost být se svým dítětem.



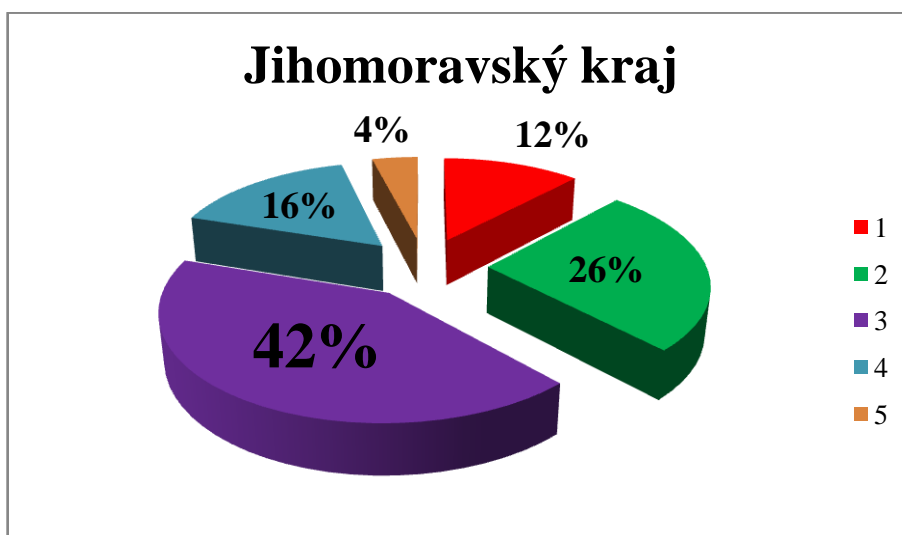
**Graf 45:** Kontakt při dalším porodu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Dohromady v obou krajích uvedlo 89 rodiček, že by si s dítětem po porodu přálo být ihned. 11 matek uvedlo, že v prvním kontaktu se svým novorozencem být ihned po porodu nemusí.

**Otázka číslo 16:** Jak jste byla spokojena s porodem a s možností kontaktu dítěte s Vámi ihned po porodu? Oznamkujte číslicí 1–5 jako ve škole.

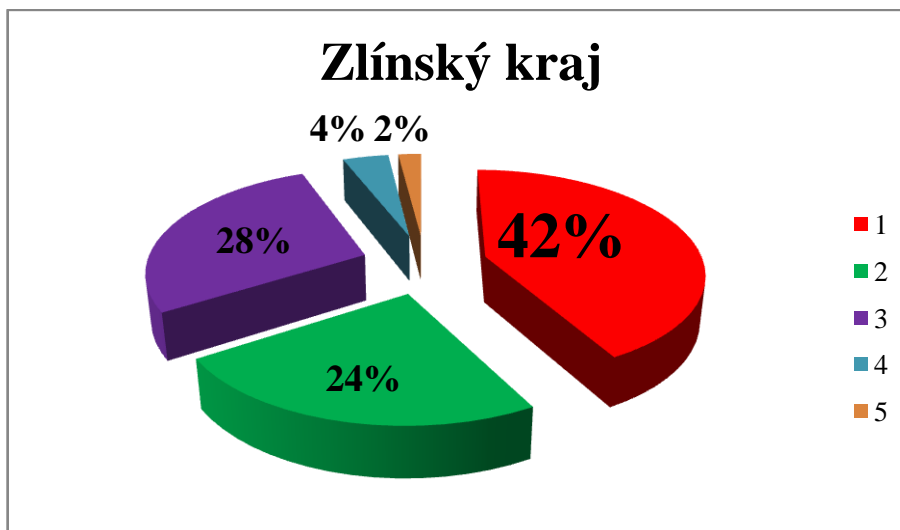
**Tabulka 17:** Jak jste byla spokojena s porodem a s možností kontaktu dítěte s Vámi ihned po porodu? Oznamkujte číslicí 1–5 jako ve škole.

Možnosti	Jihomoravský kraj		Zlínský kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
1	6	12 %	21	42 %	27	27 %
2	13	26 %	12	24 %	25	25 %
3	21	42 %	14	28 %	35	35 %
4	8	16 %	2	4 %	10	10 %
5	2	4 %	1	2 %	3	3 %
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>



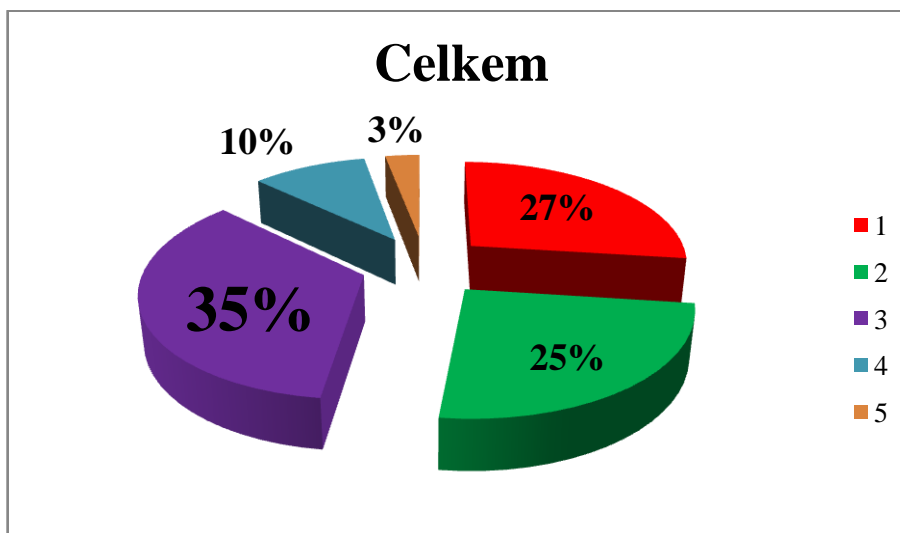
**Graf 46:** Spokojenost s porodem – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

V Jihomoravském kraji by ženy oznamkovaly svůj porod trojkou ve 21 případech. Známkou dvě by celkově porod zhodnotilo 13 žen, osm žen by dalo čtverku a, 6 šest žen ohodnotilo porod na výbornou a dvě ženy byly s péčí velmi nespokojeny.



**Graf 47:** Kontakt při dalším porodu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování]

Matky ve Zlínském kraji byly celkově spokojenější než v druhém kraji. Známkou jedna by svůj porod ohodnotilo 21 matek, 14 žen bylo průměrně spokojeno, 12 žen by porod oznámkovalo chvalitebně, dvě ženy dostatečně a jedna žena nebyla spokojena vůbec a hodnotí známkou pět.



**Graf 48:** Kontakt při dalším porodu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování]

Celkově jsou ženy v obou krajích spokojeny průměrně s porodem a s prvním kontaktem se svým dítětem. Dále 27 žen ohodnotilo péči při porodu na výbornou, 25 rodiček známkuje chvalitebně, 10 matek dostatečně a tři ženy nebyly vůbec spokojeny.

## 6 DISKUSE

Dotazované ženy byly ve větší míře prvorodičky se středoškolským vzděláním ve věku mezi 26–30 lety.

V praktické části jsem stanovila tři cíle.

**Cíl číslo 1:** Zjistit, jak jsou ženy po porodu informovány o bondingu.

K tomuto cíli se vztahovaly následující průzkumné otázky:

Otázka číslo 4 se dotazovala na znalost pojmu bonding. Z celkového počtu 100 respondentů dokázalo 75 matek, což jsou tři čtvrtiny ze všech dotazovaných, označit správnou odpověď. Výsledek tedy zní, že většina dotazovaných žen má o bondingu základní informaci.

Další otázka zaměřená k prvnímu cíli byla otázka číslo 5. Dotazované matky měly označit, kde se s pojmem bonding setkaly. Téměř polovina respondentek odpověděla, že tyto informace vyčetly z internetu, 23 žen dosud o bondingu nikdy neslyšelo. Ani v jednom kraji nebyla žena, která by se o prvním kontaktu s dítětem dozvěděla od gynekologa.

Otázka číslo 11 se týkala vlivu bondingu na matku. Více než polovina žen uvedla, že tento kontakt ovlivňuje pouze vztah mezi matkou a dítětem, 19 žen si nemyslí, že by měl mít bonding prospěšný vliv a 23 rodiček ví o možnosti prevence poporodní deprese.

Poslední otázka zaměřená k tomuto cíli bylo číslo 13. Respondentky měly odpovídat na otázku, jak dlouho by měl bonding trvat. Téměř jedna čtvrtina dotazovaných matek je přesvědčena o tom, že první kontakt mezi ní a dítětem má probíhat pouze hodinu a pouze 37 žen správně uvedlo možnost 2 hodin.

Po vyhodnocení těchto otázek jsem dospěla k závěru, že ženy sice ví, co znamená pojem bonding a dokázaly by jej vysvětlit, ale už nejsou hlouběji informovány o jeho průběhu. Také si myslí, že může ovlivnit pouze vztah s jejich dítětem a o prevenci poporodní deprese ví jen zlomek z nich.

**Cíl číslo 2:** Zjistit, jak u dotazovaných žen probíhal první kontakt s dítětem.

První otázka k této problematice byla pod č. 7, ve které měly matky odpovědět, zda se výběr porodnice vztahoval na možnost podpory bondingu od zdravotnického personálu. U 40 žen bylo důležité, zda lze prožít dostatečný bonding po porodu. Bonding by si sice



přálo 31 žen, ale důležitější pro ně byla vzdálenost mezi porodnicí a bydlištěm. Zbýlých 29 žen nezajímala při výběru porodnice možnost nerušeného prvního kontaktu s dítětem.

Další otázka k tomuto cíli bylo č. 8, kdy jsem se ptala rodiček, po jaké době jim bylo jejich dítě položeno na břicho. Ihned mělo dítě po porodu na břicho 35 dotazovaných v těsném závěsu 34 respondentek odpovědělo, že sice měly dítě po porodu okamžitě na břicho, ale brzy jim bylo zdravotnickým personálem odneseno k rutinním činnostem a poté vráceno k prvnímu přiložení, 21 matek mělo dítě na svém břicho až po prvním ošetření a u zbylých 10 rodiček nebylo dítě na jejich břicho položeno vůbec.

K této problematice se vztahovala také otázka č. 10. Na otázku, kdy se podívaly dítěti po prvé do očí, označilo 59 žen možnost až při prvním přiložení k prsu nebo později a 59 rodiček tuto možnost měly ihned po porodu.

Poslední otázka k této problematice byla pod č. 10, kdy mělo být zjištěno, prostřednictvím koho se dítě poprvé po porodu přisálo k prsu matky. Tady 78 dotazovaných odpovědělo, že to bylo díky novorozenké sestře, jen 15 jich uvedlo nalezení bradavky samotným dítětem.

Vyhodnocením těchto otázek bylo zjištěno, že u většiny dotazovaných bylo sice po porodu dítě na břicho matky, ale brzy bylo odneseno zdravotnickým personálem, poté vráceno až k prvnímu přiložení k prsu. Většina žen se svému dítěti do očí také mohla podívat až při prvním kojení, které ve většině případů bylo zprostředkováno novorozenkou sestrou.

### **Cíl číslo 3:** Porovnat zjištěné informace od žen ze dvou různých krajů

Porovnáním dvou různých krajů – Jihomoravského a Zlínského, bylo zjištěno po rozboru jednotlivých otázek následující:

Na otázku č. 4 odpověděly lépe ženy ze Zlínského kraje. Pojem bonding správně označilo 80 % žen, v Jihomoravském jich bylo 70 %.

V následující otázce, kde o bondingu slyšely, vyplnilo ve Zlínském kraji 24 % žen, že se o něm dozvěděly od soukromé porodní asistentky. Naopak v druhém kraji to byla jen 2 %. Také v otázce č. 6, ve které měly odpovědět, zda navštěvovaly porodní kurz a jestli v něm byl zmíněn bonding, vyplnilo ze Zlínského kraje 27 % žen, že kurz navštěvovaly, v Jihomoravském to bylo jen 18 %.

Otázka č. 8 byla zaměřena na to, kdy bylo matkám po prvé položeno dítě na jejich břicho. Ve Zlínském kraji odpovědělo 54 % ze všech dotazovaných, že dítě měly na břiše ihned po porodu. V Jihomoravském kraji to bylo naopak jen 16 %.

Otázka č. 9 se zaměřovala na to, kdy měly matky možnost podívat se poprvé dítěti do očí. Možnost ihned po porodu uvedlo 64 % žen ze Zlínského kraje. V Jihomoravském kraji to bylo jen 18 %.

Na otázku, zda se kvůli bondingu rozhodovaly rodit doma, 72 % žen ze Zlínského kraje by doma kvůli nerušenému kontaktu rodilo, v Jihomoravském to bylo jen 30 %.

Po vyhodnocení a porovnání odpovědí z obou krajů jsem dospěla k závěru, že ženy ze Zlínského kraje více vyhledávají soukromé porodní asistentky a v rámci kurzu je probírán bonding. Také je jich více informováno o pojmu bonding. Nerušený kontakt s dítětem mělo po porodu 2x více žen ve Zlínském kraji a 3x více žen se mohlo podívat dítěti do očí hned po narození. V obou krajích ale nebyla ani jedna žena informována o bondingu svým gynekologem.

Dá se říct, že v celém průzkumu lépe dopadly, co se týká bondingu, matky ze Zlínského kraje. Podle vyhodnocených odpovědí tyto porodnice více podporují první kontakt s matkou oproti kraji Jihomoravskému.

## 7 ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem *Bonding – vazba mezi matkou a dítětem* se v teoretické části zaměřuje na důležitost prvního kontaktu mezi matkou a dítětem po porodu. Poukazuje na již dávné teorie o tom, že dítě vnímá celý porod, ranou dobu po porodu a dokáže rozeznat matku od ostatních lidí. Popisuje, jak má správný bonding probíhat, zmiňuje se o bondingu po císařském řezu a také o klokánkování předčasně narozených dětí.

První kapitola popisovala průběh porodu, rozdělení porodních dob, mechanismus porodu a také hormony spojené s porodem. Další kapitolu jsem věnovala popisu fyziologického novorozence, patologického novorozence i předčasně narozeného dítěte. Je zde také zmínka o psychickém vývoji dítěte. Také je v práci zmíněno, jak probíhala péče o novorozence v dřívějších dobách a největší část bakalářské práce je věnována bondingu.

Praktická část je zaměřena na informovanost žen o bondingu a jejich vlastní zkušenosti s porodem. Průzkum byl prováděn formou kvantitativního dotazníkového šetření, které obsahovalo 16 otázek. Ženy po porodu odpovídaly formou uzavřených odpovědí. Pro průzkum jsem si zvolila dva kraje, a to kraj Jihomoravský a Zlínský a pracovala jsem s 50 vyplněnými dotazníky z každého kraje. Výsledky jsem zaznamenala do grafů a tabulek. Pod každým grafem je i slovní komentář. Práci završil edukační materiál určený ženám před porodem informující o bondingu.

Díky tomu, že jsem se věnovala této problematice, jsem dospěla k závěru, že o bondingu jsou lépe informovány ženy ze Zlínského kraje a že ve většině případů by si přály nerušený první kontakt se svým dítětem. Myslím si, že každé dítě patří po porodu ke své matce a nerušený kontakt by jim měl být dopřán. Pokud se ve své praxi dostanu na porodní sál, budu matky podporovat v nerušeném prvním kontaktu se svým dítětem.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1] BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4619-071.
- 2] ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP, 2007. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 97880247130382010.
- 3] DORT, Jiří, DORTOVÁ Eva a Petr JEHLIČKA, 2013. *Neonatologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2253-8.
- 4] DYLEVSKÝ, Ivan, 2000. *Somatologie: [učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium]*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava. ISBN 80-86297-05-5.
- 5] FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-447-4.
- 6] GEISEL, Elisabeth, 2004. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. Praha: One Woman Press. ISBN 80-863-5632-9.
- 7] KUDELA, Milan, 2011. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-802-4419-756.
- 8] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
- 9] LEBOYER, Frederick, 1991. *Pôrod bez násilia*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0276-1.
- 10] LEIFER, Gloria a Ivo BOREK, 2007. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- 11] ODENT, Michel, 1995. *Znovuzrozený porod*. Překlad Jakub Florian. Praha: Argo. ISBN 80-857-9469-1.
- 12] PAŘÍZEK, Antonín, 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-653-3.
- 13] ROZTOČIL, Aleš, 2001. *Porodnictví*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-701-3339-2.
- 14] SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.
- 15] ŠTEMBERA, Zdeněk, 2004. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-734-5021-6.

- 16] CABRNOCHOVÁ, Hana, ŠVEJCAR Josef a FRÜHAUF Pavel. *Péče o dítě: nové, přepracované vydání*. Vyd. 1. Editor Karel Havlíček. Praha: HBT, 2009, 320 s. ISBN 978-80-87109-14-4.

### INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1] APGAR SCORE, 2013. *University of Maryland Medical Centre* [online]. Baltimore [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://umm.edu/health/medical/pregnancy/labor-and-delivery/apgar-score>
- 2] BARAKA. VLASTIMIL, Marek – Michel Odent: Porod a kořeny násilí. In: *Blogger* [online]. 2007-03-24 [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <HTTP://BLOG.BARAKA.CZ/2009/01/MICHEL-ODENT-POROD-A-KORENY-NASILI/>
- 3] HUJOVÁ, Alena, 2010. Těhotenství a porod. In: *Zdraví E15* [online]. Praha, 12. 4. 2010 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/tehotenstvi-a-porod-451046>
- 4] JIRÁSKOVÁ, Vlasta. 2006. Klokánkování – zahřát nedonošené dítě na svém těle. In: *AZ rodina* [online]. [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/2357-klokankovani-zahrat-nedonosene-dite-na-svem-tele>
- 5] LABUSOVÁ, Eva. Podpora raného kontaktu matek a dětí pomáhá uzdravit společnost jako celek. © 2006–2014. *Eva Labusová* [online]. Praha, 9/2012 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: [http://www.evalabusova.cz/rozhovory/m\\_mrowetz3.php](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/m_mrowetz3.php)
- 6] MOORHEAD, Joanna, 2011. Frederick Leboyer: 'Babies are overlooked in labour'. In: *The Guardian* [online]. Londýn, 25. 6. 2011 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2011/jun/25/obstetrician-frederick-leboyer-childbirth>
- 7] MROWETZ, Michaela, Bonding – porodní radost. © 2011. *Klinická psycholožka* [online]. Ostrava [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: [http://www.klinickapsycholozka.cz/SOUBORY/bonding\\_letak\\_A4.pdf](http://www.klinickapsycholozka.cz/SOUBORY/bonding_letak_A4.pdf)
- 8] MROWETZ, Michaela, 2009. Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám. In: *Zdraví E15* [online]. Praha, 10. 11. 2009 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bonding-neboli-deti-chteji-byt-pripoutany-k-matkam-448169>
- 9] MROWETZ, Michaela, 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra či realita budoucnosti In: *Pediatric pro praxi* [online]. Olomouc,

14. 3. 2013. [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: [http://pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201303-0017\\_Podpora\\_raneho\\_kontaktu\\_jako\\_nepodkrocitelna\\_norma\\_8211\\_chimera\\_ci\\_realita\\_budoucnosti.php](http://pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201303-0017_Podpora_raneho_kontaktu_jako_nepodkrocitelna_norma_8211_chimera_ci_realita_budoucnosti.php)
- 10] MROWETZ, Michaela. 2010. Porod – připoutejte se prosím! Aneb bondig pomáhá dětem i matkám. In: *AZ rodina* [online]. [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/3509-porod-pripoutejte-se-prosim>
- 11] PORODNÍ RADOST. Připoutejme se. In: *Blogger* [online]. 2013-11-01 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.porodniradost.blogspot.se/2013/11/pripoutejme-se-clanek-v-casopise-maminka.html>
- 12] PORODNÍ RADOST. Podpora rané vazby po porodu císařským řezem. In: *Blogger* [online]. 2012-12-10 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://porodniradost.blogspot.se/2012/12/podpora-rane-vazby-po-porodu-cisarskym.html>
- 13] PORODNÍ RADOST. 10 kroků podpory raného kontaktu, které jsou součástí Návrhů závěrů Pracovní skupiny pro porodnictví MZ ČR. In: *Blogger* [online]. 2012-12-18 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://porodniradost.blogspot.cz/2012/12/10-kroku-k-podpore-raneho-kontaktu.html>
- 14] Rozhovory – U porodu se hraje o velké věci, © 2008. *Eva Labusová* [online]. Praha [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: [http://www.evalabusova.cz/rozhovory/p\\_balint.php](http://www.evalabusova.cz/rozhovory/p_balint.php)
- 15] SHETTY, P. Prof. Asha, 2007. Kangaroo mother care: In: *Nursing journal of India*. [online]. [cit. 2013-12-28]. Dostupné z:
- 16] SPINNER, Miriam, R.. 1978. Maternal – infant Bonding. In: *Can. Fam. Physician*, [online]. Hamilton, 24. 11. 1978 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2379718/pdf/canfamphys00296-0067.pdf>
- 17] ŠRÁČKOVÁ Danuše, 2007. Rooming in. In: *Praktická Gynekologie* [online]. Brno [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg\\_07\\_01\\_05.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_07_01_05.pdf)
- 18] ŠTROMEROVÁ, Zuzana, © 2000–2013. Změny v našem porodnictví. In: *Porodní dům U Čápa* [online]. Praha [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/JakRodi/ZmenyUnas.html>

- 19] ŠTROMEROVÁ, Zuzana. © 2000–2013. Porovnání metod. In: *Porodní dům U Čápa* [online]. Praha [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/PorovnanMetod.html>

### Časopisy

- 1] CHLEBOUNOVÁ, Michaela a Ivo ČERMÁK, Utváření vztahu rodičů k předčasně narozeným dětem. *Československá psychologie*, 2013, roč. 57, č. 4, s. 307–316. ISSN: 0009-062X.
- 2] WINKLER, J., HRDINOVÁ, J., KUKLA, L.: Mateřské pouto a postoje k těhotenství. *Československá Pediatrie*, 1999, roč. 54, s. 86–92.

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka 1:</b> Hodnocení stavu dítěte pomocí skóre Apgarové .....	23
<b>Tabulka 2:</b> Kolik je Vám let? .....	40
<b>Tabulka 3:</b> Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	42
<b>Tabulka 4:</b> Po kolikáté jste rodila? .....	44
<b>Tabulka 5:</b> Pojem bonding podle Vás znamená: .....	46
<b>Tabulka 6:</b> Setkala jste se někdy s pojmem bonding? Pokud ano, kde? .....	48
<b>Tabulka 7:</b> Pokud jste během těhotenství navštěvovala kurz pro těhotné, byl zde zmíněn pojem bonding? .....	50
<b>Tabulka 8:</b> Záleželo Vaše rozhodnutí, ve které porodnici budete rodit, na tom, jestli zde personál podporuje bonding ihned po porodu? .....	52
<b>Tabulka 9:</b> Za jak dlouho po porodu Vám bylo Vaše dítě položeno na břicho? .....	54
<b>Tabulka 10:</b> Kdy jste měla možnost podívat se Vašemu dítěti po prvé do očí? .....	56
<b>Tabulka 11:</b> První přisátí dítěte k prsu bylo prostřednictvím: .....	58
<b>Tabulka 12:</b> Jaký vliv má podle Vás bonding na matku? .....	60
<b>Tabulka 13:</b> Myslíte si, že by se bonding měl podporovat v porodnicích? .....	62
<b>Tabulka 14:</b> Jak dlouho by měl podle Vás dostatečný bonding trvat? .....	64
<b>Tabulka 15:</b> Přemýšlela jste o porodu doma kvůli bonding? .....	66
<b>Tabulka 16:</b> Uvítala byste okamžitý kontakt s dítětem při dalším porodu? .....	68
<b>Tabulka 17:</b> Jak jste byla spokojena s porodem a s možností kontaktu dítěte s Vámi ihned po porodu? Označte číslicí 1–5 jako ve škole. ....	70



## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf 1:</b> Věk – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	40
<b>Graf 2:</b> Věk – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	41
<b>Graf 3:</b> Věk – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	41
<b>Graf 4:</b> Vzdělání – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	42
<b>Graf 5:</b> Vzdělání – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	43
<b>Graf 6:</b> Vzdělání – celkem [Zdroj: vlastní zpracování].....	43
<b>Graf 7:</b> Parita – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	44
<b>Graf 8:</b> Parita – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	45
<b>Graf 9:</b> Parita – celkem [Zdroj: vlastní zpracování].....	45
<b>Graf 10:</b> Pojem Bonding – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	46
<b>Graf 11:</b> Pojem bonding – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	47
<b>Graf 12:</b> Pojem bonding – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	47
<b>Graf 13:</b> Informace o bondingu – Jihomoravský kraj .....	48
<b>Graf 14:</b> Informace o bondingu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	49
<b>Graf 15:</b> Informace o bondingu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	49
<b>Graf 16:</b> Těhotenský kurz – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	50
<b>Graf 17:</b> Těhotenský kurz – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	51
<b>Graf 18:</b> Těhotenský kurz – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	51
<b>Graf 19:</b> Výběr porodnice – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	52
<b>Graf 20:</b> Výběr porodnice – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	53
<b>Graf 23:</b> Výběr porodnice – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	53
<b>Graf 24:</b> Dítě na bříše matky – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	54
<b>Graf 25:</b> Dítě na bříše matky – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	55
<b>Graf 26:</b> Dítě na bříše matky – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	55
<b>Graf 27:</b> Možnost podívat se dítěti do očí – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	56
<b>Graf 28:</b> Možnost podívat se dítěti do očí – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	57
<b>Graf 29:</b> Možnost podívat se dítěti do očí – celkem [Zdroj: vlastní zpracování].....	57
<b>Graf 30:</b> První přisátí dítěte – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	58
<b>Graf 31:</b> První přisátí dítěte – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	59
<b>Graf 32:</b> První přisátí dítěte – celkem [Zdroj: vlastní zpracování].....	59
<b>Graf 33:</b> Vliv bondingu – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	60

<b>Graf 34:</b> Vliv bondingu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	61
<b>Graf 35:</b> Vliv bondingu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	61
<b>Graf 36:</b> Podpora bondingu v porodnicích – Jihomoravský kraj .....	62
<b>Graf 37:</b> Podpora bondingu v porodnicích – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	63
<b>Graf 38:</b> Podpora bondingu v porodnicích – celkem [Zdroj: vlastní zpracování].....	63
<b>Graf 39:</b> Délka trvání bondingu – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	64
<b>Graf 40:</b> Délka trvání bondingu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	65
<b>Graf 41:</b> Délka trvání bondingu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	65
<b>Graf 42:</b> Domácí porod – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	66
<b>Graf 43:</b> Domácí porod – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	67
<b>Graf 44:</b> Domácí porod – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	67
<b>Graf 45:</b> Kontakt při dalším porodu – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	68
<b>Graf 46:</b> Kontakt při dalším porodu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	69
<b>Graf 47:</b> Kontakt při dalším porodu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování] .....	69
<b>Graf 48:</b> Spokojenost s porodem – Jihomoravský kraj [Zdroj: vlastní zpracování].....	70
<b>Graf 49:</b> Kontakt při dalším porodu – Zlínský kraj [Zdroj: vlastní zpracování] .....	71
<b>Graf 50:</b> Kontakt při dalším porodu – celkem [Zdroj: vlastní zpracování].....	71

## SEZNAM PŘÍLOH

### PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

#### **Dotazníkové šetření na téma: Bonding – vazba mezi matkou a dítětem**

Dobrý den,

jmenuji se Šárka Siláková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého anonymního dotazníku, který se zabývá tématem „Bonding – vazba dítěte a matky“. V každé otázce je možná jedna odpověď.

1) Kolik je vám let?

- Méně než 20
- 21–25
- 26–30
- Více než 31 let

2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Středoškolské
- Vysokoškolské

3) Po kolikáté rodíte?

- Po prvé
- Po druhé
- Po třetí
- Více

4) Pojem bonding podle vás znamená

- První přiložení dítěte k prsu matky
- Proces, ve kterém se po porodu vytváří citový vztah mezi matkou a dítětem
- Možnost neustálého kontaktu matky s dítětem na oddělení šestinedělí
- Dotepání pupečníku před jeho přerušením

5) Setkala jste se někdy s pojmem Bonding? Pokud ano, kde?

- Na internetu
- Z knihy o těhotenství
- Od kamarádek
- Od gynekologa
- Od soukromé porodní asistentky
- O bondingu jsem neslyšela

6) Pokud jste během těhotenství navštěvovala těhotenský kurz, byl zde zmíněn pojem bonding?

- Ano
- Ne
- Kurz jsem nenavštěvovala

7) Záleželo Vaše rozhodnutí, ve které porodnici budete rodit, na tom, jestli zde personál podporuje bonding ihned po porodu?

- Ano, toto rozhodnutí u mě hrálo velkou roli
- Bonding jsem si přála, ale preferovala jsem vzdálenost mezi porodnicí a místem bydliště
- Ne, bonding u mě nehrál velkou roli v rozhodování

8) Za jak dlouho po porodu, vám bylo vaše dítě položeno na břicho?

- Bezprostředně po porodu
- Až po prvním ošetření
- Ihned po porodu, ale brzy bylo odneseno na rutinní činnosti, poté mi bylo zpět vráceno k prvnímu kojení
- Dítě mi nebylo položeno na břicho

9) Kdy jste měla možnost podívat se Vašemu dítěti po prvé do očí?

- Při prvním přiložení dítěte k prsu nebo později
- Ihned po porodu

10) První přisátí dítěte k vašemu prsu bylo prostřednictvím:

- Porodní asistentky
- Novorozenecké sestry
- Dítě si bradavku samo našlo samo

11) Jaký vliv má podle vás bonding na matku?

- Ovlivňuje vztah mezi ní a dítětem
- Nemá žádný vliv
- Může snížit riziko výskytu poporodních depresí

12) Myslíte si, že je důležité podporovat v porodnicích bonding?

- Ano, dítě by nemělo být rutinně ošetřováno a odnášeno od matky, když je zdravé
- Ne, důležitější je péče personálu
- Je mi to jedno

13) Jak dlouho si myslíte, že by měl dostatečný bonding trvat?

- Méně než 20 minut
- Hodinu
- Dvě hodiny

14) Přemýšlela jste někdy o porodu doma kvůli bondingu?

- Ano, ale kvůli možným komplikacím jsem raději rodila v porodnici
- Ne, bonding nehrál při mém porodu žádnou roli

15) Uvítala byste okamžitý kontakt s dítětem i při dalším porodu?

- Ano, tento moment byl pro mě jedinečný
- Je mi to jedno

16) Jak jste byla spokojena s porodem a s možností kontaktu dítěte s vámi nebo partnerem ihned po porodu? Označte číslicí od 1 do 5 jako ve škole.

-----

Děkuji za Váš čas :-)

## **PŘÍLOHA P II EDUKAČNÍ MATERIÁL**

### **➤ Co je to Bonding?**

Pojem bonding lze přeložit jako lepení nebo připoutání. Jedná se o proces, kdy se tvoří vztah mezi matkou a novorozencem. Každá matka si buduje se svým dítětem vztah ještě před porodem a vytváří si spolu emoční vazby, které se naplno začnou vyvíjet prvních dvanáct hodin po porodu (Mrowetz, © 2011, online).

### **➤ Proč je Bonding důležitý?**

Dle Mrowetz (© 2011, online) první kontakt matky s dítětem není důležitý jen pro tvoření emocionální vazby, ale má vliv i na zdraví dítěte. Po porodu totiž dochází u novorozence k poporodní adaptaci, dítě si zvyká na prostředí mimo dělohu a je nejvíce ohroženo na životě. Bonding má také příznivý vliv na:

- Stabilizaci srdeční frekvence
- Nižší potřebu podání kyslíku
- Snížení rizika výpadků dechu
- Kvalitnější spontánní dýchání
- Lepší usínání, zvýšení kvality spánku, delší spánek

Novorozenec na svět přichází ze sterilního prostředí a k osídlování jeho pokožky bakteriemi dochází až po porodu. Kontaktem kůže na kůži se zaručí, že dítě osídlí bakterie od jeho matky, které jsou obsaženy i v mateřském mléce a zajišťují tak dítěti vytvoření první obranyschopnosti. Pokud z jakéhokoliv důvodu nemůže matka mít dítě na hrudi, bonding by měl zastoupit otec. Jeho bakterie jsou pro dítě mnohem přínosnější, než bakterie okolního personálu. Také se mezi nimi vytvoří silné vazebné pouto (Labusová, © 2012, online).

### **➤ Jak má vypadat první kontakt po porodu?**

Pokud je bonding umožněn, dítě i matka nemají zdravotní problémy, je nejdůležitějším krokem docílit nepřetržitého nebo alespoň co nejdéle možného kontaktu matky a novorozence. V praxi to znamená, že hned po porodu by mělo být nahé, neumyté dítě položeno na nahý hrudník své matky. Před položením dítěte na její hrud' by neměla mít omyté bradavky. Nezbytné je matce podložit hlavu, aby měla možnost dívat se dítěti do očí. Z jeho rukou by neměla být smyta plodová voda, jelikož má stejnou vůni i chuť jako

bradavky rodičky a pomáhá mu najít zdroj mateřského mléka tak, že si při jeho hledání instinktivně strká ruku do úst. Dopomocí k hledání bradavky je i její hyperpigmentace, ke které dochází již v těhotenství. Novorozenec jí najde pomocí tmavého odstínu, za kterým instinktivně otáčí hlavu. V tomto nerušeném spojení by měli být alespoň dvě hodiny od porodu (Mrowetz, © 2011, s. 18–23).

### ➤ **Jak má správný bonding probíhat?**

Klinická psycholožka Mrowetz (2011, s. 28–29), uvádí 10 kroků k podpoře bondingu:

- 1. Položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekci k tváři matky)*
- 2. Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně dvě hodiny, lépe dvanáct hodin (při porodu sekci může zastoupit kontakt kůže na kůži otec, pro dítě jsou jeho bakterie zdraví přínosnější nežli bakterie ošetřujícího personálu), pokud matka potřebuje osobní pauzu, může kontakt zajistit otec*
- 3. Ošetření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek, dítěti je možné nasadit čepici a ponožky, je třeba se však vyhýbat kontaktu s jeho rukama*
- 4. Matka a dítě jsou v kontaktu „skin to skin“, kůže na kůži*
- 5. Umožnění a podporování vizuálního kontaktu – pohledu z očí do očí – matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech)*
- 6. Pomoc s přísátím novorozence k bradavce podle jeho tempa a připravenosti – může to být až do třiceti minut kontaktu kůže na kůži, do té doby matka i dítě odpočívají a seznamují se spolu! Počkejte, až novorozenec bude mít doširoka otevřené oči a bude strkat do úst pěsti, na kterých má plodovou vodu, aby jej k bradavce dovedla. Ta voní stejně jako plodová voda. Dítě si olizuje rty a kývá hlavou ze strany na stranu. Zásadně neumývejte dítěti ruce od plodové vody a nechte je volně. Po překotných či medikamentózních porodech je dítě chvíli unavené, je zapotřebí nechat je odpočinout na kůži matky. Oba také vylučují potřebné množství oxytocinu k podpoře vzájemného kontaktu (Některé děti se přisají samy do 30 minut, jiné až po 5 hodinách, dejte jim čas!).*
- 7. Zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky).*

8. Zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků

9. Jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte (sejmutí skóre Apgarové, podvaz pupeční šňůry) provést na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad novorozencem alespoň vizuální kontrolu), odložit přetnutí pupečnicku na tak dlouhou dobu, jak si přeje matka.

10. Nedívejte se na mobily (textové zprávy počkají stejně jako jejich adresáti) a do fotoaparátů, dívejte se na své dítě a do jeho očí.

### ➤ Co když je porod veden císařským řezem?

Matky, u kterých neproběhl fyziologický porod, ale musely родit císařským řezem, jsou často přesvědčeny o tom, že nemohou mít bonding. Ovšem i po operativním ukončení těhotenství je bonding nezbytný pro vytvoření vazby (Mrowetz, © 2010, online).

Bonding by měl vypadat tak, že zdravotníci položí nahého novorozence horizontálně pod prsa matky a operační pole se sníží pod matčinu hrud'. Novorozence přidržuje otec nebo jiný příbuzný, pomoci může také zdravotní personál. K vytvoření vazebného pouta stačí pouze fyzická přítomnost matky. Dítě potřebuje být jen přítomno u matčiných prsou, dále je schopno chování podle svých instinktů (Mrowetz, © 2012, online).

Pokud je nutné novorozence transportovat, je zapotřebí transportovat matku spolu s dítětem dohromady. V závislosti na jejich vztahu nejlépe v kontaktu kůže na kůži a zajistit jejich společný příjem na nové oddělení (Mrowetz, © 2010, online).

Kontakt kůže na kůži usnadní adaptaci novorozence na tak rychlý přechod z vnitřního prostředí na vnější. Matce sníží prožívání bolestivosti a možnou krvácivost. Při lokální anestezii si matka může držet dítě sama a tím získává kontrolu nad průběhem operace a je snižené riziko postraumatem. Otec v této situaci hraje roli ochránce. Samopřisátí dítěte, které proběhlo již na operačním sále, nejrychleji vrací ztracenou rovnováhu dítěte a matky. Bonding po císařském řezu vyžaduje ochotu vyjít z rutiny a empatii zdravotního personálu (Mrowetz, © 2012, online).