

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5341

**Tereza Planetová**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R009

**PODPORA RANÉHO KONTAKTU MEZI MATKOU A  
NOVOROZENCEM**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková PhD.

PLZEŇ 2021

# ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza PLANETOVÁ**  
Osobní číslo: **Z18B0018P**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Podpora raného kontaktu mezi matkou a novorozencem**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

### Seznam doporučené literatury:

- MROWETZ, Michaela, Bonding – porodní radost. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. 282 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
- BUCKLEYOVÁ, Sarah J., Jemný porod, jemné mateřství. 1. vyd. Praha: Maitrea, 2016. 459 s. ISBN 978-80-7500-164-1.
- DIBBERN Julia, Miminka v bezpečí. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2014. 206 s. ISBN 978-80-7436-046-6.
- INGEBORG Stadelmann, Zdravé těhotenství, přirozený porod. 3. vyd. One Woman Press, 2009. 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
- VARNEY Helen, KRIEBS Jan M., GREGOR Carolin. L., Varney's midwifery. 4. vyd. London: Jones and Barlett Publishers, 2004. 1386 s. ISBN 978-07637185.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

**18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**31. března 2021**



**PhDr. Lukáš Štich, MBA**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2021.



.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Kristině Janouškové PhD., za odborné vedení práce, trpělivost, poskytování rad a materiálních podkladů. V neposlední řadě také děkuji všem respondentkám, které mi ochotně poskytly potřebné informace. Děkuji také své rodině a přátelům za jejich podporu při studiu.

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Planetová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Podpora raného kontaktu mezi matkou a novorozencem

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková PhD.

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: bonding – novorozenec – kontakt – matka - kůže na kůži – porod – vztah

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce se věnuje tématu podpora raného kontaktu mezi matkou a novorozencem. Práce se skládá ze dvou částí - teoretické a praktické. V teoretické části je popsán význam slova bonding, jeho historie a pozitivní vlivy. Popisuje také negativní vlivy při separaci jak matky, tak i dítěte. Dále jsou v práci uvedené možnosti průběhu bondingu na porodním sále a využití bondingu v praxi jak po porodu v porodnici, tak domácím prostředím.

Praktická část má výzkumný charakter, hlavním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost žen ohledně bondingu a zda proběhl raný kontakt u žen do jednoho roku po spontánním porodu. Obecný výsledek tohoto výzkumu byl uspokojivý.

## **Abstract**

Surname and name: Planetová Tereza

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Support of early contact between mother and her newborn child

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková PhD.

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 30

Keywords: bonding – newborn – contact – mother – skin-to-skin – childbirth - relationship

### Summary:

This bachelor thesis deals with the topic of supporting early contact between mother and her newborn infant. The work consists of two parts: a theoretical and a practical one.

The theoretical part describes the meaning of the word bonding, its history, and positive effects of bonding. The negative impacts of the separation of mother and her child are explained too. Furthermore, the work presents various possibilities of bonding realized immediately in the delivery room, and the follow-up use of bonding after delivery both in the hospital and then in a home environment.

The practical part has the characteristics of research. Its main goal was to find out what was the women's awareness of bonding and whether the interviewed women experienced an early contact within a year after spontaneous delivery. The general result of this research was satisfactory.



# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	11
SEZNAM ZKRATEK .....	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 BONDING .....	14
1.1 Pozitivní účinky bondingu .....	15
1.2 Vliv separace na dítě .....	16
1.3 Vliv separace na matku .....	17
2 HISTORIE BONDINGU .....	20
2.1 Frederick Leboyer .....	21
2.2 Michel Odent .....	24
2.3 Michaela Mrowetz .....	25
3 BONDING NA PORODNÍM SÁLE.....	27
3.1 Položení nahého novorozence na břicho matky ihned po porodu .....	28
3.2 Odložené přerušování pupeční šňůry .....	28
3.3 Vyšetření a ošetření novorozence na těle matky .....	29
3.4 Pohled z očí do očí mezi matkou a novorozencem.....	29
3.5 Samopřísátí .....	30
3.6 Partner u porodu.....	30
4 VYUŽITÍ BONDINGU V PRAXI.....	32
4.1 Rooming in .....	32
4.2 Nošení dětí v šátku.....	32
4.3 Společné spaní .....	33
4.4 Kojení.....	34
4.5 Bezplenková komunikační metoda .....	35
4.6 Bonding po císařském řezu.....	36
PRAKTICKÁ ČÁST .....	38
5 FORMULACE PROBLÉMU .....	38
6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	38
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	39
8 METODIKA PRÁCE .....	39
9 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	40
10 ZPRACOVÁNÍ DAT .....	40
11 ANALÝZA DAT.....	41
12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	60

DISKUZE .....	67
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM LITERATURY.....	73
SEZNAM PŘÍLOH .....	77
Příloha č. 1 - Dotazník.....	78

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Znalost pojmu bonding.....	41
Graf č. 2 – Zdroje informací o bondingu.....	42
Graf č. 3 – Trvání bondingu.....	43
Graf č. 4 – Bonding a jeho vliv na rozvoj laktace.....	43
Graf č. 5 – Věk dotazovaných žen.....	44
Graf č. 6 – Dosažené vzdělání dotazovaných žen.....	45
Graf č. 7 – Bezprostřední kontakt s dítětem po porodu.....	45
Graf č. 8 – Důvody bezprostředního kontaktu.....	46
Graf č. 9 – Pojem samopřisátí.....	47
Graf č. 10 – Povědomost žen o samopřisátí.....	47
Graf č. 11 – Odložené přerušování pupeční šňůry.....	48
Graf č. 12 – Doba trvání odložení pupeční šňůry.....	48
Graf č. 13 – Forma porodu.....	49
Graf č. 14 – První kontakt s dítětem po porodu.....	50
Graf č. 15 – Forma bondingu při porodu.....	51
Graf č. 16 – Doba trvání bondingu u respondentek.....	52
Graf č. 17 – Pohled z očí do očí.....	52
Graf č. 18 – První ošetření dítěte.....	53
Graf č. 19 – Ponechání dítěte na porodním sále.....	54
Graf č. 20 – Soukromí a ticho.....	54
Graf č. 21 – Přítomnost partnera u porodu.....	55
Graf č. 22 – Pozitivní přínos partnera u porodu.....	56
Graf č. 23 – Přítomnost partnera po celou dobu porodu.....	56
Graf č. 24 – Kontakt dítěte s partnerem po porodu.....	57
Graf č. 25 – Příložení k prsu.....	58
Graf č. 26 – Osoba příkládající dítě k prsu.....	58
Graf č. 27 – Kojení po porodu.....	59

## **SEZNAM ZKRATEK**

VEX ..... Vakuumextrakce

PTSD..... Posttraumatická stresová porucha

## ÚVOD

Bonding mezi novorozeným dítětem a jeho matkou bezprostředně po porodu je velmi důležitý moment, který tvoří základy pro jeho psychosociální vývoj v budoucím životě. Pokud je oboum umožněn bezprostřední kontakt, vzniká mezi matkou a právě narozeným dítětkem silná, celoživotní vazba.

V současné době je bonding velmi řešeným tématem a stále více rodiček se zajímá o to, co se s jejich dětmi bude dít po jejich narození. Ženy se čím dál více snaží získávat informace o porodech, které by probíhaly bez jakýchkoli zásahů lékařů a namísto léků se spíše využívalo nefarmakologických metod tlumení bolesti, tedy přirozených porodech. Takové porody jsou možné, jestliže těhotenství postupuje zcela fyziologicky a v průběhu porodu nenastanou závažné komplikace, které by ohrožovaly matku nebo dítě. Přirozený porod také přímo souvisí s bezprostředním kontaktem matky a dítěte po porodu, kdy by měl tento kontakt trvat alespoň dvě hodiny, nejvhodnější čas je však 12 hodin či kontinuálně. V dřívějších dobách to spíše probíhalo tak, že se dítě po porodu ihned odneslo a ošetřilo v jiné místnosti, než aby matka své dítě viděla bezprostředně po porodu, což způsobovalo komplikace v začátku vývoje jejich citového vztahu.

Naše bakalářská práce, která vznikla na základě námi provedené rešerše, se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části chceme nahlédnout, co to bonding je, popisujeme jeho pozitivní účinky a vlivy separace na dítě i matku. Dále se věnujeme historii bondingu, kde zmíníme, jak probíhal bonding u jednotlivých porodníků dříve, kteří na to napsali mnoho odborných publikací, knih a článků. Popíšeme i průběh bondingu na porodním sále, jako položení nahého dítěte na nahé tělo matky, odložené přerušování pupeční šňůry či pohled z očí do očí mezi matkou a novorozencem. Bonding neprobíhá jen na porodním sále, ale také v poporodním období, kde se věnujeme kapitolám rooming in, nošení dětí v šátku nebo společnému spaní rodičů s dětmi. Teoretickou část zakončíme tématem bondingu po císařském řezu. V praktické části našeho kvantitativního výzkumu jsme na podkladě 338 dotazníků vyhodnotili informovanost a průběh bondingu u žen po spontánním porodu. Hlavním cílem naší práce bylo zjistit míru jejich informovanosti o možnostech a využití bondingu v praxi. Zdroje k bakalářské práci jsme si opatřili ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje. Některé zdroje jsme také získali pomocí bádání z klíčových slov vztahující se k tématu na internetových stránkách.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 BONDING

Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání, což je proces, při kterém se vytváří celoživotní pouto mezi matkou a narozeným dítětem. Dítě a matka se k sobě váží již před porodem, budují si základy emočních vazeb a celoživotní pouta, která poté naplno explodují v hormony nabitě situaci při porodu. Tento prvotní, ničím nepřerušovaný okamžik by měl trvat okolo 12 hodin po přiložení nahého dítěte na nahé tělo matky. Novopečené matky prožívají pocity štěstí, ohromné lásky a euforie, přičemž zapomenou na porodní bolesti a užívají si tento nejkrásnější okamžik v životě (Kurzová 2015, s. 5-7). Rádost z narozeného dítěte nakonec překoná všechny okolnosti a bolesti spojené s porodem. Aby se děti cítily v bezpečí a ve známém prostředí, vnímají svými smysly vše, co jim to připomíná – teplo, vůně, kontakt kůže na kůži a tlukot srdce, který důvěrně dobře znají. Těmito způsoby se prohlubuje láskyplný vztah mezi matkou a dítětem (Chrastilová 2014, s. 5-7).

Raný a nepřerušovaný kontakt dítěte s matkou ihned po porodu má významný smysl pro nově vznikající rodinu. Několik málo minut po porodu může dojít díky hormonům k neopakovatelným procesům, které pokud nejsou přerušovány, tvoří základ psychiky a zdraví v budoucím životě dítěte. Podpora raného kontaktu (případně otce či blízké osoby, když je matka ohrožená na životě) je hlavní myšlenkou kvalitní porodní péče (Mrowetz 2013, s. 201). Příroda tento proces zařídila tak, aby v prvních hodinách po porodu, kdy jsou matky díky vyplavovaným hormonům dobře naladěny a mají sklon k opatrovatelství, vždy došlo k navázání pevné vazby mezi matkou a dítětem. Proto by podpora bondingu měla usnadnit matkám vstup do nové, mateřské role a novorozeným dětem lepší adaptaci na cizí prostředí mimo dělohu matky (Mrowetz 2011, s. 22). Je očividné, že při přeměně ženy do mateřské role hraje úlohu hlavně to, zda je matce umožněno následovat svůj vnitřní pud v nejdramatičtějším čase, bezprostředně po porodu, kdy můžeme pozorovat změny hladin množství hormonů v krevním řečišti, které jsou závislé na dědičnosti a byly tvořeny po několik milionů let. Tyto hormony jsou důležité k tomu, aby připravily ženu, budoucí matku, nejen psychicky, ale také fyzicky na péči o své novorozené dítě po takovou dobu, jak bude potřeba (Gaskin 2010, s. 202).

Dle Ivany Königsmarkové se na začátku určitý imaginární vztah mezi matkou a dítětem tvoří již během těhotenství. Jsou ženy, které jsou vnímavější a umí mluvit s dítětem ještě před samotným porodem, ale také jsou takové, které si pouto s dítětem neumí představit, dokud ho nepochovají ve své náruči. Proto jsou také velmi důležité okolnosti probíhající po porodu. Pokud ihned po porodu matka dostane své dítě do náruče, podobně jako ve zvířecí říši, začnou fungovat feromony. Jako matka a otec mají svůj specifický pach, dítě není výjimkou. Ta nejpřirozenější a nejdůležitější vazba se vytváří hlavně díky oboustrannému vlivu těchto vůní. V případě, že rodiče nejsou s dítětem ihned po narození, tato vazba se vytváří až později, ale ne vždy je to lehké. Jaký vztah mezi rodičem a dítětem je považován za jeden z nejdůležitějších? Hlavně oboustranná komunikace. Dle Königsmarkové dochází u matek, které chovají své dítě v náruči bezprostředně po porodu a otců, kteří ho drží v okamžiku, kdy se žena sprchuje či se jí ošetřuje porodní poranění, k upevnování vzájemných vztahů v do- rozumívání se, oba rodiče tak lépe a přirozeněji pečují o své dítě. Je také důležité si položit otázku, co se myslí pojmem „mít dítě v náruči“. Je totiž velký rozdíl mezi tím, zda matce dítě na chvíli půjčíme nebo zda má možnost nepřetržitého držení v náruči nejméně hodinu. Rodiče se stávají sledovateli opravdového zázraku, když pozorují reakce svého dítěte a jeho vnímání jejich osobností, což bude mít kladný vliv na celoživotní pocit soudržnosti celé rodiny (Doležalová 2006, s. 138-139).

## **1.1 Pozitivní účinky bondingu**

Již z dělohy si novorozené dítě odnáší vjemy, které jsou mu velmi blízké. Tělesně má oporu s matčinou dělohou a plodovou vodou, ale také je jemně kolébáno při procházkách. Dítě v děloze také ochutnává různé druhy chutí, dle toho, co žena jí, a to vše díky plodové vodě. Dítě je klidné, pokud slyší známé hlasy matky, ale také jiných rodinných příslušníků. Následné poporodní zkušenosti novorozeněte se projevují při jeho tělesném kontaktu s matkou vjemy, hmatem, čichem a hlavně teplem. Dítě je díky kontaktu kůže na kůži klidné, protože slyší tlukot matčina srdce. Tento tělesný kontakt přispívá ke správné tzv. oboustranné rovnováze, někdy nazývané homeostáze, tedy k ustálení fyziologických funkcí jak matky, tak dítěte. Tento proces je pro novorozené dítě velmi důležitý, jelikož se ještě samo nenaučilo ovlivňovat svou fyziologii. V jednom z příkladů je uvedeno, že se malé dítě nedokáže zahřát, proto se jeho tělesná teplota stabilizuje kontaktem kůže na kůži. V porovnání novorozence položeného na nahé hrudi matky a novorozence, který je oblečený v postýlce, můžeme pozorovat, že při kontaktu kůže na kůži se po položení dítěte na nahou hrud' matky okamžitě zvýší teplota kůže, aby dítě neprochladlo. Pokud probíhá přímý kontakt matky a

dítěte, matčino tělo dokáže regulovat tělesnou teplotu novorozence a během jejich dotyku dochází ke snížení výše stresových hormonů v těle novorozence, což bude mít pozitivní vliv po celé jeho dětství. Kontakt dítěte s matkou, obzvláště kontakt skin to skin, aktivuje novorozenci jeho parasympatický nervový systém, což je tělesný program, zaměřený k trávení a odpočinku, který také brání stresovému napětí. Stabilizace teploty, úprava hladiny cukru v těle novorozence a redukce energetické spotřeby, zajišťuje snížení míry stresu s nižší hladinou stresových hormonů (Buckleyová 2016, s. 288-289).

Díky příznivým efektům bondingu se čerstvé matky snáze srovnávají s bolestí spojenou s porodním procesem, také se prostřednictvím bondingu lépe odlučuje placenta spontánní formou a je podporován brzký nástup a přetrvávající doba laktace. Naopak u matek, u kterých nebyla zahájena podpora k vytvoření vazby s novorozeným dítětem bezprostředně po porodu, je pozorován větší sklon k poporodní depresi a obtížnější sblížení se svým potomkem. Bonding nemá vliv jen na matku, ale také na dítě. Když je novorozenec ve styku s matkou, cítí se bezpečně, ustálí se mu termoregulace a lépe se přichytí k matčině prsu. Naopak u novorozenců, jimž nebyl poskytnut dotek s matkou, se může v raném dětském věku objevit panický strach z matčina odloučení či neurotická onemocnění. Z příběhu, který se stal v roce 2010 v Austrálii je jasné, že je bonding prospěšný nejen pro matku, ale také pro dítě. Rodičům se narodila dvojčata, ale jedno z nich nejevilo známky života, avšak díky rodičům, držícím ho v láskyplné náruči, došlo u novorozence k obnově dýchání (Kurzová 2015, s. 5-7).

## **1.2 Vliv separace na dítě**

Následky separace, oddělení dítěte od matky, mohou přinášet své důsledky. Ty se nemusí projevit vždy a hned. Děti separované od matek po porodu pláčejí častěji a mají problémy s poporodní adaptací či s dechem. Vyhledávají mateřskou náruč, a když ji nenajdou, velmi brzy se vyčerpají a usnou. Nepostačující podpora bondingu se může negativně projevit také na rozvoji laktace (Mrowetz 2011 s. 23). Dle výzkumu, který byl zveřejněn v Biological Psychiatry, je separace od matky pro novorozené dítě velmi rozrušujícím okamžikem (Morgan 2011, s. 817).

Jsou situace, u kterých je separace v západních kulturách běžná, jako např. neodkladné život ohrožující stavy nebo u dětí narozených před termínem porodu, které jsou poté ukládány do vyhřívaného inkubátoru. Je zvláštní, že lidská populace je samotnou skupinou,



kteřá aktivně praktikuje separaci novorozenců od matek, ačkoli její následné důsledky dodnes nejsou zveřejněny. V této studii skupina vědců měřila proměnlivost srdeční frekvence u dětí dvou dnů věku spících v kontaktu kůže na kůži na matce v průběhu jedné hodiny a děti spících ve vlastní postýlce poblíž matčina lůžka. Autonomní nervová soustava u separovaného novorozence byla vyšší o 176% a klidné spaní nižší o 86% oproti novorozencům, kteří byli v kontaktu kůže na kůži. Redaktorem *Biological Psychiatry* je MUDr. John Krystal, který studii okomentoval tak, že tato studie klade důraz na značný vliv oddělení dítěte od matky a také napovídá, že je význačným fyziologickým stresovým faktorem pro novorozené dítě. Tato studie způsobila neobvyklý rozruch, jelikož při výzkumech ve zvířecí říši je oddělení mláděte od matky všedním stylem k uvedení zvířete do stresu, aby vědci mohli zkoumat negativní efekty na vyzářující mozek mláděte. Autor studie MUDr. Barak Morgan vysvětluje, že tento výzkum nese zásadní kroky k porozumění, kdy děti ošetřované přímo na těle matky lépe prospívají, než děti ošetřované v inkubátorech. Další studie budou nutné k porozumění toho, zda má separace dlouhodobý vliv na normální vývoj nervové soustavy (Morgan 2011, s. 817).

WHO řadí separaci novorozence od matky bezprostředně po porodu mezi negativní zásahy do průběhu porodu. Když zamezíme přirozenému procesu a kontaktu kůže na kůži, nemusí se dostatečně vyplavit hormon oxytocin a další hormony, díky kterým je matka vedena k ošetřovatelskému chování (Mrowetz 2013, s. 202).

### **1.3 Vliv separace na matku**

Z výzkumu a pozorování vyplývá, že pokud žena ztratí kontrolu nad porodem i nad novorozencem, odnese si z porodu jen negativní zkušenosti a bude více náchylná ke stresu (Mrowetz 2013, s. 202). Matky, které byly po porodu od novorozence odděleny, často podléhají úzkostem a nepřipouštějí si následky separace od potomka. Tímto jednáním se může snadno narušit jejich následný vztah k dítěti. Separace od dítěte jim přijde v pořádku, i když podvědomě tuto situaci vnímají jinak. Avšak některé ženy si dopad odloučení od potomka uvědomí a mohou se začít chovat ke svým dětem příliš ochránářsky nebo až odmítavě (Mrowetz 2011, s. 23).

V nejhorším případě může dojít u rodiček až k rozvoji PTSD, tzv. posttraumatické stresové poruchy. Výsledky studie ukazují, že u 6% žen se v prvních šesti týdnech po porodu projeví příznaky posttraumatické poruchy, přičemž 14,9% mělo příznaky až šest měsíců po porodu. Náchylné nejsou jen ženy s rozvojem psychických problémů či s psychiatrickým

onemocněním v rodině, ale také ženy, jimž se při porodu stalo něco, s čím nepočítaly a neuměly s tím pracovat (Zaers 2008, s. 42). Menšina matek během porodu zažila hrozící porodní poranění či život ohrožující stavy. Rodící ženy, které prožívají úzkost a bezmoc, mají často pocit, že zdravotníci odmítají jejich zkušenosti s poporodními traumaty brát vážně (Beck C. T. 2004). Rozhodujícím faktorem rozvoje posttraumatické stresové poruchy je absence opory a empatie, kterou by měla rodička dostávat od zdravotníků. Ti by ji měli také poskytnout možnost kontroly nad porodním dějem a respektovat ji. Tyto ženy mohou mít v pozdějším životě špatný vztah k dítěti či partnerovi nebo se naopak vyhýbat dalšímu těhotenství. A pokud přece jenom otěhotní, je u nich větší pravděpodobnost komplikací v těhotenství, které je často ukončeno císařským řezem (Friedlová 2015, s. 42).

Michaela Mrowetz provedla výzkum, ze kterého se dozvídáme, že i po nekomplikovaném spontánním porodu, je v našich porodnicích dítě běžně odděleno od matky. Do tohoto výzkumu bylo zahrnuto 1340 porodů. Pouze třetina matek v České republice jsou v nepřerušovaném kontaktu se svým novorozeným dítětem dvě hodiny po porodu. V narušeném spojení, kdy je dítě separováno, umyto a zváženo je méně než třetina rodiček. Také jsou zde matky, které neměly se svým dítětem žádný kontakt během prvních dvou hodin života. Je to více jak třetina z celkového počtu žen zařazených do studie. Z výzkumu vyšlo, že narůstá počet žen separovaných od dětí během prvních 12 hodin jejich života. Místo toho, aby byly matkám po vyšetření vráceny, dávají se do výhřevných inkubátorů či postýlek. Naopak v zahraničí jsou i matky po porodu podporovány v raném kontaktu a separace v prvních hodinách je minimální. České ženy rodící spontánně v zahraničí mají více jak ve dvou třetinách nerušené spojení s dítětem (tento počet odpovídá 10% všech rizikových porodů). Kontakt s novorozencem je jim poskytnut i po porodu císařským řezem, narozdíl od České republiky, kde jsou matky po porodu císařským řezem vždy rutinně oddělovány od svých dětí. Raný kontakt by měl probíhat i po komplikovaném porodu, nikoliv být něčím narušován. Jen 2% z celkového počtu matek po císařském řezu mělo nerušený kontakt se svým miminkem během prvních dvou hodin a více než dvě třetiny neměly vůbec žádný poporodní kontakt. Neonatologové uvádějí, že ze všech porodů je jich pouze 12% rizikových. Michaela Mrowetz se tímto výzkumem snaží říct, že pokud nebudeme bránit pohledům z očí do očí, samopřisátí či naprosté důvěře, vznikne mezi matkou a jejím dítětem celoživotní pouto.

A i když nastanou komplikace, které této samostatné jednotce zabrání být spolu, měli by to být oni, zdravotníci, kteří jim podají pomocnou ruku a vytvoří pro ně tzv. sociální dělohu (Mrowetz 2011, s. 27-28).

*„Dítě patří k matce a je zapotřebí vytvořit jim k tomu podmínky“ (Michaela Mrowetz, Bonding - porodní radost).*

## 2 HISTORIE BONDINGU

Odloučení matek od novorozeneých dětí se již v historii několikrát objevilo. Vše bylo založeno na intuici. Poprvé se separace objevila v rodinách s královským a šlechtickým původem, kdy aby se matky mohly soustředit na svoji královskou roli, nikoli na roli matky, byly od nich děti oddělovány. Za doby totalitního režimu byly nejhojněji využívány jako tzv. „účinné separátory“ formy manipulace, ovlivnění vnitřní odolnosti a emocionality jedince, což se týkalo jak matky, tak i dítěte. Během druhé světové války vypracovali nacisté ještě lepší systém, kdy se separovanými novorozenci prováděli pokusy. Na podporu nacistických cílů o výchově dětí bez empatie a vcítění se do jejich potřeb psali lékaři propagační materiály, přičemž vše bylo řízeno centrálně. Nejznámější lékařkou té doby byla Johana Haare, která propagovala kojení, ale nedoporučovala matkám dívat se svým dětem do očí. Přitom právě vizuálním kontaktem se vyplavuje hormon oxytocin (také někdy nazývaný hormon lásky), díky kterému je oční kontakt velmi důležitý. V myslích některých rodičů i prarodičů občas dodnes zůstávají některé mylné návody na správnou výchovu dětí, jako např. křičící dítě se má ponechat samotné v postýlce, aby se stalo odolnějším (Kurzová 2015, 5-7. s.).

William James se jako psycholog v roce 1891 domníval, že jsou novorozenci v prvních chvílích přesyceni věcmi, které k nim docházejí prostřednictvím jejich smyslů - ušima, očima, kůží, nosem a útroby a tudíž jim musí svět připomínat jedno velké místo plné dunícího zmatku. Jelikož v té době ještě nebyly dostupné žádné studie, nemohl tento názor vycházet ze studia novorozenat, ale z pouhé logiky, která byla akceptována většinou populace. Určitě získáme určitou představu o tom, čemu novorozené děti byly vystavovány, když uvážíme fakt, že takovéto nesprávné názory převažovaly po mnoho let před Jamesem a skoro jedno století po něm (Chamberlain 2013, s. 31).

Poprvé se na přínos časného kontaktu po porodu přišlo v 70. letech 20. století, za což mohou dva pediatri z Ameriky, Dr. John Kennel a Dr. Marshall Klaus. Ti prováděli podrobný výzkum u dětí a matek, které byly podporovány v nepřerušovaném kontaktu a také zkoumali následnou poporodní adaptaci a chování novorozenců. V roce 1970 byl u nás proveden první výzkum zabývající se tímto raným vztahem a poté v dalších letech až do dnešní doby byly nalezeny i nové spojitosti a prokázána pravdivost výsledků z raných let teorie bondingu (Kurzová 2015, s. 5-7). Tento výzkum nám měl ukázat, že pokud zasáhne do přirozeného děje bondingu, může to mít neblahý až osudný efekt na celou rodinu. Toto zcela prokazuje

naše vnímání a sledování při porodech dětí a následná péče o ně i v dnešní době. Tato studie, která byla předvedena Klausem a Kennellem nám dokázala, že pokud byly ženy se svými potomky bezprostředně po porodu a byl jim poskytnut nepřerušovaný fyzický dotyk s novorozeneckým dítětem, staly se v pečování o své děti mnohem schopnějšími, budovaly si k nim značně důvěrnější spojení a také jim šlo lépe kojení, než ženám, které byly separovány od svých dětí a viděly je až po určité době (Gaskin 2010, s. 202). Klaus a Kennel prosazují názor, že první dorozumívání mezi rodiči a jejich dítětem je zahájeno prvním pláčem a pohledem z očí do očí. Vzlykot novorozence zlepšuje protékání krve prsem matky a díky tomu se tvoří vyhovující předpoklady pro následnou laktaci. Pokud je dítě bezprostředně po porodu položeno k blízkosti matčina prsu, začne hledat bradavku, kterou najde. Když novorozenec saje, vyvolává se tím vyplavování oxytocinu, což je hormon, který povzbuzuje dělohu ke stahu, čímž napomáhá vypuzení placenty z matčina těla ven a zamezuje tím následnému krvácení. Sání novorozence také podněcuje tvorbu prolaktinu, to je hormon, který vytváří mateřské mléko (Chamberlain 2013, s. 80-81).

U nás se o problematiku nežádoucích následků oddělování dětí od matek zajímal prof. Matějček, což probíhalo v 80. letech předešlého století. Časem se podpora raného kontaktu rozšiřovala i do zemí, které leží na západní stranu od nás a je zřejmé, že rané vazbě je tam v dnešní době napomáháno poměrně více, než je tomu u nás (Kurzová 2015, s. 5-7). Dříve byl novorozenec bezprostředně po porodu odnesen a opláchnut. Provedlo se u něj první vyšetření, následně byl zabalen a přenechán matce. Dnes díky modernímu směru porodnictví a neonatologie se okolnosti pozměňují. Ihned po porodu bychom měli novorozence miminko položit na nahé břicho matky, aby mohl probíhat dotyk ve formě kůže na kůži, přičemž odložení přerušování pupeční šňůry je v tom také zahrnuto. Dítě by se mělo samo pokusit o první přísátí k prsu, aby po porodu mohlo dojít k vytváření láskyplného vztahu mezi dítětem a maminkou. Je samozřejmé, že v tomto procesu bychom se měli snažit akceptovat požadavky matky. K přerušování pupeční šňůry by se mělo přistoupit až po jejím došetření (Binder 2011, s. 288).

## 2.1 Frederick Leboyer

*„Musíme začít porozuměním. Porozuměním tomu, proč právě narozené dítě tolik strádá. Chceme-li se dozvědět, proč děti při porodu trpí, musíme otevřít oči a podívat se, proč tak dlouho a vytrvale pláčí. Musíme jim naslouchat a snažit se slyšet a porozumět. A budeme mít z poloviny jasno.“ (Frederick Leboyer, Porod bez násilí).*

Byl francouzským porodníkem, který se narodil v roce 1918 a vystudoval lékařskou fakultu pařížské univerzity. Od roku 1953 se věnoval porodnické praxi a pomohl na svět přivést přes 10.000 novorozenců. Jeho metodou, kterou popisoval, bylo dítěti ulehčit porodní proces a pomoci mu narodit se bez bolesti, strachu a zmatku. Prohlásil, že bychom měli přehodnotit naše postoje k nově narozené bytosti, která vyšla z bezpečného a známého matčina lůna po několika hodinách, do světa plného bolesti a hlavně zmatenosti. Frederick Leboyer nám tímto chtěl ukázat, jak bychom mohli rodit děti bez všech možných rušivých elementů, které mají velký vliv nejen v den narození, ale také v jejich budoucím životě. Touto metodou pomohl Leboyer přivést na svět posledních 1.000 dětí. Leboyer se ptá, proč musí dítě, z klidného a tmavého matčina lůna, přijít na svět plného neznámých světelných i zvukových faktorů? Proč se po porodu ženě dítě ihned odebere? Frederick na všechny tyto otázky odpovídá velmi jednoduše. Neděláme to proto, že bychom byli zlí, ale proto, že jsme ještě nikdy nebyli schopni přemýšlet o dítěti, jako o lidské bytosti (Leboyer 1995, s. 3).

Určité části Leboyerovy metody jsou zahrnuty v průběhu velkého množství porodů. Dítě bylo ihned po porodu položeno na břicho matky a nechalo se v této poloze, dokud se nepřerušila pupeční šňůra. Aby se novorozenec po porodu uklidnil, byla mu dopřána koupel ve vaničce vedle porodní postele, ve které se mohl znovu cítit jako v matčině děloze (Symons 2008, s. 150).

Dle Leboyerovy metody bychom to, co děláme pro matku, měli dělat také pro dítě. Nebo se o to alespoň pokusit. Proč žena projevuje radost při narození dítěte, když se její novorozené dítě trápí? I když bible praví: „*S bolestí roditi budeš...*“, v dnešní době může žena porodit i radostně. Budeme tomu říkat zázrak? Žena, budoucí matka, se již v těhotenství může připravovat na téměř bezbolestný porod, oproti dítěti, které se nemá jak připravit. Dnešní medicína je schopna připravit dítě na porod, ale otázkou zůstává, zda je tím správným řešením zavádět do malinkého tělíčka dítěte elektrody skrz matčino břicho. Od pradávna byl porod něčím neznámým a zároveň děsivým, a to, co z něj dělá výjimečný zážitek, je síla prožitku a hluboké procítění. Lidé si vyprávějí, že dítě při porodu nic necítí, ale opak je pravdou. Cítí vše a nemůže se tomu bránit či si vybrat jinou možnost. Porod překonává všechny naše představy a stává se tak vyvrcholením všech našich pocitů. V životě člověka se jiný, takto hluboký prožitek spíše nenaskytne, než naskytne. Při porodu pracují všechny smysly dítěte na plné obrátky. Vyvinuly se již delší dobu předtím, než přišlo na svět. Novorozenci jsou nezkušení a otevření všem novým vjemům, které se ucelují právě při porodu.

Jejich pocity se stávají silnějšími a bohužel také někdy nesnesitelnými, což může novorozence přivést až k pocitu zoufalství (Leboyer 1995, s. 11). Jako se liší zima a jaro, tak se liší i období života dítěte v děloze matky. Prvním obdobím je tzv. „zlatý věk“, kdy dítě v embryonálním stádiu roste a vyvíjí se jako malá květina, která se později usadí a z embrya se krok za krokem stane zárodek, který postupem času mění tvar. Zárodek se začíná pomalu hýbat, pohybovat trupem, postupně sílí a raduje se ze svobody. Plave si v plodové vodě, je lehký jako pírko a rychlý jako pstruh. V první polovině těhotenství roste vajíčko (vakovitý obal, ve kterém je plodová voda s plovoucím zárodkem) o něco rychleji než samotný zárodek. Pro plod je to nebeské království, ve kterém je volný, spokojený a bez překážek, i když se občas lehce dotkne stěn. Nikdy nemá pocit hranic, které by musel překonat, naopak, čím více roste, tím se jeho nebeské království zvětšuje s ním. Pokud se v tomto období vývoje udělá fotografie, můžeme pozorovat spokojené dítě v relaxující poloze. Zlatý věk však netrvá stále. Druhé období, které probíhá v druhé polovině těhotenství, také prochází změnami. Vyvíjející se dítě roste již mnohem rychleji než vajíčko, ve kterém se hýbe. Místo volnosti v oceánu, se dítě už cítí těsněji, než v první polovině těhotenství. Jeho svět se zmenšuje. Jednou dojde ke zjištění, že je vězněm, stěny se stále přibližují a nastane den, kdy jeho záda budou v harmonii s dělohou matky. Dítě se brání, ale nakonec se s novou situací musí smířit a přijmout ji (Leboyer 1995, s. 15).

Již v děloze vnímají děti zvuky, které poslouchají díky plodové vodě, podobně jako ryby ve vodě. Jenže v děloze jsou veškeré zvuky tlumené přes silnou stěnu břicha a když přijde porod, kdy je novorozenec najednou bez ochranné bariéry a plodové vody, nemůžeme se divit, že se dítě po porodu projevuje křikem a křečovitostí. Chrání si ručičkami hlavu a pláče, protože se nikdo na porodním sále nenamáhá ztišit hlas. Jeho sluch je zranitelný. Také kůže novorozence je neoddělitelnou součástí, kterou bychom měli zmínit. Jeho kůže je jemná, citlivá i na ten nejjemnější dotek a bez jakékoli ochrany. Citlivost bychom mohli přirovnat k rozsáhlým popáleninám kůže u dospělého člověka. V děloze přijde dítě do kontaktu pouze s hebkým povrchem placenty, ale ihned po porodu je novorozenec, projevující se hlasitým křikem, zabalen do studené deky (Leboyer 1995, s. 13). Místo matčiny náruče je dítě položeno na chladnou váhu, poté na tvrdou podložku, přes jeho odpor jsou mu nuceně otevřeny oči a jsou do nich nakapány pálivé kapky. Poté je novorozenec opuštěn všemi a zůstává sám. Chvěje se strachem a je plný beznaděje (Leboyer 1995, s. 17).

## 2.2 Michel Odent

*„Ona rodí. Matka se obvykle jako první dotýká svého dítěte - je to ona, která spolu s otcem první uchopí dítě v bazénu mezi svýma nohama.“ (Michel Odent, Znovuzrozený porod).*

Michel Odent se narodil v roce 1930 ve francouzské vesnici a poté vystudoval lékařskou fakultu v Paříži. Byl francouzským porodníkem, odborníkem na porody a také se vzdělával jako chirurg. Mezi léty 1962 až 1985 se začal zajímat o aspekty, které ovlivňují průběh porodu. Vymyslel plány porodních pokojů a bazénů. Podílel se na domácích porodech a zřídil v Londýně centrum Primal Health Research Center. Je jedním z prvních autorů článků o bezprostředním začátku kojení po porodu během první hodiny a porodech do porodních bazénů (World Heritage Encyclopedia, online).

Ve své knize Znovuzrozený porod, která vyšla v roce 1984, Odent popisuje své zkušenosti s domácími porody, o vlivu vnějšího prostředí na průběh porodu a raným kontaktem matky a dítěte. Dle Odenta by měl porod probíhat v pokoji menších rozměrů a za sníženého světla, díky čemuž se navodí dojem intimity a soukromí. Zároveň prohlašuje, že pokud se otec u porodu chová jen jako pasivní účastník, může to narušit celý porodní proces. Také se neztotožňuje s názorem, že se používáním technických přístrojů v průběhu porodu nemění počty narozených zdravých dětí. Naopak je jejich používání v době porodu nebezpečnou věcí, která porod spíše ztěžuje, než usnadňuje. Množství porodů pak končí operačním řešením (Odent 1984, s. 13).

Lidé jsou jako savci, kteří když rodí, vyhledávají si nejlepší místo pro porod. Tmu a dostatek soukromí. Proto si Odent pokládá otázku jak vytvořit atmosféru intimity i v nemocničním prostředí. Do budoucna bychom měli vytvořit pro budoucí matky i v nemocnici prostory, kde se budou moct cítit jako doma. Tyto prostory by neměly nic společného s normálními porodnicemi a v hlavních rolích by zde fungovaly porodní asistentky, které by prošly odborným cvičením. Měli bychom se lépe naučit fyziologické aspekty týkající se průběhu porodu. Odent se ptá otázkami: *„Proč je v Nizozemsku pouze 6% porodů císařským řezem a v jiných západoevropských zemích až 25%? Proč je v Nizozemsku perinatální úmrtnost pod 10 promile a úmrtnost matek při porodu řidší než jedna z deseti tisíc?“* (Odent 1984, s. 13).

V dnešní době se budoucí matka při porodu často stává spíše pasivním nepohyblivým účastníkem porodního děje. Nevýhodou ženy je nemožnost vybrání si vhodné polohy pro porod. Ženy většinou rodí ve vodorovné poloze na zádech, kdy je tato poloha spíše pro lepší



přístupnost porodníka, než pro danou ženu. Většina rodiček tuto polohu označuje za velmi nepohodlnou a bolestivou (Odent 1984, s. 16).

Michel Odent vždy zajišťoval ženám při porodu takovou atmosféru, aby měly možnost volby a vedly si porod volně, laicky řečeno po svém. Pokud žena chtěla těsně před porodem plavat v bazénu a nakonec v něm i porodit své dítě či porodit v přítomnosti v obklopení rodinných příslušníků, byla v tom podporována. Je zajímavé, že mnoho žen by zvolilo spíše porod ve stojaté poloze s nohama zapřenými o pevnou podložku za pomoci lékaře či porodní asistentky, než v poloze na zádech. Novorozenec po porodu hladce vyvázne dolů, v případě porodu do vody, dítě proplouvá z jedné vody do druhé, která se teplotně neliší a první nádech proběhne na matčině hrudi nad hladinou. Matka své novorozené dítě ihned uvidí a drží jej, aniž by jí ho někdo musel předávat. Nejen v průběhu porodu, ale také v poporodním období zdůrazňoval aktivní zapojení ženy. Narozdíl od Fredericka Leboyera, od kterého Odent praktikoval např. koupání novorozených dětí, se spíše než na matku, zaměřuje na novorozence. Matka při porodu leží na zádech, vztahuje ruce ke svému dítěti, kterého by se chtěla dotknout, ale to není v Leboyerově úmyslu. Raný kontakt matky a novorozeného dítěte je něco, co počká, co může přijít na řadu až po nějaké době. Odent se naopak zajímal také o ženu. Ona byla tou, kdo rodí. Měla by to být ona, která se poprvé dotkne svého novorozeného dítěte. Proto je v Pithiviers, kde Odent pracoval, u porodu vždy jen ten, kdo pomáhá a chrání ženu v průběhu porodu. Snažil se, vždy si od ženy vyslechnout, jak chce prožít porod, pro ni hluboce jemný a intimní zážitek. Tímto se stal vzácností mezi ostatními porodníky, jelikož nebyl dalším porodníkem, který by ženě radil a určoval její roli u porodu. Nenavrhoval ženám triky k urychlení porodu, ale naopak pro ně vyhledával ideální místo pro porod, ve kterém ženy nevzbuzovaly kontrahující se dělohu či porodní kanál, ale samy sebe. Udával, že aby se žena mohla cítit sama sebou a mohla ovládat porodní proces, musí být také na místě, které sama dokáže ovládat - což může být například v domácím prostředí, kde jsou všichni její blízcí a lékař či porodní asistentka fungují jen jako hosté, přičemž toto v nemocnicích není obvyklé (Odent 1984, s. 17).

### **2.3 Michaela Mrowetz**

*„Mateřská náruč je pro miminko tím nejpříjemnějším místem na světě. Dítě patří k matce, to je přirozené.“ (Michaela Mrowetz, Bonding-porodní radost).*

V současné době se v České republice zabývá tématem bonding klinická psychologička, psychoterapeutka a soudní znalkyně Michaela Mrowetz. V Olomouci vystudovala

jednooborovou psychologii na Filosofické fakultě univerzity Palackého a má zařízenou privátní ordinaci, kde se specializuje na reprodukční terapii a terapii reprodukčních traumat, jakými jsou problémy s početím, těhotenstvím, kojením a navazováním láskyplných vazeb miminek s jejich rodiči. V roce 2011 vyšla kniha s názvem Bonding - porodní radost, již se stala spoluautorkou (Mrowetz 2020).

Dle Michaely Mrowetz je pro dítě matčina láskyplná náruč tím nejlepším místem. Radí, abychom se snažili o to, aby se rutinou místo separace dětí od jejich matek stalo starání se o oba společně. Tento vzájemný, společný kontakt dítěte s matkou bychom měli brát jako něco přirozeného a běžného. U dětí, které si s sebou nesou nějaké zdravotní obtíže, je bonding velice podstatný. Dle výsledků výzkumu je dokázané, že děti narozené předčasně, se lépe rozvíjejí a nabírají na váze v případě, že je někdo hladí či je jim poskytnuta čichová vazba s matčíným pachem (například, když je jim do inkubátoru vložena určitá část matčina oblečení) (Mrowetz 2011, s. 25).

### 3 BONDING NA PORODNÍM SÁLE

Zásadním krokem je zajištění stálého nebo alespoň maximálně dlouhého kontaktu matky s novorozeným děťátkem. Tento proces je nutné zahájit co nejdříve, ještě před přestřížením pupečníku. Při využití v praxi styk obou probíhá ihned po porodu položením nahého, neumytého miminka na nahou hrud' matky (Mrowetz 2011, str. 21). Miminko na těle maminky se poté lehce osuší teplou sterilní plenkou (bez ručiček) (Mrowetz 2013, s. 203). Dítěti by se z rukou neměla smývat plodová voda, jelikož má stejnou vůni a chuť jako maminčiny bradavky. Ty jsou od přírody tmavé, jelikož novorozenec vnímá jen černobílé kontrasty a proto si novorozené miminko strká ručičky do úst a pomáhá si tak dle stejné chuti a vůně nalézt zdroj mateřského mléka. Tyto skutečnosti poté podpoříme společným zakrytím, aby viditelné pouto mohlo postupně přecházet v neviditelnou celoživotní vazbu. Mimo jiné je důležitý vizuální kontakt matky s dítětem, proto bychom mamince měli podložit hlavu. Neustálý tělesný kontakt matky a novorozence by měl být přizpůsoben jejich potřebám po celou dobu pobytu v nemocničním zařízení (Mrowetz 2011, str. 21). Matce ukážeme či poradíme, jak by měla mít ruce položené přímo na kůži novorozeného dítěte, kdy poté zdravotníci posoudí průběh celého dosavadního procesu a zhodnotí tzv. Apgar skóre. Během porodu placenty, což bývá po dotepání pupeční šňůry, lékař zkontroluje a popřípadě ošetří porodní poranění. V případě, že maminka nemůže držet novorozence, personál či doprovodná osoba u porodu, může mamince s držením pomoci. Poté již postačí docházet novopečenou rodinku kontrolovat, zda je vše v pořádku a napomáhat jim s péčí o novorozené dítě. Zdravého novorozence po nějaké době začne přitahovat matčin prs, ke kterému se bude chtít usilovně doplazit a sám se i přichytit. Pokud k tomu ještě novorozenec sám nedospěl, není potřeba, abychom ho k prsu aktivně přikládali. První přísátí trvá různě dlouhou dobu a většinou po nalezení prsu a přichycení se, sám usne a pustí ho z pusinky. Až po skutečně úspěšném samopřísátí můžeme pokračovat v dalším ošetření novorozence nasazením identifikačního náramku na ručičku (někde i na nožičku), změřením délky a zvážením či aplikací kapek do očí nebo vitamínu K, kdy vše probíhá na těle matky. Po porodu by měl rooming in, pokračovat i při odchodu ze sálu, kdy by se maminka měla stěhovat spolu s miminkem, v úplně ideálním kontaktu kůže na kůži a společným zakrytím dekou. Na oddělení šestinedělí by měli být dále podporováni ve společném spojení s dítětem (Mrowetz 2013, s. 203).

### **3.1 Položení nahého novorozence na břicho matky ihned po porodu**

Po porodu nemocného, nedonošeného či zdravého novorozence je podpora raného kontaktu velmi významným bodem, díky kterému se upevňuje pevná vazba mezi matkou a novorozeným dítětem, kojení či zmírnění pláče miminka. Při nepřerušovaném kontaktu skin to skin dochází mezi dítětem a matkou k lepší poporodní adaptaci a stabilizuje se kardiiovaskulární systém novorozence. Může dojít k rychlejšímu nástupu laktace a snazšímu přisátí dítěte k prsu. Kontakt kůže na kůži by měl trvat minimálně dvě hodiny, ale ideální čas je 12 hodin či nepřerušované kontinuální spojení. Kromě zdravotních benefitů kontakt kůže na kůži přináší pro dítě také psychické výhody. U matky se zvyšuje mateřský pud, více si věří v pečování o své dítě a většinou také kojí delší dobu. Po proběhlém výzkumu jsme se dozvěděli, že novorozené děti, které byly v jejich první půl hodině života ve spojení s matkou kůže na kůži, plakaly, ale už v další půlhodině nikoliv (Mrowetz 2013, s. 201-202).

### **3.2 Odložené přerušování pupeční šňůry**

Pupečník, latinsky funiculus umbilicalis je šňůra, která sjednocuje plod s placentou a díky tomu se k plodu dostává dostatek všech živin. Je umístěn obvykle v centru placenty a u plodu je většinou umístěn v oblasti pupku. U fyziologického plodu má délku 50 cm a šířku dva cm. Pupečník je pokrytý vrstvou amnia (vnitřní plodový obal), uvnitř pupečníku se nachází rosolovitá hmota, která je nazývána Whartonův rosol. Nachází se v něm cévy. Žíla, latinsky vena umbilicalis, přivádí okysličenou krev k plodu. Dvě tepny, latinsky arteriae umbilicalis, odvádějí odkysličenou krev z plodu do placenty (Wolfová 2014, s. 31).

Pupečník se může přestříhnout, až když přestane silně pulzovat, což je obvykle po pěti minutách po porodu. V případě odtažení krve z pupeční šňůry směrem k dítěti před jejím přestřížením, by mohlo být zvýšeno riziko novorozenecké žloutenky (Gaskin 2010, s. 321).

Časné přerušování pupečníku může způsobit, že objem krve novorozence může být ochuzený o 30-50%, kdy takto masivní změna v objemu krve se nikdy neobejde bez vážných následků. Brzké přerušování pupečníku může způsobit špatnou poporodní adaptaci a může nastat hypovolemické a hypoxické poškození u citlivějších novorozenců. Nedostatek železa a chudokrevnost jsou hlavními zdravotními potížemi malých dětí po celém světě. Tyto aspekty jsou spojovány se špatným rozvojem nervové soustavy. Je prokázáno, že u zdravých novorozenců se zlepšují hodnoty železa ve čtyřech měsících věku a snižuje se tak počet případů novorozenecké anémie, pokud vyčkáváme po dobu nejméně tří minut před přerušování pupeční šňůry. Při delším intervalu u přerušování pupečníku nejsou prokázány žádné vedlejší

účinky, které by měly vliv na zdraví. Česká neonatologická společnost a Evropská rada pro resuscitaci doporučuje odložené přerušení pupečníku (Mrowetz 2013, s. 201).

### **3.3 Vyšetření a ošetření novorozence na těle matky**

Michaela Mrowetz doporučuje, aby veškerá vyšetření a ošetření novorozeného dítěte probíhala na těle matky. Mezi vyšetření a ošetření můžeme zařadit hodnocení Apgar skóre, poslechnutí srdeční akce stetoskopem, ošetření pupeční šňůry a její podvázání až po dotepání či po době určené matkou. Pokud ošetření a vyšetření není možné na těle matky, je navrhováno, aby toto probíhalo v nedaleké vzdálenosti od matky, aby na miminko přinejmenším viděla (Mrowetz 2011, s. 29).

První vyšetření u novorozeného dítěte se provádí pediatrem či neonatologem. Při tomto vyšetření se kontroluje přítomnost vrozených vad, poranění v průběhu porodu a hodnotí se přízpůsobení novorozence na vnější prostředí neboli poporodní adaptace. Neopomenutelnou složkou je také posouzení údajů z anamnézy. Po určení diagnózy se stanovuje další péče, buď na oddělení fyziologických novorozenců či na oddělení intenzivní péče. Je také nabírána krev dítěte z cév v pupeční šňůře, ze které se zjišťuje přítomnost onemocnění syfilis a hodnota acidobazické rovnováhy. Poporodní adaptaci novorozence hodnotíme dle Apgar skóre, které se vyjadřuje v první, páté a desáté minutě života ihned po narození. Kontroluje se pět hlavních znaků poporodní adaptace, kdy každý z těchto znaků je klasifikován body od nuly do dvou, poté se všechny prvky spočítají dohromady a dosáhne se souhrnného skóre. Nejvíce bodů, co dítě může dostat, je deset bodů a nejméně nula bodů (Dort a kolektiv 2013, s. 25).

### **3.4 Pohled z očí do očí mezi matkou a novorozencem**

Navozením očního kontaktu novorozence s matkou se stimuluje mateřský pud (Mrowetz 2013, s. 201). Pro novorozené dítě je nejlepší, když jej někdo drží v náruči nebo je položeno na hrudi matky, protože tato vzdálenost na pohled z očí do očí je nejvhodnější. Při prvním setkání tváří v tvář se dítěti nastartují buňky v mozku, které začnou vysílat vzruchy do oblastí mozku, jež jsou propojené s centrem zraku a identifikací tváře. Postupně se s dalšími pohledy buduje síť, která propojuje zrak a poznávání obličeje. Díky tomu se potomek začne s matkou seznamovat (Buckleyová 2016, s. 287-288). Je důležité, že pokud žena rodila vleže, podepřít jí hlavu nějakým polštářem, abychom matce a dítěti umožnili optický kontakt (Mrowetz 2011, s. 28). Při kojení se utužuje intimní vztah mezi matkou a dítětem, což je pro matku a novorozence velmi důležité, protože dítě je dáno do takové polohy, díky

keré je mezi oběma nastaven dokonalý oční kontakt. Pohled z očí do očí pomáhá matce v těle vyvolat celou řadu mateřských schopností, bez kterých by se žena bez kontaktu s dítětem, cítila nezapojená a nešikovná. Tato vazba je oboustranně výhodná, jelikož se zdokonaňuje vzájemné dorozumívání (Chamberlain 2013, s. 81).

### **3.5 Samopřisátí**

Po porodu matku a dítě necháme na libovolnou dobu, aby se poznali ve spojení skin to skin. Poté, co je novorozenec po narození osušen a položen na hrudník matky, se u dítěte po 15 minutách netečnosti vytváří přirozené procesy a hledací reflexy, které se během první hodiny po narození každého jedince prohlubují v předpokládané chování směřující k rozvoji laktace. Až hodinu může trvat doba, než se dítě přisaje, ale po porodech císařským řezem či léky vedených porodech, se tato doba často prodlužuje. Ve 45. minutě po porodu vrcholí a již v 55. minutě po narození sám novorozenec nalezne matčin prs a začne sát. Dítě si k matčinu prsu doleze samo a je schopno jej najít všemi svými smysly – sluch, zrak, čich, hmat a chuť. Pokud je dítě připraveno na sání, můžeme u něj pozorovat signály, jako jsou: otvírá pusinku, do které si strká prstíky, má doširoka otevřené oči a sliní. Matka během prvních hodin porodu nemusí být nijak aktivní, měla by být pouze tělesně přítomna v kontaktu skin to skin. Až po prvním samotném samopřisátí k matčině bradavce bychom měli přistupovat k ošetření novorozeného dítěte. Samopřisátí také radí Evropská unie v listině o podporované výživě novorozenců a batolat a i Ministerstvo zdravotnictví na Slovensku (Mrowetz 2013, s. 202-203).

### **3.6 Partner u porodu**

Dříve přítomnost blízké osoby u porodu nebyla takovou samozřejmostí, jako je tomu dnes. V tomto ohledu je vidět veliký posun v českém porodnictví. Doktoři, porodní asistentky a dětské sestry se po revoluci, kdy se začaly otevírat dveře otcům a doprovodným osobám do porodnice, udělali velký krok vpřed. Naučili se s nimi pracovat, což není vždy jednoduché, protože otec je stejně jako matka pod emocionálním tlakem. Být jako doprovod u porodu je velmi zodpovědná role, proto by se i doprovázející měl k porodu připravovat stejně jako žena. Velmi častá otázka, hlavně v domácnosti dvou lidí, je ta, či otec půjde k porodu nebo ne (Samková 2020, s. 47-50). Většina žen si přeje, aby jejich partner u porodu byl, podporoval je a viděl své dítě ve stejnou dobu co ony. Partner u porodu by měl být pouze tehdy, pokud je na to sám připravený. Je schopen být své ženě, ale i dítěti oporou, zajistit jí bezpečí, do kterého se jejich dítě narodí, což je jeho hlavní role při celém porodním procesu.

Samozřejmě pokud je otec nervózní a má obavy nad tím vším okolo porodu, není dobré, aby rodičku doprovázel. Není vhodné muže ani nutit, aby za jakoukoli cenu u tohoto okamžiku byl. Porod je jedním z životních zážitků, který často lidem ukáže jejich priority v životě. Žena a muž spolu hlavně musí dostatečně komunikovat před porodem, ale také v období po porodu. Pro ženu je porodní proces středobodem několika měsíců a v té chvíli svého muže potřebuje. Je důležité, aby se partneri navzájem respektovali. Každé ženě vyhovuje něco jiného a může se stát, že muž u porodu být chce, ale žena ho u sebe nechce. V takové chvíli by mu to měla šetrně vysvětlit, a muž by měl její přání respektovat. Žena musí mít v muži oporu a měli by se vzájemně milovat i poslouchat. Žena při porodu totiž vnímá úplně vše (Samková 2020, s. 47-50).

Pokud je dítě narozené císařským řezem, otec u porodu má velikou roli, a to hlavně při vítání dítěte. Nejideálnější je, pokud matka nemůže svého novorozence přivítat na tomto světě, aby otec převzal roli za ní a přivítal dítě na vlastním těle on, v kontaktu kůži na kůži. Miminko se dá tatínkovi do náruče buď zavinuté v plence, nebo úplně nahé a jsou společně přikryti. Tento moment můžeme nazvat jako bonding s otcem. Pokud žena ví, že se ihned po porodu císařským řezem nebude moci pomazlit s dítětem, je pro ni snesitelnější, pokud bude vědět, že právě otec či blízká osoba tohle zastane místo ní (Samková 2020, s. 209).

## 4 VYUŽITÍ BONDINGU V PRAXI

### 4.1 Rooming in

Rooming in můžeme volně přeložit také jako kontinuální pobyt maminky s miminkem během dne i noci. V průběhu dní ihned po porodu, ať už v nemocničním zařízení či domácím prostředí, pokračují jejich duševní i fyzické potřeby. Ženy, které jsou se svými dětmi ve dne v noci, mají mnohem lepší hodnocení v testech, které se zaměřují na intenzitu matčina vztahu ke svému potomkovi. Pokud jsou matky s dětmi v kontaktu, netrvá u nich dlouho naučit se správně vyhodnotit potřeby vlastních dětí, uklidnit a uchlácholit novorozence, tedy postarat se o něj s nejlepší péčí. Tento kontinuální pobyt nabízí mnoho výhod. Rooming-in ulehčuje laktaci a kojení. Dle výsledků výzkumu je zřejmé, že v porovnání s matkami, které měly přerušovaný kontakt s dětmi nebo kterým bylo dítě umístěno na oddělení novorozenců, se matkám při rooming-inu dříve tvoří mateřské mléko a mají ho více, delší dobu kojí a je u nich vyšší pravděpodobnost, že budou výlučně kojit. Rooming-in není výhodný jen pro matku, ale je výhodný také pro dítě. Děti, které jsou se svými matkami, jsou zvyklé trávit více času spaním, tolik nepláčou a dříve se utiší. Tyto děti také vypijí větší množství mateřského mléka, mají nižší riziko novorozenecké žloutenky a za den v průměru naberou více na hmotnosti. Studie také poukazují na to, že matky, které mají děti na novorozeneckém oddělení, nespí delší dobu oproti matkám, které mají rooming-in i během noci. Většina matek, které vědí, že mají dítě blízko sebe, spí mnohem pokojněji. Rooming-in nemá jen krátkodobé, ale také déletrvající výhody pro matky a jejich děti. Vědecké studie napovídají tomu, že pokud jsou matky v časném šestinedělí v nepřetržitém kontaktu se svým dítětem, je mnohem menší výskyt zneužívání či zanedbávání potomka (Mrowetz 2011, str. 244-245).

### 4.2 Nošení dětí v šátku

Nošení dětí bylo dříve osvědčenou metodou, kterou využívaly nekultivované národy po celém světě, díky čemuž své děti chránily, kojily a nosily. V dnešní době nošení dětí nenahrazuje inkubátor, ale umožňuje vytváření blízkého vztahu mezi matkou a dítětem nebo otcem a dítětem. Patří také k výhodnému přesunu malých dětí a batolat. O tuto metodu projevila zájem psycholožka Jean Liedloff, pocházející z Ameriky, která ve své knize představovala znalosti ohledně vychovávání dětí jihoamerickými indiány. Nejvíce všimáné metody nošení dětí byly v plentě nebo pásech z látky (Ryba 2017). Tyto metody jsou u nás stále více



podporovány. Šátkování přináší blízkou citovou vazbu s oběma rodiči, snazší kontakt s prsem a sání dítěte, či předejití novorozeneckých kolik. Jako nejúčinnější z těchto výhod považujeme hlavně vývoj citového vztahu. U předčasně narozených dětí jsou to navíc ještě hlediska termostability, prevence proti patogenům a výživy. Tato metoda může mít nežádoucí vliv na správné vyvíjení páteře, pánve a kyčlí. Aby se předešlo riziku špatného vývoje celého kosterního systému, do půl roku věku dítěte by se mělo uvažovat jen do šikmé polohy, nikoli vertikální, ve které by mu měla být umožněna doširoka rozložená opěra na zadeček a stehna. Správnou polohou je takzvaná poloha žáby, spočívající v abdukcii kyčelních kloubů, kdy má dítě nožky roznožené do tvaru W na bocích matky a položenou hlavičku mezi jejími prsy. Pozor by se mělo dávat na dostatečný prostor, kde se matka s dítětem v šátku pohybuje, také by se nemělo zapomínat na střídání stran a zajistit dost místa pro dýchání. Je důležité upozornit na to, že využívání této metody se nedoporučuje v rámci celodenní aktivity. Nošení v plentě či šátku neslouží k podpoře psychomotorického vyvíjení, ale patří k formám, kterými se upevňuje vztah dítěte s matkou či otcem, nebo se tím prakticky přepravují malé děti či batolata. Známy biolog Bernard Hassenstein zkoumal jednání a život zvířecích druhů. Primárně studoval vazbu mezi matkou a jejím mládětem. Tato metoda je vlastně kopírování přírody, kdy se mládě savce, např. primáta, drží matčiny srsti, jelikož se samo nedokáže volně pohybovat. V Čechách máme na tento výzkum odborníky, manželé Šráčkovi. Podle nich není novorozené dítě aktivním nošencem, protože se ještě samo nezvládne držet matky, ale nazvali ho pasivním nošencem (Ryba 2017).

Pro novorozené dítě by měla matka vybrat vhodný šátek, který bude vyroben z pružného či pevného materiálu, aby bylo dítěti umožněno nošení v poloze klubíčka. Pro správné uchycení dítěte v šátku, by dítě mělo mít v jedné rovině zároveň čelo, nos, bradu a slabiny, aby nedošlo k odklonění do boku. Matka má pevně utažený šátek, rozložený po celé ploše ramen. Proto je podstatné, myslet při výběru šátku na kvalitu materiálu, protože při používání ne zcela kvalitního, může být pro matku obtížné si ho uvázat (Harnošová 2016, s. 11).

### **4.3 Společné spaní**

Pojmem společného spaní můžeme popsat libovolný způsob usínání, což ne vždy znamená, ve stejné posteli. Může se tím myslet také spánek dítěte v postýlce vedle postele rodičů či lehátka, ve společné místnosti s rodiči (Buckleyová 2016, s. 330). Společné spaní je přirozené a komfortní, jelikož skoro každé dítě touží po tom, usínat vedle svých rodičů. Mezi výhody můžeme zařadit i lehčí kojení a uspávání. Pro malé novorozence, kteří si teprve nacvičují dýchání, je bezpečnější spát vedle rodičů než v postýlce. Děťátko si za nějakou

dobu srovná spánkový rozvrh a bude kopírovat dýchání matky. Celá rodina se bude cítit nejlépe, když všichni budou usínat v jedné velké posteli. Někdy je snazší, když se k manželské posteli přistrčí postýlka dítěte a odstraní se z ní jeden díl plůtku. Miminko má svůj prostor, a pokud bude mít potřebu v noci se přitulit či si chtít dopřát matčinu blízkost, lehce se k matce dostane. Je doporučováno, aby dítě spalo vždy na jedné straně postele, aby nedocházelo k oddělování rodičů. Při společném spaní se také uvolňuje hormon štěstí a lásky – oxytocin (Harnošová 2016, s. 10). Po provedené studii, do které byly zahrnuty vybrané matky s dětmi, se potvrdilo, že děti spící společně s matkou, mají zvýšenou tělesnou teplotu a zrychlenou srdeční frekvenci, oproti dětem, které spaly samotné mimo postel matky. Příčinou zvýšené teploty a zrychlené srdeční frekvence by mohlo být pohybování se dítěte, přičemž současně, pokud je potomek v blízkosti matky, má více stimulován hmat, sluch, chuť a také čich. Jednou z forem společného spaní je také spánek dítěte ve stejném pokoji jako rodiče a díky této formě je až pětinasobně snižováno riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence, narozdíl od dětí, které spí v jiné místnosti. Tento jev je nejspíše podmíněn společnou úpravou dechu dítěte v přítomnosti rodičů (Buckleyová 2016, s. 327-328).

V pozdějším věku batolete je také snazší učení bezplenkové komunikační metody v průběhu noci. Podmínkami bezpečného a společného spánku jsou hlavně absence drog, alkoholických nápojů a tlumících léků, aby nedošlo k zalehnutí miminka. (Harnošová 2016, s. 10) Z hlediska bezpečnosti dítěte by se matky měly vyvarovat na společném lůžku používání měkkých polštářů, přikrývek a látkových hraček, protože všechny tyto věci mohou dítěti zakrýt obličej a hrozí riziko udušení (Buckleyová 2016, s. 345).

#### **4.4 Kojení**

Kojení je považováno za jeden z nejhodnotnějších darů, které matka svému dítěti může dopřát. Pokud se matka rozhodne své dítě kojit v průběhu prvního, významného roku života dítěte, někdy i déle, má dítě posílený imunitní systém, což má příznivý vliv na jeho zdraví. Kojení není jen dodávkou mateřského mléka, je také pro kojící matku krásnou stránkou mateřství, kdy se se svým dítětem dostává do stabilního a bezpečného propojení plného lásky. Kojení nemá jen krátkodobé benefity, má také dlouhotrvající, z nichž nějaké mohou zůstat po boku děťátka po celý jeho život. Tento láskyplný akt, který je v době kojení ze strany matky nejsilnějším prožitkem, obdarovává miminko fyzickým kontaktem, chováním se v náruči a pohledem z očí do očí. Při kojení se aktivně vylučují hormony štěstí a lásky, díky kterým matka i dítě prožívají tyto dojmy. Kojení je zásluhou těchto hormonů podporováno a současně pozitivně působí na vyvíjení nervového systému novorozence, mateřský

pud a jednání. Kojení je dar pro dítě, jenž posiluje štěstí a zdraví celé rodiny (Buckleyová 2016, s. 309).

Kojení je přirozeným způsobem výživy novorozeného dítěte. Dle WHO se doporučuje výhradní kojení do šesti měsíců věku. V pokračujícím období se do stravy dítěte zahrnují také příkrmy se společným kojením do dvou let, někdy i delší dobu. V případě plně kojeneho dítěte není potřeba doplňování dalších tekutin. Mezi výhody kojení můžeme zařadit hlavně ideální složení stravy, předcházení civilizačních chorob, do kterých počítáme například aterosklerózu či diabetes mellitus, dále se jím dodávají imunologické suplementy a v neposlední řadě je kojení také ekonomicky výhodné (Dort a kolektiv 2013, s. 60).

Mléčná žláza ženy se na kojení připravuje v průběhu celého těhotenství, což je ovlivněno hormonálním působením estrogenů. Po porodu je blokující vliv placenty odstraněn a díky prolaktinu se začne v prsech tvořit mateřské mléko. Stimulací bradavek prostřednictvím sání dítěte se zvyšuje laktace (Dort a kolektiv 2013, s. 61). Kojení je dobrým způsobem, jak poznat své dítě. Je žádoucí, aby matka reagovala na signály dítěte, což vede k úspěšnému kojení a zároveň se vytváří důvěrný vztah mezi matkou a dítětem. Prolaktin a oxytocin jsou mateřské hormony spojené s kojením a napomáhají k tomu, aby se matka uvolnila a nebyla v napětí (Sears 2012, s. 8-9). Kojení je nejlepší zahájit ihned po porodu, kdy je sací reflex u dítěte vyvinutý a poměrně silný. V prsou je ze začátku kolostrum, které je prospěšné pro svou výživnou hodnotu a také proto, že obsahuje protilátky proti mikrobům. Zhruba dva až tři dny po porodu se v prsou tvoří plné mléko. Díky tomu, že se novorozenec otírá o bradavku, olizuje ji a saje, stimuluje se tak vyplavování hormonu oxytocinu, který způsobí, že se mléko uvolní z mlékovodů (Gaskin 2013, s. 215).

#### **4.5 Bezplenková komunikační metoda**

Bezplenkovou komunikační metodu bychom mohli nazvat také jako hygienu miminek a kojenců. Dříve byla využívána jen v Africe či Jižní Americe, ale v dnešní době se pomalu dostává i do Evropy. Je dokázáno, že dítě je bezprostředně po porodu zdatné a umí povolit svůj svěrač, ale aby si to dítě uvědomilo a dokázalo ho v určité chvíli zadržet, to se bude muset nejprve učit a cvičit. A právě při této metodě se um zadržení svěrače řitního otvoru zužitkovává a umožňuje dítěti vykonávat svoji potřebu mimo plenu či oblečení. Je dobré zahájit tuto metodu nejdéle do šesti měsíců věku dítěte. Při obvyklém učení dětí na nočník se mohou použít určité složky z této bezplenkové metody. Ale není to klasické učení na nočník, jelikož dítě na nočníku nesedí, nýbrž rodič ho má v ruce v poloze klubíčka nad

určitou nádobou či toaletou. Tato poloha je pro děti známá, jelikož byly takto uloženy v bříšku matky a mají tuto polohu velmi rády. Praktikováním této bezplenkové komunikační metody se tvoří pevný a láskyplný vztah s dítětem. Výhodami této metody je například to, že je ekologická a zároveň i ekonomická, dále je dítě mnohem více klidné, méně často pláče, nebolí ho bříško a jeho vylučovací systém získává svůj rytmus. Jelikož je tedy většinu času v suchém prostředí, je méně náchylné na opruzení. Dítě se také rychleji naučí chodit na nočník narozdíl od dětí, které nosí pleny. Mezi základní prvky této techniky počítáme zvuk vylučování, náznak dítěte, vlastní tušení a správné načasování. Tuto techniku je možno uplatňovat buď úplně, nebo jen z části. Je důležité, aby matka při této metodě byla hlavně trpělivá a klidná, neměla by mít na sebe a dítě ihned velké nároky, při neúspěchu se nijak neobviňovat a dopřát si pár dní klid a poté to za nějaký čas zkusit znovu (Klementová 2013).

#### **4.6 Bonding po císařském řezu**

Podpořit bonding můžeme také po císařském řezu, a to přitisknutím novorozeného dítěte na prsa nebo k tváři maminky. Novorozenec se takto většinou velmi brzy uklidní. Po porodu císařským řezem v plné narkóze můžeme přiložit dítě ke tváři spící matky nebo je možné zapojit otce či jinou blízkou osobu. Pro miminko je určitě lepší láskyplná náruč, než aby bylo úplně bez lidského dotyku. Otcové, kteří se včas zapojí do procesu bondingu, se lépe adaptují do vztahu se svými dětmi a častěji projevují větší trpělivost na jejich výchovu (Mrowetz 2011, s. 24). Vstup do života císařským řezem může být pro novorozené miminko záchranou života, ale také nedobrovolným vstupem do vnějšího světa, a to ve chvíli, kdy ještě není připraveno nebo se chtělo narodit přirozenou cestou (Samková 2020, s. 208-209).

Pokud je matka v celkové anestezii, (není tedy u okamžiku, kdy dítě přichází na svět) a ví o tomto způsobu porodu dopředu, měla by s touto informací aktivně pracovat. V tomto případě by měl dítě přivítat na svět právě otec nebo jiná doprovodná osoba předem určená matkou. Pokud je matka při vědomí, miminko se jí na krátkou dobu ukáže a poté je odneseno na novorozenecké oddělení, aby ho mohl prohlédnout pediatr. Na toto oddělení může novorozence doprovodit tatínek či osoba blízká, kterou matka již dříve určila. Na většině operačních sálů je klimatizace, díky které je teplota nižší než by novorozenec potřeboval, což je důvodem, proč právě první kontakt mezi matkou a dítětem není tak dlouhý. Zdravotnický personál se ale hodně snaží, aby první kontakt byl co nejdelší, nejintimnější a nejsilnější, aby nepřekazili tento důležitý moment v životě matky a dítěte. V poslední době se v našich po-

roductních zvyšuje úroveň péče o matku a dítě i po císařském řezu. Narušit tento vzácný okamžik mohou tedy snad už jen zdravotní problémy ze strany maminky nebo miminka (Samková 2020, s. 208-209).

Pokud bývá porod komplikovaný nebo jde o císařský řez, dochází často k několika-hodinové separaci matky a novorozence. Odloučení je stresující jak pro matku, tak i pro dítě. Porodní asistentka Alžběta Samková radí, že jakmile své dítě matka dostane k sobě na pokoj, aby si vše vynahradili. Matka by si měla položit své dítě na tělo, klidně úplně nahé, líbat ho a mazlit se s ním. V této společné chvíli by matka svému děťátku měla vysvětlit, proč muselo být bez její přítomnosti nějaký čas. Pokud u toho bude plakat, je to zcela normální jev. Jestliže trauma ze separace bude trvat delší dobu, měla by žena vyhledat psychologa či jiného odborníka, který má zkušenosti s těmito typy problémů. Jsou i případy, kdy oddělení je nutné, avšak někdy jde ještě jen o zvyklost a řád porodnického zařízení. Své důležité místo má také vybavení prostor určité porodnice (Samková 2020, s. 209-210).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 FORMULACE PROBLÉMU

V současné době se o bondingu a podpoře raného kontaktu velmi mluví. Považuje se za jeden z nejdůležitějších okamžiků v životě dítěte a matky. Má vliv na úzký vztah matky s novorozenečným dítětem, to znamená, že je-li bonding jakkoli narušený, je možné, že dojde k horší poporodní adaptaci dítěte nebo i horší adaptaci matky na novou životní roli. Častým zdrojem informací pro ženy bývají internetové diskuze, které nejsou vždy odborné a většinou jen vyplývají ze špatných zkušeností žen po porodu, tudíž může docházet k šíření mylných informací o bondingu a jeho možnostech. Bylo by vhodné, aby ženy byly dostatečně informované svým obvodním gynekologem či porodní asistentkou o možnostech bondingu a jeho důležitosti po porodu. Proto jsme se touto existující problematikou rozhodly zabývat.

„Mají ženy v dnešní době možnost bondingu? Jsou dostatečně informované?“

## 6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem je zjistit informovanost a průběh bondingu u žen do jednoho roku po spontánním porodu.

### **Cíl 1: Zanalyzovat stupeň znalostí o bondingu.**

**Výzkumný problém:** Znájí ženy pojem bonding? Jaký názor mají ženy na vliv bondingu na rozvoj laktace?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 12

### **Cíl 2: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti o bondingu.**

**Výzkumný problém:** Znájí ženy definice pojmů související s bondingem? Jsou tyto skutečnosti ovlivněny jejich věkem a vzděláním?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1, 2, 5, 6, 7, 9, 12, 23, 24

### **Cíl 3: Zjistit, zda proběhlo odložení přerušení pupeční šňůry.**

**Výzkumný problém:** Bylo ženám umožněno pozdní přerušení pupeční šňůry?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 15, 16

### **Cíl 4: Zmapovat, jak probíhal bonding na porodním sále.**

**Výzkumný problém:** Jakým způsobem probíhal bonding? Má na bonding vliv forma porodu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18

### **Cíl 5: Zmapovat, jakou roli zastává partner u porodu.**

**Výzkumný problém:** Jakou roli má partner u porodu? Proběhl kontakt dítěte s partnerem?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 19, 20, 21, 22

### **Cíl 6: Zmapovat, zda po porodu došlo k přiložení k prsu a následný bonding měl vliv na dlouhodobou laktaci.**

**Výzkumný problém:** Bylo dítě přiloženo k prsu? Kým? Měl bonding vliv na dlouhodobou laktaci?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 10, 12, 25, 26, 27

## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu jsme zvolily jako cílovou skupinu ženy do jednoho roku po spontánním porodu. Jiná kritéria nebyla stanovena.

## **8 METODIKA PRÁCE**

K vypracování naší bakalářské práce jsme si zvolily kvantitativní výzkum. Pomocí kvantitativního výzkumu je možné využít sběr dat pomocí dotazníků. Zachází většinou s velkým souborem respondentů. Úkolem této metody je statisticky popsat druh závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Po získání dat z výzkumu následuje je analyzovat statistickými metodami a poté interpretovat. Výhodou zvolené metody relativně rychlá analýza a sběr dat (Juszczuk 2008, s. 18).

Ke sběru dat jsme zvolily polostrukturovaný dotazník, který obsahoval 27 otázek. Skládal se z 24 uzavřených otázek, u kterých byla možná pouze jedna správná odpověď a ze tří otázek polootevřených, kde měly respondentky možnost výběru z více odpovědí. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 15 minut. První otázky v dotazníku se zaměřují na znalost žen o bondingu. Pomocí těchto otázek jsme chtěly zjistit, zda má věk a vzdělání respondentek vliv na znalosti o bondingu a jeho možnostech. Další otázky jsou zaměřené na zažité formy bondingu při porodu a zda má bonding vliv na rozvoj laktace.

## **9 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Výzkum probíhal od 31.12.2020 do 21.1.2021. Dotazníky obsahující 27 otázek byly zveřejněny na internetových stránkách [www.facebook.com](http://www.facebook.com). Prostřednictvím sociálních sítí jsme oslovili těhotné i ženy do 1 roku po porodu v uzavřených či veřejných skupinách „Miminka 2020“, „Rodíme 2020/2021 - maminky a miminka <3“, „Rodíme 2020/2021! <3“, „Maminky, těhulky a snažilky :)“, „Maminky z Orlickoústecka“, „(Ne)normální maminky“, „Prosincová miminka 2019-bez schvalování“, „Miminka červen 2020“, „Snažíme se o miminko, jsem těhotná, máme miminko <3“, „<3 Vše pro miminka <3“, „Těhulky a maminky“, „Miminka leden 2020“, „Maminky květen 2020“, „Narození 2020 (rady a porady)“, „Maminky z Plzeňska“, „Mimi květen, červen, červenec 2020“, „Miminka září v září 2020 bez tabulek <3“.

## **10 ZPRACOVÁNÍ DAT**

Cílem bylo oslovit minimálně 110 respondentů. Na internetových stránkách bylo nakonec řádně vyplněno 338 dotazníků. Výsledky byly zpracovány pomocí MS Excel. Pro zpracování byla použita popisná statistika, absolutní a relativní četnost.



## 11 ANALÝZA DAT

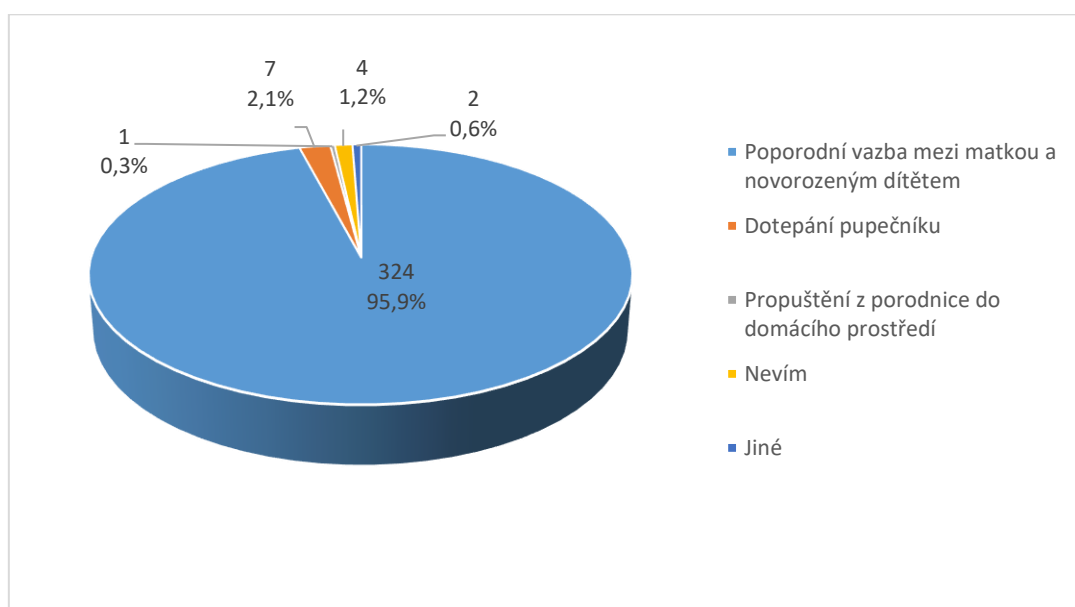
### Cíl 1: Zanalyzovat stupeň znalostí žen o bondingu.

**Výzkumný problém:** Znájí ženy pojem bonding?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 12

Otázka č. 7 – Co podle Vás znamená slovo bonding?

**Graf č. 1 – Znalost pojmu bonding**

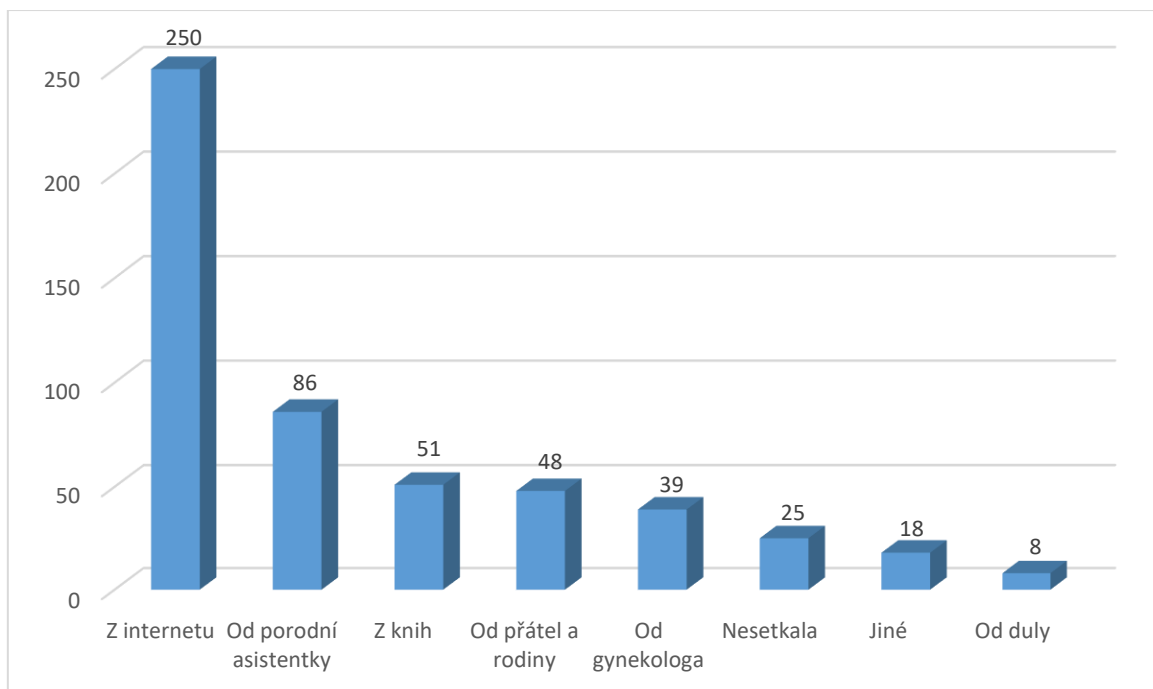


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 338 žen jich 324 (95,9%) uvedlo, že pojem bonding znamená poporodní vazba mezi matkou a novorozeným dítětem. 7 žen (2,1%) si myslelo, že bonding je dotepání pupečníku. 4 ženy (1,2%) nevěděly, co pojem bonding znamená. 2 ženy (0,6%) vybraly možnost jinou, kdy obě z nich uvedly, že pro každého bonding znamená něco jiného a 1 žena (0,3%) vybrala možnost propuštění z porodnice do domácího prostředí.

Otázka č. 8 – Setkala jste s pojmem bonding? Pokud ano, odkud? (Možnost výběru více odpovědí)

Graf č. 2 – Zdroje informací o bondingu

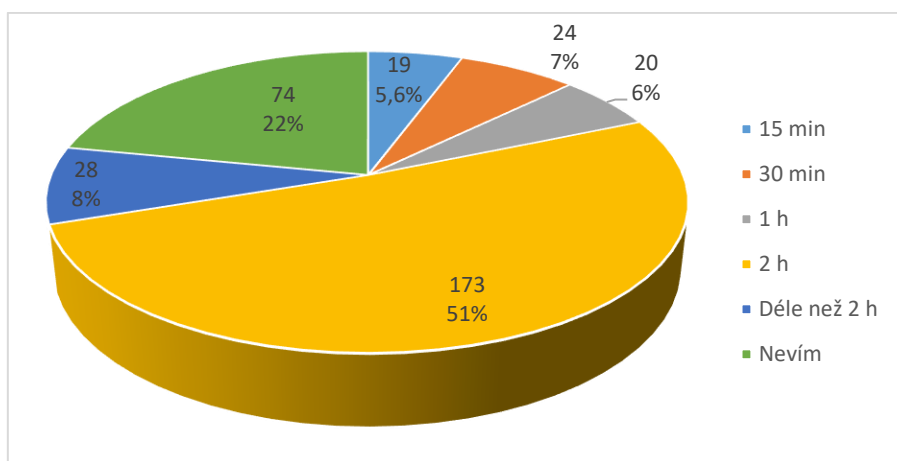


Zdroj: vlastní

U otázky č. 8 měly ženy možnost volné odpovědi. Odpovídalo 338 žen, z toho 250 žen se setkala s pojmem bonding na internetových stránkách. Mezi další zdroj informací byla porodní asistentka, od které bylo informováno 86 žen. 51 žen znalo pojem bonding z knih a dalších 48 žen od přátel a rodiny. 39 žen bylo informováno svým gynekologem a 25 žen se s tímto pojmem dosud neseťkaly. 8 žen zvolilo možnost doly a dalších 18 žen si vybralo možnost jinou, kdy se opakovaly stejné zdroje informací jako škola, předporodní kurz, či že dané ženy vystudovaly porodní asistenci.

### Otázka č. 9 – Víte, jak dlouho by měl bonding trvat?

**Graf č. 3 – Trvání bondingu**

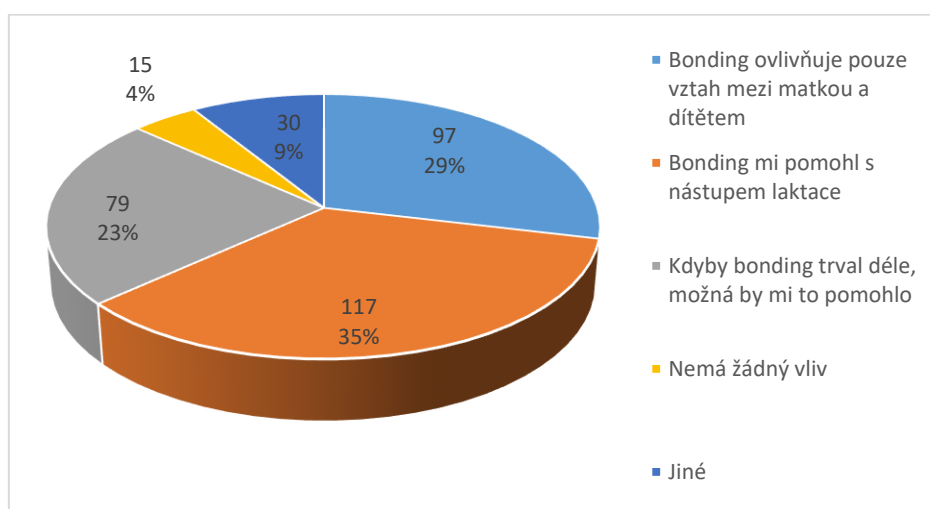


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 338 žen, 173 dotazovaných žen (51%) odpovědělo kladně, že by měl bonding trvat 2 hodiny. Další část žen, konkrétně 74 žen (22%) nevědělo, jak dlouho by měl bonding trvat. 28 žen (8%) odpovědělo, že by měl bonding trvat déle než 2 hodiny. 24 žen (7%) odpovědělo dobu trvání bondingu možnost 30 minut. Další skupinou žen bylo 20 žen (6%), které se domnívaly, že bonding by měl trvat jednu hodinu. Zbýlých 19 žen (5,6%) vybralo možnost odpovědi 15 minut.

### Otázka č. 12 – Má podle Vás bonding vliv na rozvoj laktace?

**Graf č. 4 – Bonding a jeho vliv na rozvoj laktace**



Zdroj: vlastní

Bonding má také vliv na rozvoj laktace. Pouze 117 žen (35%) z 338 si bylo této spojitosti vědoma. Další větší skupinou a to 97 žen (29%) si myslelo, že bonding ovlivňuje jen vztah mezi matkou a dítětem. 79 žen (23%) uvedlo, že pokud by u nich bonding trval déle, k laktaci by jim to možná pomohlo. 30 žen si vybralo možnost jinou, kdy 15 z nich uvedlo jako vliv na rozvoj laktace více faktorů než jen samotný bonding, dalších 7 uvedlo, že si myslely, že bonding má vliv na rozvoj laktace, ale tyto ženy se nakonec nerozkojily. 3 ženy uvedly, že nekojily ze zdravotních důvodů, dalším 3 ženám se nerozběhla laktace z důvodu manuálního vybavení placenty a celkové anestezie a 2 ženy zvolily jako možnost bondingu, který ovlivňuje jen vztah s otcem. Jen 15 žen (4%) si myslelo, že bonding nemá žádný vliv na rozvoj laktace.

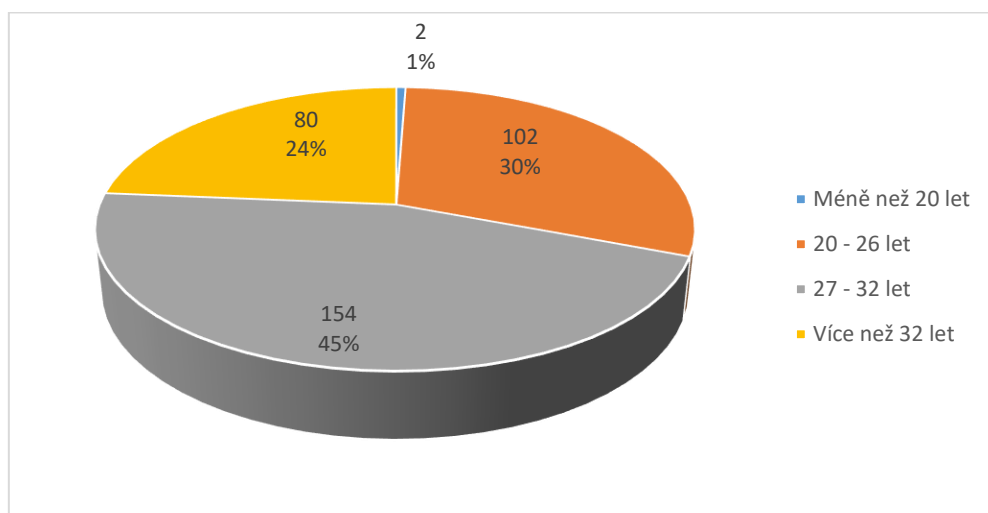
## **Cíl 2: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti o bondingu.**

**Výzkumný problém:** Znají ženy definice pojmů související s bondingem? Jsou tyto skutečnosti ovlivněny jejich věkem a vzděláním?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1, 2, 5, 6, 7, 9, 12, 23, 24

Otázka č. 1 – Kolik Vám je let?

**Graf. č. 5 – Věk dotazovaných žen**

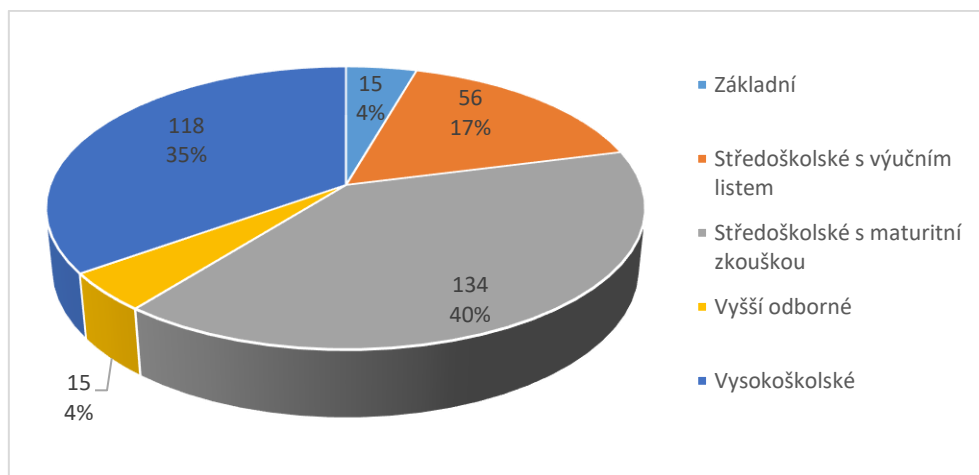


Zdroj: vlastní

Bylo osloveno 338 žen a nejčastěji se jednalo o ženy ve věku 27 – 32 let, kterých bylo 154 (45%). Následující skupina žen byla ve věku 20 – 26 let, jichž bylo 102 (30%) a 80 ženám (24%) bylo více než 32 let. Pouze 2 ženám (1%) bylo méně než 20 let.

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 6 – Dosažené vzdělání dotazovaných žen

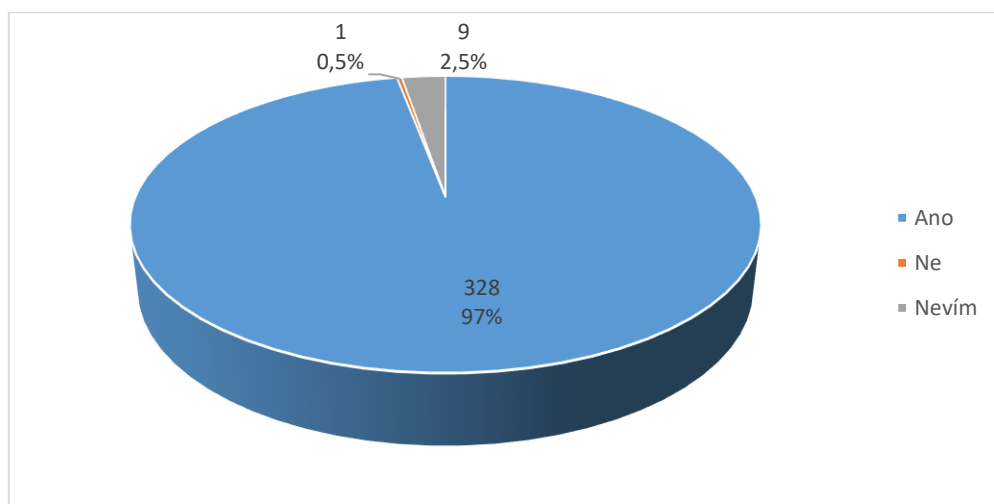


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 338 dotazovaných žen mělo 138 žen (40%) středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou, 118 žen (35%) vysokoškolské vzdělání, 56 žen (17%) středoškolské vzdělání s výučním listem, 15 žen (4%) mělo vzdělání základní a posledních 15 žen (4%) vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 5 – Myslíte si, že je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?

Graf č. 7 – Bezprostřední kontakt s dítětem po porodu

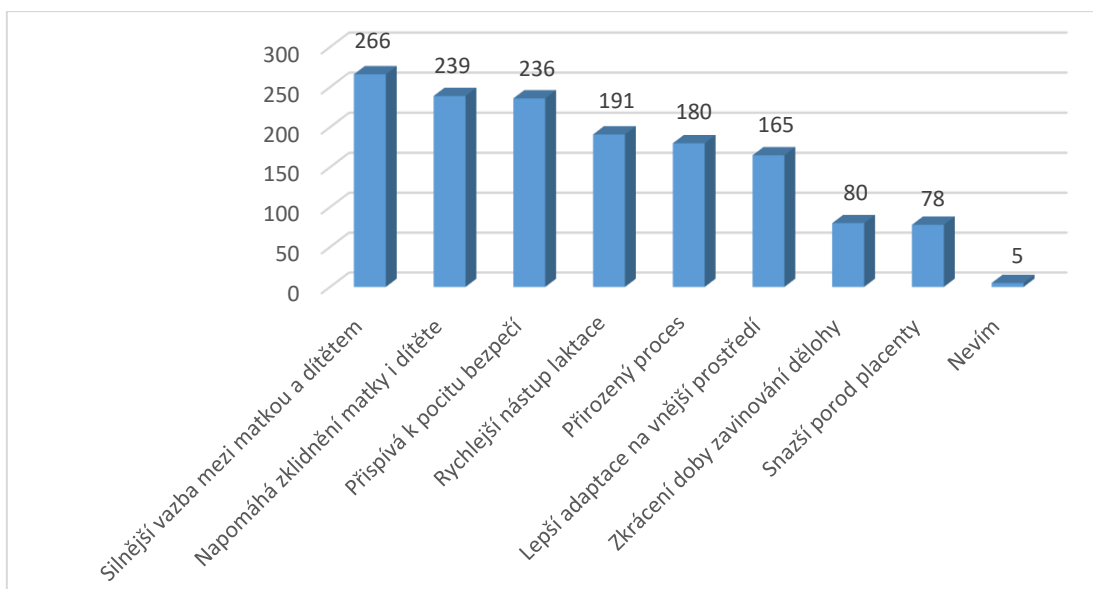


Zdroj: vlastní

Nejvíce žen a to konkrétně 328 (97%) si myslelo, že bezprostřední kontakt s dítětem po porodu je důležitý. 9 žen (2,5%) odpovědělo možností nevím a pouze 1 žena (0,5%) si myslela, že bezprostřední kontakt s dítětem není důležitý.

Otázka č. 6 – Proč si myslíte, že je bezprostřední kontakt s dítětem důležitý?

**Graf č. 8 – Důvody bezprostředního kontaktu**

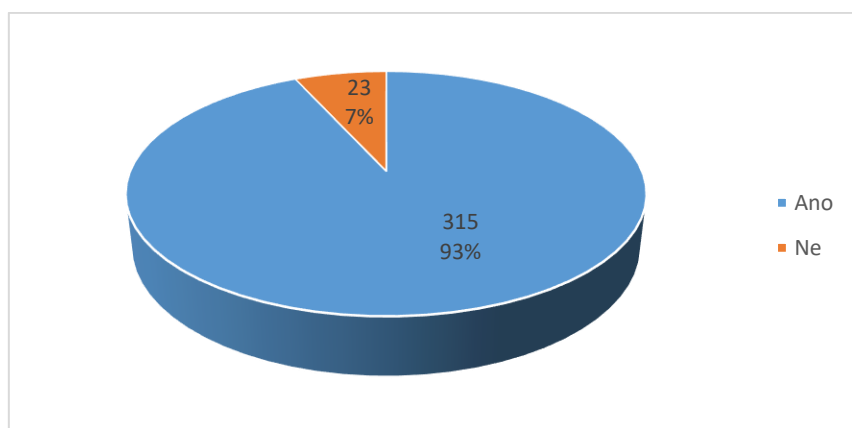


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 338 odpovědí, až 266 žen nejvíce vybralo odpověď na důležitost bezprostředního kontaktu po porodu silnější vazbu mezi matkou a dítětem. Mezi další důvody patří napomáhání ke zklidnění matky i dítěte, na což odpovědělo 239 žen. 236 žen si vybralo odpověď, že kontakt přispívá k pocitu bezpečí. 191 žen udalo jako důvod bezprostředního kontaktu rychlejší nástup laktace a dalších 180 žen bralo důležitost kontaktu jako přirozený proces. 165 žen se domnívalo, že bezprostřední kontakt je nutný pro lepší adaptaci na vnější prostředí. 80 žen si vybralo odpověď zkrácení doby zavinování dělohy a 78 žen snazší porod placenty. Pouze 5 žen uvedlo, že neví, proč by měl být bezprostřední kontakt po porodu důležitý.

### Otázka č. 23 – Víte, co znamená slovo „samopřísátí“?

**Graf č. 9 – Pojem samopřísátí**

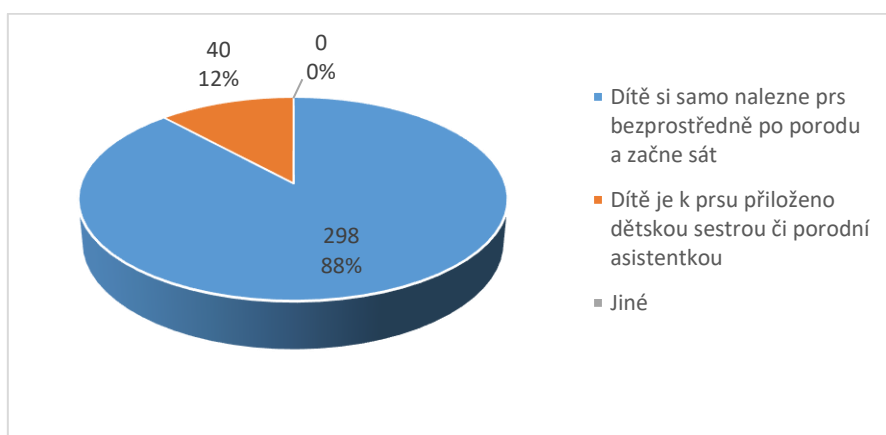


Zdroj: vlastní

Většina žen si byla vědoma, co znamená slovo samopřísátí a to 315 žen (93%) z 338 oslovených. Pouze 23 žen (7%) neznalo pojem samopřísátí.

### Otázka č. 24 – Co podle Vás znamená slovo samopřísátí?

**Graf č. 10 – Povědomost žen o samopřísátí**



Zdroj: vlastní

Samopřísátí je definováno jako nalezení prsu matky samotným dítětem bezprostředně po porodu a sáním. Správnou definici znalo 298 žen (88%). Dalších 40 žen (12%) z 338 oslovených charakterizovalo samopřísátí jako přiložení dítěte k prsu dětskou sestrou či porodní asistentkou. Žádná z žen (0%) si nevybrala možnost jiné odpovědi.

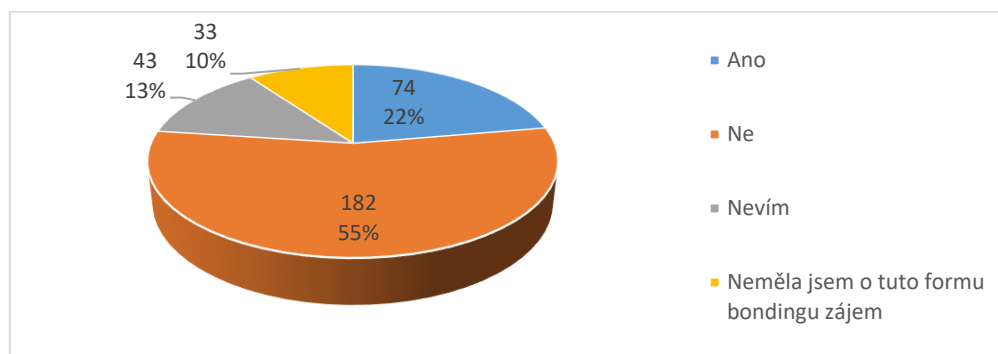
### **Cíl 3: Zjistit, zda proběhlo odložení přerušeni pupeční šňůry.**

**Výzkumný problém:** Bylo ženám umožněno odložení pupeční šňůry?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 15, 16

Otázka č. 15 – **Bylo vám umožněno/chtěla jste odložení přerušeni pupeční šňůry?**

**Graf č. 11 – Odložené přerušeni pupeční šňůry**

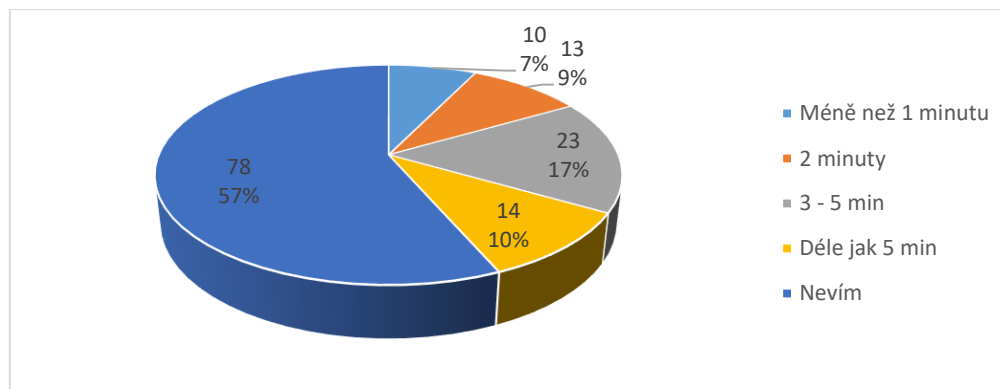


Zdroj: vlastní

Více než polovina z 338 oslovených žen, přesněji 182 (55%) uvedlo, že jim nebylo umožněno odložené přerušeni pupeční šňůry. Pouze u 74 žen (22%) proběhla tato forma bondingu. 49 respondentek (13%) nevědělo, zda jim bylo provedeno pozdní přerušeni pupečníku. 33 (10%) nemělo o tuto formu bondingu zájem.

Otázka č. 16 – **Pokud u Vašeho porodu proběhlo odloženi přerušeni pupeční šňůry, jak dlouho to trvalo?**

**Graf č. 12 – Doba trvání odloženi přerušeni pupečníku**



Zdroj: vlastní



Až 78 žen (57%) z 338 oslovených uvedlo, že nevědělo, jak dlouho trvalo, než jejím dětem byla přestřižena pupeční šňůra. U další skupiny žen, konkrétně 23 (17%), trvalo 3-5 minut, než porodník přestříhl pupečník. 14 žen (10%) odpovědělo trvání odložení přerušení interval déle jak 5 minut. Dalších 13 žen (9%) si vybralo odpověď 2 minuty. Poslední skupina žen, 10 (7%), vybrala interval méně jak 1 minutu.

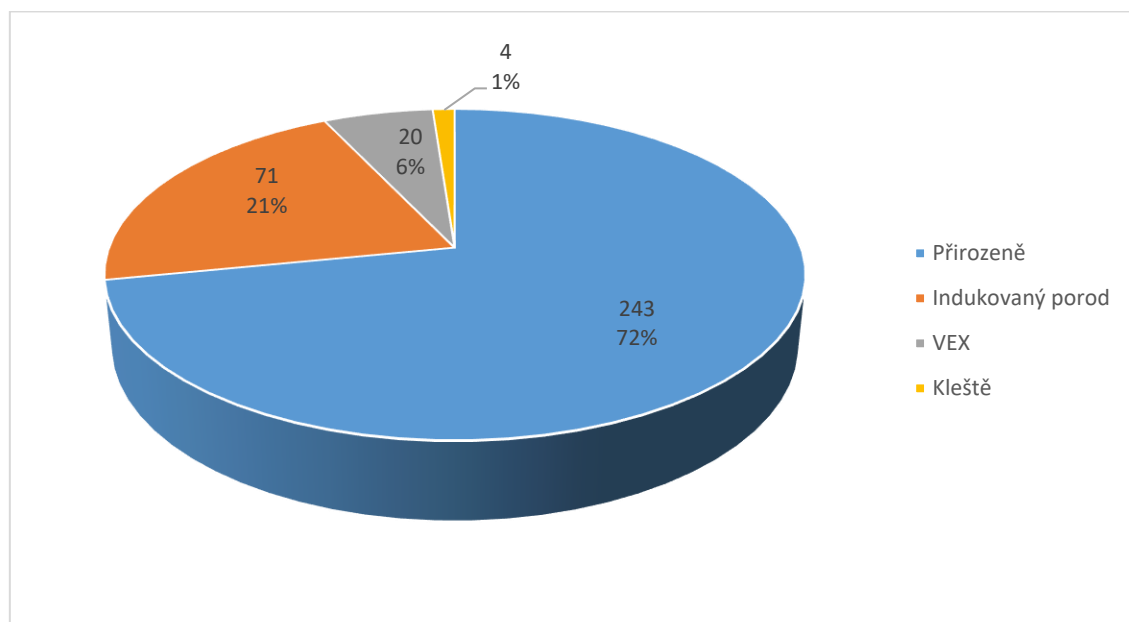
#### **Cíl 4: Zmapovat, jak probíhal bonding na porodním sále.**

**Výzkumný problém:** Jakým způsobem probíhal bonding? Má na bonding vliv forma porodu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Otázka č. 3 – **Rodila jste přirozeně či jinou formou?**

**Graf č. 13 – Forma porodu**

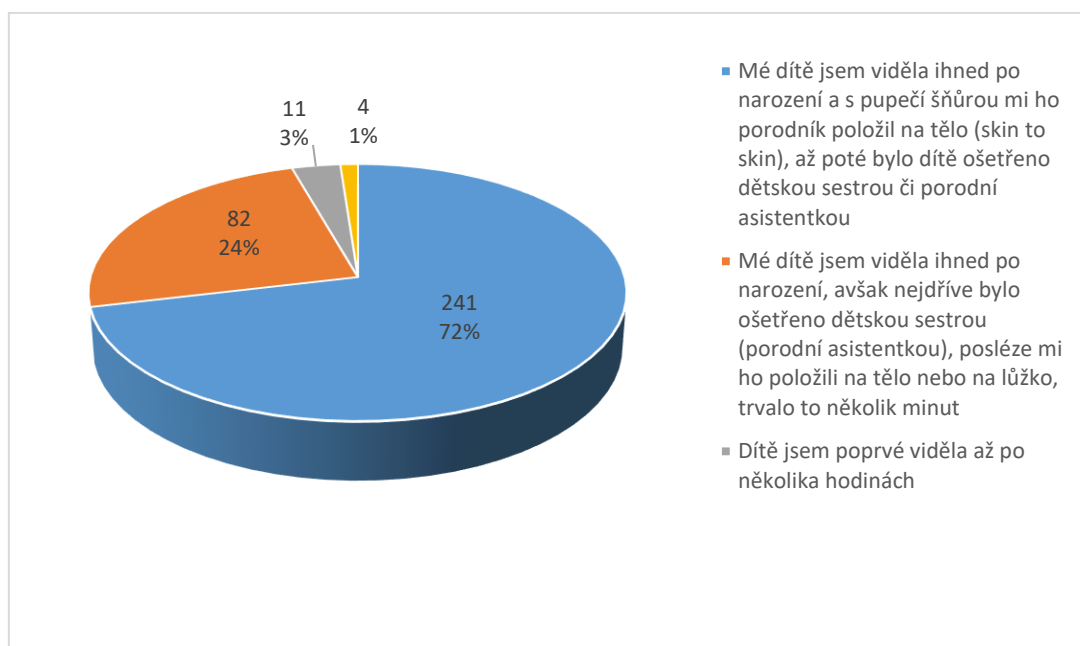


Zdroj: vlastní

Většina z 338 žen uvedla jako formu porodu přirozený způsob. Tuto možnost zvolilo 243 žen (72%). Další skupinou žen, konkrétně 71 žen (21%), které měly porod indukovaný neboli vyvolávaný tabletami či jinými preparáty. Pouze 20 žen (6%) mělo porod vedený pomocí VEXU („zvon s pumpičkou“ schopný vyvořit řízený podtlak na hlavičce dítěte – napomáhá snazšímu průchodu porodními cestami). U dalších 4 žen (1%) musely být při porodu použity kleště (používané pro rychlejší vypuzení dítěte z porodních cest).

#### Otázka č. 4 – Jak probíhal Váš první kontakt s dítětem po porodu?

**Graf č. 14 – První kontakt s dítětem po porodu**

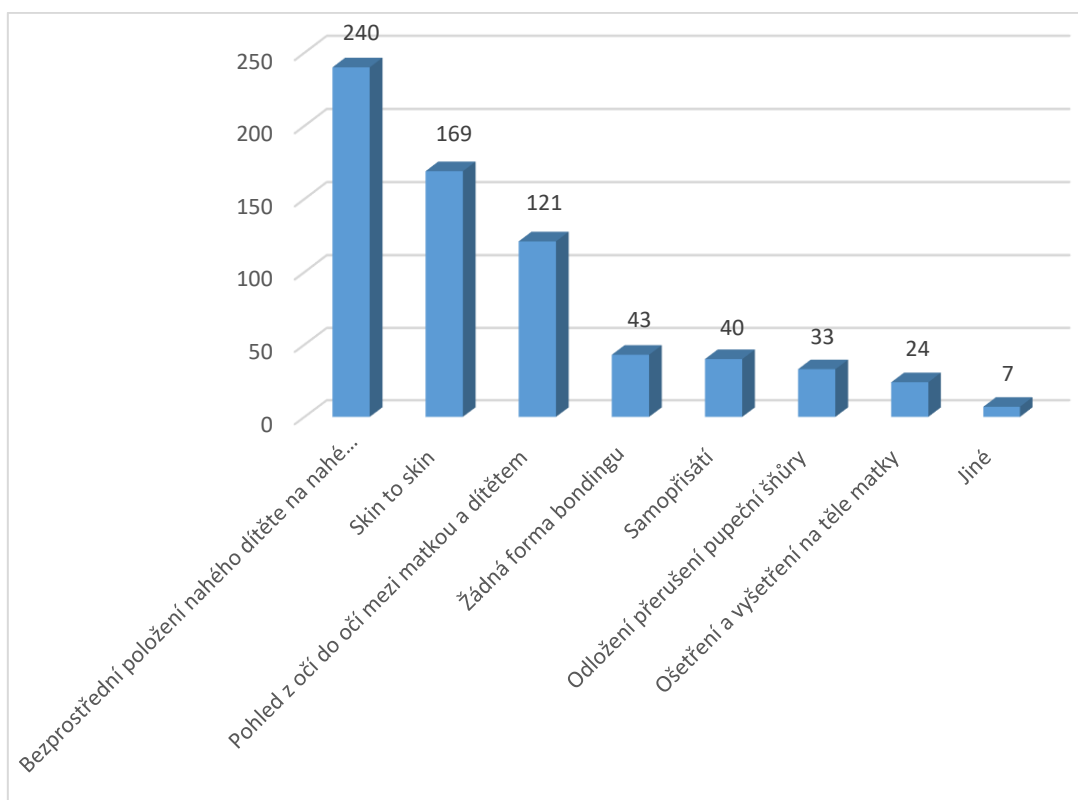


Zdroj: vlastní

241 žen (72%) uvedlo, že svoje dítě viděly ihned po narození a bylo jim i s pupeční šňůrou položeno kůži na kůži a až poté bylo dítě ošetřeno. 82 žen (24%) sdělilo, že své dítě viděly ihned po narození, avšak nejdříve bylo ošetřeno a následně jim bylo položeno na tělo nebo na lůžko, což trvalo několik minut. 11 žen (3%) své dítě poprvé vidělo až po několika hodinách. 4 ženy (1%) si vybraly možnost jinou, kdy 1 uvedla, že své dítě viděla až na pokoji oddělení šestinedělí, u 2 žen proběhl první kontakt s dítětem až po nějaké době z důvodů komplikací po porodu ze strany dítěte a u 1 ženy proběhl první kontakt s dítětem jen na chvíli na těle z důvodu šití porodního poranění u matky.

## Otázka č. 10 – Jakou formu bondingu jste zažila při Vašem porodu?

Graf č. 15 – Forma bondingu při porodu

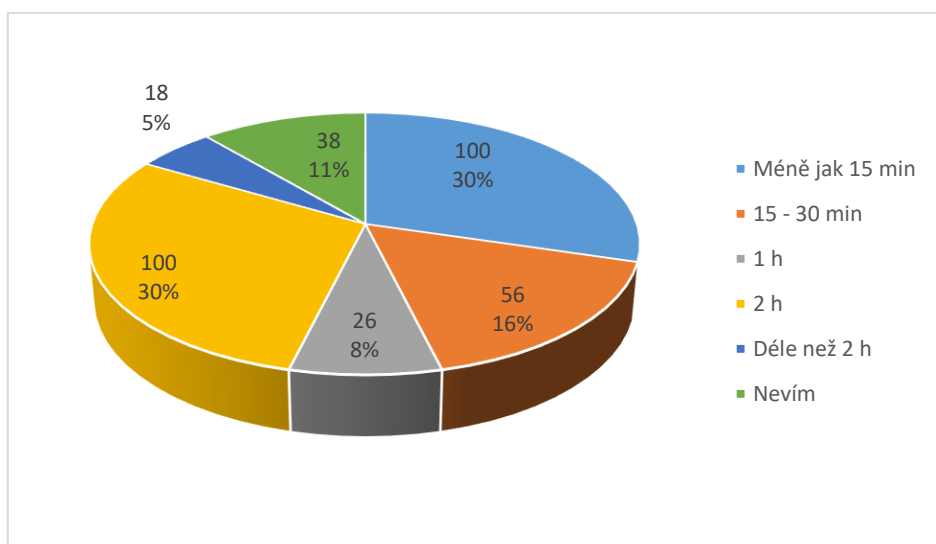


Zdroj: vlastní

U otázky č. 10 měly ženy možnost volné odpovědi. Nejvíce žen a to 240 (71%), zažilo při svém porodu bezprostřední položení nahého dítěte na nahé tělo matky. U druhé skupiny žen, konkrétně 169 (50%), proběhl kontakt skin to skin, tedy položení nahého dítěte na nahé tělo matky po porodu. Dále 121 žen (36%) uvedlo pohled z očí do očí mezi matkou a dítětem. 43 žen (12%) uvedlo, že žádnou formu bondingu nezažilo. 40 žen (11%) vybralo možnost samopřisátí, k čemuž dojde tehdy, kdy necháme doplazit samotného novorozence k prsu, 33 žen (10%) odložené přerušování pupeční šňůry a 24 žen (7%) ošetření a vyšetření na těle matky. 7 žen (2%) si vybralo možnost jinou, kdy 4 z nich uvedly, že kvůli komplikacím u nich bonding bohužel nebyl možný a další tři uvedly, že místo nich probíhal bonding dítěte s partnerem.

Otázka č. 11 – **Jak dlouho u Vás bonding trval?**

**Graf č. 16 – Doba trvání bonding u respondentek**

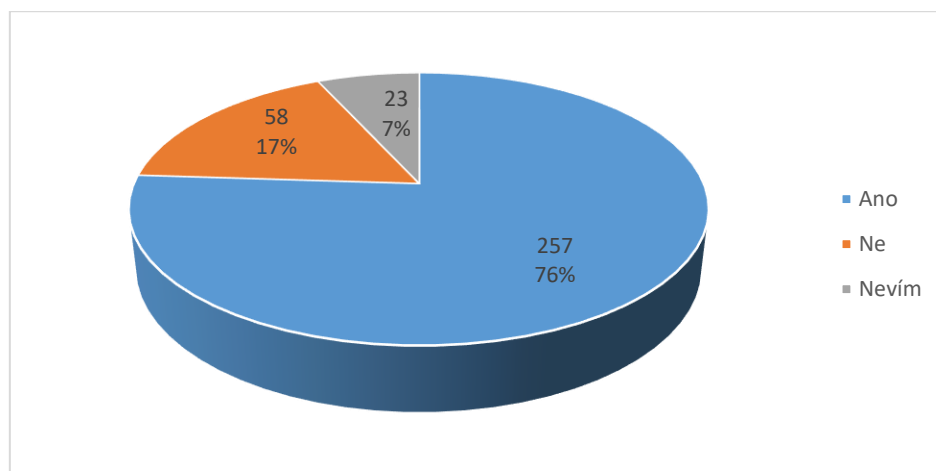


Zdroj: vlastní

U otázky č. 11, 100 žen (30%) zvolilo možnost méně jak 15 minut a stejný počet žen si vybralo možnost 2 hodiny. 56 respondentek (16%) uvedlo, že u nich bonding trval něco mezi 15 – 30 minutami a 38 žen (11%) nevědělo, jak u nich dlouho bonding trval. U 26 žen (8%) bonding trval jen 1 hodinu a jen u 18 žen (5%) bonding trval déle než 2 hodiny.

Otázka č. 13 – **Měla jste možnost po porodu zažít pohled z očí do očí se svým dítětem?**

**Graf č. 17 – Pohled z očí do očí**

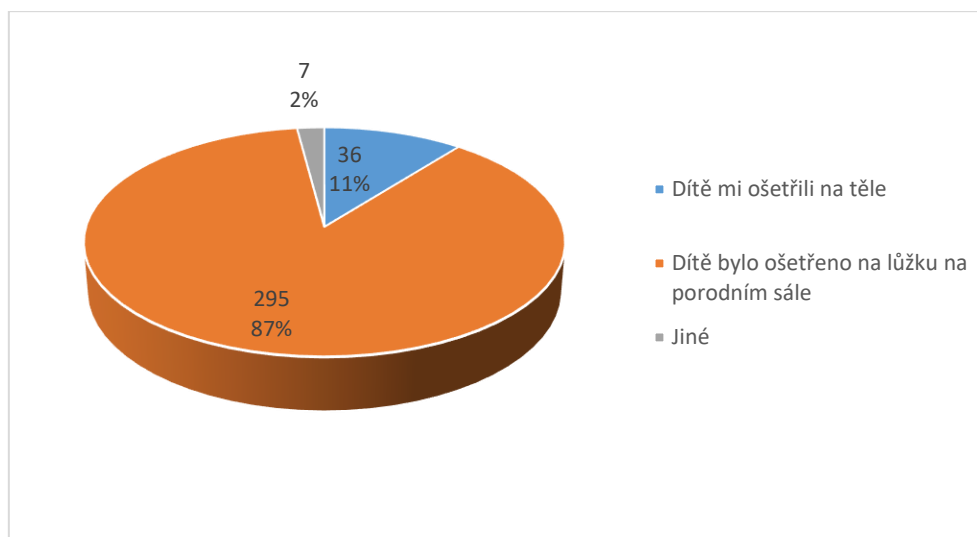


Zdroj: vlastní

Z 338 žen, konkrétně 257 (76%), z nich nejčastěji uvedlo, že měly možnost zažít pohled z očí do očí se svým dítětem. 58 žen (17%) tuto možnost nemělo. 23 žen (7%) nevědělo, zda tento pohled zažily.

Otázka č. 14 – **Jak probíhalo první ošetření Vašeho dítěte po porodu?**

**Graf č. 18 – První ošetření dítěte**

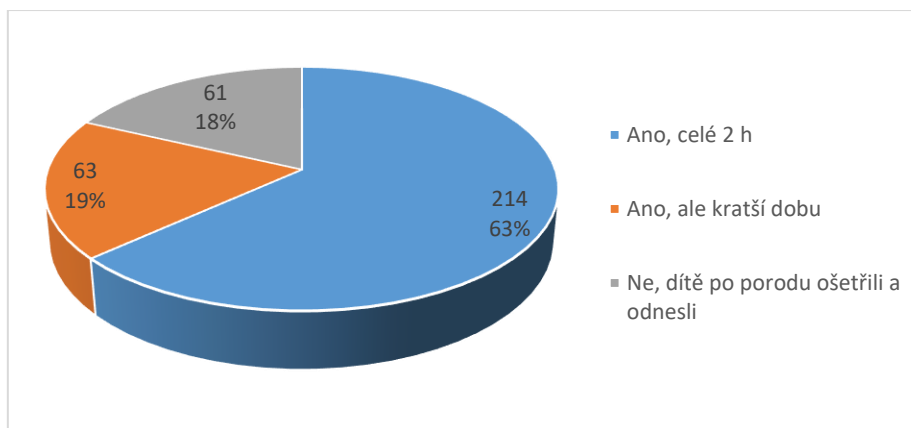


Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že velká část žen a to 295 (87%) z 338 oslovených, bylo dítě ošetřeno na lůžku na porodním sále. Pouze 36 žen (11%) uvedlo, že jim bylo dítě ošetřeno na těle. Dalších 7 žen (2%) si vybralo možnost jinou, kdy 4 ženám bylo dítě ošetřeno v jiné místnosti, 1 ženě bylo dítě ošetřeno až po 2 hodinách a 1 ženě dítě okamžitě odnesli na vyšetření do jiné místnosti z důvodu předčasně narozeného novorozence.

Otázka č. 17 – **Bylo Vám dítě po porodu ponecháno na porodním sále po celou dobu Vašeho pobytu (standardně 2 h)?**

**Graf č. 19 – Ponechání dítěte na porodním sále**

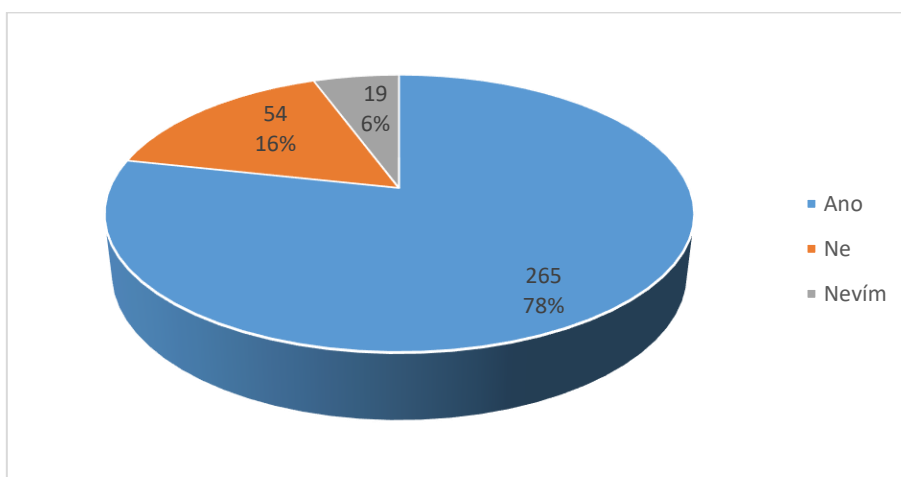


Zdroj: vlastní

214 ženám (63%) bylo dítě ponecháno na porodním sále 2 hodiny. Dalším 63 ženám (19%) bylo dítě ponecháno na porodním sále, kdežto jen kratší dobu než 2 hodiny. U 61 žen (18%) byl novorozenec bezprostředně po porodu ošetřen a odnesen.

Otázka č. 18 – **Měla jste po porodu na sále Vy a Vaše dítě dostatek soukromí, přítmi a ticha?**

**Graf č. 20 – Soukromí a ticho**



Zdroj: vlastní

Z uvedeného grafu vyplývá, že 265 žen (78%) mělo po porodu dostatek soukromí a ticha, naopak 54 žen (16%) tuto možnost nemělo. 19 žen (6%) nevědělo, zda měly dostatek soukromí a přítmí, či nikoliv.

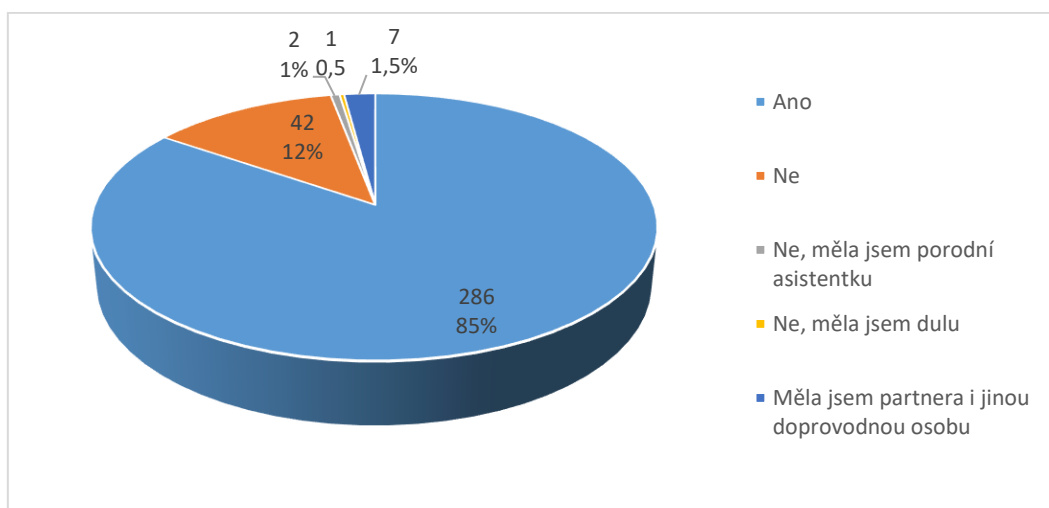
### **Cíl 5: Zmapovat, jakou roli zastává partner u porodu.**

**Výzkumný problém:** Jakou roli má partner u porodu? Proběhl kontakt dítěte s partnerem?

K tomuto výzkumnému problému se vztahují otázky č. 19, 20, 21, 22

Otázka č. 19 – **Měla jste u porodu partnera?**

**Graf č. 21 – Přítomnost partnera u porodu**

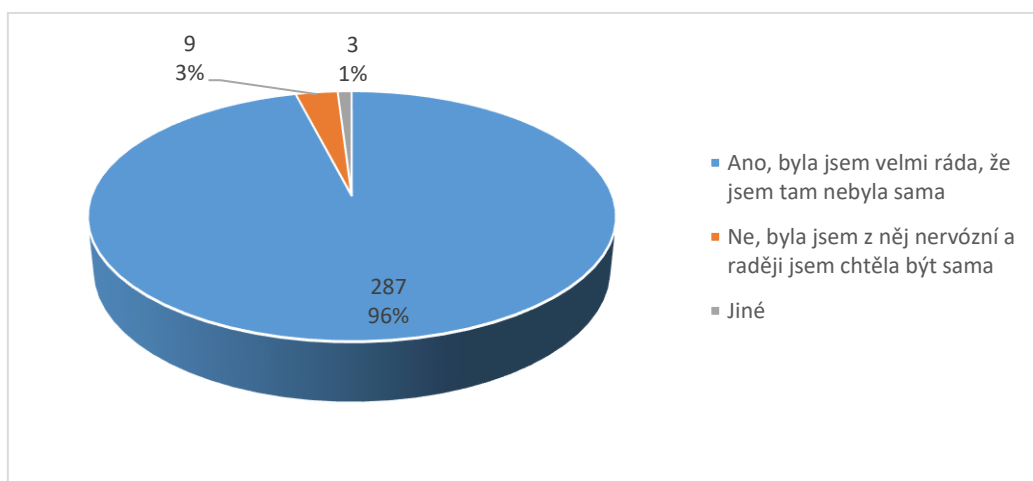


Zdroj: vlastní

Z uvedených dat vychází, že 286 žen (85%) mělo u porodu partnera. 42 žen (12%) z celkového počtu uvedlo, že partner u porodu nebyl přítomen. 7 žen (1,5%) mělo u porodu jak partnera, tak i jinou doprovodnou osobu (dula, porodní asistentka,..) a 2 ženy (1%) uvedly, že měly jen osobní porodní asistentku. 1 žena (0,5%) vybrala možnost přítomnost duly u porodu.

Otázka č. 20 – Pokud jste měla partnera u porodu, byl to pro Vás pozitivní přínos?

Graf č. 22 – Pozitivní přínos partnera u porodu

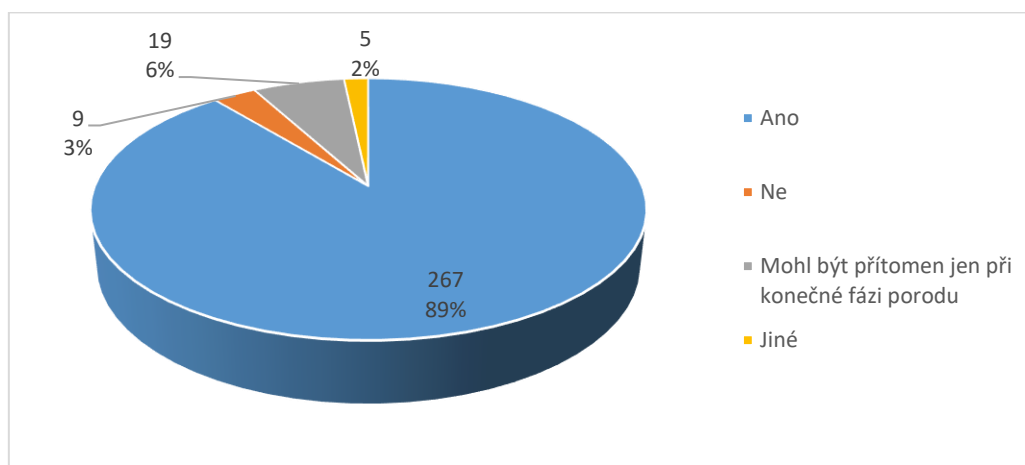


Zdroj: vlastní

Z 338 žen na tuto otázku odpovědělo pouze 299 žen, z čehož 287 (96%) uvedlo, že byly velmi rády za přítomnost partnera u porodu. Naopak 9 žen (3%) bylo z partnera nervózních a raději chtěly být samy. 3 ženy (1%) si vybraly možnost jinou, kdy 2 ženy uvedly, že jejich partner kvůli koronavirové situaci nemohl být přítomen a 1 žena si nepamatovala, zda její partner u porodu byl či nikoli.

Otázka č. 21 – Mohl být partner po celou dobu porodu na porodním sále s Vámi?

Graf č. 23 – Přítomnost partnera po celou dobu porodu



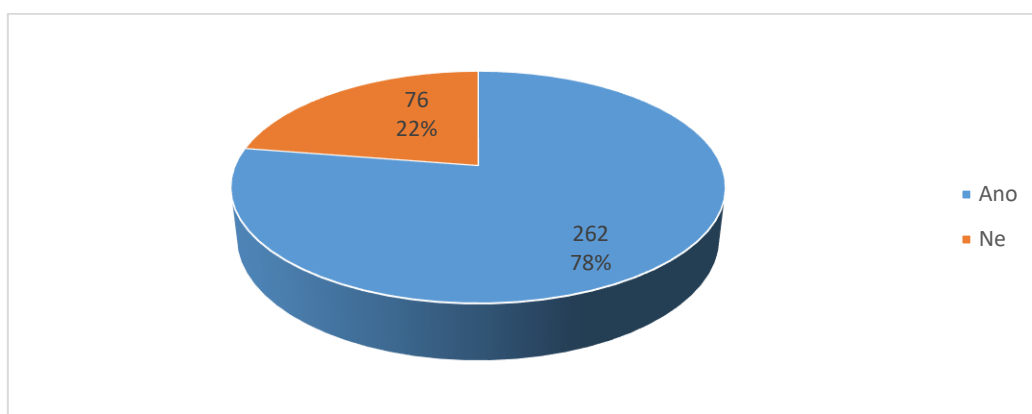
Zdroj: vlastní



Na otázku č. 21 odpovědělo pouze 300 žen. 267 žen (89%) uvedlo, že jejich partner mohl být přítomen po celou dobu porodu. U 19 žen (6%) byl partner jen u konečné fáze porodu. U 9 žen (3%) nemohl být partner přítomen a 5 žen (2%) si vybralo možnost jinou, kdy 2 ženy sdělily, že jejich partner byl přítomen až u aktivního otevírání porodních cest, 2 ženy nemohly mít partnera u porodu z důvodu Covid-19 a u 1 ženy partner přišel pozdě k porodu.

Otázka č. 22 – **Proběhl po porodu kontakt dítěte s partnerem?**

**Graf č. 24 – Kontakt dítěte s partnerem po porodu**



Zdroj: vlastní

U 262 respondentek (78%) proběhl po porodu kontakt dítěte s partnerem. Dalších 76 žen (22%) udalo, že kontakt novorozeného dítěte s partnerem po porodu neproběhl.

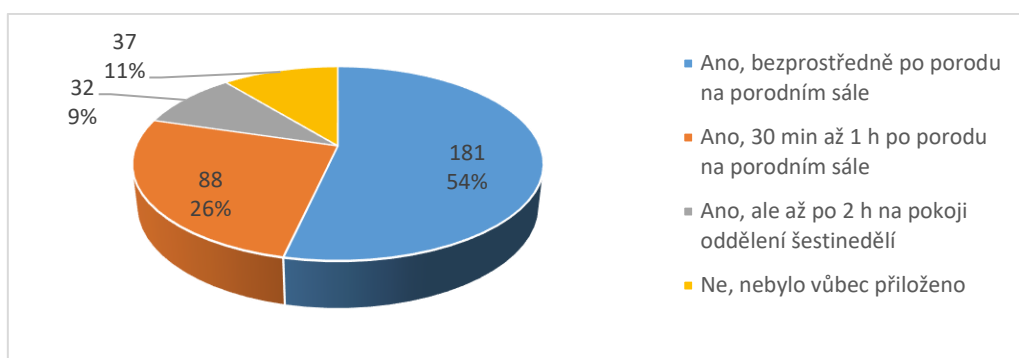
**Cíl 6: Zmapovat, zda po porodu došlo k přiložení k prsu a následný bonding měl vliv na dlouhodobou laktaci.**

**Výzkumný problém:** Bylo dítě přiloženo k prsu? Kým? Měl bonding vliv na dlouhodobou laktaci?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 10, 12, 25, 26, 27

Otázka č. 25 – **Bylo Vám dítě přiloženo k prsu?**

**Graf č. 25 – Přiložení k prsu**

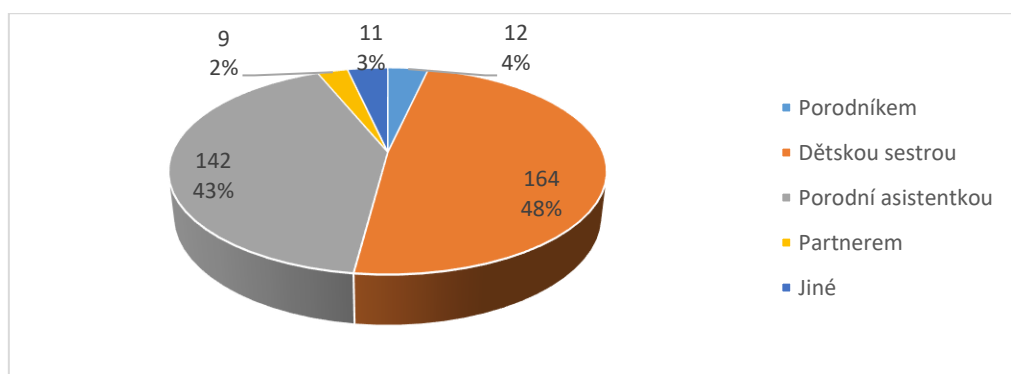


Zdroj: vlastní

Přiložení dítěte k prsu na porodním sále bezprostředně po porodu proběhlo u 181 žen (54%). U 88 žen (26%) bylo dítě přiloženo až po 30 minutách až 1 hodině po porodu na porodním sále. Naopak 37 ženám (11%) nebylo dítě přiloženo vůbec a 32 ženám (9%) bylo dítě přiloženo až po 2 hodinách na pokoji oddělení šestinedělí.

Otázka č. 26 – **Pokud Vám dítě bylo přiloženo k prsu, kým?**

**Graf č. 26 – Osoba přikládající dítě k prsu**

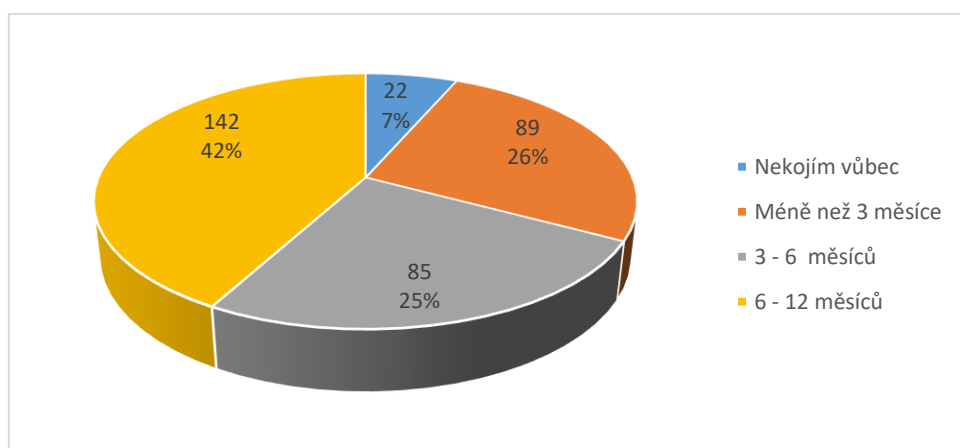


Zdroj: vlastní

Nejvíce žen, konkrétně 164 (48%) uvedlo, že jim bylo dítě přiloženo dětskou sestrou a druhé většině žen, 142 (43%), porodní asistentkou. 12 ženám (4%) přiložil dítě k prsu sám porodník a 11 žen (3%) si vybralo možnost jinou, kdy 5 žen si dítě k prsu přiložilo samo, 2 ženám přiložila dítě k prsu laktační poradkyně, 2 ženám bylo dítě přiloženo k prsu až 2. den a dalším 2 ženám nebylo dítě přiloženo k prsu vůbec. 9 ženám (2%) přiložil dítě k prsu jejich partner.

Otázka č. 27 – **Kojíte po porodu?**

**Graf č. 27 – Kojení po porodu**



Zdroj: vlastní

Z uvedeného grafu vyplývá, že 142 respondentek (42%) kojilo 6 – 12 měsíců po porodu a naopak 89 žen (26%) kojilo kratší dobu než 3 měsíce. 85 matek (25%) kojilo 3-6 měsíců a bohužel 22 žen (7%) nekojilo vůbec.

## 12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### Cíl 1: Zanalyzovat stupeň znalostí žen o bondingu.

**Výzkumný problém:** Znají ženy pojem bonding? Jaké ženy mají názor na vliv bondingu na rozvoj laktace?

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7, 8, 9 a 12. Otázkou č. 7 jsme se dozvěděli, zda ženy věděly, co znamená slovo bonding. 324 žen (95,9%) odpovědělo kladně, tedy že bonding je poporodní vazba mezi matkou a novorozeným dítětem. Další část žen, konkrétně 7 žen (2,1%) si myslelo, že bonding znamená v překladu dotepání pupečníku a 4 ženy (1,2%) nevěděly, co tento pojem vyjadřuje. 2 ženy (0,6%) si vybraly možnost jiné odpovědi, kdy nám sdělily, že bonding znamená pro každého něco jiného. 1 žena (0,3%) uvedla, že bonding znamená propuštění z porodnice do domácího prostředí. Další otázkou č. 8 jsme zjistili, zda se ženy s tímto pojmem setkaly a pokud ano, z jakého zdroje. Nejvíce žen, a to 250 (74%), se setkalo s bondingem na internetových stránkách a druhá velká skupina, 86 žen (25%), bylo informováno prostřednictvím porodní asistentky. 51 respondentek (15%) využívalo knihy, 48 (14%) přátele a rodinu a 39 žen (11%) svého obvodního gynekologa. 25 žen (7%) se dokonce s bondingem dosud neseťkalo a 18 žen (5%) si vybralo možnost jinou, kdy se opakovaly odpovědi jako škola, studium porodní asistence či předporodní kurz. Nejmenší skupinou bylo 8 žen (2%), které byly informovány doulou. V otázce č. 9 jsme se zabývali trváním bondingu. Bonding by měl trvat alespoň 2 hodiny, ideálně 12 hodin nepřerušovaně a přes polovinu respondentek, 173 (51%), vybralo kladnou odpověď 2 hodiny. 74 žen (22%) naopak odpovědělo, že nevěděly, jak dlouho by měl bonding trvat. 28 žen (8%) vybralo odpověď jako délku bondingu možnost déle než 2 hodiny. Přesně 24 žen, tedy 7%, vybralo odpověď 30 minut, 20 žen (6%) 1 hodinu a 19 žen (5,6%) si vybralo nejkratší možnou dobu trvání z možných odpovědí, tedy 15 minut. V otázce č. 12 jsme zmapovali, zda měl podle žen bonding vliv na rozvoj laktace. 117 respondentek (35%) uvedlo, že jim bonding pomohl s nástupem laktace, oproti 97 ženám (29%), které byly toho názoru, že bonding ovlivňuje pouze vztah mezi matkou a dítětem. 79 žen (23%) uvedlo, že pokud by u nich bonding trval déle, možná by jim to pomohlo a 30 žen (9%) si vybralo možnost jiné odpovědi, kdy 15 z nich uvedlo jako vliv na rozvoj laktace více faktorů než jen samotný bonding, dalších 7 odpovědělo, že bonding má vliv na rozvoj laktace, ale tyto ženy se nakonec nerozkojily. 3 ženy uvedly, že nekojily ze zdravotních důvodů, dalším 3 ženám se nerozběhla laktace z

důvodu manuálního vybavení placenty a celkové anestezie a 2 ženy zvolily jako možnost bondingu, který ovlivňuje jen vztah s otcem.

Z 338 dotázaných žen až 96% vědělo, že tento pojem znamená poporodní vazbu mezi matkou a novorozenejším dítětem. 74% se informovalo o bondingu na internetových stránkách a přes polovinu respondentek, 51% znalo, jak dlouho by měl bonding trvat. Jen 35% žen bylo toho názoru, že bonding má vliv na rozvoj laktace. Tudíž hodnotíme tento cíl za splněný, ženy byly dostatečně informované a měly rozšířené vědomosti týkající se významu bondingu a jeho trvání.

## **Cíl 2: Zjistit, zda má vzdělání a věk vliv na znalosti o bondingu.**

**Výzkumný problém:** Znájí ženy pojmy související s bondingem? Jsou tyto skutečnosti ovlivněny jejich věkem a vzděláním?

**Operacionalizace:** Znalost pojmů souvisejících s bondingem (kritérium pro znalost – respondent odpověděl u všech otázek správně)

- Bezprostřední kontakt s dítětem po porodu je pro ženu důležitý
- Uvede alespoň 4 důvody, proč si myslí, že je bezprostřední kontakt důležitý
- Ví, co znamená slovo bonding, zná jeho dobu trvání, zná slovo samopřísátí a jeho význam

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 1, 2, 5, 6, 7, 9, 23 a 24. V otázce č. 1 jsme zjišťovali, jaký je věk respondentek, přičemž nejvíce žen, 154 (45%), bylo ve věku 27-32 let. Druhá skupina žen, konkrétně 102 žen (30%), byla věku 20-26 let a 80 ženám (24%) bylo více než 32 let. Jen 2 ženám (1%) bylo méně než 20 let. Otázkou č. 2 jsme mapovali, jaké měly respondentky nejvyšší dosažené vzdělání, kdy nejvíce žen, konkrétně 134 žen (40%), mělo dosažené vzdělání středoškolské s maturitní zkouškou. 118 žen (35%) mělo vystudovanou vysokou školu a 56 žen (17%) střední školu s výučním listem. 15 žen (5%) vystudovalo jen školu základní a stejný počet žen vystudovalo vyšší odbornou školu. Pomocí otázky č. 5 jsme zmapovali, zda byl pro respondentky důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu. Pro 328 žen (97%) byl tento kontakt důležitým momentem, avšak pro 1 ženu (0,5%) nikoliv. 9 žen (2,5%) uvedlo, že si nebyly jisté, zda byl pro ně bezprostřední kontakt s dítětem důležitý. Otázkou č. 23 jsme se ptali, jestli respondentky znaly slovo samopřísátí, z čehož většina, konkrétně 315 žen (93%), vědělo, co tento pojem znamenal. Naopak 23 žen

(7%) si nebylo jistých, co tento pojem znamenal. Na otázku č. 24 odpovědělo dohromady jen 324 žen, kvůli rozdělení v otázce č. 23 dle toho, zda znaly pojem samopřísátí. Pokud ne, přeskočily rovnou na otázku č. 25. Díky otázce č. 24 jsme zanalyzovali, co podle žen znamenalo slovo samopřísátí. 303 žen (93%) odpovědělo kladně, tudíž že samopřísátí znamená doplazení novorozence k matčině prsu. 20 žen (6%) uvedlo špatnou odpověď, že je dítě k prsu přiloženo dětskou sestrou či porodní asistentkou. Žádná z žen, (0%), si nevybrala možnost jiné odpovědi.

Z našeho výzkumu jsme zjistili, že znalosti žen byly ovlivněny jejich věkem či vzděláním. Co se týče věku, nejvíce byly ohledně znalostí o pojmech, které souvisí s bondingem, úspěšnější ženy ve věku 27-32 let, kterých bylo více než polovina, a byly úspěšné až v 85%. Nejméně znalostí o pojmech souvisejících s bondingem měly ženy, kterým bylo méně než 20 let a byly 2 z celkového souboru 338 dotazovaných. Z aspektu vzdělání měly ideální znalosti o těchto definicích ženy se středoškolským vzděláním a maturitní zkouškou a ženy s vysokoškolským vzděláním, naopak nejhorší výsledky dotazníku měly ženy se základním a středoškolským vzděláním s výučním listem. Cíl byl tedy splněn, protože výše znalostí o bondingu a jeho možnostech záviselo na věku a vzdělání žen.

### **Cíl 3: Zjistit, zda proběhlo odložení přerušení pupeční šňůry.**

**Výzkumný problém:** Bylo ženám umožněno odložení přerušení pupeční šňůry?

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 15 a 16. V otázce č. 15 jsme zjišťovali, zda bylo ženám umožněno či měly zájem o odložení přerušení pupeční šňůry. Na otázku odpovědělo přes polovinu žen, konkrétně 182 žen (55%) záporně, tudíž že jim tato forma bondingu nebyla umožněna. 74 respondentek (22%) vybralo kladnou odpověď, tudíž že u nich proběhlo pozdní přerušení pupeční šňůry, narozdíl od 49 žen (13%), které si nebyly jisté, zda o to měli zájem či by jim to bylo umožněno. Také zde byla skupina 33 žen (10%), které o tuto formu bondingu neměly zájem. Na otázku č. 16 odpovědělo dohromady jen 138 žen, kvůli rozdělení v otázce č. 15 dle toho, zda u nich odložení proběhlo či nikoli. Pokud ne, přeskočily rovnou na otázku č. 17 stejně jako ženy, které odpověděly, že o tuto formu bondingu neměly zájem. Otázkou č. 16 jsme zjišťovali, zda když u ženy proběhlo odložení přerušení pupeční šňůry, jak dlouho to trvalo. Bohužel nejvíce odpovědí bylo na možnost nevím, na což odpovědělo 74 žen (57%). Druhá skupina respondentek, konkrétně 23 žen (17%), odpověděla, že u nich trvalo 3-5 minut, než došlo k přestřížení pupečnicku a jen u 14 žen (10%) to trvalo déle

jak 5 minut. 13 žen (9%) vybralo možnost 2 minuty a 10 žen (7%) odpověď méně než 1 minutu.

Z našeho výkumu jsme zjistili, že až u 55% případů nebylo ženám umožněno odložené přerušování pupeční šňůry. Jen u 22% pozdní přerušování pupečníku proběhlo.

#### **Cíl 4: Zmapovat, jak probíhal bonding na porodním sále.**

**Výzkumný problém:** Jakým způsobem probíhal bonding? Má na bonding vliv forma porodu?

**Operacionalizace:** Pro účely mé bakalářské práce jsem zvolila kritérium bezprostředního položení nahého novorozence na nahé tělo matky po komplikovaném porodu (VEX, kleště)

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 3, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17 a 18. Díky otázce č. 3 jsme zmapovali, jakou formou respondentky rodily. Více než většina žen, konkrétně 243 žen (72%), rodila přirozenou formou. 71 žen (21%) uvedlo, že mělo porod indukovaný, tedy vyvolávaný tabletami či jinými preparáty a u 20 žen (6%) byl použit u porodu VEX. U posledních 4 žen (1%) byl porod ukončen kleštěmi. Otázkou č. 4 jsme zjišťovali, jak probíhal první kontakt rodičky s dítětem po porodu. 227 žen (72%) vidělo dítě ihned po narození a s pupeční šňůrou jim ho porodník položil na tělo (skin to skin), a až poté byl novorozenec ošetřen dětskou sestrou či porodní asistentkou. Naopak 82 žen (24%) také vidělo dítě ihned po narození, avšak nejdříve bylo ošetřeno dětskou sestrou (porodní asistentkou) a až poté jim bylo položeno na tělo nebo na lůžko, což trvalo několik minut. 11 žen (3%) vidělo poprvé své dítě až po několika hodinách. 4 respondentky (1%) si vybraly možnost jinou, kdy 1 uvedla, že své dítě viděla až na pokoji oddělení šestinedělí a u 2 žen proběhl kontakt až po nějaké době z důvodů komplikací po porodu ze strany dítěte. 1 žena měla první kontakt s dítětem na těle jen na pár minut z důvodu šití porodního poranění ze strany matky. Pomocí otázky č. 10 jsme mapovali, jakou formu bondingu respondentky zažily při svém porodu. Většině žen, konkrétně 240 ženám (71%), bylo bezprostředně po porodu položeno nahé dítě na nahé tělo, 169 (50%) mělo kontakt přímo skin to skin a 121 žen (36%) zažilo pohled z očí do očí se svým dítětem. Bohužel 43 žen (12%) nezažilo žádnou z forem bondingu. 40 žen (11%) zažilo při svém porodu samopřisátí a 33 žen (10%) odložené přerušování pupeční šňůry. Jen u 24 žen (7%) proběhlo ošetření a vyšetření na těle matky a 7 žen (2%) si vybralo možnost jinou, kdy u 4 z nich žádná forma bondingu z důvodu komplikací nebyla možná a zbylé 3 uvedly, že místo nich probíhal bonding dítěte s partnerem. Otázkou č. 11 jsme

zanalyzovali, jak dlouho bonding u respondentek trval. První skupina žen, konkrétně 100 žen (30%), vybrala odpověď 15 minut a stejný počet žen naopak vybralo odpověď 2 hodiny. 56 respondentek (16%) uvedlo, že u nich bonding trval jen 15-30 minut a 38 (11%) uvedlo, že si nebyly jisté, jak dlouho u nich bonding trval. 1 hodinu trval bonding u 26 žen (8%) a u 18 žen (5%) trval déle než 2 hodiny. Díky otázce č. 13 jsme zjišťovali, zda měly respondentky možnost zažít po porodu pohled z očí do očí se svým dítětem, z čehož většina, 257 žen (76%) odpovědělo, že ano. 58 žen (17%) nemělo tuto možnost a 23 (7%) nevědělo, zda tento moment zažily. Další otázkou, konkrétně č. 14, jsme mapovali, jak probíhalo první ošetření dítěte po porodu. 295 ženám (87%) bylo dítě ošetřeno na lůžku na porodním sále, kdežto jen 36 ženám (11%) bylo dítě ošetřeno na těle. 7 žen si vybralo možnost jinou, kdy u 4 žen proběhlo ošetření dítěte v jiné místnosti, 1 ženě bylo dítě ošetřeno až po 2 hodinách po narození a 1 ženě bylo dítě okamžitě odneseno do jiné místnosti z důvodu předčasně narozeného dítěte. V otázce č. 17 jsme zjišťovali, zda bylo ženám dítě po porodu ponecháno na porodním sále po celou dobu jejich pobytu, kdy u většiny žen, konkrétně 214 žen (63%), dítě zůstalo s matkou na porodním sále celé 2 hodiny. U 63 žen (19%) bylo dítě ponecháno na porodním sále, ale kratší dobu a 61 ženám (18%) bylo dítě po porodu ošetřeno a odneseno. Pomocí otázky č. 18 jsme zmapovali, jestli měly ženy po porodu se svým dítětem dostatek soukromí, přítmí a ticha, kdy u 265 žen (78%) tomu tak bylo. 54 žen (16%) nemělo dostatek soukromí a 19 žen (6%) si nebylo jistých.

Z našeho výzkumu jsme zjistily, že až v 96% proběhl bezprostřední kontakt dítěte s matkou a matka své dítě viděla ihned po narození. Co se týče vlivu formy porodu na následný bonding, tak z našeho výzkumu vyplývá, že u 24 žen byla použita porodnická operace, u 20 žen ve formě VEXU a u 4 žen ve formě kleští. V případě vakuumextraktoru proběhlo bezprostřední položení dítěte na tělo matky jen u 4 žen žen, kdežto u zbylých 16 neproběhla žádná forma bondingu. Po použití kleští bylo 3 ženám dítě bezprostředně položeno na tělo, jen u 1 ženy žádná forma bondingu neproběhla. Z našeho výzkumu tedy vyplývá, že u více než poloviny respondentek po operativním porodu nebylo dítě bezprostředně po porodu položeno tělo matky a tudíž po komplikovaném porodu hodnotíme bonding jako nedostatečný. Tento cíl byl tedy splněn, protože závisí na formě porodu, jak bude bonding probíhat.



## **Cíl 5: Zmapovat, jakou roli zastává partner u porodu.**

### **Výzkumný problém:** Jakou roli má partner u porodu? Proběhl kontakt dítěte s partnerem?

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 19, 20, 21 a 22. Pomocí otázky č. 19 jsme se dozvěděli, zda měly ženy u porodu partnera. 85%, tedy 286 žen, odpovědělo kladně, tedy že byl partner u porodu přítomen. 42 respondentek (12%) uvedlo, že nemělo u porodu partnera. 7 žen (1,5%) mělo u porodu jak partnera, tak doprovodnou osobu, např. dudu či osobní porodní asistentku, 2 ženy (1%) neměly partnera, ale jen osobní porodní asistentku a 1 žena (0,5%) měla dudu. Na otázku č. 20 odpovědělo dohromady jen 299 žen, kvůli rozdělení v otázce č. 19 dle toho, zda měly partnera u porodu či nikoli. Pokud ne, přeskočily rovnou na otázku č. 22. V otázce č. 20 zjišťujeme, zda měl pro ženy partner u porodu pozitivní přínos. Většina respondentek, 287 (96%) uvedla, že ano a byly velmi rády, že tam nebyly samy. Naopak 9 žen (3%) bylo z partnera nervózních a raději chtěly být samy. 3 ženy (1%) si vybraly možnost jinou, kdy 2 z nich uvedly, že jejich partner kvůli koronavirové situaci nemohl být přítomen a 1 žena si nepamatovala, zda její partner u porodu byl či nikoli. Na otázku č. 21 respondentky odpovídaly, zda s nimi partner mohl být po celou dobu porodu na porodním sále. 267 žen (87%) odpovědělo, že ano. 19 žen (6%) uvedlo, že u nich partner mohl být přítomen jen při konečné fázi porodu a u 9 žen (3%) nemohl být po celou dobu přítomen. 5 žen (2%) si vybralo možnost jinou, kdy u 5 žen mohl být přítomen až u aktivního otevírání porodních cest, u 2 žen nemohl být vůbec u porodu z důvodu Covid-19 a u 1 ženy partner přišel pozdě. Otázkou č. 22 jsme zjišťovali, zda proběhl po porod kontakt dítěte s partnerem, kdy u většiny žen, konkrétně u 262 (78%), kontakt proběhl. U zbylých 76 žen (22%) bohužel kontakt partnera s dítětem neproběhl.

Díky našemu výzkumu jsme zjistili, že pro 96% respondentek je partner pozitivním přínosem během porodního procesu, jen 3% žen chtěly být raději samy, jelikož byly ze svého partnera nervózní. Poté jsme také zmapovali, že u 78% proběhl kontakt dítěte s partnerem, avšak u 22% bohužel nikoliv.

## **Cíl 6: Zmapovat, zda po porodu došlo k přiložení k prsu a následný bonding měl vliv na dlouhodobou laktaci.**

**Výzkumný problém:** Bylo dítě přiloženo k prsu? Kým? Měl bonding vliv na dlouhodobou laktaci?

**Operacionalizace:** Pro účely mé bakalářské práce jsme zvolili jako dlouhodobou laktaci 6-12 měsíců.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 10, 12, 25, 26 a 27. Otázkou č. 25 jsme mapovali, zda bylo respondentkám dítě přiloženo k prsu. Přes polovinu žen, konkrétně 181 (54%), vybralo možnost, že jim bylo dítě přiloženo k prsu bezprostředně po porodu na porodním sále. 88 žen (26%) odpovědělo, že jim dítě bylo přiloženo k prsu, ale až po 30 minutách až 1 hodině po porodu na porodním sále. Bohužel u 37 žen (11%) nedošlo vůbec k přiložení k prsu. 32 respondentek (9%) uvedlo, že jim bylo dítě přiloženo k prsu až po 2 hodinách na pokoji oddělení šestinedělí. V otázce č. 26 jsme zjišťovali, kým bylo dítě přiloženo k prsu. Nejvíce žen, 164 (48%) uvedlo, že jim bylo dítě přiloženo k prsu dětskou sestrou a druhé velké skupině žen, konkrétně 142 ženám (43%), bylo dítě přiloženo porodní asistentkou. 12 respondentkám (4%) přiložil k prsu dítě porodník a 11 žen (3%) si vybralo možnost jinou, kdy 5 žen si dítě k prsu přiložilo samo, 2 ženám přiložila dítě k prsu laktační poradkyně a 2 ženám nebylo dítě k prsu přiloženo vůbec. Díky otázce č. 27 jsme zjišťovali, jak dlouho ženy kojily po porodu. Nejdéle kojilo, konkrétně 6–12 měsíců, 142 žen (42%) a 89 žen (26%) kojilo kratší dobu než 3 měsíce. 3-6 měsíců kojilo 85 žen (25%) a 22 žen (7%) nekojilo vůbec.

Co se týče dlouhodobé laktace, nejdéle kojilo 99 žen z celkem 142 odpovědí, 69,7%, kterým bylo dítě přiloženo k prsu bezprostředně po porodu na porodním sále. 21,1% dotázaných kojilo 6-12 měsíců po přiložení dítěte k prsu po 30 minutách až 1 hodině po porodu a 3 ženy, 2,1%, dlouhodobě kojily, i když jim bylo dítě přiloženo až po 2 hodinách na pokoji oddělení šestinedělí. U 9 žen byla dlouhodobá laktace dokonce i bez dostatečného bondingu a přiložení dítěte k prsu bezprostředně po porodu. Byly zde i ženy, konkrétně 1,8%, kterým bylo dítě přiloženo k prsu bezprostředně po narození a přesto se jim nerozjela dlouhodobá laktace. 12 žen nekojilo i po přiložení dítěte k prsu 30 minut až 1 hodině po porodu a 6 žen po přiložení dítěte k prsu po 2 hodinách na oddělení šestinedělí. 3 ženám z 22 oslovených nebylo dítě přiloženo k prsu vůbec a dlouhodobá laktace se jim nerozběhla.

## DISKUZE

V této bakalářské práci se zabýváme podporou raného kontaktu mezi matkou a novorozencem. Cílem výzkumného šetření je zanalyzování dostatečné informovanosti žen o bondingu a jeho možnostech se zaměřením na skupiny žen do jednoho roku po spontánním porodu. Zajímala nás informovanost a znalosti žen ohledně pojmu bonding, jestli byly tyto skutečnosti ovlivněny jejich věkem či vzděláním a zda měla forma porodu vliv na následný bonding. Také nás zajímalo, zda proběhl bezprostřední kontakt mezi matkou a novorozencem, pozdní podvaz pupeční šňůry, první přiložení k prsu či pohled z očí do očí mezi matkou a novorozeným dítětem. Objevovali se otázky také ohledně pojmu samopřisátí a co si pod tímto pojmem ženy představovaly. Dále zda bylo dítě ponecháno matce dvě hodiny na porodním sále, přítomnost partnera u porodu, jeho kontakt s potomkem a kojení matek po porodu.

Pro tuto bakalářskou práci jsme si zvolili kvantitativní výzkum, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření v rámci facebookých stránek. Celkem odpovědělo 338 respondentek a dotazník se skládal z 27 otázek, které se týkaly informovanosti žen o bondingu a jeho možnostech.

V dnešní době se o bondingu hodně diskutuje a ženy se o jeho možnosti zajímají více než dříve. Právě vazba mezi matkou a novorozeným dítětem je důvodem k tomu, aby byl ženám umožňován a poskytován jako standard, nikoli jako nadstandart. Proč by tomu mělo být jinak?

Prvním dílčím cílem bylo zjistit stupeň znalostí žen o bondingu, zda znaly jeho význam, kde se s ním setkaly a zda věděly, jak dlouho by měl správně trvat. Z našeho průzkumu vyplývalo, že většina žen měla znalosti ohledně bondingu a přes polovinu žen také vědělo, že bonding by měl trvat dvě hodiny, ideálně déle jak dvě hodiny až 12 hodin nepřerušovaně. Siláková (2014) zanalyzovala, že až třičtvrtě žen z celkového počtu dotázaných, znalo význam slova bonding. Také zjistila, že téměř polovina respondentek bylo informovaných díky internetovým stránkám, což se potvrdilo i v našem výzkumu. V našem šetření se s bondingem nesetkalo menší množství žen, což se potvrdilo také z výzkumu Silákové. U Silákové vědělo méně žen, že by měl bonding správně trvat minimálně dvě hodiny, kdežto v našem výzkumu to věděla až polovina dotázaných žen.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zanalyzovat, zda má věk a vzdělání vliv na znalosti o bondingu. Z našeho šetření vyplynulo, že více znalostí měly ženy ve věkovém rozmezí 27-31 let a ženy, které měly středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou a ženy s vysokoškolským vzděláním. V porovnání s výzkumem, který provedla studentka Petra Kodešová (2020), vyplynulo, že zatímco v našem výzkumu byly nejméně úspěšné ženy ve věku 27-31 let, u Kodešové to byly ženy starší, které byly rovněž úspěšné. Oba výzkumy se shodovaly v nejhorších výsledcích, kdy tyto výsledky měly ženy se základním vzděláním. Z našeho šetření tedy vyplynulo, že záleželo na tom, jaký byl žen věk a vzdělání, ze kterého plynuly znalosti a vědomosti ohledně bondingu, jeho možnostech a trvání.

Třetím dílčím cílem bylo zmapovat, zda proběhlo odložení pupeční šňůry u porodu. Z výzkumu Mgr. Michaeli Mrowetz a MUDr. Marceli Peremské vyplývá, že pozdní přerušování pupeční šňůry přináší pro novorozence nenahraditelné benefity, mezi které můžeme zařadit zvýšený objem krve o 30-50% či pokud se pupeční šňůra přerušuje před jejím dotepáním, může být novorozenci zabráněno v přívětivé poporodní adaptaci a může u něj dojít až ke sníženému množství železa, které vede k chudokrevnosti. Pupeční šňůra by se měla ideálně přerušit po jejím dotepání, na což se většinou čeká tři minuty (Mrowetz 2013). Z našeho výzkumu vyplývá, že jen u menšího zastoupení respondentek došlo k odloženému přerušování pupeční šňůry a jen u méně než čtvrtiny žen trvalo dotepání tři až pět minut, což je z celkového počtu oslovených velmi málo. Tento cíl bychom hodnotili jako splněný, jen bylo u více než poloviny žen zjištěno, že jim nebylo umožněno pozdní přerušování pupeční šňůry.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jak probíhal bonding na porodním sále a zda měla forma porodu vliv na následný bonding. O tom jak probíhal bonding na porodním sále jsme se ptaly našich respondentek, kdy více než většině žen bylo dítě bezprostředně položeno na nahé tělo, kdežto ve výzkumu Silákové to bylo pouze třetina. Také jsme zjišťovali, zda měly ženy možnost zažít pohled z očí do očí se svým dítětem, což se potvrdilo až u poloviny z nich, kdy u Silákové tomu bylo také tak. Siláková se také zabývala, kým bylo dítě přiloženo k prsu či našlo prs samo. Z jejího šetření vyšlo, že většině ženám bylo dítě přiloženo dětskou sestrou a v našem výzkumu bylo dítě přiloženo novorozeneckou sestrou až u poloviny případů. Naopak samopřisátí proběhlo jen u malého počtu žen, v našem šetření jich bylo také malé množství z celkového počtu respondentek. Z našeho výzkumu také bohužel vyšlo, že u více než poloviny žen po komplikovaném porodu neproběhl žádný bonding. Studentka Pokojová (2017) zjistila, zda byl ženám umožněn kontakt s jejich dítětem i po komplikovaném porodu. Z jejich výsledků vyšlo, že jim ve většině případech kontakt umožněn byl, jen

byl poté novorozenec odnesen na první vyšetření. Rozdíl mezi naším výzkum a studentky Pokojové je velký rozdíl, jelikož v našem výzkumu jsme zjistili, že u žen po komplikovaném porodu žádná forma bondingu neproběhla.

Ze studie, kterou provedla Michaela Mrowetz jsme se dozvěděli, že by měl být bonding podporován i po náročném porodu, jelikož se pak lépe hojí porodní poranění a traumata spojená s porodním procesem (Mrowetz 2011).

Pátým cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jakou roli zastává partner u porodu. Z našeho výzkumu vyplývá, že pro většinu oslovených žen byl partner pozitivním přínosem a byly rády, že na porodní proces nebyly samy. Naopak zde byly i ženy, kterým přítomnost partnera spíše vadila, a naopak je uváděl do nervozity. Bohužel díky koronavirové situaci se mezi oslovenými ženami našly i takové, které u porodu partnera nemohly mít, ačkoli třeba chtěly. Studentka Radka Kroupová (2012) zjistila, že třičtvrtě dotazovaných žen byly velmi rády za přítomnost partnera, který jim svou blízkostí pomáhal. Ovšem u pozitivního přínosu se naše výsledky liší, jelikož tuto možnost vybraly skoro všechny naše respondentky. Menšina z celkového souboru respondentek vnímalo partnerovu přítomnost spíše negativně, a tedy došla v tomto ohledu ke stejnému závěru jako my. Určitě postrádá smysl, aby byl muž nucen být u porodu, jelikož by nesplňoval tu správnou roli, kterou by v tom vzácném okamžiku měl mít. Myslím si, že je to o oboustranné komunikaci mezi partnerem, budoucím otcem a jeho partnerkou, budoucí matkou, což potvrzuje ze svých zkušeností i Ivana Königsmarková, známá porodní asistentka.

Šestým dílčím cílem bylo zjistit, zda po porodu došlo k přiložení k prsu a následný bonding měl vliv na dlouhodobou laktaci. Z našeho výzkumu jsme zjistili, že nejdéle kojily ženy, kterým bylo dítě přiloženo k prsu bezprostředně po porodu, což proběhlo u více než poloviny dotázaných žen. Studentka Bc. Pavlína Šámalová (2020) zmapovala, že z méně než třetiny žen, které byly po porodu společně se svým dítětem na porodním sále, měla polovina žen i tak problémy s kojením, s čímž se náš výzkum neshoduje, jelikož v našem výzkumu více než polovina žen kojilo 6-12 měsíců po bezprostředním přiložení dítěte k prsu po porodu. Dle zkušeností Michaeli Mrowetz a MUDr. Marceli Peremské má brzký a nepřerušovaný kontakt dítěte s matkou, nikoli jen v prvních dvou hodinách života dítěte, zásadní vliv na rozvoj laktace a dlouhodobé kojení (Mrowetz 2013).

## **Všeobecná doporučení pro praxi**

Všeobecně bychom do praxe doporučili, aby byly ženy více informovány od porodních asistentek, jako spolehlivých zdrojů, například v rámci předporodní přípravy, jelikož více než polovina žen si vyhledává informace na internetových stránkách, které nejsou vždy na odborné úrovni. Následně bychom do našeho českého porodnictví chtěli doporučit, aby bylo ženám častěji umožňováno pozdní přerušování pupeční šňůry a více se s nimi o této možnosti bondingu mluvilo, jelikož to má zásadní zdravotní benefity pro novorozené děti. Ženám by měl být také více umožňován kontakt s jejich dětmi i po komplikovaných porodech.

## **Limity výzkumu**

Průzkumového šetření dotazníkovou metodou se zúčastnilo 338 respondentek. Je možné, že v případě vyšší účasti ve výzkumu, by mohly být údaje validnější z pohledu aspektu statistiky. Může se zdát, že limitem této studie bylo šíření dotazníků po webových stránkách, konkrétně po facebookých skupinách. Výsledky tohoto výzkumu tudíž nemusí být úplně spolehlivé, z důvodu špatného pochopení pokynů pro vyplnění dotazníku. Jednotlivé otázky byly ale jasně popsány a ženy měly u určitých otázek možnost i volných odpovědí. Pro příští výzkum bychom určitě zvolili lepší připravenost a také více otázek v dotazníku, aby u některých otázek byly odpovědi přesnější a pro ženy pochopitelnější.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá podporou raného kontaktu mezi matkou a novorozencem. Teoretická část naší práce začíná vysvětlením pojmu bonding a jeho pozitivními účinky. Poté se věnujeme negativním vlivům separace pro matku i dítě a následně historii bondingu. Píšeme o Fredericku Leboyerovi, Michelu Odentovi a Michaele Mrowetz. Dále pokračujeme bondingem na porodním sále, kde zmiňujeme položení nahého novorozence na nahé tělo matky, odložené přerušení pupeční šňůry, vyšetření a ošetření na těle matky, pohled z očí do očí i samopřisátí. Je zde věnovaná část také partnerovi u porodu. Zmíníme se také o kapitole bondingu v praxi, která se zabývá pojmem rooming in, který probíhá v porodnici, nošením dětí v šátku, bezplenkovou komunikační metodou, společným spaním a kojením. Jako poslední téma jsme do teoretické části zařadili bonding po císařském řezu, kde shrnujeme, jak probíhá kontakt po císařském řezu a roli partnera či jiné blízké osoby.

Praktická část naší práce vznikla na základě kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Naším hlavním cílem bylo zanalyzovat informovanost žen po spontánním porodu do jednoho roku o bondingu a jeho možnostech. Zejména nás zajímala informovanost daných žen. Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že více než polovina našich respondentek bylo dostatečně informovaných. První dílčí cíl stanovil otázku ohledně znalostí pojmů bonding, kde se s ním setkaly a jaký měly názor na vliv bondingu na rozvoj laktace. Prokázalo se, že více než polovina oslovených žen znalo téma bonding, ohledně zdroje informací, ženy nejvíce čerpaly z internetových stránek, místo, aby čerpaly od rad porodní asistentky. Díky druhému cíli bylo zanalyzováno, zda měl věk a vzdělání vliv na znalosti ohledně bondingu, díky kterému jsme zjistili, že více znalostí měly starší ženy a ženy se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Z dalšího cíle bylo zjištěno, že až polovině žen nebylo umožněno odložení přerušování pupeční šňůry. Přestože tu byla i část žen, kterým to umožněno bylo a ty, které o tuto formu bondingu neměly zájem, výsledky jsou alarmující. Čtvrtým dílčím cílem bylo zmapováno, jak probíhal bonding na porodním sále a zda měla forma porodu vliv na bonding, konkrétně komplikovaný porod kleštěmi či vakuumentraktorem. Z výsledků bylo patrné, že ženám, u kterých byly použity metody pro vypuzení plodu, byl spíše bezprostřední kontakt odepřen, než aby proběhl. Dalším cílem bakalářské práce bylo zjištěno, jakou roli hrál partner u porodu. Opět pro většinu žen měl pozitivní přínos a byly rády, že při tak důležitém momentu nebyly samy. Šestým dílčím jsme zjišťovali, zda bylo ženám dítě přiloženo k prsu bezprostředně po porodu a zda-li měl

následný bonding vliv na dlouhodobou laktaci. Z našeho šetření vyplynulo, že až v 70% ženy kojily nejdéle po přiložení dítěte k prsu bezprostředně po porodu.

Proto jsme jako všeobecné doporučení do praxe uvedli zvýšení povědomosti žen o porodních asistentkách, více umožnit ženám pozdní přerušování pupeční šňůry a umožnění kontaktu s novorozencem i po komplikovaném porodu.



# SEZNAM LITERATURY

## KNIŽNÍ ZDROJE

1. BINDER, Tomáš a kolektiv. *Porodnictví*. První vydání. Praha: Karolinum. 2011, 298s. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. BUCKLEYOVÁ, J. Sarah. *Jemný porod, jemné mateřství*. Praha: Maitrea. 2016, 459s. ISBN 978-80-7500-164-1.
3. DOLEŽALOVÁ, Jana. *Hovory s porodní bábou*. První vydání. Praha: Argo. 2006, 158s. ISBN 80-7203-792-7.
4. DORT, Jiří a kolektiv. *Ošetrovatelské postupy v neonatologii*. Západočeská univerzita v Plzni. 2011, 237s. ISBN 978-80-7043-944-9.
5. FRIEDLOVÁ, Martina, LEČBYCH, Martin. *Symposium rodinné terapie. Sborník příspěvků z konference*. První vydání. Univerzita Palackého: Olomouc. 2015, 136s. ISBN 978-80-244-4598-4.
6. GASKIN, May Ina. *Zázrak porodu*. První vydání. Doubice: One Woman Press. 2010, 476s. ISBN 978-80-86356-48-8.
7. HARNOŠOVÁ, Lucie. *Kontaktní rodičovství*. První vydání. Brána k dětem. 2016, 80s. ISBN 978-80-260-9331-2.
8. CHAMBERLAIN, David. *Fascinující mysl novorozeného dítěte*. Praha: BetaBooks. 2013, 202s. ISBN 978-80-87197-66-0.
9. JUSZCZYK, Stanislaw. *Metodológia empirických výskumov*. Bratislava: Iris. 2008, 137s. ISBN 978-80-8901-813-0.
10. LEBOYER, Frederick. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos. 1995, 56s. ISBN 80-85962-04-7.
11. MROWETZ, Michaela, ANTALOVÁ, Ivana, CHRASTILOVÁ, Gauri. *Bonding-porodní radost*. První vydání. Praha: DharmaGaia. 2011, 279s. ISBN 978-80-7436-014-5.

12. ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. První vydání. Praha: Argo. 1995, 154s. ISBN 80-85794-69-1.
13. SAMKOVÁ, Alžběta. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. 2020, 256s. ISBN 978-80-264-3017-9.
14. SEARS, William, SEARSOVÁ, Martha. *Kontaktní rodičovství*. První vydání. Praha: Argo. 2012, 290s. ISBN 978-80-257-0597-1.
15. SYMONS, Jane. *Těhotensví a péče o dítě*. Třetí vydání. Dobřejovice: Rebo. 2008, 232s. ISBN 978-80-7234-939-5.
16. WOLFOVÁ, Markéta. *Vývoj ošetřování fyziologického novorozence po porodu*. Absolventská práce. Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Karlovy Vary. 2014. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Slavíková.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

17. BECK, Cheryl Tatano. *Birth Trauma: In the Eye of the Beholder*. 2004 [online].[cit. 27.3.2021]. Dostupné z: [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2004/01000/Birth\\_Trauma\\_In\\_the\\_Eye\\_of\\_the\\_Beholder.5.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2004/01000/Birth_Trauma_In_the_Eye_of_the_Beholder.5.aspx)
18. CHRASTILOVÁ, Gauri. *Bonding – láska na první dotek*. 2014 [online].[cit. 8.2.2021]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/bonding-laska-na-prvni-dotek>
19. KLEMENTOVÁ, Zuzana. *Bezplenková komunikační metoda*. Brána k dětem. 2013 [online].[cit. 5.11.2020]. Dostupné z: <http://branakdetem.blogspot.com/search/label/Bezplenková%20komunikační%20metoda>
20. KODEŠOVÁ, Petra. *Informovanost žen o průběhu porodu*. 2020 [online].[cit. 28.3.2021]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kristina Janoušková PhD. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7wvl88/>
21. KROUPOVÁ, Radka. *Role otce u porodu z pohledu rodičky*. 2012 [online].[cit. 28.3.2021]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magdalena Řeřuchová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1r74aw/>

22. MROWETZ, Michaela. Ordinace klinické psychologie a psychoterapie – specializace reprodukční terapie a terapie reprodukčních traumat. Ordinace klinické psychologie a psychoterapie – specializace reprodukční terapie a terapie reprodukčních traumat. 2020 [online].[cit. 25.11.2020]. Dostupné z: <http://www.klinickapsycholozka.cz/>.
23. MROWETZ, Michaela, PEREMSKÁ, Marcela. *Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma - chiméra, či realita budoucnosti?* *Pediatríepropraxi*. 2013 [online]. 14(3), 201-204. ISSN 1213-0494. [cit. 17.2.2021]. Dostupné z: <http://www.pediatríepropraxi.cz/archiv.php>
24. POKOJOVÁ, Martina. *Bonding na porodním sále*. 2017 [online].[cit. 29.3.2021]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kristina Janoušková PhD. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s6posy/>
25. PŘIROZENÝ POROD. *Separace od matky stresuje dítě, zjistila studie*. *Přirozený porod = normální porod. "Kdo nic neví, musí všemu věřit."* 2012 [online].[cit. 17.2.2021]. Dostupné z: <http://www.prirozeny-porod.eu/separace-stresuje-dite/>.
26. RYBA, Luděk, JANDA, Jan. *Kontaktní rodičovství*. Česká pediatrická společnost a nošení dětí. [online]. Copyright © 2017 [cit. 16.3.2021]. Dostupné z: <https://kontaktnirodicovstvi.cz/2017/09/24/ceska-pediatricka-spolecnost-a-noseni-deti/>
27. SILÁKOVÁ, Šárka. *Bonding – vazba mezi matkou a dítětem*. 2014 [online].[cit. 29.3.2021]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Žárská. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zdcaz9/>
28. ŠÁMALOVÁ, Pavlína Bc. *Faktory ovlivňující zahájení kojení*. 2020 [online].[cit. 29.3.2021]. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce doc. Mgr. Jan Havlíček PhD. Dostupné z:
29. VÍCHOVÁ, Tereza. *Bonding: První spojení, které má zásadní vliv na kojení a vývoj*. 2013 [online].[cit. 8.2.2021]. Dostupné z: <http://www.maminka.cz/clanek/bonding-prvni-spojeni-ktere-ma-zasadni-vliv-na-kojeni-a-vyvoj>

30. WORLD HERITAGE ENCYCLOPEDIA. *Michel Odent*. [online].[cit. 7.3.2021].

Dostupné z: [http://self.gutenberg.org/articles/Michel\\_Odent](http://self.gutenberg.org/articles/Michel_Odent)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha 1 – Dotazník

## **Příloha č. 1 - Dotazník**

Dobrý den,

Věnujte prosím několik minut svého času na vyplnění následujícího anonymního dotazníku, který se týká bondingu. Výsledky dotazníku budou použity při vypracování mé bakalářské práce na téma Podpora raného kontaktu mezi matkou a novorozencem. Dotazník je určený pro ženy do 1 roku po spontánním porodu (na každý porod 1 dotazník). Děkuji za Váš čas a ochotu.

Tereza Planetová, studentka 3. ročníku porodní asistence Fakulty zdravotnických studií v Plzni.

### **1) Kolik Vám je let?**

- a) Méně než 20 let
- b) 20 - 26 let
- c) 27 - 32 let
- d) Více než 32 let

### **2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Středoškolské s výučním listem
- c) Středoškolské s maturitní zkouškou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

### **3) Rodila jste přirozeně nebo jinou formou?**

- a) Přirozeně
- b) Indukovaný porod (umělé vyvolání porodu tabletami či jinými preparáty)
- c) VEX (použití „zvonu s pumpičkou“ schopného vytvořit řízený podtlak na hlavičce dítěte - napomáhá snazšímu průchodu porodními cestami)
- d) Kleště (použití pro rychlejší vypuzení dítěte z porodních cest)

**4) Jak probíhal Váš první kontakt s dítětem po porodu?**

- a) Mé dítě jsem viděla ihned po narození a s pupeční šňůrou mi ho porodník položil na tělo (skin to skin), až poté bylo dítě ošetřeno dětskou sestrou či porodní asistentkou
- b) Mé dítě jsem viděla ihned po narození, avšak nejdřív bylo ošetřeno dětskou sestrou (porodní asistentkou), posléze mi ho položili na tělo nebo na lůžko, trvalo to několik minut
- c) Dítě jsem poprvé viděla až po několika hodinách
- d) Jiné: vypište

**5) Myslíte si, že je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**6) Proč si myslíte, že je bezprostřední kontakt s dítětem důležitý? (Možnost výběru více odpovědí)**

- a) Silnější vazba mezi matkou a dítětem
- b) Rychlejší nástup laktace
- c) Napomáhá zklidnění matky i dítěte
- d) Přispívá k pocitu bezpečí
- e) Lepší adaptace na vnější prostředí
- f) Přírozený proces
- g) Zkrácení doby zavinování dělohy
- h) Snazší porod placenty
- i) Nevím

**7) Co podle Vás znamená slovo bonding?**

- a) Poporodní vazba mezi matkou a novorozěným dítětem
- b) Dotepání pupečníku
- c) Propuštění z porodnice do domácího prostředí

- d) Nevím
- e) Jiné: vypište

**8) Setkala jste se s pojmem bonding? Pokud ano, odkud? (Možnost výběru více odpovědí)**

- a) Od gynekologa
- b) Od porodní asistentky
- c) Od doly
- d) Z internetu
- e) Od přátel a rodiny
- f) Z knih
- g) Nečetkala
- h) Jiné: vypište

**9) Víte, jak dlouho by měl bonding trvat?**

- a) 15 min
- b) 30 min
- c) 1 h
- d) 2 h
- e) Déle než 2 h
- f) Nevím

**10) Jakou formu bondingu jste zažila při Vašem porodu? (Možnost výběru více odpovědí)**

- a) Bezprostřední položení nahého dítěte na nahé tělo matky po porodu
- b) Ošetření a vyšetření na těle matky
- c) Samopřísátí - doplazení novorozence k prsu matky bez pomoci
- d) Pohled z očí do očí mezi matkou a dítětem
- e) Odložení přerušování pupeční šňůry
- f) Skin to skin (nahé tělíčko dítěte položené na nahém těle matky)



g) Žádná forma bondingu

h) Jiné: vypište

**11) Jak dlouho u Vás bonding trval?**

a) Méně jak 15 min

b) 15 - 30 min

c) 1 h

d) 2 h

e) Déle než 2 h

f) Nevím

**12) Má podle Vás bonding vliv na rozvoj laktace?**

a) Bonding ovlivňuje pouze vztah mezi matkou a dítětem

b) Bonding mi pomohl s nástupem laktace

c) Kdyby bonding trval déle, možná by mi to pomohlo

d) Nemá žádný vliv

e) Jiné: vypište

**13) Měla jste možnost po porodu zažít pohled z očí do očí se svým dítětem?**

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

**14) Jak probíhalo první ošetření Vašeho dítěte po porodu?**

a) Dítě mi ošetřili na těle

b) Dítě bylo ošetřeno na lůžku na porodním sále

c) Jiné: vypište

**15) Bylo Vám umožněno/chtěla jste odložení přerušování pupeční šňůry?**

a) Ano

b) Ne (pokud vyberete tuto odpověď, přeskočte rovnou na otázku č. 17)

- c) Nevím
- d) Neměla jsem o tuto formu bondingu zájem (pokud vyberete tuto odpověď, přeskočte rovnou na otázku č. 17)

**16) Pokud u Vašeho porodu proběhlo odložení přerušování pupeční šňůry, jak dlouho to trvalo?**

- a) Méně než 1 minutu
- b) 2 minuty
- c) 3 - 5 min
- d) Déle jak 5 min
- e) Nevím

**17) Bylo Vám dítě po porodu ponecháno na porodním sále po celou dobu Vašeho pobytu (standardně 2 h)?**

- a) Ano, celé 2 h
- b) Ano, ale kratší dobu
- c) Ne, dítě po porodu ošetřili a odnesli

**18) Měla jste po porodu na sále Vy a Vaše dítě dostatek soukromí, přítmí a ticha?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**19) Měla jste u porodu partnera?**

- a) Ano
- b) Ne (pokud vyberete tuto odpověď, přeskočte rovnou na otázku č. 22)
- c) Ne, měla jsem osobní porodní asistentku
- d) Ne, měla jsem dula
- e) Měla jsem partnera i jinou doprovodnou osobu (dula, osobní porodní asistentka,..)

**20) Pokud jste měla partnera u porodu, byl to pro Vás pozitivní přínos?**

- a) Ano, byla jsem velmi ráda, že jsem tam nebyla sama
- b) Ne, byla jsem z něj nervózní a raději jsem chtěla být sama
- c) Jiné: vypište

**21) Mohl být partner po celou dobu porodu na porodním sále s Vámi?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Mohl být přítomen jen při konečné fázi porodu
- d) Jiné: vypište

**22) Proběhl po porodu kontakt dítěte s partnerem?**

- a) Ano
- b) Ne

**23) Víte, co znamená slovo „samopřisátí“?**

- a) Ano
- b) Ne (pokud vyberete tuto odpověď, přeskočte rovnou na otázku č. 25)

**24) Co podle Vás znamená slovo samopřisátí?**

- a) Dítě si samo nalezne prs bezprostředně po porodu a začne sát
- b) Dítě je k prsu přiloženo dětskou sestrou či porodní asistentkou
- c) Jiné: vypište

**25) Bylo Vám dítě přiloženo k prsu?**

- a) Ano, bezprostředně po porodu na porodním sále
- b) Ano, 30 min až 1 h po porodu na porodním sále
- c) Ano, ale až po 2 h na pokoji oddělení šestinedělí
- d) Ne, nebylo vůbec přiloženo

**26) Pokud Vám dítě bylo přiloženo k prsu, kým?**

- a) Porodníkem
- b) Dětskou sestrou
- c) Porodní asistentkou
- d) Partnerem
- e) Jiné: vypište

**27) Kojíte po porodu?**

- a) Nekožím vůbec
- b) Méně než 3 měsíce
- c) 3 - 6 měsíců
- d) 6 - 12 měsíců