

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Kristýna Míslarová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Kristýna Míslarová

**VZTAH MEZI MATKOU A DÍTĚTEM PO CÍSAŘSKÉM
ŘEZU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kristýna Míslarová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vztah mezi matkou a dítětem po císařském řezu

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: attachment, císařský řez, bonding, šestinedělí

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá vztahem mezi matkou a dítětem po císařském řezu. Cílem práce je zjistit, jaké pocity prožívá žena po císařském řezu ve vztahu ke svému dítěti. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje základní informace o dělení císařského řezu, jeho indikaci a provedení. Práce také popisuje, jak na tento výkon nahlíží ženy. Dále se věnuje bondingu a rooming-in, které napomáhají vytvořit spojení mezi matkou a novorozencem. Práce se zabývá také psychikou ženy, která může tento vztah mezi ní a dítětem ovlivnit. Praktická část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Výzkumného šetření se účastnily tři participantky, které rodily císařským řezem ve stejné nemocnici. První dvě ženy (prvorodička a druhorodička) podstoupily plánovaný císařský řez a třetí (prvorodička) akutní císařský řez. Na základě získaných výsledků byla vypracována doporučení pro praxi.

Abstract

Surname and name: Kristýna Míslarová

Department: Department of nursing care and midwifery

Title of thesis: The mother – child relationship after caesarean section

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 34

Keywords: attachment, caesarean section, bonding, puerperium

Summary:

The bachelor thesis deals with the relationship between mother and child after caesarean section. The aim of the work is to find out what feelings a woman experiences after a caesarean section. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains basic information about the division of caesarean section, its indication and conduct. The work also describes women's view on this act. It also deals with bonding and rooming-in, which help to create a connection between mother and newborn. The work also deals with the psychic of a woman who can influence this relationship between her and the child. The practical part of the bachelor thesis is processed in the form of qualitative research. Three participants taking part in the research gave birth by caesarean section in the same hospital. The first two women (primipara and secundipara) underwent a planned caesarean section and the third one (primipara) acute caesarean section. Based on the obtained results, recommendations for practice were developed.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové Ph. D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům z porodnicko-gynekologického oddělení v nemocnici Jablonec nad Nisou za poskytování odborných rad a ochotu.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ.....	14
1.1 Indikace k císařskému řezu.....	14
1.2 Dělení císařského řezu	15
1.3 Péče o ženu po císařském řezu	16
1.4 Pohled ženy.....	17
2 BONDING.....	18
2.1 Význam.....	18
2.2 Pravidla bondingu	19
2.2.1 Skin to skin.....	20
2.2.2 První ošetření novorozence	20
2.2.3 Samopřísátí.....	21
2.3 Bonding a císařský řez.....	22
3 ROOMING – IN	24
4 ATTACHMENT.....	25
4.1 John Bowlby	25
4.2 Teorie citové vazby.....	25
4.3 Alternativní teorie	25
4.3.1 Teorie sekundárního pudu a teorie imprintingu	26
4.4 Attachment po císařském řezu.....	27
5 KOJENÍ PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	28
5.1 Vliv na kojení.....	29
6 VÝVOJ NOVOROZENCE	30
6.1 Novorozenec	30
6.2 Aktivita novorozence.....	30
6.3 Schopnosti novorozence	31
7 PSYCHICKÉ POTÍŽE MATKY PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU	33
7.1 Poruchy spánku.....	33
7.2 Deprese	33
7.2.1 Deprese a vliv na dítě	34
7.2.2 Léčba	35

7.3 Poporodní psychóza	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
8 FORMULACE PROBLÉMU	37
9 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	38
9.1 Hlavní cíl.....	38
9.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	38
9.3 Výzkumné otázky	38
10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
11 METODIKA PRÁCE	40
12 ORGANIZACE VÝZKUMU	42
13 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	44
13.1 Anna	44
13.1.1 První setkání	44
13.1.2 Rozhovor	44
13.1.3 Dotazník	46
13.1.4 Shrnutí dotazníku.....	48
13.2 Helena.....	48
13.2.1 První setkání	49
13.2.2 Rozhovor	49
13.2.3 Dotazník	51
13.2.4 Shrnutí dotazníku.....	52
13.3 Sabina	52
13.3.1 První setkání	53
13.3.2 Rozhovor	53
13.3.3 Dotazník	55
13.3.4 Shrnutí dotazníku.....	56
DISKUZE.....	57
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM LITERATURY.....	66
SEZNAM PŘÍLOH	70
PŘÍLOHY	71
Příloha č. 1 – Informovaný souhlas	71
Příloha č. 2 – Návod k rozhovoru.....	72
Příloha č. 3 – Dotazník	73
Příloha č. 4 – Edinburghská škála postnatální deprese.....	74
Příloha č. 5 – Bonding u císařského řezu	77
Příloha č. 6 – Matkou asistovaný císařský řez	77

Příloha č. 7 – Matkou asistovaný císařský řez dvojčat.....	78
--	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Bonding u císařského řezu	77
Obrázek 2: matkou asistovaný císařský řez.....	77
Obrázek 3: matkou asistovaný císařský řez dvojčat.....	78

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Dílčí cíl 1	57
Tabulka 2: Dílčí cíl 2	58
Tabulka 3: Dílčí cíl 3	59
Tabulka 4: Dílčí cíl 4	60
Tabulka 5: Dílčí cíl 5	62
Tabulka 6: Návod k rozhovoru	72

SEZNAM ZKRATEK

JIP Jednotka intenzivní péče

UM..... Umělé mléko

ÚVOD

"Už od počátku věků ženy potřebovaly a chtěly mít své děti nablízku. V náruči těsně po porodu a během odpočinku nebo spánku. Děti prospívaly a byly u matek v bezpečí a v teple. Dnes víme, že tato „touha po blízkosti“ je tělesná a emoční potřeba sdílená matkami i dětmi (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 242-243).“

Celé těhotenství jsou žena s dítětem propojeny, jsou jako jedno tělo. I když po 9 měsících se z tohoto jednoho těla stanou dvě, jsou stále na sebe vzájemně napojeny. Žena s dítětem by měla být v neustálém kontaktu, a to i pokud se jedná o císařský řez. Jakmile je žena i dítě v pořádku, měly by mít možnost, se navzájem poznávat hned po porodu. K navázání vztahu je důležité, aby dítě bylo s matkou po celou dobu, aby se mohly vzájemně dotýkat, navzájem se pozorovat. Dítě by se mělo přiložit k prsu matky, aby se vztah ještě více prohloubil a napomohlo k rozvoji laktace. Toto všechno je dnes již běžný standard v porodnicích po vaginálním porodu, proč tomu tak ale není též u císařského řezu?

Na problematiku vztahu mezi matkou a dítětem po císařském řezu jsem se zaměřila, jelikož se jedná o aktuální téma. Výskyt císařských řezů v České republice je 24,2 % (Velebil, 2020, s. 6) a mnoho žen je po tomto typu porodu zklamaných, smutných a ve stresu. Ženy se těší až prvně uvidí dítě, které devět měsíců nosily pod srdcem, ale ono to často není možné. Většinou dětské sestry hned po porodu dítě odnesou a ženě ho přinesou až za dvě hodiny. Tyto první dvě hodiny jsou však pro matku a dítě klíčové.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké pocity žena prožívá po císařském řezu ve vztahu ke svému dítěti. Jakou roli může v tomto procesu sehrát porodní asistentka. Co by se mělo zlepšit v praxi, aby se ženy cítily lépe a dokázaly se, co nejdříve napojit na své dítě.

Informace, které jsou využité v bakalářské práci, jsem čerpala v odborné literatuře, vědeckých člancích, internetových člancích a v kvalifikačních pracích. Odbornou literaturu jsem si opatřila v knihovně Fakulty zdravotnických studií v Plzni, Lékařské knihovny Krajské nemocnice Liberec a Krajské vědecké knihovně v Liberci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CÍSAŘSKÝ ŘEZ

Císařský řez je nejčastějším operačním porodem. Frekvence císařských řezů v České republice v roce 2019 byla okolo 24,2 % (Veľbil, 2020, s. 6). V perinatologických centrech, které se zabývají rizikovými těhotnými, se uskuteční více než 30 % císařských řezů. U ostatních nemocničních zařízení se císařský řez provede přibližně u každé desáté rodičky (Pařízek, 2015, s. 224). Důvody vzestupu císařských řezů v posledních letech jsou vyšší věk rodiček, komorbidita, pokles vaginálních porodů po císařském řezu, pokles vaginálních porodů u polohy plodu koncem pánevním, vzestup vícečetných gravidit, či častější operace na děloze (Dubová, Zikán, 2019, s. 512).

Neexistuje dosud důkaz o optimální incidenci, rozhodujícím kritériem je morbidita a mortalita plodů a matek. Jedná se však o dlouhodobá pozorování, jelikož císařský řez přináší i několik rizikových faktorů pro další těhotenství (Pařízek, 2012, s. 180). V České republice nelze provádět císařský řez na přání, jelikož je šestkrát rizikovější než vaginální porod (Pařízek, 2015, s. 224). Císařský řez lze dle času provést v průběhu těhotenství, během I. doby porodní a na začátku II. doby porodní, není-li hlavička pevně fixovaná v pánvi (Binder, 2011, s. 266).

1.1 Indikace k císařskému řezu

Indikace k řezu mohou nastat ze strany plodu, matky nebo mohou být sdružené. Ze strany plodu se jedná především o hypoxii plodu, růstovou restrikcí plodu, nepravidelnou polohu plodu. Do nepravidelné polohy plodu můžeme zařadit příčnou polohu, nepříznivou šikmou polohu, obličejovou a čelní deflexi hlavičky, výhřez ruky při podélné poloze hlavičkou, asynklitismus, či vysoký přímý stav. Poloha plodu koncem pánevním může být také indikací k císařskému řezu, a to v případě, že dítě u primipar má váhový odhad nad 3500 g a u multipar nad 3800 g, nebo již žena rodila císařským řezem. Naléhání a výhřez pupečníku je další jistá indikace k řezu, stejně jako anémie plodu (Dubová, Zikán, 2019, s. 513-514).

Indikace ze strany matky jsou například včestné překážky jako je myom, tumor rekta, ovariální tumor a další. Dále se císařský řez provádí v případě abrupce placenty, placenty praevia, neúspěšné indukce a poruše vypuzovacích sil. Další indikace je

kefalopelvický nepoměr, pelveolýza a symfyzeolýza, omezená pohyblivost kyčelního kloubu kvůli úrazu či operaci, změny na porodních cestách, varixy pochvy a vulvy, stenóza hrdla po cerclage, septa a stenózy pochvy. Pokud je žena po operaci na děloze či pánvi, nebo jí byl v minulosti proveden císařský řez, lze zde předpokládat také císařský řez. Zdravotní stav matky určuje, zda je žena připravena родit spontánně. V případě preeklampsie, onemocnění srdce, plic, ledvin nebo, herpes genitalis, HIV s vyšší virovou náloží a aneurysma musí žena podstoupit císařský řez. V některých případech je indikace věk či vícečetná gravidita (Dubová, Zikán, 2019, s. 513-514).

Podmínkou k provedení císařského řezu je nevstoupá hlavička v malé pánvi. Technicky to lze provést, jde ovšem o velmi náročný výkon, ke kterému je zapotřebí velmi zkušený operátor (Dubová, Zikán, 2019, s. 514).

1.2 Dělení císařského řezu

Císařský řez se provádí v těhotenství, nebo v průběhu porodu, to znamená po nástupu děložních kontrakcí (Pařízek, 2012, s. 181). Plánovaný císařský řez se provádí v těhotenství a je potřeba udělat s ženou interní předoperační vyšetření, EKG, nabrat krevní obraz, biochemii a nakřížení krve. Je důležité vyšetření anesteziologem, mít ženu podepsaný informovaný souhlas a podat ženě antibiotickou clonu. Těsně před výkonem se ženě dají bandáže na dolní končetiny, provede se očistné klyisma a zavede se Foleyův katétr (Dubová, Zikán, 2019, s. 515).

Akutní císařský řez se provádí, kdy časová prodleva ohrožuje plod nebo matku. Může to být například u eklamtického záchvatu, prolapsu pupečníku, nebo předčasného odlučování placenty (Pařízek, 2012, s. 181). Interní předoperační vyšetření si obstará anesteziolog. Porodní asistentky zajistí žilní vstup a dle indikace podá akutní tokolýzu, která je ovšem kontraindikovaná u předčasného odlučování placenty. Porodní asistentka zajišťuje zavedení Foleyova katetru a monitoring ozev plodu (Dubová, Zikán, 2019, s. 515). Třetí typ císařského řezu je urgentní řez, který není plánovaný, ale liší se od akutního řezu tím, že je čas na podání neuroaxiální anestezie. Může se to týkat například porodu neúplného konce pánevního (Pařízek, 2012, s. 181).

Z anesteziologického hlediska se císařský řez dělí na porod v celkové anestezii v tak zvané narkóze a místní anestezii. Volba anestezie závisí na mnoha faktorech. Záleží na individuálním zhodnocení porodníka a anesteziologa, časové naléhavosti, ale také na přání rodičky. Oba postupy mají své nedostatky a přednosti. Předností místní anestezie je

plné vědomí ženy po celou dobu operace, tudíž může komunikovat s partnerem a ihned po porodu vidět a mít u sebe dítě. Není zde tedy narušen první kontakt mezi matkou a dítětem. Díky bdělosti jsou zachovány obranné reflexy, nehrozí tedy vdechnutí žaludečního obsahu. Při místní anestezii nehrozí útlum plodu léky. Nevýhodou může být naopak riziko poklesu krevního tlaku, tedy riziko sníženého přísunu okysličené krve pro dítě. Nástup této anestezie je pomalejší, což může být v některých případech nevýhoda (Pařízek, 2015, s. 229).

Výhodou celkové anestezie je rychlý a spolehlivý účinek, při zajištění je spolehlivější kontrola dýchání ženy během operace, nehrozí nebezpečí poklesu krevního tlaku. Nevýhoda je možnost útlumu novorozence léky, které se používají k uspání ženy přímo do žíly. Příkládání novorozence k prsu je umožněno až při plném vědomí matky. Je zvýšené riziko vdechnutí žaludečních šťáv. Dle porovnání lze pozorovat, že místní anestezie je pro ženu i její dítě u císařského řezu výhodnější (Pařízek, 2015, s. 229-230).

1.3 Péče o ženu po císařském řezu

Pokud je operace bez komplikací, trvá zhruba 45 minut. Po ukončení operace je každá žena přechodně přesunuta na jednotku intenzivní péče, kde je monitorována. Průběh po porodu císařským řezem je bolestivější, ale dnes existují možnosti, jak účinně ulevit ženě od pooperačních bolestí, aniž by ovlivnili kvalitu mateřského mléka. Zhruba 24 hodin po porodu bývá žena přeložena na běžné oddělení šestinedělí a po 5-6 dnech je propuštěna domů (Pařízek, 2015, s. 226).

Porodní asistentka během pooperačního období zajišťuje vitální funkce ženy, kontroluje ránu v oblasti břicha, kontroluje krvácení a zavínování dělohy. Zajišťuje léčbu bolesti, nahrazuje ztrátu tekutin a informuje ženu o následujícím průběhu hospitalizace. Porodní asistentka by především měla ženě umožnit kontakt s novorozencem a časté příkládání k prsu. Úkolem porodní asistentky je poučit ženu o časně rehabilitaci a cvičení v době šestinedělí. Porodní asistentka by měla se ženou komunikovat a zodpovědět každý dotaz (Fišerová, 2021, s. 26-27).

Propuštění předchází vyšetření doktorem. Břicho je sešito speciálním stehem, který se za 2 až 3 týdny rozpustí a vstřebá (Pařízek, 2015, s. 226).

1.4 Pohled ženy

Pohledy a zkušenosti jsou velmi odlišné a nelze se přiklánět pouze k jednomu názoru. Žena z Brazílie, kde je porod císařským řezem považován za symbol společenského postavení, bude tento porod vnímat jinak než žena z Maroka, která po porodu císařským řezem není považována za opravdovou ženu (Odent, 2016, s. 106). U standartních situací, kde je dlouhý nepostupující porod a je potřeba provést řez, mají ženy odlišné pocity dle souvisejících faktorů. Pro jednu ženu toto může být zklamání, pocit nedostatečnosti, pro druhou vysvobození z bolesti, světlo na konci tunelu. Tyto ženy se snaží většinou při dalším porodu porodit přirozenou cestou a pokud se jim to povede, cítí obrovské štěstí. Ženy se pak cítí být opět ženou, cítí se normální, celistvé, posílené. Obecně platí, že při vyprávění o porodu používají superlativa pouze ženy, které rodily vaginálně. Dle Melbournského výzkumu můžeme pozorovat, že ženy po vaginálním porodu měly výrazně lepší náladu a vnímaly svou hodnotu pozitivněji než před porodem. Naopak ženy po císařském řezu byly oproti době před porodem smutnější a vnímání jejich hodnot se zhoršilo (Odent, 2016, s. 106-107).

2 BONDING

Bonding je poporodní proces tvoření recipročních emočních vazeb mezi dítětem a matkou. Tento proces se uskutečňuje po přiložení dítěte na tělo matky. Tento proces by měl být zhruba 12 hodin dlouhý. Z doslovného překladu vyplývá, že bonding znamená spojování, vázání, sblížení. Ženy pocítují štěstí, euforii a sílu, která potlačuje bolest, kterou zažívala při porodu (Kurzová, Krondřáková, Pokojková a Janoušková, 2015).

2.1 Význam

Podle studie, kterou provedli Klaus, Kennel a další, raný kontakt dítěte s matkou působí na to, jak se o své dítě bude matka starat v budoucnu. Matky, které nestráví příliš času se svým dítětem v prvních hodinách po porodu, kojí kratší dobu, cítí se s ním méně v kontaktu a pomaleji reagují, když dítě pláče. Zdůrazňují ale, že toto není jediný důvod k tomuto chování. Je důležité chápat, že vazba nemusí vznikat jen těsně po narození. Kontaktní vztah mezi matkou a dítětem se tvoří i několik dní, dokonce i měsíců. U každého toto spojení může proběhnout jinak (Sears a Searsová, 2018, s. 67-69).

Některé matky nemají možnost mít po porodu dítě hned u sebe. Tyto ženy mohou mít pocit, že musí mít pocit viny. Slovo bonding vnímají jako útok na jejich mateřské vlohy a zpochybnění jejich lásky k dítěti. Ne vždy jde pouze o vyrovnání se s jiným názorem, ale může vyvolat žal a trauma ze vzpomínek na odloučení s novorozencem. Jedná se o chybu systému, který bonding nepřijímá jako běžnou zvyklost. Bonding z nikoho nevytvoří nejlepší matku, nepomůže nikomu, aby byl bezchybný, nepomůže k dokonalé rodině, avšak je to ideální začátek k vytvoření vazby mezi matkou a dítětem (Mrowetz, Chrástilová, Antalová, 2011, s. 14). Pokud v těchto případech matka s dítětem nemohou být spolu z lékařských důvodů, měl by se personál snažit podpořit rodinu a umožnit jim trochu soukromí. Matka s dítětem jsou v tuto chvíli vůči sobě výjimečně vnímaví. Je přirozené, že během této chvíle si předávají navzájem důležité informace. Způsob, jakým zahájí svůj vztah, určí profil toho, jak kvalitně se poznají. Společně strávený čas po porodu není bezvýznamný, je důležitý pro začátek nového života novorozence i celé rodiny (Sears a Searsová, 2018, s. 69). Matkám a dětem, které nemohou přijít do kontaktu ihned po narození, se doporučuje, aby ho navázaly co nejdříve, kdykoli a kdekoli to bude možné (UNICEF, 2019).

2.2 Pravidla bondingu

Bonding je přirozený a není potřeba k němu znát žádná pravidla, existuje zde několik tipů, které dokážou pomoc pochopit a užít si první kontakt. Některé tipy je nutné prokonzultovat s personálem již před porodem, jelikož v každém zdravotnickém zařízení mají své vlastní postupy a pravidla. Mezi tyto tipy patří skin to skin, při kterém se dítě položí na holé tělo matky (Sears a Searsová, 2018, s. 70).

Dotýkání je další tip, který rodiče po narození jejich dítěte ihned praktikují, avšak hlazení má pro dítě velký význam. Pocit lásky a ochrany, kterou dotyky rodiče vyjadřují, není jediným pozitivem. Hlazení stimuluje dech, který je po narození nepravidelný (Sears a Searsová, 2018, s. 71).

Mluvit na své dítě hned po narození má uklidňující vliv na něho, jelikož dokáže ihned rozpoznat matčin hlas. Její hlas mu pomůže cítit se i mimo dělohu jako doma. Další z tipů je první ošetření novorozence po delší době, nebo dokonce na těle matky (Sears a Searsová, 2018, s. 72). Kojení by během bondingu mělo proběhnout nejlépe samopřisátím (UNICEF, 2019). Kojení v prvních hodinách není důležité pouze pro rozvoj laktace, ale také k rozvoji mateřského chování, které zajistí péči o dítě (Sears a Searsová, 2018, s. 72). Sáním se vyplavuje hormon oxytocin, který je důležitý ke stahování děložního svalstva, ale také utužuje bonding ke svému dítěti (Mrowetz, 2011, s. 271).

Důležité je soukromí. Ticho a soukromí by měl umožnit personál ihned po dokončené práci. V první hodině by mělo být ticho a klid, aby se rodiče mohli koncentrovat pouze na novorozence. Rodiče by tak neměli hned použít mobilní telefony k oznámení narození, ale veškerou pozornost směřovat k dítěti (Sears a Searsová, 2018, s. 73).

Matka by měla být pozorována a dítě by mělo být okamžitě odebráno, pokud personál uzná za vhodné. Mnoho matek může provádět bonding během perineálního šití, pokud mají dostatečnou úlevu od bolesti. Matka, která má bolesti, však nemusí být schopna své dítě bezpečně držet. Děti by neměly být na matce, když dostávají Entonox nebo jiná analgetika, která ovlivňují její vědomí (UNICEF, 2019).

2.2.1 Skin to skin

Při skin to skin by mělo být nahé dítě položeno ihned po porodu na obnažené tělo matky. Hlavička by měla být v úrovni matčiných prsů. Teplo zajistí matka, která vyzařuje teplo a dečka, kterou personál přikryje novorozence (Sears a Searsová, 2018, s. 70). Švédští vědci zjistili, že pokud je dítě položeno nahé na matku a poté přikryt příkrývkou, tak si svoji tělesnou teplotu udrží stejně tak dobře, jako kdyby byla použita moderní topná zařízení (Mrowetz, 2011, s. 270). Pohyby hrudníku a tep matčina srdce zmírňuje pocit dětského strachu, jelikož tento pocit zná již z její dělohy (Sears a Searsová, 2018, s. 70).

Existuje stále více důkazů, že kontakt skin to skin po porodu pomáhá dětem i jejich matkám. Uklidňuje a uvolňuje matku i dítě, reguluje srdeční frekvenci a dýchání dítěte, pomáhá mu lépe se přizpůsobit životu mimo dělohu, stimuluje trávení a zájem o krmení. Reguluje teplotu, umožňuje kolonizaci pokožky dítěte přátelskými bakteriemi matky a poskytuje tak ochranu před infekcí, stimuluje uvolňování hormonů pro podporu kojení a mateřství (UNICEF, 2019).

Stejní švédští vědci, kteří byli zmíněni v prvním odstavci, zjistili, že je-li novorozenec položen na kůži matky během prvních devadesáti minut svého života, pláče méně než dítě, které bylo po porodu ihned osušeno a zabaleno do dečky. Je pravděpodobné, že tato schopnost, zahřát dítě matčíným hrudníkem, je proměnlivá a geneticky se vyvinula již před více než 400 000 lety, aby pomohla zachránit novorozence před smrtí (Mrowetz, 2011, s. 270).

Ke kontaktu skin to skin může také dojít kdykoli, když dítě potřebuje uklidnit, může také pomoci zvýšit zásobu mateřského mléka. Kontakt skin to skin je také životně důležitý na novorozeneckých odděleních, kde je často známý jako „klokánkování“. Zde pomáhá rodičům navázat kontakt s jejich dítětem a podporuje jeho lepší fyzické a vývojové výsledky. Kontakt poskytuje dětem na novorozeneckém oddělení výhody, protože zlepšuje saturaci kyslíku, snižuje hladiny kortizolu (stresu), zejména po bolestivých zákrocích, podporuje chování před krmením, pomáhá s růstem, může zkrátit pobyt v nemocnici a v neposlední řadě zlepšuje objem mléka (UNICEF, 2019).

2.2.2 První ošetření novorozence

Zdravotnický personál hned po porodu rutině provádí ošetření novorozence. Žena by měla s předstihem požádat o odložení tohoto ošetření, aby mohla s dítětem navázat prvotní fázi vazby. Další žádost by měla směřovat k ošetření v místnosti, kde se nachází

matka. Dítě by mělo od začátku znát, že pokud trpí, přichází útěcha od matky. Tato zkušenost je cenná lekce do jeho života, jelikož ví, že se může spolehnout na své okolí (Sears a Searsová, 2018, s. 72). Bdělost o blaho dítěte je základní součástí poporodní péče bezprostředně po porodu a v prvních hodinách po porodu. Z tohoto důvodu by normální pozorování teploty, dýchání, barvy a tonu dítěte mělo pokračovat po celou dobu kontaktu skin to skin stejným způsobem, jako kdyby bylo dítě v postýlce (to zahrnuje výpočet Apgar skóre 1, 5 a 10 minut po porodu). Vždy je třeba dbát na to, aby bylo dítě v teple (UNICEF, 2019).

Zaměstnanci by si měli s matkou a jejím doprovodem promluvit o tom, jak je důležité rozpoznat změny v barvě nebo tónu dítěte a o nutnosti okamžitě upozornit personál, pokud mají obavy. Je důležité zajistit, aby dítě nemohlo spadnout na podlahu nebo se zachytit v povlečení nebo tělem matky. Matky by měly být povzbuzovány, aby byly v poloze napůl vleže, aby mohly držet a krmit své dítě. Zvláštní pozornost je třeba věnovat poloze dítěte a zajistit, aby byla hlavička podepřena, aby nedošlo k ucpaní dýchacích cest dítěte (UNICEF, 2019).

2.2.3 Samopřisátí

Instinkty po narození povedou dítě k tomu, aby následoval jedinečný proces, který pokud zůstane bez přerušení, povede k prvnímu přisátí. Pokud se mu povede seznámit se s matčíným prsem a dosáhnout samopřisátí, je velmi pravděpodobné, že si to při dalším kojení bude pamatovat. Toto vede k menšímu počtu problémů s kojením (UNICEF, 2019).

Samopřisátí je delší proces, který začíná tím, že dítě začne dělat malé pohyby paží, ramen a hlavy. Jak se tyto pohyby zvyšují, dítě zvedne kolena a zdá se, že se pohybuje nebo plazí směrem k prsu. Často odpočívají, jakmile naleznou prso (to může být často mylně považováno za to, že dítě nemá hlad nebo se nechce krmit). Po určité době klidu se začne seznamovat s prsem například rytím nosem, čicháním a olizováním okolí. Toto důležité seznamovací období může nějakou dobu trvat, proto je důležité nespěchat a snažit se zůstat trpěliví a umožnit miminku, aby samo našlo nejlepší cestu k přisátí. Poté proběhne samopřisátí a krmení. Může se stát, že matka a dítě potřebují v této fázi trochu pomoci s polohováním (UNICEF, 2019).

Ve výzkumu M. Mrowetz se ukázalo, že 15 ze 16 dětí žen, které neměly během porodu léky tišící bolest a jejichž dítě jim nebylo odebráno, podnikly úspěšnou cestu k samopřisátí (Mrowetz, 2011, s. 270).

2.3 Bonding a císařský řez

Podporu raného kontaktu je velmi důležité zajistit matkám a dětem po porodu císařským řezem. Nedostane-li matka potřebné signály od dítěte, může slábnout mateřské chování. Mateřské chování je pevně dané biologickou predispozicí. V základě je programované a intuitivní, ale je posilováno signály od novorozence (Sázavská, 2013, s. 34).

Ženy, které měly císařský řez, si často myslí, že bonding nemohou mít se svým dítětem. Zdravotníci jsou většinou stejného názoru. Necháávají dítě déle na novorozeneckém oddělení, aby umožnili ženám si odpočinout po obtížném porodu. V těchto případech je právě zásadní bonding podporovat ve větší míře. Jak ženy, tak novorozenci mohou být překvapeni a nepřipraveni na porod. Ženy rodící císařským řezem ztrácejí kontrolu nad porodem a mohou vnímat pocity viny z toho, že nezvládly dítě porodit přirozeně. Ztráta kontroly vede ke stresovým reakcím, a dle výzkumu ženy rodící císařským řezem mají velké riziko reagovat stresovými reakcemi v šestinedělí i později po porodu. Kontakt s dítětem může tento stres zmírnit až odvrátit. Jakýkoliv vzájemný kontakt, zvyšuje tvorbu hormonů potřebných k zajištění vzájemných emočních vazeb a kojení (Sázavská, 2013, s. 34-35).

Matkou asistovaný porod umožňuje ženám zvednout své dítě z vlastního lůna na hrud', přivítat ho na světě a poprvé se pomazlit (obr. č. 3 viz příloha č. 7). Umožní ženám, aby se aktivněji zapojily do porodu císařským řezem svého dítěte, pokud o to mají zájem a je to pro ně bezpečné. Pokud se matka účastní císařského řezu znamená to, že se zapojí do lékařského postupu. To zahrnuje instruktáž a provádění chirurgického mytí rukou a nasazení sterilních rukavic a pláště (obr. č. 2 viz příloha č. 6). Znamená to také, že operační rouška, která obvykle chrání ženu před tím, aby neviděla průběh operace, je stažena. Znamená to, že žena uvidí řez na břicho a svoji krev kolem místa operace, což pro ni může být nezvladatelné. (Cole, 2022)

Jestliže žena není v celkové anestezii a je při vědomí, mělo by být samozřejmostí bezprostřední ukázání dítěte ženě a přiložení na hrudník (obr. č. 1 viz příloha č. 5), či k obličejí k prvnímu seznámení (Holeňáková, 2011, s.29). Pokud žena nemůže mít dítě na svém těle, mělo by být dítě alespoň v jedné místnosti s matkou ihned v prvních hodinách po porodu (Sázavská, 2013, s. 35). Dle průzkumů M. Mrowetz je zcela rutinní oddělení dětí od matek po císařském řezu. Více než dvě třetiny žen první dvě hodiny po porodu

nemá žádný kontakt se svým dítětem, pouhé dvě procenta žen, které byly součástí jejího výzkumu, měly nepřerušovaný kontakt (Holeňáková, 2011, s.29).

Pokud žena nemůže mít své dítě během porodu u sebe, měl by zde sehrát velmi důležitou roli otec. Muž může dítě mít v náruči nebo dokonce mít dítě na svém nahém hrudníku. Chlupatá kůže muže je příjemnější a přínosnější z emocionálního i imunologického hlediska dítěti více než vyhřívaná postýlka (Holeňáková, 2011, s.29).

3 ROOMING – IN

Pojem rooming-in zpopularizoval americký psycholog A. L. Gessell. Tento druh spojení mezi matkou a dítětem byl znám již v roce 1943. Pojem rooming-in se týká nemocničního prostředí, které se specializuje na matky, které se starají o své novorozence v jedné místnosti (Rakovská, 2011, s. 18). O matku a dítě je pečováno jako o jednotlivce, stejně jak to bylo celé těhotenství, porod je osamostatnil pouze fyzicky. Novorozenec má pocit po porodu, že stále náleží matce. Jelikož matka stále vnímá, že je dítě její element, má potřebu mít novorozence u sebe, aby věděla, že je v bezpečí. Matka by měla být hlavní pečovatel, nikoli zdravotnický personál. Žena se cítí sebevědoměji, stará-li se o dítě od počátku. V současné době lze rooming-in provozovat i po císařském řezu s pomocí personálu (Sears a Searsová, 2018, s. 73). Je však velice důležité upozorňovat na riziko propagace této metody, která může v ženách, kterým nebyla umožněna, vyvolat pocit viny, úzkost až depresi (Ratislavová, 2008, s. 87).

V Thajské nemocnici, kde docházelo k častému opouštění dítěte po porodu, došli k zjištění, že díky zavedení rooming-in a raného kontaktu spojeného se sáním, se snížil počet opuštěných dětí ze 33/ 10 000 porodů na 1/ 10 000 porodů ročně. K podobným zjištěním došlo také v Rusku, Kostarice a Filipínách (Mrowetz, 2011, s. 271).

Tento systém se v českých nemocnicích začal používat v roce 1970, kdy pediatri ze Znojma a Brna prezentovali zkušenosti na pediatrickém kongresu (Rakovská, 2011, s. 20). První zkušenost s tímto systémem měla znojemská nemocnice v roce 1977. Zprvu se zkoušel systém poledního rooming – in a následně se přešlo na celodenní (Ratislavová, 2008, s. 87). Česká neonatologická společnost stanovila délku trvání pobytu v porodnici na dokončených 72 hodin od porodu dítěte. Ideální propuštění z nemocnice přichází tedy 3. – 4. den po porodu (Rakovská, 2011, s. 20).

Rooming-in se dělí podle společného stráveného času v pokoji na dvě skupiny. Full rooming-in neboli plný rooming znamená, že novorozenec je s matkou po celou dobu, ve dne i v noci. Pokud je novorozenec s matkou pouze přes den a v noci je u zdravotnického personálu, jedná se o half rooming-in neboli částečný rooming (Žaludová, 2011, s. 17). Plný rooming se dnes doporučuje psychology z důvodu časné interakce mezi matkou a dítětem. V prvních dnech života dítěte je potřeba reagovat na signály a potřeby novorozence neustále s jeho různorodým biorytmem (Ratislavová, 2008, s. 87).

4 ATTACHMENT

Attachment je emocionální spojení, které se vytváří v dětství k primárnímu pečovateli, nejčastěji se jedná o matku. Podle teorie attachmentu kvalita pouta, které vznikne během tohoto prvního vztahu, často určuje, jak dobrý vztah bude mít dítě k ostatním lidem a jak dobře bude reagovat na intimitu po celý jeho život (Robinson, Segal a Jaffe 2021).

4.1 John Bowlby

Britský psychiatr, který se zajímal o téma časného dětství bez matky, kdy v Londýně na Child Guidance Clinic léčil citově oslabené děti kolem roku 1930. V padesátých letech ve spolupráci s dalšími kolegy započal teorii attachmentu na základě zkušeností z Londýna a silný zájem o zvířecí chování. Bowlby vyjádřil myšlenku, že zásadní pro citový, sociální a kognitivní vývoj je časný kontakt mezi matkou a dítětem společně s jejich vzájemným spojením. Tuto myšlenku během padesátých let vyvíjel a upřesňoval, až z toho vznikla teorie attachmentu (Winnette, 2018, s. 8).

4.2 Teorie citové vazby

Teorie citové vazby Johna Bowlbyho a Mary Ainsworth se týká vazby matky a dítěte od nejranějšího dětství. Tato vazba je stavěna na dvou klíčových jevech. V první řadě jsou tu přirozená schémata chování, především je potřeba blízkosti k ochránci, nejčastěji k matce. Za druhé to je přívětivost a neustálá přítomnost matky, která má možnost zaplašit strach, samotu, hlad a únavu. Pláčem dítě vyjadřuje záporné emoce a přichází matka, aby dítě díky známému hlasu, tváři a jejím hýčkáním mělo pocit bezpečí. Tímto se utvoří vztah mezi matkou a dítětem. Pokud se z libovolných důvodů nevzejde tento vztah úspěšně, u dítěte dojde k úzkosti, strachu a eventuelně zlosti (Pilařová, Pöthe, 2001, s. 108).

4.3 Alternativní teorie

V současné době se většina psychoanalytiků shodne na tom, že u všech novorozenců vznikne intenzivní pouto k mateřské postavě během jednoho roka (mateřská postava nemusí být vždy biologická matka, nýbrž osoba, která skýtá mateřskou péči dítěti). Zdroj a charakter vztahu se ovšem neshoduje. Není nikde prokázáno, jak dlouho se pouto tvoří, jak dlouho vydrží, jakým způsobem se udržuje a jaký úkol vykoná. Existují čtyři hlavní teorie o začátku a principu dětské vazby (Bowlby, 2010, s. 160).

1. Tak zvaná teorie sekundárního pudu pojednává o dítěti, které se připoutá k osobě, která mu poskytne fyziologické potřeby. Ve většině případech se jedná právě o matku, která poskytne potřebu jídla a tepla. Dítě se pomalu naučí, že pramen jeho uspokojení je u matky. Jedná se o nejobecnější a nejsilnější akceptovatelnou teorii. Tato teorie je jinak nazývána teorie vypočítavé lásky (Bowlby, 2010, s.161).
2. Teorie primárního sání, novorozenec má vrozenou schopnost věnovat pozornost lidskému prsu a sát z něj. Pomalu se naučí k procesu, že jakmile je položen k prsu, automaticky navazuje spojení s matkou (Bowlby, 2010, s.161).
3. U teorie primárního upnutí k objektu novorozenci tíhnou ke kontaktu a přidržování s člověkem. Novorozenec má v této teorii potřebu být v kontaktu s člověkem bez myšlenky na potravu (Bowlby, 2010, s.161).
4. Teorie primární touhy po návratu do dělohy nakládá s novorozenci, jimž se nelíbí, že byli vyndáni z dělohy a touží se navrátit zpět (Bowlby, 2010, s.161).

4.3.1 Teorie sekundárního pudu a teorie imprintingu

Tato teorie prohlašuje, že osoba setrvává ráda se členy vlastního druhu, jelikož ji dokážou nakrmit. Freud tvrdil: „*Důvod, proč dítě v náručí chce prožívat přítomnost své matky, je pouze ten, že už ze zkušenosti ví, že matka bezodkladně uspokojí všechny jeho potřeby.*“ Hull se upoutal na fakt, že se vyskytuje jen vymezené množství primárních pudů zaměřené na stravu a tekutiny, teplo a sexualitu. Tvrdí, že ostatní chování je díky učení odvozené z primárních pudů (Bowlby, 2010, s.187).

Tuto teorii dlouho považovali za jedinou správnou, dokud Lorenz nepřišel s pozorováním káčat a housat v roce 1935. Toto pozorování mělo nicméně největší prosazení až v sedmdesátých letech. Jde o pozorování, kdy tato mláďata pár hodin po vylíhnutí chodí za jakýmkoli pohyblivým předmětem nehledě na potravu či jinou odměnu. Pokud se mláďe rozhodne následovat tento předmět, ať je to matka, jiné zvíře či pohyblivá hračka, začne ho upřednostňovat a po delší době nebude chtít následovat nic jiného. Po ověření lze tento jev pozorovat také u lidí. Vzhledem k tomu, že nejsou doložené přesvědčivé doklady o teorii sekundárního pudu, je pravděpodobnější Lorenzova teorie (Bowlby, 2010, s.188).

4.4 Attachment po císařském řezu

Dle regresivního terapeuta Patrika Balinta ženám, které podstoupily císařský řez, chybí dostatečné informace o vedlejších účincích operace. Po akutní sekci cítí ženy často zklamání, že to nezvládly, nedokončily. Ty, které plánují operaci předem, neodhadnou často vliv svého rozhodnutí a jaké zdravotní komplikace tento zákrok obnáší pro ni i své dítě. Pro ženu operace znamená vyčerpání spojené s anestezií. Není schopna pečovat o dítě a kojít, může dojít k narušení navázání kontaktu mezi ní a novorozencem (Labusová, 2016, s. 37). Císařský řez může mít na rodičku velký vliv. Nízká sekrece oxytocinu a kortizolu by mohly vést k méně bezpečnému připoutání matky k dítěti. Navíc podle studií mozku matek, které prodělaly císařský řez, byly ženy méně reaktivní na pláč svých dětí dva až čtyři týdny po císařském řezu. Matky, které porodily vaginálně, byly citlivější na pláč jejich dítěte (Hurk, 2015, s. 6).

Nejen matka zažívá během porodu a po něm mnoho biologických změn, dítě také ve svém těle podléhá mnoha změnám. Jeden z prvních vylučovaných hormonů je noradrenalin. Hladina noradrenalinu stoupá během kontrakcí v děloze. První co dítě ucítí po porodu, je nejčastěji vůně jejich matky. Tento první pach je důležitý pro rozvoj vazby dítěte na matku. Kvůli noradrenalinu se děti budou cítit více přitahovány touto vůní. Děti narozené císařským řezem nebudou mít toto zvýšení noradrenalinu a budou mít menší přilnutí k pachu své matky. Druhým hormonem, který u dítěte během porodu stoupá, je oxytocin. Marchini, Lagercrantz, Winberg a Uvnäs-Moberg (1988) zjistili, že císařský řez byl spojen s nižší hladinou fetálního oxytocinu. (Hurk, 2015, s. 5-6). Dítě po sekci také nebývá v nejlepším stavu a potřebuje podporu s adaptací na vnější prostředí. Děti vyžadují více pozornosti v přelomových obdobích a může se u nich projevit snaha o doplnění všeho, co jim chybí z přirozeného procesu porodu. Nejvíce se jedná o intimní dotyk a objetí, rády se nechávají chovat a mazlit. Někdy lze tyto jevy vidět i u starších dětí, jejichž potřeby nebyly ještě naplněny. S narůstajícím věkem bývá pro ně těžší dostat se k dotyku a intimitě. Typickým problémem bývá tvrdost k sobě i ostatním. Je pro ně těžší navázat hlubší vztah a zapojit se do kolektivu (Labusová, 2016, s. 37). Děti narozené císařským řezem pláčou méně při odloučení od matky než děti, které se narodily vaginálně. To by mohlo poukazovat k rozdílu ve vazebném chování dítěte k matce. Děti narozené císařským řezem častěji pociťují úzkost, deprese, problémy se spánkem a internalizaci problémy v předškolním věku (Hurk, 2015, s. 6).

5 KOJENÍ PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Mezi fyziologií porodu a kojení existuje mnoho vysvětlitelných souvislostí. Ženy regulují porodní bolesti endorfinama, které stimulují sekreci prolaktinu, důležitého hormonu pro laktaci. Lze zde pozorovat řetězec reakcí, kdy fyziologická porodní bolest vede k vyplavení hormonu potřebného k sekreci mléka. Oxytocin je zapotřebí ke kontrakcím u porodu, ale i u kontrakcí prsu, když dítě saje, k reflexu vypuzení mléka. Je proto otázkou, zda ženy, které nerodily touto cestou, mohou vyplavovat oxytocin stejně efektivně (Odent, 2016, s. 75-76).

Švédská studie zjistila, že když dítě matky, která rodila vaginálně, je u prsu dva dny po porodu, uvolňuje velmi pulzujícím a efektivním způsobem oxytocin. Ženy, které rodily císařským řezem, neměly dostatečné navýšení hladiny prolaktinu půl hodiny po zahájení kojení. Tato studie také odhalila, že způsob, kterým se dítě narodilo, určuje také délku kojení. Italská studie vyznamenala, že mléko ženy po vaginálním porodu v prvních dnech obsahuje více endorfinu než mléko ženy po císařském řezu. Je tedy možné, že endorfiny vyvolají u dítěte jistý druh závislosti na matčině mléce. Lze tedy předpokládat, že čím více endorfinu bude v mléce, dítě bude na něm závislejší, a tudíž bude snazší a delší kojení (Odent, 2016, s. 76).

Chování matky a dítěte po prvním přísátí je ovlivněno několika různými hormony, které se vyplavují do jejich systému během porodu. Tyto hormony kolují i hodinu po porodu a mají svou speciální roli v interakci mezi dítětem a matkou (Odent, 2016, s. 76).

Lze pozorovat ve světě, jaký vliv má císařský řez na kojení. Například v Brazílii, kde v roce 2018 bylo 55,9 % císařských řezů (Rudey, Leal, Rego, 2020, s. 1) a z nemocnice odchází 99 % matek, které plně kojí, je průměrná doba přechodu z mateřského mléka na jiný typ pouze 24 dnů. Kontrastní případ je z Jeddahu v Saudské Arábii, kde užití císařského řezu dosahuje 13 % a 40 % dětí je stále kojeno ve svých dvanácti měsících. Dalším příkladem můžou být skandinávské země, které mají nevelkou míru užití císařských řezů a zároveň vysokou míru kojení (Odent, 2016, s. 78-79).

Délku a kvalitu kojení ovlivňuje také druh použité anestezie. Dánská studie porovnávala ženy, které byly operovány s použitím epidurálu a ženy, které byly v celkové anestezii. Výsledky ukazují, že ženy, které rodily v celkové anestezii, kojily kratší dobu. Můžeme pozorovat také rozdíl mezi plánovaným císařským řezem a akutním císařským

řezem. Plánovaný řez je spojován s většími komplikacemi u kojení. Matka ani dítě neměli možnost vyplavit do svého těla hormony, které se vyskytují a napomáhají porodu a kojení. Turecká studie porovnávala u několika skupin porodů císařským řezem začátek doby laktace a množství mléka vytvořeného během jednoho dne. Ukázalo se, že nejlépe na tom byly ženy, které podstoupily císařský řez, který byl proveden v průběhu porodu (Odent, 2016, s. 77, 80).

5.1 Vliv na kojení

Kojení je nejlépe dostupný a nejfyziologičtější prostředek výživy pro novorozence. Velký vliv má rodinná tradice, podpora, sociální prostředí a móda. Na kojení má pozitivní vliv časná příloha a svobodný režim kojení, povzbuzující vliv partnera a okolí a v neposlední řadě i vyšší vzdělanost a socioekonomický status. Naopak kojení nepříznivě ovlivňuje stres, alkohol a umělá výživa novorozence v prvních dnech po narození. Při kojení by žena měla být v klidu. Novorozenec je citlivý a vnímavý na náladu matky, proto by žena měla být v psychické pohodě (Ratislavová, 2008, s. 84).

Hlavní komplikace je nedůsledné a nepřesné zaučení matek zdravotnickým personálem, potažmo porodní asistentkou. V západních zemích je kojení prvorozeného dítěte první zkušeností matky. V tomto případě je zde větší potřeba vysvětlit přesné informace a pomoc s přiložením prsu k dítěti (Ratislavová, 2008, s. 84).

6 VÝVOJ NOVOROZENCE

Psychický vývoj je proces tvoření osobnosti odehrávající se společně s vývojem tělesným. Psychický vývoj není jednofaktorovým konstruktem, jednotlivé psychické funkce se vyvíjí postupně. V rámci adaptace na rozdílné životní podmínky a nároky se méně funkční formy vyvíjí postupně k funkčnějším (Thorová, 2015, s. 34).

6.1 Novorozenec

Novorozenecké období je 4-6 týdnů po porodu. Ke svému ideálnímu vývoji potřebuje dlouhé období péče a ochrany. Novorozenec se rodí s nevyzrálou centrální nervovou soustavou, díky čemuž není schopen zkoordinovat smyslové vnímání a motorické pohyby. Teprve za několik měsíců, kvůli prudkému nárůstu synapsí, dokáže propojit cílený pohyb se smyslovými informacemi (Thorová, 2015, s. 343).

Konstruktivisté se domnívají, že novorozenci se rodí jako velmi nezralí a musí svět prozkoumat svými smysly a naučit se v něm žít. Nativisté na druhou stranu tvrdí, že dítě se rodí již s intuitivními vlohy chápat objekty a události (Thorová, 2015, s. 344).

U zdravého novorozence existuje řada vrozených reflexů, jako je například polykání, dýchání, kašláni, mrkání, vylučování, zvracení, jejichž podstata je uspokojit základní biologické potřeby. Mezi primitivní reflexy patří sací a hledací, Mourův neboli úlekový reflex, tonicko-šijový reflex či chůzový automatismus. Některé přechodné reflexy se vyskytují pouze v určitém období a s rozvojem motoriky vymizí. Jejich absence či přítomnost může poukázat na nějakou vývojovou patologii (Thorová, 2015, s. 344).

6.2 Aktivita novorozence

Po narození rozeznáváme u novorozence 3 fáze reaktivity. První fáze trvá přibližně 30-120 minut po narození, kdy dítě je pohybově aktivní, zkoumá okolí, dotýká se matčina těla a snaží se přisát k bradavce. Druhá fáze trvá další půl hodinu až dvě hodiny, zde dítě usíná a nastává útlum. Všichni novorozenci již po 150 minutách spí. Poslední fáze trvá okolo 2-6 hodin a dítě je opět plně aktivní (Thorová, 2015, s. 345).

Přibližně půl hodiny od porodu si dítě saje prsty a v 45-55 minutě dochází k nejsilnějšímu sání, což je většinou doba i prvního kojení. Novorozenec se dokáže orientovat pomocí čichu. Dle výzkumu dokáže dítě pomocí čichu najít bradavku mnohem rychleji, jeli potřena plodovou vodou. Pokud se přisátí zdaří, novorozenec saje zhruba

20 minut. Za ideální čas pro iniciaci kojení jsou 2 hodiny po porodu. Promeškaná fáze kojení z jakýkoliv důvodu uškodí kojení méně než matčin stres a výčitky selhání (Thorová, 2015, s. 345).

Dle aktuálních výzkumů spí novorozenci v průměru 14 hodin, interval bdělosti je přibližně 1-3 hodiny. Každé dítě má svůj vlastní individuální vzorec. Dítě potřebuje v prvním roce života dostatek jídla a spánku, aby mohlo růst. V prvních týdnech a měsících je tempo růstu velmi rychlé. Novorozenci jedí přibližně každé 3-4 hodiny. Okolo 2-4 týdne života dochází k růstovému spurtu, v tomto období vyžadují ještě větší potřebu jídla. Zpočátku dítě nerozlišuje noc a den a budí se v pravidelných intervalech na kojení. Doporučuje se kojit v noci po tmě a tichu, aby si dítě rychleji přivyklo na denní a noční režim (Thorová, 2015, s. 346-347).

6.3 Schopnosti novorozence

Držení těla novorozence bývá typicky ve flexi. Jeho ručičky a nožičky jsou ohnuté, hlava je otočená na jednu stranu. Dítě se takto přibližuje úsporné poloze, ve které takto bylo v matčině děloze. Vyšší napětí ohýbačů zůstává takto ještě několik týdnů po porodu (Hellbrügge, 2010, s. 30).

Novorozenec neleží většinu času nehybně, ale hýbe končetinami. V poloze na břichu dítě střídavě pohybuje nožkami a zároveň ručičkami se snaží vysunout dopředu ke tváři. Hlavičku s námahou na okamžik zdvihne nahoru a obrátí ji na druhou stranu (Hellbrügge, 2010, s. 30).

Novorozenec v tomto období nedokáže sedět. Hlavičku neudrží ve střední poloze. V novorozeneckém období nedokáže dítě ani chodit, ale existuje reflex, kterým novorozenec dokáže při dotyku chodidla o zem střídat jednu nohu za druhou. Pokud dítě přidržíme ve vzpřímené poloze, lze pozorovat pohyb, který připomíná chůzi (Hellbrügge, 2010, s. 32).

Dítě reaguje na silné zvukové a světelné podněty. Odpovídá mračením, mrkáním nebo takzvanou úlekovou reakcí při které pouze rozhodí ruce nebo začne plakat (Hellbrügge, 2010, s. 34).

Dítě první kontakty vnímá pokožkou, přijímá jí důležité podněty pro své pocity. Reaguje na chlad, teplo, tvrdost a měkkost. Zdravého novorozence lze uklidnit dotykem, pohlazením, vzetím do náruče, či teplem matky. Pokud se neuklidní, znamená to, že může

mít hlad, nebo ho něco bolí. Kontakt s matkou, kojení, teplo a klid umožní dítěti první důležité pozitivní zkušenosti v kontaktu s druhým člověkem (Hellbrügge, 2010, s 62).

7 PSYCHICKÉ POTÍŽE MATKY PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

Porod a poporodní období je spojeno s velkým stresem, zodpovědností a přijímáním nové role. S těmito faktory se většina žen dříve či později vyrovná. Jsou ovšem ženy, které mají závažné psychické choroby navazující na poporodní stres (Brejchová, 2013, s. 1). Psychosociální změny u matek, ale i u otců po porodu spojené s přizpůsobením se nové rodičovské roli, jsou rizikovým faktorem pro exacerbaci nebo nástup duševních onemocnění. Toto onemocnění může narušit raný vztah rodič-dítě, který je důležitý pro intaktní neurobehaviorální vývoj dítěte. Přítomnost dekompenzované psychopatie u rodičů narušuje proces citové vazby, a proto je nezbytný, rychlý a účinný léčebný zásah. V těchto procesech hraje důležitou roli také kojení, které není u některých léčebných metod povoleno (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s. 21).

7.1 Poruchy spánku

V postpartálním období je cyklus spaní-bdění matky velmi závislý na cyklu dítěte a nočním kojením. Nejrizikovější období bývá bezprostřední doba po propuštění z nemocničního zařízení. Chronická spánková deprivace je po porodu často přítomná u obou rodičů. Vyčerpání a narušení kvality spánku bývá rizikovým faktorem rozvoje poporodní psychózy a poporodní deprese. Studie na ženách v poporodním období prokázala propojení mezi slabší citovou vazbou mezi matkou a dítětem a nízkou kvalitou spánku (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s. 23-24).

7.2 Deprese

Deprese je nejstudovanější duševní onemocnění v poporodním období (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s.22). Poporodní depresi definujeme jako zhoršení nálady různého stupně a délky trvání (Brejchová, 2013, s.10). Symptomy deprese se vyskytují zhruba u 10-15 % rodiček po porodu, přičemž u 5 % z nich se vyskytuje těžká depresivní fáze. Okolnosti, které riziko poporodní deprese zvyšují, jsou anamnéze premenstruačního syndromu, unipolární deprese kdykoli před otěhotněním či premenstruační dysforické poruchy. Nezanedbatelnými faktory jsou také nedostatek opory od rodiny či ze strany otce dítěte a nepříznivá sociální situace (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s.22). Mezi další psychosociální faktory patří nechtěné těhotenství, negativní životní událost, psychologická nepřipravenost na mateřství. Poporodní thyreoiditis s následnou hypothyreosou je také rizikový faktor pro vznik poporodní deprese. Dle Australské studie je sedmkrát vyšší

pravděpodobnost vzniku postpartální deprese u žen po akutním císařském řezu (Ratislavová, 2008, s. 91). Nejvíce ohrožené matky jsou ženy, které byly léčeny pro depresi již v minulosti. Ženy, které u prvního porodu zažily poporodní depresi mívají 62% riziko relapsu (Brejchová, 2013, s.11).

Poporodní deprese se diagnostikuje pomocí kritérií depresivní fáze, které jsou uvedené v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s.22). Určuje se dle Edinburské škály postnatální deprese, kterou Cox J. L., Holden J. M. a Sagovsky R. vytvořili v roce 1987 s cílem usnadnit diagnostiku poporodní deprese. Dotazník je zaměřen na pocity ženy za uplynulý týden (Brejchová, 2013, s.12). Je důležité dle kritérií odlišit od tzv. poporodního blues, který klinickým obrazem může poporodní depresi připomínat. Poporodní deprese má závažnější a delší průběh než poporodní blues (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s.22). Tato deprese je především známa ve spojení s porodem, ale určitou formou se může vyskytnout i u ženy po potratu (Brejchová, 2013, s.11). Postpartální deprese se objevuje kdykoliv do půl roku od porodu. První rizikové období nastává při příchodu z porodnice domů. Matka je vyčerpaná péčí o dítě a domácími pracemi. Chybí jí bezprostřední možnost promluvit si s odborníkem o péči o dítě. Další kritické období je od 14. dne po 21. den od příchodu domů z lékařského zařízení, kdy podpora a pomoc rodiny klesá a běžný život se vrací zpět (Ratislavová, 2008, s. 91).

Příznaky ženy s poporodní depresí se v zásadě neliší od příznaků při běžné depresi. Rozdíl je přítomnost konkrétních emocí vztahující se k roli matky a k novorozenci. Příznaky deprese se po porodu objevují pomalu, proto ji není jednoduché odlišit od běžných obtíží žen v šestinedělí. Může se jednat o únavu, případnou poruchu spánku, snížení libida, nebo větší úbytek váhy. S postupem času se však přidávají pocity nedostatečnosti, strach ze samoty, obavy z budoucna, neschopnost radovat se a ztráta dosavadních zájmů (Brejchová, 2013, s.12).

7.2.1 Deprese a vliv na dítě

Byla nalezena asociace mezi slabším přisáváním novorozence k prsu, nedostatečným příjmem mléka, menším přírůstkem na váze kojeného dítěte a postpartální depresí matky. S hladinou oxytocinu během kojení negativně koreluje vyšší míra depresivní symptomatiky. Poporodní deprese je spojena také s kratší dobou a předčasným ukončením kojení (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s.22).

Poporodní deprese svými depresivními příznaky negativně ovlivňuje mateřskou roli. Žena má méně tělesného kontaktu s dítětem, méně pozitivní stimulace dítěte a nižší přenos pozitivních emocí. Narušení raného citového vztahu mezi matkou a dítětem je jednou z příčin opožděného kognitivního vývoje a vyšší míry psychopatologie dětí matek s postpartální depresí (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s.22).

7.2.2 Léčba

Rozeznáváme dva hlavní druhy terapie, jak poporodní depresi léčit. Léčba farmakologická, při které žena užívá různé typy antidepresiv a nefarmakologická, kde využijeme různé typy psychoterapií (Brejchová, 2013, s.15). Psychoterapie se používá k léčbě mírnější až střední formy deprese. Vyskytuje se mnoho různých forem terapie, které se zabývají touto problematikou, hlubinné psychoterapie, zpracování traumatu porodu či behaviorální techniky. U těžších stavů je potřeba podávat antidepresiva (Ratislavová, 2008, s. 91). Všechna antidepresiva procházejí do mateřského mléka. První volba podání antidepresiv při zachované laktaci a kojení, vzhledem relativní bezpečnosti pro kojence a k farmakologickým vlastnostem, jsou paroxetin a sertralin. Další relativně bezpečný lék je nortriptylin. V nejvážnějších případech, kdy žádné předchozí intervence nepomohly, je nutná hospitalizace a provedení například augmentace, kombinace psychofarmak, či aplikace elektokonvulzivní terapie (Šebela, Hanka, Mohr, 2019, s.23).

7.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychotické onemocnění, které bylo dříve označováno jako laktační psychóza, je nejobávanější a nejzávažnější psychické onemocnění po porodu. Objevuje se zpravidla do 7-15 dní po porodu a trpí jí 0,1-0,2 % nedělek. První a druhý den po porodu se prakticky psychózy neobjevují (Ratislavová, 2008, s. 92).

Psychóza se rozděluje na tři formy. Amentní psychóza je náhlá, má bouřlivý průběh, ženy trpí dezorientací, halucinacemi (sluchové, zrakové) a paranoiou. Objevují se bludy vztažené k mateřství, dítěti, porodu, smrti, či nebezpečí sebepoškození. Manická psychóza se projevuje psychickou nadneseností, extatickým pocitem štěstí, euforickou náladou, rozdávačností. Manická psychóza může přejít v amentní formu. Obě formy mají prognózu při dlouhodobé léčbě relativně dobrou, bavíme-li se o 2 a více měsících. Objevují se především u prvorodiček a odchází náhle bez následků a bez opakování u dalšího těhotenství (Ratislavová, 2008, s. 92).

Horší prognózu má endogenní depresivní a schizofrenní forma psychózy, která vzniká po 4. dni puerperia. Ženy mají pocit bezmoci, neschopnosti péče o dítě, jsou plačtivé, po ránu můžou být apatické, vyskytují se problémy s laktací, jsou přehnaně starostlivé o dítě, neustále se dotazují na drobné zdravotní problémy, trpí paranoiou, v nejhorším případě můžou poškodit sebe i dítě. Vzniká až v domácím prostředí. Recidiva v dalším šestinedělí je 50 % u maniodepresivity a 24 % u schizofrenní formy (Ratislavová, 2008, s. 92).

Rizikový faktor pro vznik psychózy je především poporodní psychóza v minulosti, Tyto ženy mají riziko výskytu 1:7. Riziková skupina matek jsou ženy s diagnostikovanou bipolární poruchou. Zde hrozí až 20 % výskytu poporodní psychózy. Porodní asistentka by tyto ženy měla upozornit v rámci těhotenské poradny na možnost konzultovat svoji situaci s psychiatrem. Do rizikových faktorů také patří operační nebo náročný porod, patologický průběh šestinedělí a stresové situace s rodinou nebo partnerem. (Brejchová, 2013, s.24).

Terapie probíhá totožně jako u jiných psychotických nemocí. Laktace se zastavuje v případě, že byly ženě podávány léky, které přestupují do mléka a hrozí intoxikace kojence psychofarmaky (Ratislavová, 2008, s. 92). Po ukončení léčby, která může trvat až několik měsíců, je většina žen schopna se vrátit do plnohodnotného sociálního fungování. Ženy, které vyhledaly lékařskou pomoc do třiceti dnů od prvních příznaků, mají lepší prognózu než ženy, které ji vyhledaly později. U nefarmakologických metod je kladen velký důraz na upevnění vztahu s dítětem a nácvik rodičovských dovedností. Další možností je elektrokonvulzivní terapie, která je volena v případě, kdy antipsychotika nedosahují účinků, které byly požadovány. K této metodě se přistupuje u žen, které mají projevy natolik vážné, že mohou ohrozit své okolí či sebe samotnou (Brejchová, 2013, s.27).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době se klade velký důraz na spojení mezi matkou a dítětem těsně po porodu. Bonding, dotepání pupečníku, šero, ticho. Pouze matka, otec, dítě a co nejméně zdravotníků. Proč tomu tak není u císařského řezu?

Jen velmi málo porodnic v České republice umožňuje bonding hned po narození dítěte císařským řezem. Respektive po císařském řezu v celkové anestezii tato možnost není vůbec. Bonding je součástí utváření emoční vazby mezi dítětem a matkou, dochází do takového bodu, kdy je to pro obě strany přechod do nových fází vzájemného vztahu.

V porodnicích po císařském řezu dítě ukážou matce většinou pouze na pár vteřin a poté si ho přeberou novorozenečtí zdravotníci. Dítě ošetří a umístí samotné do inkubátoru. Dítě je ve stresu ze samotného porodu a jistě mu neprospěje takto rychlé odloučení od matky, od pocitu bezpečí. Mezitím matka netuší, co dělají s jejím dítětem a hlavně netuší, kdy ho opět uvidí a bude moc být s ním více v kontaktu.

Proto bych se v mé praktické části ráda zabývala hlavní výzkumnou otázkou, jaké pocity prožívá žena po císařském řezu?

9 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

9.1 Hlavní cíl

Cílem výzkumu je zjistit, jaké pocity zažívá žena po císařském řezu.

9.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

1. Analyzovat pocity žen při zjištění nutnosti provedení císařského řezu.
2. Zjistit a analyzovat prostředí a pocity ženy při prvním kontaktu s dítětem.
3. Analyzovat pocity ženy při odloučení od dítěte.
4. Zmapovat a analyzovat vztah matky a dítěte během šestinedělí.
5. Zjistit, jak žena vnímala roli porodní asistentky v celém procesu.

9.3 Výzkumné otázky

1. Jak žena vnímala porod císařským řezem?
2. Byla žena dostatečně informovaná o stavu dítěte?
3. Kdy a za jakých okolností probíhal první kontakt s dítětem?
4. Jaké žena měla pocity z prvního kontaktu s dítětem?
5. Jak žena vnímala odloučení od dítěte?
6. Vyskytly se nějaké problémy s kojením?
7. Vyskytly se nějaké problémy v šestinedělí?
8. Naplnila se očekávání ženy o průběhu porodu a průběhu šestinedělí?
9. Jak žena vnímala pomoc a roli porodní asistentky v celém procesu?

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů pro mou bakalářskou práci byl záměrný.

Kritéria, která měl participant splňovat:

1. žena, která porodila císařským řezem
2. žena, která rodila v nemocnici

Pro výzkum byly vybrány 3 ženy v jedné okresní nemocnici. První žena byla prvorodička, která ve věku 26 let rodila císařským řezem, porodila ke konci roku 2021 ve 40. týdnu. Druhá žena byla druhorodička, která ve věku 27 let rodila císařským řezem, porodila ke konci roku 2021 ve 39. týdnu. Třetí žena byla prvorodička, která ve věku 26 let rodila císařským řezem, porodila ke konci roku 2021 ve 41. týdnu.

Respondentky byly ujištěny o anonymitě během celého výzkumu. Podepsaly informovaný souhlas, který z důvodu anonymity je přiložen k práci nevyplněný. Pro zachování anonymity jsou zvolena jiná jména respondentek, s čímž byly předem seznámeny a souhlasily s tím.

11 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum.

Prostřednictvím tohoto výzkumu si výzkumník vybírá téma a určí základní výzkumné otázky, které může modifikovat nebo doplnit během sběru i analýzy dat. Jedná se o proces vyhledávání jakékoliv informace, se kterou se výzkumník seznamuje v terénu, analyzuje ji a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje. Výzkum probíhá v delším časovém intervalu a má longitudinální charakter (Hendl 2005, str. 50).

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak nejlépe zajistit ženě po císařském řezu potřeby v souvislosti vztahu mezi ní a dítětem a porovnat pocity žen v rozdílných situacích. Pro naplnění tohoto cíle jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru.

Definice polostrukturovaného rozhovoru říká, že se jedná o rozhovor, který má částečně připravenou strukturu. Výzkumník má tematické okruhy, na něž se během rozhovoru ptá. Pořadí témat během rozhovoru může být měnné, dle flexibility výzkumníka na reagování na odpovědi dotazovaného. Připravená osnova slouží k tomu, aby výzkumník nezapomněl na nic z toho, co jej zajímá (Novotná, Špaček, Šťovíčková Jantulová, 2019, s. 322).

Data byla získána kombinací metod. Hlavní metoda byla polostrukturovaný rozhovor, který se skládal z otevřených otázek. Tato metoda byla doplněna skrytým pozorováním a následnými dvěma dotazníky. První dotazník obsahoval otevřené otázky. Druhý dotazník obsahoval uzavřené otázky.

Pro tento výzkum byly vybrány 3 participantky, které splňovaly obě kritéria, s nimiž byl polostrukturovaný rozhovor uskutečněn.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon se souhlasem participantek. Po ukončení setkání byly rozhovory přepsány do elektrické podoby a následně smazány z diktafonu. Souběžně s rozhovorem bylo uskutečněno pozorování. Veškeré poznatky byly zapisovány na papír. Veškerá data jsem analyzovala a přiřadila výstupy dalších metod.

Rozhovory byly vedeny v jedné okresní nemocnici. Vrchní sestra gynekologicko – porodnického oddělení této nemocnice po ústní dohodě s tímto výzkumem souhlasila.

Po ukončení prvního šetření jsem kontaktovala participantky e-mailem, který byl zaslán 8 týdnů po rozhovoru. Participantky byly s tímto e-mailem seznámeny již při rozhovoru. V e-mailu byly zaslány dva dotazníky.

Rozhovory i volné odpovědi z dotazníku byly obsahově analyzovány metodou „tužka papír“. Data byla kódována a kategorizována. Jednotlivé kategorie jsou popsány v kapitole Prezentace a interpretace výsledků.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum se uskutečnil od 5. listopadu 2021 do 31.1.2022. Během této doby byl uskutečněn rozhovor s každou participantkou.

Všechny tři participantky jsem osobně neznala. Participantky jsem oslovila osobně během své odborné praxe a ujistila je o anonymitě. V tomto výzkumu jsou participantky označovány jinými jmény.

Výzkumné šetření probíhalo v jedné okresní nemocnici na oddělení šestinedělí. S každou participantkou proběhlo jedno osobní setkání. Setkání probíhalo 3. den po porodu. Byly vedeny hloubkové polostrukturované rozhovory, které byly převážně s otevřenými otázkami, o délce 25-35 minut. Rozhovory byly se souhlasem participantek nahrávány na diktafon.

Dvě participantky, které měly plánovaný císařský řez, jsem oslovila den před plánovanou operací. Jednu participantku, která rodila akutním císařským řezem, jsem oslovila 24 hodin po porodu.

Rozhovory se uskutečnily v druhé polovině listopadu v roce 2021. Setkání bylo zaměřeno na seznámení s participantkou a na její časné prožitky s dítětem po porodu. Zaměřila jsem se na představy o vztahu s dítětem a následné uskutečnění kontaktu z pohledu participantky. Také jsem se během rozhovoru zaměřila na otázku, co pro participantku znamená být matka. Společně jsme analyzovaly prostředí a pomoc personálu na oddělení šestinedělí.

Po 8 týdnech od našeho setkání jsem poslala participantkám e-mail s dotazníkem, který obsahoval otevřené otázky na téma šestinedělí. V dotazníku se také objevily otázky na některá témata, která jsme již probraly během rozhovoru. Nyní jsem se zaměřila na zpětný pohled participantky. Druhý dotazník, který e-mail obsahoval, byl ve formě škály, tak zvaná Edinburghská škála postnatální deprese (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*). Tento dotazník byl poslán za účelem analyzovat psychický stav participantky, který souvisí se vztahem mezi participantkou a jejím dítětem.

Edinburghská škála postnatální deprese se řadí k nejčastěji využívaným metodám při screeningu této nemoci. Jedná se o desetipoložkovou sebesposuzovací škálu, díky které můžeme vyhodnotit přítomnost depresivních znaků. První polovina položek se zaměřuje na

dysforii, šestá a sedmá položka se zaměřuje na úzkostné stavy a poslední tři vypovídají o pocitu viny a neschopnosti ženy vyrovnat se s nároky situacemi každodenního života, které vedou k myšlenkám na sebevraždu. Odpovědi jsou zapsány a vyhodnoceny ve čtyřbodové škále od 0 do 3, kdy nižší skóre představuje méně depresivních symptomů (Vítková, 2020, s. 27).

13 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výzkum probíhal formou rozhovoru s každou participantkou. během kterého jsem měla možnost sledovat jejich chování. Po 8 týdnech od rozhovoru jsem ženám zaslala dotazník, na který odpověděly. Těmito odpověďmi jsem doplnila výzkum a vyhodnotila a porovnávala pocity a zkušenosti těchto participantek.

13.1 Anna

Naše první participantka je 26letá žena Anna, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Anna je svobodná. V domácnosti žije se svým partnerem, který je zároveň otec jejího dítěte. Před mateřskou dovolenou Anna pracovala jako nákupčí firmy. Annino těhotenství bylo velmi vytoužené a dlouhodobě plánované.

Kvůli zachování anonymity není zmiňováno pravé jméno participantky. Jméno je vybráno náhodně.

13.1.1 První setkání.

Naše první setkání proběhlo v listopadu roku 2021. Tento den měla Anna v 8:00 naplánovaný císařský řez, před kterým jsem ji připravovala na tuto operaci. Zavedla jsem ji permanentní močový katetr a zabandážovala jí dolní končetiny kompresivním obvazem jako prevenci tromboembolické nemoci. Během této chvíle jsme si s Annou povídaly o průběhu císařského řezu. Jelikož pro ni bylo velmi důležité mít otce dítěte u porodu, ujišťovala se, zda je již přítomen. Na konci naší konverzace jsem se Anny zeptala, zda by souhlasila s rozhovorem k mému výzkumu. Anna souhlasila, tudíž jsme se domluvily, že za ní přijdu za 72 hodin od porodu na oddělení šestinedělí, kde se rozhovor uskuteční.

13.1.2 Rozhovor

Rozhovor, který se uskutečnil za účelem výzkumného šetření pro mou bakalářskou práci proběhl 72 hodin po porodu na oddělení šestinedělí. Během rozhovoru byla Anna na pokoji pouze s dítětem, nebyl zde přítomen nikdo další. Setkání probíhalo přibližně 25 minut.

Průběh císařského řezu

Anna rodila plánovaným císařským řezem z důvodu mnohočetných operací na děloze. Při otázce, jak přijmula tuto informaci, odpověděla s klidem: „*To, že budu muset na císaře jsem tušila, protože už když jsem podstupovala tyhle operace, tak mě upozorňovali, že až budu těhotná, tak s největší pravděpodobností nebudu moc rodit přirozeně. Dřív jsem*

z toho byla smutná, ale do těhotenství jsem šla s tím, že to tak prostě má být. Pro mě bylo hlavně důležité, aby byla malá zdravá a vše bylo v pořádku.“ Přání Anny bylo mít spinální anestezii, aby mohla hned vidět své novorozené dítě a být mu aspoň nějakým způsobem nablízku, což nemocnice Anně umožnila. Po narození dítě Anně dětské sestry hned ukázaly. Anna byla šťastná: *„Když mi malou prvně ukázali, byla jsem strašně šťastná. Malá brečela a já si najednou ulevila, že vše dopadlo dobře. Potom, co mi malou ukázali, šly sestry do vedlejší místnosti, kde jí nejspíš ošetřovaly. Partner byl celou dobu s nimi, což mi hodně pomohlo, protože jsem věděla, že na ní dohlédne. Malou mi pak ještě na chvíli ukázaly, už zabalenou v zavinovačce, ale já si upřímně už nic moc nepamatuji, byla jsem nějaká vyčerpaná.“* Anna neměla žádný porodní plán, ale zpětně ji mrzí, že neproběhl kontakt skin to skin s otcem. Je však vděčná a na operačním sále ji to velmi uklidňovalo, že po porodu, dítě nebylo hned převezeno na oddělení, ale mohlo být asi hodinu s otcem.

První kontakt s dítětem

Annou po výkonu převezli na oddělení šestinedělí na JIP pokoj. Po dvou hodinách od porodu Anně přivezly poprvé dětské sestry dítě na příložení. *„Byl to krásný okamžik, byla jsem strašně šťastná, ani jsem moc neřešila, že náš první kontakt probíhal takto. Vlastně nevím, jestli to bylo z toho, jak jsem byla šťastná, nebo že jsem byla ještě ospalá z narkózy.“* Jelikož má Anna několik kamarádek, které rodily císařským řezem, bylo vše tak, jak si představovala, jelikož ji o všem informovaly. Příložení k prsu během prvního setkání nakonec neproběhlo, jelikož dítě spalo. V pokoji s Annou byly ten den ještě další dvě ženy, které také rodily císařským řezem. Tyto ženy dle Anny byly tiché, vzájemně si nepřekážely. Na pokoji Anně nebyly ale příjemné časté kontroly porodních asistentek, které narušovaly napojení mezi ní a dítětem.

Odloučení od dítěte

Odloučení Anna snášela velmi těžko *„V noci to pro mě bylo nejhorší, vlastně jsem ty dvě noci, kdy malá u mě nebyla, skoro nespala. Slyšela jsem na chodbě jak tam nějaké miminko pláče a já se celou dobu děsila, že je to moje dcera a že jí něco trápí. Nevěděla jsem, jestli je to ona, ale žádné informace jsem k tomuhle nedostala.“* Mrzelo ji, že první den vůbec nepřikládala. *„Chápu, že malá spala, ale dětské sestry mohly přijít, když zrovna byla vzhůru, přišlo mi to strašně líto.“* Druhý den již přiložila, ale neměla vůbec žádné mléko, rozkojila se až třetí den, kdy nakojila pouze 10 g.

Vztah k dítěti

Anna měla dítě na stálo asi po 48 hodinách, bála se však s dítětem manipulovat. *„První dva dny byly náročné, bála jsem se s malou manipulovat, byla tak malinká. Naštěstí sestřičky byly moc milé a se vším mi pomohly, i když jsem si už přišla trapně.“* Jakmile dítě pláče, Anna ho přiloží k prsu a dítě je hned klidnější. Anna se o dítě velmi bojí, proto i když jen zabrouká, koukne se, jestli je vše v pořádku. Aby Anna byla dobrá matka, chce pro své dítě zajistit bezpečí, *„chci, aby věděla, že ta máma je tu pro ni, že se na mě může vždy spolehnout a vždy se na mě obrátit.“*

Role porodní asistentky

Představa Anny byla, že se porodní asistentka bude snažit podpořit kojení. První den Anně neumožnila žádné přiložení, poněvadž dítě spalo. Následující dny, už dítě přikládaly po třech hodinách, avšak nedařilo se nastartovat laktaci a porodní asistentky to řešily jen příkrmem, o které ani Anna ze začátku nevěděla: *„Dočetla jsem se to až v papírech, do kterých zapisuji váhu malé. Jinak bych se to možná ani nedozvěděla. Tu noc mi strašně prozvracela, proto jsem další den sestřím zakázala podat jakýkoli dočrm.“* Od porodních asistentek by očekávala větší psychickou podporu, zvláště když celou noc nespala, protože neměla o dítěti žádné informace. Sestry jinak popisuje jako milé, informace pro ni byly dostačující. “

13.1.3 Dotazník

Na konci rozhovoru jsem požádala Annu, zda bych ji po skočení jejího šestinedělí mohla kontaktovat a doptat se na doplňující informace. Společně jsme se domluvily na e-mailové formě.

1) Přijde Vám zpětně, že jste byla dostatečně informována o stavu Vašeho dítěte po porodu? Jak jste prožívala odloučení?

„Když si to vezmu zpětně, tak je pravda, že člověk je v podstatě v takovém “šoku”, že nedokážu přesně říci, zda jsem byla o všem dostatečně informována. Víím, že porodní míry mi musel sdělit přítel a jediné, co jsem slyšela od personálu, bylo to, že máme opravdu holčičku. O zdravotním stavu se v podstatě nikdo nezmiňoval, možná tatínkovi při vážení. Mě nikdo nic neřekl. To bylo ještě na sále. O tom, jak na tom je má dcera zdravotně mě informovala až paní doktorka při kontrole, než jsme byly propuštěny.“

„Odloučení pro mě bylo naprosto nesnesitelné, první noc bez malá byla strašná. Přes celou chodbu se linul pláč miminek a já v podstatě celou noc nespala, protože jsem se stresovala, že pláče zrovna moje malá.“

2) Co byste změnila po porodu na oddělení šestinedělí (bonding, informovanost, prostředí, empatie a pomoc personálu ...)?

„Pár věcí bych určitě změnila. Rovnou to spojím se třetí otázkou. Opravdu upřímně lituji toho, že jsem si neprosadila to, že by mi malou dali alespoň na chvíli k prsu ihned po porodu. Porodila jsem cca v 8h ráno a první kojení jsme zkusili až druhý den na oddělení šestinedělí – téměř po 24 h. Já jako prvorodička neměla vůbec žádné námitky, myslela jsem si, že to je normální. Už v porodnici jsem měla problém s nastartováním laktace. Propouštěli nás v sobotu a až tento den jsme “jakž takž” kojily.“

3) Vyskytly se u Vás nějaké potíže s kojením? Pokud ano, jaké? Čemu přikládáte vzniklé problémy (např. neproběhlý bonding, odloučení od dítěte ...)?

viz otázka 2

4) Využila jste služeb laktační poradkyně nebo komunitní porodní asistentky?

„Z důvodu, že mi už od porodnice malá bojkotovala pravé prso jsem kontaktovala laktační poradkyni – telefonicky mi poradila co a jak. Zkusila jsem opravdu vše, ale stále jsem malou kojila pouze z jednoho prsu.“

5) Vyskytly se u Vás nebo Vašeho dítěte během šestinedělí nějaké potíže? Pokud ano, jaké (fyzické, psychické ...)?

„Problémy s kojením vedly k tomu, že malá přibrála 80 g za 14 dní. Takže jsme musely začít přikrmovat UM. Celou dobu nám doma plakala, vydržela i 3 hodiny v kuse. Přisuzovali jsme to kolice a střevním problémům. Nakonec to byl hlad. To na psychice moc nepřidalo. Nasazením umělého mléka mi malá začala odmítat i druhé prso a v podstatě se úplně odstavila. Kojena byla tedy cca 8 týdnů. V plánu jsem měla alespoň rok. Jiné zdravotní ani další potíže jsme neměly ani jedna.“

6) Jak dlouho Vám po porodu trvalo si najít stálý režim s dítětem?

„Stálý režim jsme začaly mít až teď. Malá je pouze na umělém mléce a je opravdu spokojená. Každý den vstává i chodí spát ve stejný čas. V noci se na jídlo vzbudí jednou a jinak krásně spinká.“

7) Je dítě klidnější u Vás nebo u otce? Je na Vás dítě fixované?

„Dokud jsem kojila, byla malá klidnější u tatínka. Nejspíš ze mě cítila stres. Od té doby, co dáváme láhev, je klidná úplně u každého – není na mě fixovaná. Může se chovat opravdu u všech a nepláče po mě. Zároveň je na ni vidět, že mě pozná po hlase a má radost, když mě vidí.“

8) Co pro Vás znamená být dobrá matka?

„Dobrá matka – dle mě je dobrá matka ta, se kterou je dítě spokojené ve všech ohledech. Má dostatek jídla, pohodlí, lásky, péče a pozornosti. Někdo, kdo dá dítěti režim a zároveň volnost. Asi nejdůležitější a nejtěžší je umět dítě připravit na dospělý život, kde už rodiče budou jen diváci.“

Edinburghská škála postnatální deprese

Anně vyšla Edinburghská škála postnatální deprese v hodnotě 10, což neodpovídá hodnotě poporodní deprese.

13.1.4 Shrnutí dotazníku

Anna zpětně hodnotí, že personál nebyl příliš nápomocný a neinformoval ji dostatečně o stavu dítěte. První den jí personál neumožnil přiložení dítěte k prsu, což mohlo způsobit následné problémy s laktací v šestinedělí. Díky problémům s kojením byla Anna ve stresu, který dítě dokázalo vycítit a při kontaktu s matkou bylo méně klidné, než u otce dítěte. Anna proto kontaktovala laktační poradkyni, která bohužel nedokázala pomoci a Anna musela začít dítě krmit umělým mlékem. Od tohoto momentu si našla matka a dítě stálý režim a jsou spolu šťastní a spokojení. Anna chce, aby dítě bylo spokojené, aby zažívalo lásku a pozornost.

13.2 Helena

Druhá participantka je 27letá žena Helena, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou na odborné škole civilního letectví. Helena je vdaná. V domácnosti žije se svým manželem. Helena má doma již dvouletou dceru. Před

mateřskou dovolenou Anna pracovala jako prodavačka. Heleny těhotenství bylo plánované.

Kvůli zachování anonymity není jako v předešlém případě zmiňováno pravé jméno participantky. Jméno je vybráno náhodně.

13.2.1 První setkání

První setkání proběhlo na oddělení šestinedělí. Dle porodní knihy na porodním sále jsem se dozvěděla o Heleně, která rodila v listopadu roku 2021 plánovaným císařským řezem v 39+3 týdnu. Po této informaci jsem šla kontaktovat Helenu na oddělení šestinedělí, zda by mi neposkytla rozhovor k mému výzkumu k bakalářské práci.

13.2.2 Rozhovor

Průběh císařského řezu

Helena měla plánovaný císařský řez kvůli plodu, který měl polohu koncem pánevním. *„Byl to upřímně šok, když jsem se to dozvěděla, protože první dceru jsem rodila přirozeně, tak jsem ani nečekala, že by to teď mělo nastat, ale co se dá dělat, smířila jsem se s tím.“* Tato informace zaskočila ženu o to víc, jelikož do poslední kontroly bylo dítě otočené hlavou dolů. *„Jelikož jsem poslední kontrolu měla týden před termínem, tak mi dali hned termín na pátek (3 dny po kontrole).“* Lékař Heleně nabídl porod v nedaleké porodnici, kde lze родit vaginálně polohu koncem pánevním. Helena však usoudila, že raději bude родit císařským řezem, jelikož starší dcera měla přes 4 kg. I když jí lékař říkal, že by tento porod měla zvládnout, Helena se bála, přišlo jí to zbytečně riskantní. Heleně umožnili spinální anestezii, kterou si přála. Po celou dobu operace byl u ní manžel, který pak dohlížel během ošetření na dítě. *„Malou nám hned ukázali, ale on to člověk moc nevnímá, i když nám bonding nebyl umožněn, tak jsem byla ve finále ráda, protože bych toho nebyla schopná.“* Porodní plán Helena neměla, nechává vše na doktorech. Při první dceři neměla také porodní plán a vše probíhalo v pořádku, proto nyní věděla, že může mít v personálu důvěru.

První kontakt s dítětem

Helena porodila v ranních hodinách, ale dítě jí přinesli na JIP ukázat až k večeru. *„Přinesli mi ji na kojení, ale byla to fakt chvílička, on fakt toho člověk není moc schopný. Malá ale byla fakt šikovná, s kojením nebyl problém. Možná to je tím, že starší dceru jsem kojila do roka, takže jsem věděla, co a jak.“* Dle Heleny dítě při přinesení začalo být klidné, reagovalo na její hlas. Byla ráda, že mohla být s dítětem sama, ale zároveň byla

klidná, že je sestra za dveřmi, protože byla nervózní, když dítě začalo plakat a nemohla se o něj postarat

Odloučení od dítěte

Dítě Heleně přes den nosili na kojení po 2-3 hodinách. Dvě noci bylo dítě vždy po celou dobu u dětských sester. *„Mně to upřímně moc nevadilo, já byla fakt unavená. Byla jsem ráda, že jsem vůbec vstala. Hlavně na noc se dávají uklidňující injekce, po kterých nemůžete vstát, takže jsem byla ráda.“* Personál dle slov Heleny byl skvělý, rodila zde již první dceru, proto věděla, že tady bude spokojená. Informace o dítěti měla vždy, se vším byla srozuměná. *„Panuje tady klid, je tady příjemná atmosféra.“*

Vztah k dítěti

Dle slov Heleny je dítě velmi hodné, vůbec nepláče. Po celou dobu, co je s ní je dítě klidné. *„Oproti druhé dceři je malá strašně klidná, dokonce sestry říkaly, že v noci vůbec neplakala. To první dcera, kterou jsem měla u sebe hned první noc, mi probřečela celou noc a usnula až nad ránem před vizitou, takže to bylo úplný peklo.“* zasmála se Helena. Díky první dceři si přijde jistější, ale i tak ji neustále pozoruje, jestli je v pořádku. *„Po příchodu domů se chci malé hodně věnovat, obstarat, aby se měla dobře, takový standart. Nedokážu si představit, jak někdo může odložit vlastní dítě (Helena narážela na situaci, která se v té době stala, kdy žena dala do babyboxu malé dítě), nedovedu si to představit mít život bez ní.“*

Role porodní asistentky

Helena již z předešlého porodu, který probíhal ve stejné nemocnici, věděla, že personál je zde milý a vstřícný. *„Věděla jsem, že mě porodní asistentky ve všem podpoří, měla jsem to tu tak i s první dcerou. Se vším jsem se na ně mohla obrátit, a i když malé jsou jen dva roky, tak jsem byla ráda, že mě opět ukázaly, jak nejlépe s tak malým miminkem zacházet.“* Helena také zmiňuje, že jí byla porodní asistentka velkou oporou den před císařským řezem. *„Večer před porodem za mnou přišla jedna milá sestřička, která si tam ke mně na chvíli sedla a povídaly jsme si. Nebylo to jen o císařském řezu, ale také se mě ptala na malou (starší dcera), čímž jsem aspoň chvíli zapomněla na strach, který jsem trošku měla z porodu.“* Helena tvrdí, že to bylo příjemné odreagování a velmi jí tento rozhovor pomohl.

13.2.3 Dotazník

Na konci rozhovoru jsem požádala Helenu, zda bych ji po skočení jejího šestinedělí mohla kontaktovat a doptat se na doplňující informace. Společně jsme se domluvily na e-mailové formě.

1) Přijde Vám zpětně, že jste byla dostatečně informována o stavu Vašeho dítěte po porodu? Jak jste prožívala odloučení?

„Řekla bych, že jsem byla dostatečně informovaná o stavu dcery. Sestřičky mi vždy říkaly, kdy malá jedla atd. Nikdy nebyl problém se na cokoliv personálu zeptat.“

2) Co byste změnila po porodu na oddělení šestinedělí (bonding, informovanost, prostředí, empatie a pomoc personálu ...)?

„Na šestinedělí jsem byla velice spokojená, proto jsem si tuto porodnici vybrala i u druhé dcery. Vždy se, ale najde někdo, kdo Vám bohužel nesedne, takže až na jednu sestřičku si nemůžu stěžovat.“

3) Vyskytly se u Vás nějaké potíže s kojením? Pokud ano, jaké? Čemu přikládáte vzniklé problémy (např. neproběhlý bonding, odloučení od dítěte ...)?

„Problémy s kojením jsem neměla. První dceru jsem kojila cca do roka, takže jsem věděla, že kojit budu. Laktace se rozběhla, až několikátý den po porodu, jelikož jsem ležela na jipce a dcerku jsem neměla hned po porodu. Pouze mi ji sestřičky nosily na přikládání k prsu.“

4) Využila jste služeb laktační poradkyně nebo komunitní porodní asistentky?

„Nevyužila. V porodnici dost intenzivně sestry kontrolují kojení, přibírání dítěte, až to bylo občas stresující.“

5) Vyskytly se u Vás nebo Vašeho dítěte během šestinedělí nějaké potíže? Pokud ano, jaké (fyzické, psychické ...)?

„Nevyskytly, ale po císařském řezu je šestinedělí o dost náročnější po fyzické stránce. Hlavně, když máte dvě děti.“

6) Cítíte rozdíly mezi šestinedělím po vaginálním porodu a šestinedělím po císařském řezu? Pokud ano, jaké u Vás (fyzické, psychické ...), jaké u dítěte (fixace na matku, plačtivost, zdravotní potíže ...)?

„Po vaginálním porodu jsem se cítila mnohem lépe. Mohla jsem ihned fungovat. Očistky byly mnohem kratší dobu než po císařském řezu. Hlavně jsem se starala pouze o jedno dítě. Po císařském řezu jsem se necítila fyzicky vůbec dobře. Jizva dost často bolela a do teď mě svědí. Psychicky jsem snášela šestinedělí dobře.“

7) Jak dlouho Vám po porodu trvalo si najít stálý režim s dítětem?

„Říká se, že druhé dítě je za odměnu, tak u nás to platí :) Už od porodnice usíná kolem 22:00 h. večer. I spaní přes den má stejné.“

8) Je dítě klidnější u Vás nebo u otce? Je na Vás dítě fixované?

„Já mám na starost mladší dceru a manžel starší. Takže bych řekla, že starší je více upnutá na manžela.“

9) Co pro Vás znamená být dobrá matka?

„Vychovat děti tak, aby z nich byli dobří, slušní lidé. Přála bych si, aby s námi měli kamarádský vztah jako mám já s mamkou. Nebáli se nám s čímkoliv svěřit, ale zároveň k nám měli respekt. Doufám, že budou mít na dětství hezké vzpomínky, jako mám já.“

Edinburghská škála postnatální deprese

Heleně vyšla Edinburghská škála postnatální deprese v hodnotě 3, což neodpovídá hodnotě poporodní deprese.

13.2.4 Shrnutí dotazníku

Helena nemocnici volila záměrně. Po kladných zkušenostech po prvním porodu se rozhodla rodit v téže nemocnici. Nemocnice a personál Helenu nezklamali, byla o všem informovaná, snažili se pomoci s nástupem laktace, dítě jí nosili k přikládání a k vzájemnému kontaktu dostatečně. Celkově i šestinedělí by shrnula kladně až na bolest jizvy. Dítě je klidné, plně ho kojí, našli si stálý režim hned od příchodu z nemocnice. Věřící, že dítě, které porodila, s ní bude mít kamarádský vztah a budou si navzájem důvěřovat a věřit.

13.3 Sabina

Třetí participantka je 26letá žena Sabina, jejíž nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské bakalářské. Sabina je svobodná a v domácnosti žije se svým přítelem

a psem. Před mateřskou dovolenou Sabina pracovala jako účetní. Sabiny těhotenství nebylo plánované.

Kvůli zachování anonymity není zmiňováno pravé jméno participantky. Jméno je vybráno náhodně.

13.3.1 První setkání

Prvně jsme se se Sabinou setkaly v listopadu roku 2021 na porodním sále, kde byla přijata k preindukci porodu pro potermínovou graviditu. Sabina byla ten den ve 41 + 2 týdnu. Preindukce byla zahájena prostaglandiny v 9:00. Byly vyvolány pravidelné kontrakce, které byly á 5 minut. Sabina tyto kontrakce snášela ze začátku velmi dobře, ale když ji lékař po 2 náročných hodinách vyšetřil a zjistil, že porod zatím nepostoupil, byla v lehké panice. Cítila se čím dál tím víc vyčerpaná, kontrakce, které již byly po 2 minutách, snášela hůře. Sabina přestala komunikovat, byla více uzavřená do sebe. Když jsem ji po dalších 2 hodinách vyšetřila, byla již na 4 cm, Sabina byla ale už tak vyčerpaná, že nesdílela radost z postupu. Když jsme jí nabídli léky na utišení bolesti, Sabina je odmítla.

Ve 17:00 při monitorování CTG jsem zpozorovala nefyziologický záznam, proto jsem upozornila lékaře, který po vyšetření zhodnotil, že Sabina musí ihned na akutní císařský řez. Sabina byla otevřená pouze na 6 cm a hrozila hypoxie plodu. Sabina byla vystrašená, v tu chvíli jí nevadilo provést císařský řez, protože jediné, co pro ni bylo důležité, aby bylo vše v pořádku s dítětem

13.3.2 Rozhovor

Průběh císařského řezu

Sabina měla akutní císařský řez, který byl z důvodu hrozící hypoxie plodu. Původně nepočítala s císařským řezem, jelikož celé těhotenství bylo fyziologické. *„Kdyby to byl plánovaný císařský řez, tak jste klidnější, víte že vás to čeká, nemusíte celý den trpět v bolestech, je to hodně stresující. Hlavně kdybych rodila přirozeně, tak se dokážu líp starat, s tou jizvou je to hodně náročný, už jen vstát z postele bylo hrozný.“* Sabinu zpětně mrzí, že si neřekla o epidurál, jelikož má pocit, že kvůli tomu došlo k císařskému řezu. Kdyby nebyla dle jejích slov tak vyčerpaná, tak by to mohla dotáhnout do konce a dítě porodit přirozeně. Sabina měla dle jejích slov: *„naštěstí spinální anestezii“*. *„Jak ho vyndali, tak šli vedle asi ošetřit pupečník, a tak a pak už jsem ho měla vedle hlavy.“* Jak Sabina sama popsala měla možnost hned po ošetření dítě vidět. Porodní přání Sabina měla,

ale vztahovalo se jen na přirozený porod „*Porodní přání jsem měla ale spíš pro sebe, popřípadě bych si řekla. Přítel to měl taky nastudovaný, aby se když tak ozval, ale fakt to bylo jen orientační, neměla jsem tam nic zásadního.*“ Přítel měl po porodu možnost celou dobu být s dítětem, což Sabinu uklidňovalo.

První kontakt s dítětem

První kontakt proběhl na JIP pokoji, Sabina si ale přesně nevybavuje, po jaké době dítě přivezli. Hned jak ho přivezli, dětská sestra zkoušela se Sabinou přikládat dítě k prsu. „*On je šikovný, tahá dost, hned se nám to podařilo.*“ Dle Sabiny byl ten okamžik krásný. Na otázku, jak dítě reagovalo Sabina odpověděla: „*Přijde mi, že teďka ještě nereaguje, kouká tak jako skrze mě, na můj hlas moc nereaguje. Přijde mi, ale že je u mě spokojenější, víc v klidu.*“ Dle Sabiny je škoda, že ten první kontakt proběhl na JIP pokoji, protože oproti normálnímu pokoji to tam bylo velmi hektické. „*Celkově na tom prvním pokoji (JIP pokoj) to bylo nepříjemné, hodně bolela ta jizva, sestry vás nutily vstávat, i když to chápu, ale chtěla jsem se soustředit hlavně na malého, a to moc nebylo možné.*“

Odloučení od dítěte

Sabina se při prvním odloučení po operaci příliš nebála: „*Ani jako jsem se nebála. Spíš jsem byla taková fakt unavená, že jsem nevěděla, co se děje.*“ Dětské sestry poté dítě přinášely po třech hodinách, Sabina tam s dítětem byla vždy na půl hodiny sama, velmi si užívala tuto chvíli. Během noci zůstávalo dítě na dětském pokoji, což Sabině příliš nevadilo, byla stále unavená, proto byla ráda, že se může vyspat. „*Nebála jsem se, když mi ho přinesli, tak byl vždycky spokojený, přiložili jsme, on si hezky zadumlal a byli jsme šťastní.*“ Personál jí o všem informoval, dokonce spolu i probírali možnost dokrmů, jelikož dítě bylo velmi malé a potřebovalo větší přísun mléka.

Vztah k dítěti

Nastálo přivezli dítě Sabině po 48 hodin od porodu. „*Ze začátku to bylo náročné, očička vykapat, namazat a tak. Dalo mi to fakt zabrat, ale personál mi velmi pomohl. Našli jsme si svůj rytmus, vždy když pláče a já si ho vezmu k sobě, tak se hned uklidní. Například přebalování je boj, musíme to dělat na etapy, protože když ho položím na přebalovák, tak hystericky brečí, tak to musíme prokládat chovacíma pauzami.*“ pousměje se. Sabina sama o sobě tvrdí, že není mateřský typ, že veškerá manipulace a práce s dítětem pro ni nebyla přirozená, vše jí musely ukazovat porodní asistentky nebo dětské sestry. S tímto tvrzením

jsem se Sabiny ptala, jak se tedy připravovala na mateřství: „*Já spíš četla různé knihy o porodu, což bylo ve finále stejně jedno. Ale jako četla jsem si, jak držet dítě, že musíme přidržovat tu hlavičku, prostě jen ty základy.*“ Pro Sabinu je důležité, aby bylo dítě spokojené, bude se o to snažit celý jeho život. Moc se těší na společné zážitky a na dobrodružství, které je společně čeká.

Role porodní asistentky

Sabina si pod rolí porodní asistentky představovala pomoc s dítětem, zaučení o péči, ukázat, jak nejlépe s ním manipulovat. Všechno toto Sabina na oddělení šestinedělí dostala. Důležité pro ni byly také informace o stavu dítěte. „*Jo byly strašně hodný, vždycky když jsem se jich na něco zeptala, tak mi mile odpověděly. Dokonce se mnou na přímo probíraly dokrm pro malého, protože byl malý. A i když hezky přibíral na váze, tak to furt nestačilo.*“ Porodní asistentky pro ni byly velmi důležité první dny, kdy se Sabina přes velkou bolest hůře pohybovala. Snažily se ji podpořit psychicky, tak i léky tisící bolest.

13.3.3 Dotazník

Na konci rozhovoru jsem stejně jako předešlé participantky požádala Sabinu, zda bych ji po skočení jejího šestinedělí mohla kontaktovat a doptat se na doplňující informace. Společně jsme se domluvily na e-mailové formě

1) Přijde Vám zpětně, že jste byla dostatečně informována o stavu Vašeho dítěte po porodu? Jak jste prožívala odloučení?

„*Musím říct, že s personálem jsem byla velmi spokojená. Na vše, co jsem se jich zeptala, mi odpověděli, informovali mě o všech změnách, jak se malému daří, celkově to hodnotím kladně. Odloučení jsem prožívala nejspíš dobře, věděla jsem, že malému nic nehrozí, vždy byl tak spokojený, když mi ho přinesli. Naopak jsem ty první dny byla ráda, protože vím, že bych se o něho nedokázala postarat.*“

2) Co byste změnila po porodu na oddělení šestinedělí (bonding, informovanost, prostředí, empatie a pomoc personálu ...)?

„*Já si opravdu nemůžu na nic vzpomenout, co by mi vyloženě vadilo. Možná jen ten bonding mě mrzel, ale to po císaři ani asi nejde.*“

3) Vyskytly se u Vás nějaké potíže s kojením? Pokud ano, jaké? Čemu přikládáte vzniklé problémy (např. neproběhlý bonding, odloučení od dítěte ...)?

„Ze začátku jsme potřebovali dokrm, ale to bylo z důvodu malé porodní váhy, kojila jsem dostatek množství. Po odchodu z nemocnice už ani nebyl potřeba a teď plně kojím bez problémů“

4) Využila jste služeb laktační poradkyně nebo komunitní porodní asistentky?

„Nevyužila jsem ničeho, nebylo to potřeba.“

5) Vyskytly se u Vás nebo Vašeho dítěte během šestinedělí nějaké potíže? Pokud ano, jaké (fyzické, psychické ...)?

„V nemocnici malému zjistili novorozeneckou žloutenku, jinak je od té doby zdrav. Co se týče mě, tak krom dlouhého zotavení jizvy jsem byla také v pořádku. Naštěstí mi ze začátku doma pomáhala moje mamka, protože jsem se ještě kvůli té bolesti necítla na to, abych byla s malým sama, přítel musel totiž do práce.“

6) Jak dlouho Vám po porodu trvalo si najít stálý režim s dítětem?

„Myslím si, že takový stálý režim jsme si našli už v nemocnici, samozřejmě že jsou dny nebo spíš noci, které celé propláče, ale je jich v podstatě málo.“

7) Je dítě klidnější u Vás nebo u otce? Je na Vás dítě fixované?

„Klidnější je nejspíš u mě, když pláče a já si ho vezmu je téměř vždy ticho. Ale u přítele také dokáže usnout, takže těžko říct.“

8) Co pro Vás znamená být dobrá matka?

„Aby u mě dítě bylo spokojené, aby vědělo že jsem tady pro něj a nemuselo se bát se mi svěřit.“

Edinburghská škála postnatální deprese

Sabině vyšla Edinburghská škála postnatální deprese v hodnotě 4, což neodpovídá hodnotě poporodní deprese.

13.3.4 Shrnutí dotazníku

Sabina byla velmi spokojená s personálem v nemocnici. Se vším jí pomohli, informovali o dokrmu pro dítě. V šestinedělí Sabině doma pomáhala ze začátku maminka, takže měla na dítě více času, mohla si ho více užívat. Dítě velmi reaguje na Sabinu, cítí se u ní velmi klidně, téměř vždy přestane brečet, jakmile si ho vezme do náruče.

DISKUZE

Výzkumu se zúčastnily tři participantky. Anna, která porodila první dítě, rodila plánovaným císařským řezem. Helena porodila již druhé dítě plánovaným císařským řezem, přičemž první dítě rodila vaginálně. Sabina rodila akutním císařským řezem. Všechny participantky byly operovány ve spinální anestezii. V diskuzi porovnávám získané informace s výsledky jiných studií. Jsou zde obsaženy také vlastní názory a postřehy na zkoumanou problematiku.

Dílčí cíl 1: Analyzovat pocity žen při zjištění nutnosti provedení císařského řezu.

Tabulka 1: Dílčí cíl 1

Anna	<ul style="list-style-type: none">• plánovaný císařský řez• smíření• zjištění již v minulosti – nešťastná
Helena	<ul style="list-style-type: none">• plánovaný císařský řez• šok• lítost
Sabina	<ul style="list-style-type: none">• akutní císařský řez• první pocit byl úleva od silné bolesti• poté nedostatečnost• zklamání sama ze sebe

Anna měla již v minulosti potíže a operace na děloze, při kterých jí doktoři předem upozorňovali na pravděpodobný porod císařským řezem. Anna byla proto během porodu smířená s tímto průběhem. Když se ale prvně tuto zprávu dozvěděla, byla velmi nešťastná, vždy si přála přirozený porod. Přála si být s dítětem, co nejdříve v kontaktu. Helena oproti Anně tuto informaci získala pár dní před plánovaným císařským řezem. Vůbec to nečekala, zvláště po porodu prvního dítěte, které porodila vaginálně a bez komplikací. Z celé situace byla Helena „rozhozená, nesvá“. Bylo jí to velmi líto. Mrzelo ji, že nezažije ten krásný pocit, jako u prvního dítěte. Sabina, která měla akutní císařský řez, kvůli velmi silným kontrakcím byla ze začátku ráda, že bude porod ukončen i když tímto způsobem. Zpětně jí to velmi mrzelo a měla výčitky svědomí, že porod nezvládla a nedokončila. U Sabiny lze pozorovat nejprve pocit vysvobození, ale posléze pocit nedostatečnosti, přesně jak popisuje

v knize Císařský řez M. Odent. Dle výzkumu Kovářové tři ze sedmi žen pocítovaly zklamání samy ze sebe, nedokázaly se smířit s pocitem, že nedokázaly porodit, tak jako se to prokázalo právě u Sabiny (Kovářová, 2017, s 55). Dle očekávání můžeme pozorovat, že všechny tři ženy by si přály rodit vaginální cestou. Důležité pro ženy je brzký a neustálý kontakt s dítětem, který jim při císařském řezu není umožněn, jelikož v prvních hodinách dítě vidí dítě pouze jednou, a to hned po porodu. Po císařském řezu není v prvních dvou dnech umožněn ani rooming-in, který při navazování vztahu je klíčový. Dítě dětské sestry přináší po třech hodinách na kojení, a to pouze během dne, přes noc žena nemá žádné informace ani kontakt s dítětem.

Dílčí cíl 2: Zjistit a analyzovat prostředí a pocity ženy při prvním kontaktu s dítětem.

Tabulka 2: Dílčí cíl 2

Anna	<ul style="list-style-type: none"> • JIP pokoj • po 2 hodinách od porodu • štěstí • nepřiložení k prsu – dítě spalo
Helena	<ul style="list-style-type: none"> • JIP pokoj • po půl dni • štěstí • přiložení k prsu – dítě dalo
Sabina	<ul style="list-style-type: none"> • JIP pokoj • po 2 hodinách od porodu • hektické • štěstí • přiložení k prsu – dítě sálo

Všechny tři ženy měly první kontakt s dítětem ve stejném prostředí na JIP pokoji, kam se přesouvá každá žena z operačního sálu po císařském řezu. Anně a Heleně dle očekávání překvapivě prostředí nepřekáželo, vnímaly pouze své dítě. Předpokládala jsem, že ženám bude vadit nedostatečné soukromí a intimita. Prostředí ovšem nevyhovovalo pouze Sabině, která popisovala tento moment hekticky. Nedokázala se soustředit pouze na dítě a na navazování vztahu. Personál by měl ženě zařídit klid a soukromí. Je to pro oba

jedinečná chvíle, kdy se začíná utvářet jejich vzájemný vztah. Anně přivezly dětské sestry dítě ukázat po dvou hodinách, což je velmi důležité pro tvorbu mléka a utváření vzájemného vztahu. Bohužel zde byla chyba na straně personálu, jelikož zde neproběhlo ten den přiložení k prsu a Anna měla následně problémy s kojením. Ovšem první kontakt proběhl a Anna byla velice šťastná, že dítě může konečně pořádně vidět a držet. Helena oproti Anně měla první shledání až po půl dni, což Helena překvapivě nepopisuje sklesle, ale vděčně, jelikož si mohla po porodu odpočinout. Helena netuší příčinu, takto pozdějšího přinesení dítěte. Dle mého názoru to musí být dlouhá doba pro časný nástup laktace, tak také pro psychiku matky, což se u Heleny nepotvrdilo ani v jednom případě. Sabina si bohužel nevzpomíná na přesnou dobu, kdy jí dítě poprvé ukázali, ale bylo to ještě ten den, tudíž jsme společně usoudily dle času porodu, že to mohlo být také po dvou hodinách od porodu. Helena i Sabina při prvním kontaktu s pomocí dětské sestry přiložily k prsu. Dle výzkumu Kovářové mělo i přes přiložení k prsu do dvou hodin od porodu pět respondentek ze sedmi následné potíže s nástupem laktace a jedna z respondentek dokonce své dítě vůbec nekojila (Kovářová, 2017, s 57). V mém případě měla problémy s kojením pouze Anna. Všechny mé respondentky cítily pocit štěstí, když byly prvně v kontaktu s dítětem. Stejně jako tomu bylo ve výzkumu Vondráčkové, kde přes 60 % žen cítilo úlevu a štěstí, když prvně spatřily své dítě. V tomto výzkumu však přibližně 5 % žen při prvním kontaktu cítilo zklamání a zlost (Vondráčková, 2015, s. 88). Tyto pocity se u mých respondentek neprojevíly.

Dílčí cíl 3: Analyzovat pocity ženy při odloučení od dítěte.

Tabulka 3: Dílčí cíl 3

Anna	<ul style="list-style-type: none"> • neklid, stres • nespavost • touha mít dítě u sebe • potřeba dostatečné informovanosti
Helena	<ul style="list-style-type: none"> • kladně • důvěra v personál • načerpání síly, odpočinek
Sabina	<ul style="list-style-type: none"> • kladně • načerpání síly, odpočinek

Všechny tři ženy měly odlišné pocity při odloučení. Helena a Sabina odloučení nenesly špatně, jelikož byly unavené a byly rády, že si můžou odpočinout. V případě Sabiny se tak mohlo jednat o únavu z porodu, který probíhal ze začátku jako běžný vaginální porod se silnými bolestnými kontrakcemi. Helena mohla odloučení takto kladně vnímat díky již známému prostředí, jelikož zde rodila před dvěma lety své první dítě. V personál měla tedy velkou důvěru. Po prvním porodu, kdy rodila vaginálně, měla dítě celý čas u sebe, což pro ni bylo náročné, jelikož celou noc dítě probřečelo. Nyní tedy uvítala možnost si odpočinout a načerpat sílu. Oproti tomu Anna při odloučení zažívala nejhorší chvíle. Během noci, kdy dětské sestry nepřináší dítě ženám, Anna nemohla spát, jelikož netušila, co se s jejím dítětem děje. Celou noc slyšela pláč, z čehož byla ještě více ve stresu, jelikož netušila, jestli nepláče její dítě a nevyžaduje její přítomnost. Jak tvrdí Sears, matka stále vnímá, že je dítě její element a má potřebu mít novorozence u sebe, aby věděla, že je v bezpečí (Sears a Searsová, 2018, s. 73). Badatelé v knize *Bonding – porodní radost* od M. Mrowetz zaznamenali, že pokud se dítě nedotkne matčiny bradavky v prvních hodinách života, žena se rozhodne ponechat dítě u sebe o sto minut méně než žena, která tento kontakt s dítětem v prvních hodinách měla. Tato úvaha se v mém výzkumu nepotvrdila, jelikož Anna, která přiložila k prsu po 24 hodinách, toužila po kontaktu s dítětem ze všech respondentek nejvíce (Mrowetz, 2011, s. 271). Anna reagovala dle mého očekávání, avšak Helenu se Sabinou nejspíš velmi ovlivnila únava, ať už z komplikovaného porodu, nebo ze zkušeností z předešlého porodu. Vyplývá z toho, že ženy, které jsou prvoroďičky a rodí plánovaným císařským řezem, jsou více citlivé na odloučení od dítěte. Ženy po akutním císařském řezu jsou po porodu velmi vyčerpané, a tudíž je pro ně prioritou odpočinek a načerpání síly pro nadcházející péči o dítě. Další úvaha může být, že ženy, které otěhotněly neplánovaně, jako respondentka Sabina, mají delší cestu k navázání vzájemné vazby s dítětem. Oproti tomu Anna, která si dlouho přála dítě a netušila, zda vůbec bude možné přirozeně otěhotnět, kvůli mnohočetným operacím na děloze, se o dítě velmi bála a toužila s ním být v neustálém kontaktu. Může to být také následný problém s kojením, který mohl vyvolat stres během odloučení.

Dílčí cíl 4: Zmapovat a analyzovat vztah matky a dítěte během šestinedělí.

Tabulka 4: Dílčí cíl 4

Anna	<ul style="list-style-type: none"> • problémy s kojením • stres
------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • dítě klidnější u otce • ustanutí problémů po ukončení kojení • užívání si společných chvil
Helena	<ul style="list-style-type: none"> • užívání si společných chvil • dítě velmi klidné • dítě více fixované na matku
Sabina	<ul style="list-style-type: none"> • štěstí • klidnější u matky • dítě reaguje pozitivně na matku • dítě po většinu času klidné

Anna, která měla problémy s kojením, byla celé šestinedělí ve stresu a pod tlakem. Tato psychika se odrážela na vztahu mezi ní a dítětem. Dítě bylo více klidné u otce, jelikož z Anny cítilo napětí. Od chvíle, kdy Anna přestala plně kojit a dítě krmila umělým mlékem, se vše změnilo a našly si společný režim. I když Anna chtěla plně kojit delší dobu, cítí se šťastněji v roli matky a užívá si více společné chvíle s dítětem. Anna již v nemocnici na oddělení šestinedělí byla starostlivou matkou, která byla šťastná v přítomnosti svého dítěte. Jakmile dítě pláče, Anna ho vezme do náruče a je hned klidnější. Potvrzuje se zde tvrzení z knihy *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*, že pláčem dítě vyjadřuje záporné emoce, v tu chvíli přichází matka, aby dítě díky známému hlasu, tváři a jejím hýčkáním mělo pocit bezpečí. Tímto se utváří vztah mezi matkou a dítětem (Pilařová, Pöthe, 2001, s. 108). Helena s dítětem mají krásný vztah, dítě je klidné. Dle slov Heleny bylo dítě klidné také po celý pobyt v nemocnici, a to i když bylo přes noc samotné na novorozeneckém oddělení. Potvrzuje se zde tvrzení Hurka, že děti narozené císařským řezem pláčou méně při odloučení od matky než děti, které se narodily vaginálně (Hurk, 2015, s. 6). V tomto případě můžeme pozorovat srovnání přímo u Heleny, která tvrdí, že prvorozené dítě, které bylo porozeno vaginální cestou, bylo více neklidné a plačtivé. Sabina i přes tvrzení, že není mateřský typ, se této role ujala velmi dobře. Když dítě prvně spatřila, byla velmi šťastná. Při neklidu a pláči dítěte k utěšení stačí, když si ho Sabina vezme do náručí a začne ho chovat. U Sabiny se dítě cítí klidněji než u otce. Celkově z výzkumu vychází, že děti po císařském řezu jsou klidné a v přítomnosti matky jsou spokojené. Žena by však měla předejít stresu, jelikož dítě je na ni napojeno a veškerý stres a strach prožívá s ní.

Dílčí cíl 5: Zjistit, jak žena vnímala roli porodní asistentky v celém procesu.

Tabulka 5: *Dílčí cíl 5*

Anna	<ul style="list-style-type: none">• spíše negativní• nedostatečná informovanost o dítěti• minimální snaha o podporu kojení• pomoc v péči o dítě• edukace
Helena	<ul style="list-style-type: none">• kladné• edukace• velká opora• důvěra
Sabina	<ul style="list-style-type: none">• kladné• edukace• pomoc v péči o dítě• informovanost

Z výzkumu lze pozorovat, že nelze hodnotit personál jako celek, poněvadž i Helena, která byla s personálem velmi spokojena, tvrdila: „*Vždy se, ale najde někdo, kdo Vám bohužel nesedne, takže až na jednu sestřičku si nemůžu stěžovat.*“. Anna, která byla s personálem také spokojena, však vyžadovala větší oporu a informovanost od sester. První den po porodu by uvítala, kdyby za ní sestřička přišla s dítětem ve chvíli, kdy nespalo, poněvadž kvůli spánku dítěte neproběhlo první přiložení k prsu. Anna by také uvítala, kdyby ji porodní asistentky více informovaly o dítěti během noci. Ženy mají poslední kontakt s dítětem ve 20 hodin a poté o něm do rána nic neví. Anna také neměla kompletní informace o stavu dítěte. O dokrmu, který dětské sestry podaly dítěti bez přítomnosti a svolení Anny, se dozvěděla až ze záznamů, kam zapisovala průběžně informace o dítěti. Od chvíle, kdy měla Anna dítě u sebe na pokoji na stálo, ji porodní asistentka byla velice nápomocná. Stejně jako Sabina, která je také prvorodička, uvítala od porodní asistentky podrobné zaučení, jak manipulovat s dítětem, jak s ním pracovat, jak poznat, kdy je unavené a kdy má hlad. Porodní asistentka všem participantkám pomohla s kojením. U Anny sehrála pak roli také laktační poradkyně, která ji bohužel nedokázala s kojením pomoci. Celkově můžeme vidět, že by ženy uvítaly, kdyby je porodní asistentka dostatečně

informovala, a to i během noci. Porodní asistentky by měly sehrát větší roli při rozvoji laktace, snažit se o co nejdřívější přiložení k prsu a podpořit k navázání vztahu mezi ženou a dítětem. V nemocnici, kde se výzkum uskutečnil, porodní asistentky edukují a zaučují, jak s dítětem pracovat. Toto je pro ženy velmi důležité, zvláště pokud se jedná o prvorodičky. Ženy z výzkumu, který prováděla Daniela Štruncová, popisují, že porodní asistentka jim poskytla dostatečnou péči a uspokojila jejich potřeby (Štruncová, 2017, s. 37). V mém výzkumu byly respondentky, také po většinu času spokojeny a vděčné za pomoc porodní asistentky. Z výzkumu Štruncové také vyplývá, že ženy očekávají od porodní asistentky, že dokážou rozeznat, kdy je potřeba mít porodní asistentku vedle sebe jako oporu a kdy naopak, chtějí ženy klid a soukromí, což lze pozorovat také v mé práci (Štruncová, 2017, s. 37). Při prvním kontaktu ženy touží po soukromí a klidu, aby se mohly plně soustředit jen na sebe a dítě. Sabině porodní asistentky tuto chvíli nespravily dle jejího požadavku.

LIMITY VÝZKUMU

Během výzkumu jsem reflektovala několik limitů. Prvním limitem výzkumu se ukázalo časné provedení rozhovorů s participantkami. Šetření proběhlo již 72 hodin po císařském řezu. Rozhovory jsou kratší a dostatečně se nevěnují do hloubky tématu. Ženy byly stále ještě unavené a nedokázaly dlouho vnímat průběh rozhovoru. Kdyby rozhovor probíhal po delší době od porodu, žena by si pravděpodobně nepamatovala veškeré detaily, které byly potřebné ke zpracování výzkumu.

S tímto limitem může souviset i další limit, který upozorňuje na vztah mezi výzkumníkem a participantkou. Téma výzkumu je velmi intimní a osobní, proto by bylo vhodnější, kdyby výzkumník participantku znal osobně, nebo se s ní sblížil během těhotenství.

I když je práce zaměřena na vztah mezi matkou a dítětem, výzkum je více zaměřen na ženu a na její pocity, jelikož dítě v novorozeneckém období nedokáže komunikovat a vyjadřovat přímo své pocity.

Dalším limitem je nedostatečné množství dotazovaných žen, který vyplývá z podstaty kvalitativního výzkumu. Přesto, že poznatky získané z šetření od tří participantek nelze zobecnit, navrhuje určitá doporučení pro praxi.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- Porodní asistentky by měly pečovat nejen o somatické zdraví ženy, ale i jejich zdraví duševní, především naslouchat ženám a uspokojit i jejich sociální potřeby (mezi které potřeba vztahu s dítětem patří).
- Možnost ošetření novorozence na operačním sále, aby žena byla stále součástí dění a měla přehled o stavu dítěte.
- V případě bezproblémového císařského řezu by mělo dítě zůstat se ženou po celou dobu operace, ať už v náruči otce, nebo vyhřívané postýlce vedle ženy.
- Po skončení operace by se měl uskutečnit plnohodnotný bonding – skin to skin, přiložení k prsu, ... během tohoto úkonu by mělo být v místnosti soukromí, šero a také ticho.
- Porodní asistentky by měly pravidelně informovat ženu o změnách a stavu jejich dítěte.
- V případě, že si žena přeje mít kontakt s dítětem během noci, mělo by jí to být umožněno v plném rozsahu. ;

SEBEREFLEXE

Zpracování výzkumu mi přineslo plno nových poznatků v oblasti porodnictví. Tyto znalosti budou přínosné pro můj budoucí profesionální vývoj v tomto oboru. Zpracování bakalářské práce mi mimo odborné vědomosti poskytlo i zlepšení některých měkkých dovedností. Nejvíce se to projevilo v komunikaci s cizími lidmi. Osobní kontakt zde byl důležitější než kdy dříve, neboť u rozhovorů záleželo pouze na mém vedení. Výsledek výzkumu mi ukázal, že bych jako porodní asistentka měla více komunikovat se ženami a lépe jim naslouchat. Vnímání jejich pocitů by mohlo vylepšit vztah i důvěru mezi mnou jako porodní asistentkou a rodičkou. Obávám se, že i když se budu snažit zachovat si profesionální nadhled, některé předsudky nebo osobní sympatie mi mohou ztížit chování k pacientce. Doufám tedy, že si vždy budu moci zachovat nezaujatý pohled a vždy budu moci vyslyšet veškerá přání a požadavky svých pacientek, které teď už vím, že jsou pro ně velmi důležité.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala vztahem mezi matkou a dítětem po císařském řezu. První kapitola se zabývá císařským řezem, jeho dělením a indikacím, jak ho vnímají ženy a jakou roli během této operace má porodní asistentka. V druhé kapitole se zaměřuje na bonding, který je pro vztah mezi matkou a dítětem velmi důležitý, stejně jako rooming-in, kterým se zabývá kapitola třetí. Ve čtvrté kapitole se věnuje attachmentu, který nám popisuje navazování vztahu mezi matkou a dítětem. V další kapitole se dozvídáme, jak probíhá kojení po císařském řezu a k čemu je kojení důležité. Šestá kapitola se zabývá vývojem novorozence, abychom pochopili vnímání a potřeby dítěte. V poslední kapitole se bakalářská práce zaměřuje na psychické poruchy ženy po císařském řezu, které vztah mezi ženou a dítětem můžou narušit, ať už dočasně, nebo trvale.

V praktické části zjišťuji pomocí rozhovorů pocity žen a porovnávám rozdíly mezi třemi participantkami. Vzhledem ke stanoveným cílům byl zvolen kvalitativní výzkum. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké pocity žena prožívá po císařském řezu. Zjistila jsem, že pocity žen se liší v závislosti na druhu císařského řezu a na počtu těhotenství. Nejhorší na odloučení reagovala prvorodička, která měla akutní císařský řez, jejíž těhotenství bylo dlouho očekávané a plánované. Žena nevnímala roli porodní asistentky jako dostatečnou, uvítala by více informovanosti a více kontaktu s dítětem. Naopak žena s akutním císařským řezem odloučení od dítěte nevnímala negativně a využila ho k odpočinku. Třetí žena, která v nemocnici rodila již dříve, měla v personálu velkou důvěru a o dítě během odloučení neměla strach a užívala si odpočinek. Role porodní asistentky v případě posledních dvou žen byla adekvátní, ženy byly o všem poučeny, informovány, porodní asistentka jim se vším pomohla a vyhověla.

Cíl práce byl splněn.

Na základě výsledků výzkumného šetření bych doporučila navazující výzkum kvantitativní, který by ověřil poznatky na větším výzkumném vzorku.

Do budoucna bych byla ráda, aby porodní asistentky umožnily ženám být co nejvíce v kontaktu s dítětem a dostatečně je informovaly. Věřím, že existuje několik porodních asistentek, které by se rády těmito ženami zabývaly, ale mají na starost během směny příliš mnoho práce, kvůli které na tyto případy nemají tolik potřebného času.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.

BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, 2019. Jessenius. ISBN 978-80-7345-599-6.

HELLBRÜGGE, Theodor. *Prvních 365 dní v životě dítěte: psychomotorický vývoj kojence*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3457-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

LABUSOVÁ, Eva. Porod císařským řezem z pohledu regresního terapeuta Patrika Balinta. *Regenerace*. 2016, 24 (5), 66–78. ISSN 1210-6631

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.

NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ, ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3

ODENT, Michel. *Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat*. Přeložil Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 978-80-7500-227-3.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.

PILAŘOVÁ, Martina a PÖTHE, Petr, ed. *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*. Praha: Futurum, 2001. SČ. 001406406

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-2542-186-4.

SEARS, William a Martha SEARS. *Kontaktní rodičovství: rozumná cesta k pochopení a výchově dětí*. Vydání druhé. Přeložil Magda PĚNČIKOVÁ. Praha: Argo, 2018. ISBN 978-80-257-2449-1.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

WINNETTE, Petra. *Co to je attachment?: v pěti bodech pro rodiče, pěstouny a odborné pracovníky v oboru péče o děti*. Praha: Natama, 2018. Almanach o dětech a lidech & Věda do kapsy. ISBN 978-80-907023-0-1.

Internetové zdroje

BREJCHOVÁ, Eva. *Psychické poruchy v šestinedělí*. [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2022-03-08]. Dostupné z: https://portal.zcu.cz/StagPortletsJSR168/PagesDispatcherServlet?pp_destElement=%23ssSouboryStudentuDivId_439&pp_locale=cs&pp_reqType=render&pp_portlet=souboryStudentuPagesPortlet&pp_page=souboryStudentuDownloadPage&pp_nameSpace=G623864&ssoubidno=18490. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

COLE, Stephen, *Maternal-assisted caesarean section*. [online]. 2022 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: https://www.drstephencole.com.au/maternally-assisted_caesarean_section.html

FIŠEROVÁ, Lenka. *Císařský řez z pohledu porodní asistentky*. [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://is.vszdrav.cz/th/lh5kz/BP.pdf>. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotní.

HOLEŇÁKOVÁ, Gabriela. *Podpora bondingu*. [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: https://theses.cz/id/rnckxa/Holenakova_Gabriela_Podpora_bondingu.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.

HURK, Bregje P. J. van den. *The effect of a caesarean section on attachment of child to mother*. [online]. Tilburg, 2015 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=136800> Clinical Health Psychology, Tilburg University, Department Developmental Psychology.

KOVÁŘOVÁ, Kristýna. *Názory žen na císařský řez z retrospektivního pohledu*. [online]. České Budějovice, 2017 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/34928/Bakalarska_prace_Kovarova.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

KURZOVÁ, Kristýna, Eliška Krondřáková, Martina Pokojková a Kristýna Janoušková. *Bonding: Od historie po současnost*. [online]. 7.9.2015 [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/9/bonding-od-historie-po-soucasnost/>

RAKOVSKÁ, Jana. *Kontakt matky a dítěte po porodu*. [online]. Brno, 2011 [cit. 2021-11-04]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/kvakd/Bakalarska_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

ROBINSON, Lawrence, Jeanne Segal a Jaelline Jaffe. *How attachment styles affect adult relationships*. [online]. 7.9.2015 [cit. 2021-10-27]. Dostupné z: <https://www.helpguide.org/articles/relationships-communication/attachment-and-adult-relationships.htm>

RUDEY, Edson Luciano, Maria do Carmo Leal a Guilhermina Rego. *Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system*. *Medicine (Baltimore)* [online]. 2020, [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7220553/pdf/medi-99-e19880.pdf>

SÁZAVSKÁ, Adriana. *Podpora bondingu po císařském řezu*. [online]. Brno, 2013 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ndi94/Podpora_bondingu_po_cisarskem_rezu.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

ŠTURCOVÁ, Daniela. *Subjektivní vnímání péče poskytované porodní asistentkou z pohledu rodičky*. [online]. České Budějovice, 2017 [cit. 2022-03-23]. Dostupné z: https://theses.cz/id/pl8hny/_truncov_BP.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

ŠEBELA, Antonín, HANKA, Jan a MOHR, Pavel. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2019, 20 (1) [cit. 2021-12-20]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2019/01/05.pdf>

UNICEF, The baby friendly initiative. *Skin – to – skin contact*. [online]. 23.10.2019 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>

VELEBIL, Petr. *Výsledky perinatální péče v České republice v roce 2019*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2020, [cit. 2022-03-06]. Dostupné z:

<https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/07/V%C3%BDsledky-perinat%C3%A1ln%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De-za-rok-2019.pdf>

VÍTKOVÁ, Barbora. *Péče porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí*. [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2022-02-23]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76679/VitkovaB_PecePorodni_IK_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

VONDRÁČKOVÁ, Veronika. *Vliv emocionality ženy po porodu na vývoj dítěte do 3 let*. [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/n27wwa/15801605>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.

ŽALUDOVÁ, Jitka. *Fyziologický novorozenec na pokoj – rooming-in* [online]. Plzeň, 2011 [cit. 2021-11-04]. Dostupné z: https://portal.zcu.cz/StagPortletsJSR168/PagesDispatcherServlet?pp_destElement=%23ssSouboryStudentuDivId_424&pp_locale=cs&pp_reqType=render&pp_portlet=souboryStudentuPagesPortlet&pp_page=souboryStudentuDownloadPage&pp_nameSpace=G623864&ssoubidno=12311. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Informovaný souhlas
- Příloha č. 2 – Návod k rozhovoru
- Příloha č. 3 – Dotazník
- Příloha č. 4 – Edinburghská škála postnatální deprese
- Příloha č. 5 – Bonding u císařského řezu
- Příloha č. 6 – Matkou asistovaný císařský řez
- Příloha č. 7 – Matkou asistovaný císařský řez dvojčat

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

VZTAH MEZI MATKOU A DÍTĚTEM PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU

STUDENT

Jméno: Kristýna Míslarová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: k.mislerovak@seznam.cz

VEDOUcí BP

Jméno: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem tohoto výzkumu je prozkoumat prožitky a bio-psycho-sociální potřeby participantky po císařském řezu.

S Vaším svolením bude s Vámi proveden rozhovor, který bude po celou dobu zaznamenáván na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci výzkumu vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použito jiné jméno.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete kdykoliv odstoupit od rozhovoru či celkového výzkumu.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí na výzkumu pro bakalářskou práci. Souhlasím se zaznamenáním rozhovoru na diktafon.

Jsem si vědoma, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit.

Datum.....

Podpis.....

Příloha č. 2 – Návod k rozhovoru

Tabulka 6: Návod k rozhovoru

<p>Císařský řez</p> <ul style="list-style-type: none">- (ne)plánovaný- důvod- celková/spinální a.- první reakce na zjištění, že porod bude operativní- komunikace s dítětem před operací- pocity ženy při odloučení od dítěte, jak dlouho- informovanost ženy o stavu dítěte po porodu
<p>První kontakt s dítětem</p> <ul style="list-style-type: none">- kdy- jak, za jakých okolností- v jakém prostředí- pocity matky- projevy dítěte- představy matky před porodem- kdy přenecháno na stálo
<p>První prožitky mateřství a mateřské lásky (attachment)</p> <ul style="list-style-type: none">- Co pro ženu znamená být „dobrou matkou“?- Vztah k dítěti (pocity, když drží dítě v náručí)- Reakce matky na potřeby dítěte- Její ne/jistota v péči o dítě- Fantazie o tom, jaká bude matka
<p>Příložení k prsu</p> <ul style="list-style-type: none">- kdy- pomoc personálu- (ne)úspěšné- Představy matky před porodem
<p>Porodní plán</p> <ul style="list-style-type: none">- byl k dispozici- obsah- byl zohledněn personálem- bonding (otec)
<p>Personál</p> <ul style="list-style-type: none">- pocity- sestry z šestinedělí/novorozenců/porodních sálů- prostředí- pomoc při potřebách matky- dostatečné informace (o dítěti)- co by pomohlo, aby se matka cítila lépe

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 3 – Dotazník

1) Přijde Vám zpětně, že jste byla dostatečně informována o stavu Vašeho dítěte po porodu? Jak jste prožívala odloučení?

2) Co byste změnila po porodu na oddělení šestinedělí (bonding, informovanost, prostředí, empatie a pomoc personálu ...)?

3) Vyskytly se u Vás nějaké potíže s kojením? Pokud ano, jaké? Čemu přikládáte vzniklé problémy (např. neproběhlý bonding, odloučení od dítěte ...)?

4) Využila jste služeb laktační poradkyně nebo komunitní porodní asistentky?

5) Vyskytly se u Vás nebo Vašeho dítěte během šestinedělí nějaké potíže? Pokud ano, jaké (fyzické, psychické ...)?

6) Cítíte rozdíly mezi šestinedělím po vaginálním porodu a šestinedělím po císařském řezu? Pokud ano, jaké u Vás (fyzické, psychické ...), jaké u dítěte (fixace na matku, plačtivost, zdravotní potíže ...)?

7) Jak dlouho Vám po porodu trvalo si najít stálý režim s dítětem?

8) Je dítě klidnější u Vás nebo u otce? Je na Vás dítě fixované?

9) Co pro Vás znamená být dobrá matka?

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 4 – Edinburghská škála postnatální deprese

EPDS dotazník (J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, Edinburgh)

Dotazník se nazývá Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) a byl vyvinut k identifikaci žen, které mohou mít poporodní depresi.



EPDS bylo vyvinuto na klinice v Livingstonu a Edinburghu. EDPS se skládá z 10 tvrzení. Matka má podtrhnout ze 4 možností odpověď, která nejlépe vyjadřuje její pocity z posledního týdne, a pokud existují pochybnosti, může se test za 2 týdny opakovat.

Matky, které dosáhnou 13 a více bodů trpí depresivním onemocněním různé závažnosti. Nicméně skóre EPDS nesmí nahradit klinické vyšetření. Diagnóza musí být potvrzena pečlivým klinickým vyšetřením. Pomocí testu se nepodaří identifikovat úzkostlivou neurózu, fobii či choroby osobnosti.

Pro správné vyhodnocení je nutné zodpovědět všech 10 otázek. Dotazník byste měla vyplnit sama, bez konzultací odpovědi s někým jiným.

Prosím podtrhněte odpověď, která nejlépe vystihuje vaše pocity v posledních 7 dnech (nikoli jak se cítíte dnes).

Každá odpověď má skóre 0 až 3. Maximální skóre je 30.

Příklad

Cítila jsem se šťastná.

Ano, vždy.

Ano, většinou.

Ne moc často.

Vůbec.

To by znamenalo:

V minulém týdnu „jsem se cítila většinou šťastná“.

Prosíme, vyplňte stejným způsobem ostatní otázky.

V posledních 7 dnech:

1. **Byla jsem schopná se smát a vidět věci z lepší stránky**
 - Stejně jako vždycky
 - Už ne tolik
 - Určitě ne tolik
 - Vůbec

2. **Těšila jsem se na věci s radostí**
 - Jako jsem se vždycky těšovala
 - Spíše méně než dříve
 - Určitě méně než dříve
 - Vůbec

3. **Pokud něco nebylo tak jak má být, zbytečně jsem se obviňovala ***
 - Ano, většinou
 - Ano, někdy
 - Ne moc často
 - Ne, nikdy

4. **Byla jsem znepokojená či ustaraná aniž bych měla důvod**
 - Ne vůbec
 - Skoro nikdy
 - Ano, někdy
 - Ano, velmi často

5. **Cítila jsem bezdůvodně hrůzu a paniku***
 - Ano, často
 - Ano, někdy
 - Ne, ne příliš
 - Ne, vůbec

6. **Problémy se přede mnou kupily***
 - Ano, většinou jsem se s nimi nebyla schopna vypořádat
 - Ano, někdy jsem měla obtíže se s tím vypořádat jako obvykle
 - Ne, většinou jsem se s tím vypořádala
 - Ne, řešila jsem je stejně jako vždy

7. **Cítala jsem se tak nešťastná, že jsem měla problémy se spaním.***

Ano, většinou

Ano, docela často

Ne moc často

Ne nikdy

8. **Cítala jsem se smutná a měla jsem špatnou náladu***

Ano, většinou

Ano, docela často

Ne moc často

Ne nikdy

9. **Cítala jsem se tak nešťastná, že jsem plakala***

Ano, většinou

Ano, docela často

Jen příležitostně

Ne nikdy

10. **Pomýšlela jsem na to, že si ublížím***

Ano, často

Někdy

Skoro nikdy

Nikdy

*Otázky označené hvězdičkou (3,5,6,7,8,9,10) jsou hodnoceny obráceně (3,2,1 a 0).



www.kojeni.cz

zdroj: edinburské skóre – dotazník, který pomůže posoudit poporodní deprese. dostupné z:
<http://www.kojeni.cz/rady-navody/edinburske-skore-dotaznik-ktery-pomuze-posoudit-poporodni-deprese/>

Příloha č. 5 – Bonding u císařského řezu

Obrázek 1: Bonding u císařského řezu



Zdroj: Anna Fančovičová. dostupné z: <https://porodni-asistentka.eu/index.php/fotogalerie/miminka>

Příloha č. 6 – Matkou asistovaný císařský řez

Obrázek 2: matkou asistovaný císařský řez



Zdroj: Maternal Assisted Caesarean Sections. dostupné z:

<https://www.exxpectations.com/2015/06/maternal-assisted-caesarean-sections/>

Příloha č. 7 – Matkou asistovaný císařský řez dvojčat

Obrázek 3: matkou asistovaný císařský řez dvojčat



Zdroj: Woman delivers her own twins during 'maternal assisted caesarean'. Dostupné z: https://www.huffingtonpost.co.uk/2015/01/26/woman-delivers-her-own-twins-during-maternal-assisted-caesarean_n_7317296.html