

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

PRVNÍ KONTAKT RODIČŮ S NOVOROZENCEM

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE FURIŠOVÁ

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

PRVNÍ KONTAKT RODIČŮ S NOVOROZENCEM

Bakalářská práce

LUCIE FURIŠOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Furišová Lucie
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

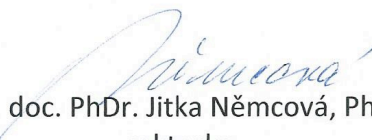
Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 4. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

První kontakt rodičů s novorozencem

First Parents' Contact with a Newborn

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Furišová Lucie

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce a především za profesionální a trpělivý přístup, který ke mně měla.

Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Magdaléně Kučerové a Mgr. Miloslavě Bláhové za laskavost, se kterou ke mně přistupovali.

Velice ráda bych poděkovala za odborné materiály a konzultace Mgr. Michaela Mrowetz a MUDr. Martinovi Gregorovi.

Ráda bych také poděkovala všem ženám, které byly ochotné, a poskytly mi rozhovor a informace o navázání kontaktu s novorozencem.

ABSTRAKT

FURIŠOVÁ, Lucie. *První kontakt rodičů s novorozencem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2017. 52 s.

Téma bakalářské práce je první kontakt rodičů s novorozencem. V teoretické části práce je zpracováváno téma kojení, podpory žen při porodu, načež nejvíce se zaměřujeme na téma bonding. Text je doplněn přílohami, kde lze nalézt vypracovaný leták o informovanosti o bondingu. Cílem praktické části bylo zjistit, jak maminky a tatínkové vnímali bonding v prvních dnech po porodu svého dítěte, dále jak probíhal u fyziologického porodu a po porodu císařským řezem. Zaměřili jsme se též na to, zda rodiče měli po porodu své dítě u sebe. Ke zkoumání cílů jsme zvolili kvalitativní přístup. Údaje jsme získali technikami rozhovoru a pozorování. Zkoumaný soubor tvořily 4 ženy po fyziologickém porodu či porodu císařským řezem v jedné české porodnici. Získaná data jsme analyzovali metodami kvalitativního výzkumu. Výsledkem kvalitativního zkoumání byly kategorie postihujících podstatná témata rozhovorů: první kontakt, přání klientek, informovanost o bondingu, přiložení dítěte na tělo matky, láska na první dotek, zlatá hodinka, kojení, délka bondingu a první kontakt s tatínkem.

Klíčová slova

Bonding. Císařský řez. Porod. Skin to skin. Šestinedělí.

ABSTRACT

FURIŠOVÁ, Lucie. *First Parents'Contact with a Newborn*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2017. 52 pages.

The theme of my bachelor's work is the first contact between parents and their new born child. In the theoretical part there are themes such as breast-feeding, support for woman in childbirth, and mainly the theme of bonding. The text is completed by enclosures, where you can find the leaflet about awareness of bonding. The aim of the practical part was to find out how mothers and fathers felt bonding in the first days after birth of their children. Were there differences in bonding after a physiological childbirth or after Caesarean section? Is it important if the parents have their children on them after the childbirth? We use the qualitative access to inspect our goal. We have obtained our data by means of interveiw and observation. The research file was formed by four woman after physiological birth or after Caesarean section in one Czech maternity hospital. The gained data were analysed by means of methods of qualitative research. On the basis of the qualitative research we have established the categories for significant interview topics: the first contact, the clients' demands, awareness of bonding, to put a baby on the mother's body, love at first touch, golden hour, breast-feeding, duration of bonding, the contact frequency between mother and new born baby, the first contact with a father.

Keywords

Bonding. Caesarean section. Childbirth. Puerperium. Skin to Skin.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	10
1 PODPORA RODIČKY PŘI PORODU	13
2 TRENDY V PÉČI O NOVOROZENCE	15
2.1 PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE NA PORODNÍM SÁLE	16
2.2 KOJENÍ.....	16
2.3 PRVNÍ PŘILOŽENÍ K PRSU	18
3 BONDING	19
3.1 DESET KROKŮ K PODPOŘE BONDINGU DLE MICHAELY MROWETZ	20
3.2 BONDING A PORODNÍ PLÁN	22
3.3 BONDING V RANÉM RODIČOVSTVÍ	23
3.4 BONDING V TĚHOTENSTVÍ.....	24
3.5 BONDING PŘI FYZIOLOGICKÉM PORODU	25
3.6 BONDING PO PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM.....	25
3.7 BONDING U PORODU PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO NOVOROZENCE	26
3.8 BONDING MEZI TATÍNKEM A NOVOROZENCEM.....	28
3.9 BONDING PO PORODU MRTVÉHO PLODU	28
3.10 POROD BEZ VYUŽITÍ PRVNÍHO KONTAKTU	29
3.11 INFORMOVANOST ŽEN O BONDINGU	30
3.12 ROOMING-IN.....	30
3.13 BREAST CROWL.....	32

3.14 ŠÁTKOVÁNÍ.....	33
3.15 KLOKÁNKOVÁNÍ	34
4 PSYCHIKA ŽENY V ŠESTINEDEĹÍ.....	35
5 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	37
DISKUSE	58
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgezie – bezbolestnost, vymizení vnímání bolesti.

Apgar score - metoda umožňující rychlé a srovnatelné zhodnocení stavu novorozence těsně po porodu. Hodnotí se v 1., 5. a 10. minutě pět základních funkcí, každé se přiřadí 0 až 2 body.

Epiziotomie – chirurgické nastřížení hráze při porodu.

Rooming-in - angl. způsob poporodní péče o novorozence, který je během pobytu v porodnici umístěn s matkou v jedné místnosti.

(VOKURKA a kol., 2015).

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikace klientek	40
Tabulka 2 První kontakt.....	41
Tabulka 3 Identifikační kódy prvního kontaktu	42
Tabulka 4 Přání klientek	43
Tabulka 5 Identifikační kódy porodního plánu.....	44
Tabulka 6 Informovanost o bondingu.....	44
Tabulka 7 Identifikační kódy	45
Tabulka 8 Přiložení dítěte na tělo matky	46
Tabulka 9 Identifikační kódy přikládání novorozence	47
Tabulka 10 Lásky na první dotek.....	47
Tabulka 11 Identifikační kódy kontaktu.....	49
Tabulka 12 Zlatá hodinka	49
Tabulka 13 Identifikační kódy zlaté hodinky	50
Tabulka 14 Kojení	51
Tabulka 15 Identifikační kódy kojení.....	52
Tabulka 16 Délka bondingu.....	52
Tabulka 17 Identifikační kódy délky bondingu.....	53
Tabulka 18 Frekvence kontaktu matky a novorozence	54
Tabulka 19 Identifikační kódy frekvence kontaktu matky a novorozence.....	55
Tabulka 20 První kontakt s tatínkem	55
Tabulka 21 Identifikační kódy prvního kontaktu s tatínkem.....	56
Tabulka 22 Pozorování novorozenců	56

ÚVOD

V bakalářské práci jsme si zvolily téma první kontakt rodičů s novorozencem, protože nás toto téma velice zaujalo. V době školní praxe jsme měly možnost pozorovat a poznat, co to bonding vlastně je, a mohly jsme jej vyzkoušet přímo s rodičkou po porodu. Přesto v dnešní době není bonding v nemocnicích tak častý a proto jsme se rozhodly vypracovat na toto téma práci.

V dnešní době je moderní, že si matky zjišťují potřebné informace o různých porodnicích, jak probíhá porod, např. alternativní porody, zda může být přítomen otec u porodu nebo jestli mohou mít u porodu dudu. Zajímá je, jak probíhá období po porodu, jestli rodičům novorozence nejdříve ošetří a pak ukážou, nebo jestli jim vyhoví v přání využít tzv. skin to skin – kontakt kůže na kůži.

Myslíme si, že když je novorozenec po porodu v pořádku a nevyžaduje žádnou intenzivní péči, mohly by porodní asistentky nebo dětské sestry novorozence sledovat a kontrolovat na hrudníku matky, kde se dá určit Apgar score a další ošetření by mohlo počkat. Není nutné hned po přestřížení pupečnicku novorozence odnést, ošetřit, zvážit, změřit a ukázat ho rodičům až po prodlevě. První kontakt rodičů po porodu novorozence je krásný zážitek pro obě strany. Měly bychom proto bonding podporovat co nejvíce a edukovat tak ženy o možnostech a prožití tohoto zážitku.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a z části praktické.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Předložit dohledané publikované poznatky o prvním kontaktu s novorozencem.

V teoretické části se zabýváme prvním kontaktem novorozence s rodiči. V další kapitole se věnujeme podpoře rodičky při porodu a pozornost věnujeme také podpoře kojení. Popisujeme historii bondingu, současnost bondingu, bonding u fyziologického a nefyziologického porodu, bonding u nedonošeného novorozence, bonding u mrtvého plodu a bonding s tatínkem. Dále se v práci zajímáme o informovanosti žen o bondingu a o to, jak má správně bonding vypadat.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.

Postoje maminek a tatínků k bondingu v prvních dnech po porodu.

Cíl 2.

Průběh bondingu u fyziologického porodu a po porodu císařským řezem.

Cíl 3.

Zjistit, zda měli rodiče po porodu své dítě u sebe.

Cíl 4.

Vytvořit edukační leták o bondingu a natočit video.

V praktické části jsme k průzkumu zvolily metodu rozhovoru. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda probíhal bonding po porodu. Jestli měly matky novorozence po porodu u sebe nebo jestli novorozence odnesli ošetřit a až potom ho přiložili. Průzkumný vzorek tvořily čtyři ženy. První tři ženy byly po fyziologickém porodu a čtvrtá žena byla po císařském řezu. K zjištění stanovených cílů byl zvolen kvalitativní přístup. Byla zvolena technika rozhovoru. Pro rozhovor byly připraveny předem stanovené otázky vlastní konstrukce. Rozhovory byly vedeny osobně v době praxe ve strakonické nemocnici. Rozhovory byly zpracovány a dále analyzovány.

V další části jsme se věnovaly metodě pozorování u novorozence dvou klientek po spontánním porodu. K této metodě jsme si sestavily tabulku, podle které jsme vyhodnocovaly chování novorozence. Získaná data jsou prezentována v tabulkách.

Vstupní literatura:

ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

MROWETZ, M., G. CHRASTILOVÁ a I. ANTALOVÁ, 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-014-5.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie- porodnictví*. 1. vyd. Praha: Area s.r.o. ISBN 978-80-254-2186-4.

Popis rešeršní strategie:

Pro vyhledávací strategii jsme zvolily následující metody: První metodou bylo vytvoření bibliografického soupisu ve školní knihovně pomocí klíčových slov. Čerpaly jsme ze základních pramenů, převážně z katalogu Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), z kvalifikačních prací (thesis). Rešerše byla provedena za vyhledávací období od roku 2006 po současnost. Nalezeno bylo celkem 34 záznamů a použito bylo 17 zdrojů. Čerpaly jsme ze základních pramenů, převážně z katalogu Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), z kvalifikačních prací (thesis). Čerpaly jsme také, z informační brány (www.jib.cz), ze Souborného katalogu ČR (<http://sigma.nkp.cz>) a Online katalogu NCO NZO. Celkem bylo v bakalářské práci parafrázováno 29 zdrojů.

1 PODPORA RODIČKY PŘI PORODU

Doprovázející osoba u porodu by měla být dobře seznámena s přáními rodičky, aby ji mohla plně podpořit i v průběhu porodu a bondingu (MROWETZ, 2011).

Ve výjimečných případech si žena přivede k porodu jako doprovázející podporovanou osobu jiného člena rodiny, než je otec dítěte. Když tento případ nastane, ve valné většině si rodička vezme k porodu vlastní matku, sestru nebo kamarádku. Přítomnost některé z těchto žen může být pro rodičku pozitivní, protože tato doprovázející osoba předává ženě své vlastní zkušenosti ze svého porodu. Negativum může nastat, pokud tato žena prožila během svého porodu nějakou komplikaci, která vedla k tomu, že porod byl pro ni stresující a špatně se s ním vyrovnávala (RATISLAVOVÁ, 2008).

Přítomnost takové ženy na porodním sále pak může mít negativní vliv na rodící ženu. Může přenést strach a úzkost na rodící ženu a tím vyvolat a způsobit komplikace u porodu (MROWETZ, 2011).

Podporou pro ženu u porodu může být i dula. Ta poskytuje péči těhotné, rodičce a šestinedělce. Má základní vědomosti o vedení porodu. Napomáhá vytvořit rodící ženě příjemnou a klidnou atmosféru a zpříjemnit průběh porodu (FENDRYCHOVÁ, 2012).

Další podporou je otec dítěte u porodu. Mít otce dítěte u porodu je v současné době velmi běžné. Dříve tato možnost pro nastávající otce nebyla možná. Zpočátku byla tato varianta považována za zvláštní a budoucí rodiče o to museli bojovat. „Muži, kteří jsou přítomni během porodu své ženy, cítí ke své ženě velikou úctu a lásku. Probudí v nich vlnu prožitků z porodu a tím cítí k ženě více hrdosti a úcty. Tyto pocity jsou důležité. Příchod nového člena rodiny přináší změnu v rodině a to i po stránce psychické. Vzájemná láska mezi partnery je pro jejich dítě nejlepším významem pro start do života (MROWETZ, 2011, s. 69)“.

Porodní asistentka se na předporodních kurzech věnuje otázce přítomnosti otce dítěte u porodu. Doporučuje ženám, aby rozhodnutí otců bylo dobrovolné nebo oboustranné. To znamená, že by ženy neměly své partnery k porodu nutit nebo naopak pokud žena u porodu svého partnera nechce, tak by si o tom měli promluvit a vzájemně respektovat svoje přání. Samozřejmě se velmi často stává, že ženy během porodu si toto

přání rozmyslí a svého partnera nakonec u porodu chtějí. Přítomnost partnera u porodu byla v Československu roku 1984 poprvé zavedena ve znojemské nemocnici. Mělo to partnerovi pomoci navázat rychlý vztah otec-dítě, mělo to zlepšit citový vztah v rodině. Předpokládalo se, že jeho přítomnost ovlivní průběh porodního děje a následně péči otce o dítě (RATISLAVOVÁ, 2008).

Ukázalo se, že přítomnost otce u porodu nemusí mít vždy jen kladné dopady. Existují skupiny zastánců i odpůrců přítomnosti otce u porodu. Zastánci porodů za přítomnosti otce zdůrazňují kladný vliv na porod. Odpůrci porodů za přítomnost otce zdůrazňují komplikace, např. otec svým nevhodným chováním zasahoval negativně do průběhu porodu, pro některé muže je porodní scéna traumatizující a odporná, dále mohou být muži frustrováni z toho, že jsou neúčinní a bezmocní. Někteří muži neunesou pohled na porodní poranění a to může velmi vážně porušit následný sexuální život. Předjetí těmto komplikacím může částečně předporodní příprava. Při této přípravě muž získá reálné představy o průběhu porodu, o možných komplikacích během porodu. Přínosem předporodních kurzů může být pro budoucí otce i osvojení si dovedností. Tyto dovednosti by mohly ženě pomoci při zmírňování bolesti a k celkovému usnadnění porodu (STACKEOVÁ, BOHMOVÁ, 2010).

2 TRENDY V PÉČI O NOVOROZENCE

Současná péče o novorozence se neustále rozvíjí a upravují se postupy u fyziologických novorozenců. Péče o novorozence začíná již jeho porodem. U fyziologických novorozenců a u nekomplikovaných porodů nemusí být přítomen neonatolog či pediatr. Tento počátek je nyní v kompetenci porodní asistentky, tvrdí Pánek. Ihned po narození je zahájeno první ošetření a zhodnocení stavu novorozence. Dle České neonatologické společnosti by měl být fyziologický novorozenec hospitalizován po dobu tří dnů (PÁNEK, 2013).

Pro správnou adaptaci je nutné zajistit termoneutrální prostředí. Termoregulační teplota závisí na hmotnosti novorozence. U fyziologického novorozence je tělesná teplota okolo 37°C. Po porodu má novorozenec stejnou nebo mírně vyšší teplotu než jeho matka. Porodní asistentka by měla zajistit na porodním pokoji ideální teplotu pro novorozence, která by měla být 25°C (PÁNEK, 2013).

Po porodu je novorozenec ošetřován na vyhřátém lůžku, kde se zabrání ztrátě tepla. Dle Pánka by měl být každý novorozenec přiložen na hrudník či břicho matky. Tímto tělesným kontaktem dochází k normalizaci srdeční akce, dýchání, ke stimulaci sání a k tvorbě mateřského mléka. Dle nejnovějších trendů v péči o novorozence je doporučováno rychlé osušení těla sterilní plenou a přiložení novorozence do 30 minut po porodu. Tělo novorozence je kryto mázkem, který slouží jako ochranný kryt proti infekci. Proto bychom ho měli ponechat a zminimalizovat koupání ihned po porodu. Mázek je tvořen z 80 % vodou (PÁNEK, 2013).

V porodnicích je standardem vážit děti po porodu placenty a měří se v den propuštění z porodnice. Podvaz pupečního pahýlu by měl být proveden mezi 2. - 3. minutou. Během této doby dochází ke zvýšení krve až na 100 ml/ kg a to zajišťuje novorozenci prevenci proti anemii. Studie prokázaly, že při pozdním přerušení pupečního pahýlu nedochází k signifikantnímu zvýšení krve a k vyššímu výskytu novorozenecké žloutenky (PÁNEK, 2013).

Dle Pánka je základním mottem v péči o nedonošené děti Don't disturb. K tomuto mottu se současné trendy u fyziologického novorozence snaží přiblížit. Tyto

trendy, jsou založené na důkazech a jsou návratem k prožití přirozeného porodu a šestinedělí (PÁNEK, 2013).

2.1 PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE NA PORODNÍM SÁLE

Ihned po porodu určujeme Apgar score. Slouží k posouzení stavu novorozence ihned po porodu. Vyjadřujeme ho třemi čísly od nuly do desítky. Stav novorozence určujeme v první, páté a desáté minutě. Sledujeme srdeční akci, dýchání, svalový tonus, reakci na podráždění a barvu kůže. Pokud má novorozenec osm až deset bodů, označujeme to za normální fyziologický stav. Hodnoty čtyři až pět mohou značit velmi špatný stav novorozence, pokud Apgar score určili v 6. nebo v 10. minutě. U novorozence, jehož hodnoty jsou od nuly do tří bodů, je vyžadována okamžitá lékařská péče, a toto vyhodnocení označujeme za těžkou porodní asfyxii. Apgar score je pojmenované po americké lékařce Virginii Apgar, která ho roku 1953 uvedla a publikovala, a od té doby se tato škála stala běžnou součástí práce neonatologů (ČECH, 2014).

Novorozence ošetřujeme na vyhřátém lůžku nebo ve vyhřátém inkubátoru. Podvážeme pupečník a pupečnickový pahýl odenzifikujeme. Novorozence zvážíme a označíme. Připravíme si pásku, na kterou napíšeme jméno dítěte a dáme na ruku novorozence. Poté na ruku ještě přidáme číslo shodné s matčiným číslem. Po označení novorozence provedeme ošetření očí pomocí dezinfekčních očních kapek. Ihned po ošetření přiložíme novorozence k prsu matky nebo na břicho matky (ČECH, 2014).

2.2 KOJENÍ

Kojení je nejpřirozenější a nejlepší výživa, kterou můžeme dítěti poskytnout. Mateřské mléko odpovídá nárokům dětského organismu a obsahuje vše pro růst a vývoj dítěte. Světová zdravotnická organizace doporučuje výlučné kojení do 6 měsíců s postupně zaváděným příkrmem od ukončení 6. měsíce do 2 let a déle (JIMRAMOVSKÝ, 2011). Právo na to, aby dítě bylo kojeno, je zahrnuté v Úmluvě o právech dítěte ve sbírce zákonů č. 104/1991, článek 24 (HANÁKOVÁ, 2010).

Mateřské mléko je nejlepší stravou pro novorozence. Mléko obsahuje bílkoviny, tuky, vodu a laktózu. Obsahuje také vitamíny a stopové prvky. Podpora kojení spočívá v častém přikládání prsu novorozenci a k dokonalému vyprázdnění prsu (ČECH, 2014). Přikládání by mělo být časté a krátké. Při přikládání prsu novorozenci je velmi důležité, aby se oba, kojeneček i matka, cítili pohodlně a nebyli ničím rušeni. Čím více novorozenec saje, tím více se mateřské mléko tvoří (PAŘÍZEK, 2008), (STAUBEROVÁ, 2008). Při dlouhém kojení může dojít k poranění bradavky neboli k ragádě. Tato poranění ženu při kojení velmi bolí a mohou být vstupní bránou pro vznik infekce (ČECH, 2014).

Složení mateřského mléka odpovídá specifickým potřebám kojenců. Důležité jsou zejména nutriční a imunologické vlastnosti. Imunologické vlastnosti však umělá mléka neumí nahradit. Kojení je pro dítě a matku citovým zážitkem, které poskytuje dítěti pocit bezpečí. Kojení vytváří pevnou citovou vazbu mezi matkou a dítětem (BOWLBY, 2010). Je prokázáno, že kojení pomáhá k rychlejšímu stažení dělohy a k úpravě postavy. Má velký význam pro rozvoj mateřských postojů ženy a k její psychice. Kojení patří mezi klasickou interakci mezi matkou a dítětem. Oba tímto prožívají tělesný a citový vztah (MATĚJÍČEK, 1986).

Výživa pro kojící matky by měla obsahovat bílkoviny, vitamíny, minerální látky a měla by být lehčí. Žena by neměla jíst dráždivá, nadýmavá a kyselá jídla. Měla by se vyvarovat tučným a sladkým jídlům. V jídelníčku ženy by měla převládat zelenina nebo ovoce. Také kouření, užívání léků a pití alkoholu neprospívá dítěti, tudíž by se i tohoto měla žena vyvarovat (ČECH, 2014).

Kojení přináší nesporné výhody pro matku i dítě. Mezi výhody kojení vzhledem k dítěti patří to, že mateřské mléko je vyvážené a kryje potřeby dítěte. Je stravitelné a dětský organismus vyživuje. Kojené děti jsou méně nemocné a méně trpí průjmami, infekcemi dýchacího ústrojí a zánětem ucha. Kojením se snižuje obezita u dětí, výskyt zubního kazu, alergie, cukrovka a zhoubná onemocnění jako je leukémie. Kojení zvyšuje i pouto mezi matkou a dítětem a přispívá k správnému vývoji kostí (JIMRAMOVSKÝ, 2011).

Výhodou kojení pro matku je, že mateřské mléko je nejpohodlnějším a nejlevnějším způsobem výživy. Kojení může snížit poporodní ztrátu krve a děloha se rychleji zavíná. Snižuje také riziko rakoviny prsou, rakoviny hrdla děložního

a vaječníků. Kojení chrání ženu před osteoporózou a navrácí postavu, kterou měla žena před těhotenstvím. Zvyšuje přirozené pouto mezi matkou a dítětem (JIMRAMOVSKÝ, 2011).

2.3 PRVNÍ PŘILOŽENÍ K PRSU

Správné načasování prvního přiložení je velmi důležité. Fyziologický novorozenec by měl být přiložen do 30 minut po porodu, nejdéle však do 2 hodin. Včasné přiložení novorozence ihned po porodu k prsu matky stimuluje sekreci oxytocinu, čímž se startuje laktace a zlepšuje retrakce dělohy (FENDRYCHOVÁ, 2012), (MROWETZ, 2013).

Novorozenec se při kojení cítí v bezpečí a tím se upevňuje vztah mezi novorozencem a jeho matkou (PAŘÍZEK, 2009).

3 BONDING

Myšlenka rané poporodní vazby byla poprvé vznesena v 70. letech 20. století, dvěma americkými pediatry Dr. Johnem Kennellem a Dr. Marshalllem H. Klaussem, kteří popsali teorii významu prvního kontaktu dítěte s matkou. Tento teoretický pojem nazvali „bonding“. V českém jazyce se tento pojem dá přeložit jako připoutání nebo lepení. Kennell a Marshall si mysleli, že existuje naprogramované období tzv. opatrovatelské připravenosti, které začíná po porodu dítěte a trvá přibližně dalších 12 hodin po porodu. V tomto období matka a novorozenec budují citovou a emoční vazbu, což vede k vřelejšímu a kvalitnějšímu vztahu, slovnímu kontaktu, úsměvu a k šetrnějšímu zacházení novorozence ze strany matky (MROWETZ, 2009).

Bonding byl poprvé popsán v knize Maternal-Infant Bonding. Lékaři zde zkoumali a popisovali rozdíly v chování matek a chování dětí, které byly v podporovaném a stálém kontaktu. Zjistilo se, že matky, které měly novorozence po porodu u sebe, byly láskyplnější a neměly problém při kojení. U matek, které první kontakt neměly a novorozenec jim byl odebrán hned po porodu, jsme zaznamenávali velký propad. Dítě bylo více plačtivé. Výzkum prokázal, že u těchto novorozenců může být negativní dopad na jeho vývoj. U nás se negativními dopady zabýval prof. Matějček, již v 80. letech. V České republice patří mezi odborníky podporující bonding klinická psycholožka Mgr. Michaela Mrowetz a MUDr. Magdalena Chvílová Weberová (FENDRYCHOVÁ, 2012).

M. Mrowetz vystudovala psychologii na Fyziologické fakultě v Olomouci. Přednáší veřejnosti i zdravotníkům téma „podpora bondingu“ a dlouhodobě usiluje o změnu péče o dítě a o matku v průběhu těhotenství, porodu a po porodu. Podporuje práci porodních asistentek a píše články do periodik, např. Psychologie dnes, Soft forum, Betyнка, Děti a my. Vystupuje v televizních pořadech, kde publikuje rodičovskou péči donošených a nedonošených dětí. Spolupracuje také s organizací Baby klokánci a konzultuje odborné práce studentkám (MROWETZ, 2011).

Další současnou odbornicí je pediatrička MUDr. Marcela Peremská, která pracuje jako dětská lékařka v nemocnici Teplice (FENDRYCHOVÁ, 2012).

3.1 DESET KROKŮ K PODPOŘE BONDINGU DLE MICHAELY MROWETZ

Bonding je dar a přirozená a vzájemná reakce matky a dítěte. Při dodržení těchto deseti kroků dojde k nerušenému a k nezapomenutelnému prvnímu kontaktu (MROWETZ, 2011).

V porodnicích by měli dodržovat tyto dané kroky pro úspěšné kojení.

1. Podpora kontaktu matky a dítěte nejméně dvě hodiny po porodu. Při císařském řezu může tento kontakt zastoupit otec.
2. Otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky do vyhřáté osušky.
3. Matka a dítě jsou v kontaktu skin to skin neboli kůže na kůži.
4. Podpora vizuálního kontaktu- oční kontakt matky a dítěte.
5. Pomoc s přísátím dítěte k matčině bradavce- do 30 minut po porodu.
6. Zajistit pohodlnou polohu matce i dítěti.
7. Zajistit klidné a intimní prostředí ze strany zdravotního personálu.
8. Veškeré ošetření dítěte provádět na těle matky- Apgar score, podvaz pupečnickové šňůry.
9. Eliminace techniky, mobilních telefonů a videokamer v těchto prvních a nezapomenutelných okamžicích. Nesledovat mobilní telefony a nepsat textové zprávy (MROWETZ, 2011).

Při porodu by měl být bonding podporován a respektován všemi zúčastněnými. Měli bychom docílit maximálního kontaktu matky a dítěte. Ihned po porodu by mělo být dítě nahé a neumyté položeno na hrud' matky. Kontakt kůže na kůži přispívá k poporodní adaptaci dítěte a zaručí tím potřebné teplo. První hodiny života novorozence a matky jsou velkým intimním okamžikem, do kterého by neměl nikdo zasahovat a vstupovat. Bonding usnadňuje matkám vstup do mateřství a upevnění vztahu s novorozencem. V České republice není zákon, který by nařizoval odloučení novorozence od matky po porodu. K oddělení novorozence od matky dochází pouze při zásahu, kdy je novorozenec ohrožen na životě a vyžaduje odbornou zdravotnickou péči. Touto podporou dochází k léčbě kolektivního traumatu několika generací, způsobeného separací po porodu (MROWETZ, 2011).

Nepřetržitý kontakt matky s dítětem bezprostředně po porodu má zásadní význam pro celou nově vzniklou rodinu a vede ke zdravým reakcím. Dochází k jedinečným hormonálním změnám, které zakládají psychickou i zdravotní stabilitu. Díky nepřerušnému kontaktu „kůže na kůži“ mezi dítětem a matkou dochází k posílení mateřského chování. Tím dochází k lepší poporodní adaptaci u novorozence a ke snadnému přisátí k prsu a rychlému nástupu laktace. Dochází také ke snížení poporodního krvácení u rodiček. Základem kvalitní porodní péče je podpora raného kontaktu mezi novorozencem a jeho rodiči. Podpora rané vazby, tedy bonding, je důležitá nejen pro děti zdravé, ale je přímo nezbytná také u dětí nedonošených, nemocných či dětí narozených po vyvolávaném nebo operativním porodu. První kontakt má pro matku a novorozence neopakovatelnou hodnotu. V českých porodnicích se setkáváme s různě dlouhou separací. Již krátká separace může vést k dlouhodobým problémům u matky a novorozence. Zdravotní personál může vazbu mezi dítětem a matkou podporovat a tím podporovat i adaptaci dítěte, matky a rodiny. Tato podpora přispívá k léčbě kolektivního traumatu, která je způsobena separací po porodu. Kontakt začíná již v těhotenství a pokračuje po celé dětství (MROWETZ, 2011).

Bonding nemusí být využit jen při fyziologickém porodu nebo po porodu císařským řezem. Je využíván i ve specifických situacích a to i u porodu nedonošeného dítěte (FENDRYCHOVÁ, BOREK, 2007).

Mezi osm typů podpory bondingu patří položení novorozence na hrud' matky ihned po porodu. Novorozenec potřebuje objetí od rodičů, teplo a hlavně klid. Zdravotnický personál by měl položit novorozence na nahé tělo matky nebo otce. Hlavička by měla být u prsa matky a měli by se společně přikrýt dekou. Tímto dochází k přecházení tepla z matky na dítě a zároveň ke zklidnění dítěte. V této poloze novorozenec slyší srdce matky, její tep a tím se zmírňují pocity úzkosti (SEARS, 2012).

Dalším typem podpory je dotýkání. Matky hladí své miminko špičkami prstů po celém těle a tatínkové zase pokládají svou ruku na hlavu dítěte. Zprvu bývá dotyk opatrný a postupem času se mění v jistý dotyk. Je prokázáno, že dotyk léčí. Když se novorozenec narodí, má nepravidelné dýchání, a hlazením se stimuluje pravidelné dýchání. Mezi další typy patří dívání se na dítě. Novorozenec vidí do 25cm. Tato vzdálenost je přibližně od matčiny bradavky k očím matky. Po porodu má novorozenec doširoka otevřené oči a tím připoutá pozornost a neodolatelný pohled. Studie prokázaly, že novorozenec rozezná hlas matky od jiných hlasů. Po porodu se přirozená

komunikace mezi matkou a dítětem rozvine. Používají mateřskou řeč, to znamená, že matky na své dítě mluví zpěvavým hlasem nebo mění rytmus hlasu. Tento typ se nazývá mluvení s novorozencem (SEARS, 2012).

Jako o dalším typu se hovoří o odložení rutinních věcí. Zdravotnický personál po porodu odnese novorozence na vyhřáté lůžko, kde provede ošetření novorozence, zvážení a jeho očištění. A tak by tomu být z hlediska bondingu nemělo. Měli bychom požádat personál, aby ihned po porodu mohl být novorozenec položen na břicho matky, a tyto procedury mohly být odloženy (SEARS, 2012).

Dalším typem je kojení do 30 minut po porodu. Tento kontakt povzbuzuje mateřské chování a tím zaručuje péči o dítě. Během kojení, kdy novorozenec saje kolostrum, se vyplavuje do organismu matky oxytocin, který přispívá k retrakci dělohy a zmírňuje krvácení po porodu. Kojení probouzí také pocit lásky a upevňuje pouto, proto je velmi důležité s tímto začít hned po porodu. Posledním typem je soukromí. Na tento nezapomenutelný okamžik by měla matka nebo otec mít klid a také soukromí pro navázání kontaktu s dítětem (SEARS, 2012).

3.2 BONDING A PORODNÍ PLÁN

Porodní plán je písemně vypracovaný seznam přání, který by měl zdravotní personál dodržovat. Plán si ženy mohou vyzvednout v porodnici při předporodním kurzu nebo ho mohou naleznout na internetu. Porodní plán by ženy měly psát s porodní asistentkou nebo doulou. Běžně se stává, že ženy neví, jak má porodní plán vypadat. Najdou vzor na internetu, který si stáhnou a vezmou s sebou do porodnice, aniž by měly nějaké informace o porodním plánu. Často se v plánu objevují i názvy, kterým ženy nerozumí. Proto je velmi důležité, aby budoucí matky předem navštívily porodnici, kde by chtěly родit. V porodnici mohou všechna přání prokonzultovat se zdravotním personálem a zjistit, zda budou schopni přání ženy respektovat (MROWETZ, 2011).

Profesionální porodní plán by měl obsahovat alternativní řešení v každé době porodní. Porodní plán lze respektovat, pokud nejsou komplikace. Při případných komplikacích při porodu rozhoduje o dalším postupu lékař (HANÁKOVÁ, 2010).

Žena při příjmu na porodní sál předloží porodní plán zdravotnímu personálu, který plán založí do dokumentace ženy, aby se každý zdravotník mohl s plánem

seznámit. V dnešní době ženy často odmítají klystýr a oholení před porodem. Naopak najdou se i ženy, které klystýr přímo vyžadují, protože mají strach z úniku stolice při porodu. Dále v porodním plánu zmiňují alternativní polohy. Pokud je porodnice plně vybavená na alternativní řízení porodu, mohou ženě nabídnout porod do vody nebo porod na všech čtyřech (MROWETZ, 2011).

Častým problémem bývá i nástřih hráze neboli epiziotomie, který ženy často odmítají a nepřejí si ho. Přitom se epiziotomie neprovádí rutinně, ale pouze při protražované druhé době porodní, při hrozbě dystokie ramének nebo při hrozící hypoxii. Nejčastěji se epiziotomie provádí i primipar, ovšem oproti dřívějším dobám nástřihů významně ubývá. U pluripar se nástřih provádí spíše výjimečně a ve specifických situacích např. hrozící hypoxie plodu, porod plodu koncem pánevním, apod. V porodním plánu bývá zmíněna i přítomnost otce po celou dobu porodu. Mezi další přání ženy patří i bonding. Ženu bychom měli seznámit, jak bonding probíhá, a vyslechnout si případná přání ženy, jak by chtěla první kontakt s novorozencem prožít. V plánu by měla být zmínka i o císařském řezu pro případ, že by došlo v průběhu porodu ke komplikacím. Běžně se nestává, aby žena při plánovaném císařském řezu měla porodní plán. Anesteziolog rodičku informuje o možnosti spinální nebo celkové anestezie a je-li to možné, dá jí vybrat. Při epidurální anestezii může žena využít prvního kontaktu ihned po porodu. Dětská sestřička si převezme novorozence, kterého ošetří a poté položí novorozence k hlavě matky. Častým přáním bývá položení novorozence na hrud' otce, pokud žena není schopná bondingu (MROWETZ, 2011).

3.3 BONDING V RANÉM RODIČOVSTVÍ

Rané rodičovství je pro matku a otce velmi náročné. Musí se vyrovnat s novou situací, kterou pro ně narození miminka je. Musí se naučit reagovat na potřeby svého dítěte. Později pak na sebe budou umět reagovat všichni. Prekopová tvrdí, že pokud se dostává dítěti pocit bezpečí a lásky, dítě se ujišťuje v tom, že se na své rodiče může spolehnout. (Prekopová In: MROWETZ, 2008, s. 219). Pokud dítě vyrostlo v rodině, kde jsou vřelí rodiče, pociťovalo jistotu, a tím se cítilo více v bezpečí (BOWLBY, 2012, s. 197-198).

Podpora rané vazby mezi matkou a dítětem je velmi důležitá pro to, aby se matka naučila respektovat své dítě. Hormony v těhotenství mají vliv na lásku, která upevňuje pouto a schopnost zamilovat se do sebe (MROWETZ, 2011).

3.4 BONDING V TĚHOTENSTVÍ

Bonding v těhotenství ovlivňuje psychický a tělesný vývoj dítěte v prvních měsících po porodu. Jedním z významných vlivů mohou být změny v životním stylu ženy, které vykazují souvislosti s intenzitou mateřského pouta. Studie toto pouto prokázaly ve Výzkumném ústavu zdraví dětí v Brně v 90. letech z empirického výzkumu. Výzkumný kruh tvořilo 481 těhotných žen, které měly trvalý pobyt v Brně. Tento výzkum přináší informace o souvislosti mezi intenzitou mateřského pouta a zaměstnaneckou pozicí těhotných. Dále také poukazuje na souvislosti mezi intenzitou pracovní vyčerpání, způsobem jak ženy tráví svůj volný čas a přináší také poznatky o zdravotně rizikových aktivitách ženy v těhotenství a vlivu na její utváření láskyplného pouta k dosud nenarozenému dítěti (WINKLER, HRDINOVÁ, KUKLA, 2000, s. 71-73).

Každá žena prožívá těhotenství jinak. Na počátku může mít pocity nejistoty a obavy z dosud nenarozeného dítěte. V pozdější fázi těhotenství se její tělo začne měnit a její citová změna, která se tvoří z mateřské citlivosti je podpořena pohyby plodu. Žena pociťuje pohyby a tím si uvědomuje přítomnost svého nenarozeného dítěte. Tím, že matka registruje jeho pohyby, se snaží navázat kontakt s dítětem (RATISLAVOVÁ, 2008, s. 26).

První vazbu v těhotenství může zastoupit i otec. Teusen popisuje možný bonding v těhotenství, který může prožít i otec. Popisuje jej tak, že se měl otec opřít o zeď a zezadu obejmout ženu. Své ruce položí na nahé břicho matky. Oba rodičové hladí matčino břicho a po určité době zaznamenají odpověď. Dítě začne dávat „signál kopáním“. Tento signál může být nezapomenutelným poutem pro oba rodiče (TEUSEN, 2003).

3.5 BONDING PŘI FYZIOLOGICKÉM PORODU

Novorozence ihned po porodu položíme matce na břicho. Pupečník se přeruší až po jeho do tepání. Na těle matky dítě osušíme nahřátou sterilní plenou a vynecháme ruce, protože je důležité, aby se nesmývala plodová voda z rukou dítěte, jelikož bradavky mají shodnou chuť a vůni jako plodová voda. Poté matku s novorozencem přikryjeme teplým ručníkem nebo dekou (HOLEŇÁKOVÁ, 2011).

V průběhu ošetření personál vyhodnotí Apgar score. Po přerušení pupečníku matka porodí placentu a je zkontrolováno a ošetřeno případné porodní poranění. Matce s držení novorozence může dle potřeby pomoci personál nebo doprovod matky. Dále stačí jen chodit čerstvou rodinu kontrolovat a podporovat v péči o novorozence. Fyziologický novorozenec se po čase začne zajímat o prs, snaží se k němu doplazit a sám se chytit. Není nutné novorozence aktivně k prsu přikládat a nutit ho sát, dokud sám k tomu instinktivně nedospěje. Jediná pomoc může být ze strany matky – podržení prsu při jeho velké velikosti apod. První sání trvá různě dlouho, novorozenec často u prsu usne a sám ho pustí. Někteří novorozenci se přisají do třiceti minut po porodu, jiným to trvá i několik hodin. Teprve po prvním úspěšném sání (iniciační samopřisátí) můžeme dokončit další rutinní ošetření novorozence, nasazení identifikačního náramku, vážení, aplikace Kanavitu, O-Septonexu, případně oblečení a zavinutí do peřinky dle přání matky. Rooming-in je běžný ve všech českých porodnicích. Proto by se matka měla stěhovat z porodního sálu společně, ideálně v kontaktu kůže na kůži se svým novorozencem, měli by být společně zakrytí či zabalení. Po celou dobu pobytu na oddělení šestinedělí by se měla matka podporovat, aby byla v co největším kontaktu s dítětem (MROWETZ, 2011).

3.6 BONDING PO PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM

Zdravotníci po porodu císařským řezem pokládají nahého novorozenec horizontálně pod prsa. Většina císařských řezů probíhá při lokální anestezii, kdy žena necítí nic od pasu dolů. Díky této anestezii může žena využít prvního kontaktu, a to tak, že novorozence ihned po porodu přiloží zdravotní personál k hlavě matky. Podle potřeby novorozence přidržuje zdravotní personál, aby novorozenec mohl hledat bradavku a přisát se (SEARS, 2012).

Při pohledu z očí do očí u novorozence a matky po porodu dochází k hormonálně vybalancované situaci. Novorozenec a jeho matka jsou připraveni na iniciační chování, ke kterému patří pohled z očí do očí, který zvyšuje hladinu oxytocinu. Tím se startuje proces navazování láskyplné vazby mezi matkou a novorozencem. Tento proces je velmi potřebný pro adaptaci novorozence a matky po operativním porodu. Po operativním porodu je matka přeložena na pooperační pokoj, kde udržuje kontakt kůži na kůži. Tímto se snižuje bolest a pokožka novorozence se osídluje matčinými bakteriemi z kůže, čímž se posiluje imunita novorozence a zvyšuje se imunologická schopnost vyrovnání se s nemocničním prostředím (MROWETZ, 2011).

Pokud má matka celkovou anestezii a není schopná prvního kontaktu, může tuto funkci zajistit otec. Otec se posadí do křesla na samostatný pokoj, kde je mu položen na hrud' nahý novorozenec. Na hlavičce má čepičku a je zabalen do jednorázové pleny. Každých 15 minut chodí porodní asistentka kontrolovat novorozence. Otec má u sebe po celou dobu signalizační zařízení a kdykoliv může přivolat personál při jakékoli změně a potřebě. Po probuzení ženy z celkové anestezie dojde k prvnímu kontaktu s novorozencem na pooperačním pokoji (BLÁHOVÁ a kol., 2014).

3.7 BONDING U PORODU PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO NOVOROZENCE

Ženy rodící předčasně anebo vyvolávaně či císařským řezem ztrácejí kontrolu nad porodními procesy a mohou cítit pocity viny z toho, že nezvládly miminko donosit či normálně porodit. Kontaktem s ním mohou tuto kontrolu opět získat a pocity viny zpracovat. Ztráta kontroly nad porodními procesy vede ke stresovým reakcím a dle výzkumů jsou ženy, které rodí programovaně, předčasně a sekci, stresem velmi ohroženy, mohou reagovat stresovými reakcemi v šestinedělí anebo i později po porodu. Kontakt s miminkem může tento stres velmi zmírnit až zažehnat. Vzájemný kontakt, v jakékoliv míře to jen lze, je prospěšný, ať už se jedná o hlazení nebo zajištění možnosti, aby se matka na dítě v inkubátoru mohla dívat, sahat na něj, atd. Miminko bez probíhající infekce a akutních komplikací lze z inkubátoru vyndat a klokánkovat, aniž by bylo ohroženo, naopak, klokánkovaná nedonošeného miminka mají menší problémy s dýcháním a lépe prospívají (MROWETZ, 2011).

Studie o klokánkovaní prokázaly, že teplota matčiny kůže se zvýší, když začne klesat teplota dítěte. Klokánkované děti reagují na blízkost zklidněním a někdy také prozkoumávají prs, olizují bradavky. Děti méně pláčou a šetří energii. Klokánkovaní může kromě matky využít i otec dítěte. Většinou to pro oba bývá překrásný, nezapomenutelný zážitek. Je to pro ně kontakt, který je udržuje u sebe i v nemocnici (SEARS, 2012).

Výzkum Dr. Genea Cranstona Andersona z University Case Western Reserve v Clevelandu tvrdí, že nedonošené děti, které jsou klokánkované, přibírají rychleji na váze a v nemocnici stráví méně času. Když dítě opustí nemocnici, měla by matka nosit dítě v šátku, aby se prohloubil vztah. Tento kontakt podporuje i kojení, které je důležité pro růst a vývoj dítěte. V posledních desetiletích umožňuje lékařská věda to, že porod dokáže přežít i nezralé a vývojově menší děti, ale i děti, u kterých jsou indukovány zdravotní problémy. Tyto děti se mohou dál vyvíjet normálně. Ze strany rodičů ale někdy chybí potřebný cit. Než je dítě připraveno opustit nemocnici, měla by mu být poskytnuta praktická pomoc a láska rodičů, která je nezbytná k dobrému vývoji. Zvláště u těchto dětí pomáhá, když je rodiče neustále chovají a matky kojí. Kojení je pro nedonošené dítě velmi důležité. Mateřské mléko značně snižuje případné riziko infekce. Dále působí jako imunitní ochrana a je lépe snesitelné u nezralého zažívacího systému (SEARS, 2012).

Podpora rané vazby je nejdůležitějším a nejzdravějším krokem celé společnosti. I vědou je prokázáno, že děti, o které bylo s láskou pečováno rodiči a se kterými byla jejich matka, jsou zdravější a lépe se adaptují na stres, který život přináší. Bonding má několik výhod, které jsou pro potřebu dítěte a matky důležité. Během bondingu se utužuje pouto mezi novorozencem a matkou. Má vliv i na psychologické a fyziologické děje. V třetí době porodní dochází k bezproblémovému odlučování a vypuzení placenty. Ženě po porodu se lépe zavinuje děloha a poporodní krvácení je menší. Bonding pomáhá nastartovat mateřství a snižuje riziko poporodní deprese. Novorozenec se dokáže snadněji adaptovat na prostředí mimo dělohu. Je dokázané, že dítě méně pláče a cítí se více v bezpečí. Narušení kontaktu mezi matkou a dítětem přináší své důsledky. Ty se nemusí projevit vždy a nemusí se také projevit hned. Některé maminky, které svoje miminko po porodu neviděly, reagují velmi úzkostně a popírají možné důsledky jejich oddělení. Tímto postojem může být jejich chování k dítěti narušeno. „Oddělování jim přijde normální a obhajují ho, ačkoliv vnitřně mohou cítit něco jiného,“ objasňuje

možné následky separace Michaela Mrowetz. Může se také stát, že si ženy následky oddělení dítěte připustí a začnou trpět pocity viny. Následně se u nich může projevit i posttraumatická stresová porucha. Často se pak chovají ke svým dětem hyperprotektivně nebo je odmítají. Děti, které byly po porodu odděleny, mohou mít problémy s poporodní adaptací a dýcháním. Jsou více plačtivé a hledají mateřskou náruč. Pokud ji nenajdou, brzy se unaví a usnou. „Náprava separace spočívá vždy v kontaktu, tedy v dodávání toho, co na začátku chybělo,“ nabízí Michaela Mrowetz cestu k řešení situace, kdy podpora bondingu neproběhla zcela optimálně. „Maminka by měla dopřát svému dítěti co nejčastěji kontakt kůže na kůži, a to kdykoliv po porodu. Hodně se s ním mazlit, společně se koupat, často se ho dotýkat, spát s ním v jedné posteli. Mazlením a projevy lásky nemůžeme dítě rozmazlit. Naopak mu dáváme do života základní jistotu, že je milováno (MROWETZ 2011)“.

3.8 BONDING MEZI TATÍNKEM A NOVOROZENCEM

Výzkum se většinou soustředí jen na kontakt mezi matkou a dítětem a tatínek bývá pouze zmiňován. Studie prokázaly, že když se tatínek stane předmětem výzkumu, projeví se stejným vnímáním, jaké mají ke svým potomkům matky. Tento stav dostal název silná fascinace nebo-li velké zapojení tatínka. Je to pocit pohlčení a zaujetí dítětem (SEARS, 2012).

Každý tatínek po porodu se chlubí svým potomkem, vychvaluje, že má nejhezčí, perfektní a dokonalé miminko. Tyto pocity ještě zesilují, pokud tráví čas s novorozencem ihned po porodu. Otcové se stávají citlivými jako každá matka, pokud využívají kontaktu z očí do očí, jsou s miminkem a mluví s ním. Tatínkové využívají a vedou si svůj vlastní způsob komunikace pro děti a ty tento styl komunikace rozlišují. Muži v roli otce dokáží být stejně citliví a starostliví jako matky, pokud se svým novorozencem ihned po porodu tráví čas (SEARS, 2012).

3.9 BONDING PO PORODU MRTVÉHO PLODU

Zdravotní personál musí k ženě přistupovat velmi citlivě a hovořit s ženou otevřeně. Je důležité ženě vysvětlit, jak bude při porodu vše probíhat a vysvětlit

možnosti analgezie. Důležité je také promluvit si s ženou o možnostech rozloučení. Pokud se žena chce rozloučit, tak se po porodu mrtvého plodu položí plod na hrud' matky. Může si ho pochovat, vyfotografovat a pojmenovat. Ženu bychom měli neustále chválit a hlavně jí být oporou a podporovat v takto emocionálních chvílích. Přítomnost partnera u porodu je pro průběh porodu samozřejmostí. Zdravotní personál by neměl zasahovat do rozloučení a měl by poskytnout intimitu. V některých zdravotnických zařízeních dítě automaticky zváží, vyfotografují a udělají otisk nožičky. Toto se provádí, aby měla matka památku, pokud by nechtěla dítě po porodu vidět a později si vše rozmyslela. Po porodu jsme ženě oporou a zajišťujeme jí pocit soukromí, dokud neopustí zdravotní zařízení (RATISLAVOVÁ, 2008).

3.10 POROD BEZ VYUŽITÍ PRVNÍHO KONTAKTU

V mnoha nemocničních zařízeních nepovažují bonding za běžnou součást porodu. Pokud si sama matka bonding nevyžádá, tak se běžně neprovádí. Porod tedy postupuje standardně. Při porodu se mohou použít analgetika a je podporována intimita a komunikace s rodičkou. Po porodu si dětská sestra nebo porodní asistentka převezme novorozence a položí ho na vyhřáté lůžko, kde zahájí první ošetření novorozence. Zhodnotí Apgar score, zváží, obleče a popíše novorozence (FENDRYCHOVÁ, 2007).

Poté zabalí novorozence do deky a dá ho do pojízdné postýlky k lůžku matky. Poté, co lékař vyšetří porodní poranění, porodní asistentka přiloží novorozence k prsu matky. Většinou to bývá do 30 minut po porodu, pokud nenastanou komplikace. Pokud je všechno v pořádku a novorozenec nevyžaduje jinou péči, zůstane celé dvě hodiny po porodu u matky. Po dvou hodinách po porodu je matka s novorozencem přemístěna na oddělení šestinedělí, kde si dětské sestry převezmou novorozence, kterého vykoupejí a poté ihned vrátí matce, přičemž jí pomáhají s kojením a s péčí o novorozence (MROWETZ, 2011; PAŘÍZEK, 2008; ČECH, 2014). Nešetrný porod je následek metafyzické představy o nenarozeném dítěti, ignorace předporodního dění a nedostatek kultury nebo etiky v porodnictví (FEDOR-FREYBERGH, 2008, s. 26).

3.11 INFORMOVANOST ŽEN O BONDINGU

Od dávné minulosti byl porod považován za fyziologický proces. Proto bylo přirozené, že se novorozenec po porodu položil na prsa a hrudník matky. Porodní asistentka zajistila komfort matce, zajistila tělesné teplo dítěti a matce. Poté porodila placentu a zkontrolovala porodní cesty (MROWETZ, 2011).

Vnímání průběhu porodu se postupem času mění. Rozvoj vědy a techniky přinesl i změny v nemocnicích a porodnicích a stále více se začínalo rodit v nemocničním zařízení než v domácím prostředí. Tím se zlepšila úroveň zdravotnické péče a výsledkem byla snížená mateřská a novorozenecká mortalita a morbidita. Za negativní dopad ale bývá považována poporodní separace (MROWETZ, 2011).

Školní praxi jsme absolvovaly ve strakonické nemocnici, protože ze Strakonice pocházíme. Měly jsme tu možnost poznat, co to bonding vůbec je, a mohly jsme asistovat u bondingu a pozorovat jeho dění. V této nemocnici o bondingu ženy vědí hodně, protože je ženám hned při příjmu nabízen, a jsou edukovány o jeho průběhu. Překvapilo nás, že i v takové malé nemocnici podporují naplno tento kontakt kůže na kůži, kde zdravotní personál dělá maximum, aby vše proběhlo tak, jak si rodiče novorozence přejí. Bonding je poskytován i u porodu císařským řezem. Pokud je rodička ve svodové analgezi, může své miminko vidět hned po vyndání z dělohy. Novorozenec je přiložen k hlavě matky a porodní asistentka novorozence přidržuje. Pokud je všechno v pořádku, může se se svým miminkem seznamovat po celou dobu na operačním sále. Pokud je žena v celkové anestezii, první kontakt kůži na kůži může zastat otec. Ten je odveden na samostatný pokoj, kde mu porodní asistentka položí novorozence na nahé tělo a přikryje je oba červenou dekou. Jsme velmi rády, že můžeme nastávajícím maminkám doporučit tento kontakt a zajistit jim příjemné prostředí, intimitu a nezapomenutelný zážitek (NEMOCNICE STRAKONICE, a. s.).

3.12 ROOMING-IN

Rooming-in nebo baby in je anglický název pro umístění matky a zdravého novorozence na jednom pokoji v bezprostřední blízkosti. Tento kontakt má pozitivní dopad na laktaci a vzájemný citový kontakt mezi matkou a novorozencem (ŠRÁČKOVÁ, 2007).

Poprvé se rooming-in zavedl roku 1977 ve znojemské nemocnici, kdy se testoval polední a celodenní systém (RATISLAVOVÁ, 2008).

Postup, kdy je novorozence s matkou nepřetržitě ve dne i v noci, se nazývá Full RI, neboli plný roaming-in a pokud je novorozenec s matkou během dne a v noci na novorozeneckém oddělení, jedná se o half RI, neboli poloviční rooming-in. V dnešní době se doporučuje Full RI, neboli plný roaming-in, protože v prvních dnech po porodu je důležité sledovat a reagovat na signály potřeb novorozence. Toto upozorňuje na nekritické propagace rooming-in, která může zavinit deprese a pocit viny u matek, které tento systém z jakýchkoliv důvodů nemohly absolvovat (ŠRÁČKOVÁ, 2007).

Primárním pečovatelem o dítě by neměl být zdravotní personál, ale matka. Matky se budou cítit lépe, když budou znát své dítě a budou o něj moci pečovat. Pokud matce a dítěti nebrání zdravotní komplikace, doporučujeme, aby spolu udržovali kontakt hned od narození až po dobu, kdy jsou propuštěni z nemocničního prostředí. Ti, kteří využívají tento kontakt, mají spoustu výhod např. děti, které jsou ihned po porodu u svých matek, nejsou tolik plačtivé, ale naopak jsou spokojenější. Je dokázáno, že novorozenci u matek pláčou méně, protože matky rychle reagují na pláč dítěte. Dokáží rozeznat den od noci, umí si zorganizovat rytmus dne a noci, protože jsou na blízku své matce. Matky mají i menší potíže s kojením. Mohou plně kojit dle potřeby a spokojenosti obou. Je prokázáno, že děti, které jsou více s matkou, mají menší výskyt žloutenky. Příčinou bývá to, že děti jsou více kojené. Při plném roaming-in se zdravotní personál soustředí na matku i na novorozence. Tím se matka stává spokojenější, uvědomuje si svoji důležitost a soustředí se na své dítě. Může využít i psychologickou podporu ze strany personálu. Je dokázáno, že matky, které mají své dítě u sebe, trpí méně poporodní depresí. Umí lépe zvládat péči o dítě, a tím se po propuštění z nemocnice vyvarují krizovým situacím. Rooming-in se stává standardem v českých nemocnicích a je stále více podporován a využíván (SEARS, 2012).

Jak roaming-in pomáhá vytvářet první kontakt? Velmi pomáhá ženám, které se staví váhavě k mateřství. Ženy, které jsou nervózní, nepocítují emoce, které jsou očekávány a které jsou pro matky běžné, většinou neví, co mají dělat. Kontakt, který roaming-in pomáhá vytvořit, spočívá hlavně v komunikaci. Dětský pláč aktivně zapojí emoce matky, tím se zvýší průtok krve v prsech a tím se spustí tvorba mateřského mléka. Tímto matka pocítuje emociální potřebu své dítě utěšit hlasem, dotykem nebo prvním kojením. Hodně na dítě mluví, chová ho, chodí s dítětem sem a tam a vyzkouší

mnoho pokusů, dokud se dítě neuklidní. Zatímco dítě si říká: „*Plakal jsem, protože mi nebylo dobře.*“ „*Někdo mě zvednul a udělalo se mi lépe.*“. Tím, že jsou stále u sebe, dochází k navázání komunikace mezi matkou a dítětem, a mohou tak procvičovat vzájemnou komunikaci. Matka vidí, co dítě udělá, než začne pobrekávat. Dítě různě natáčí, mění tvář a výraz obličeje a uklidní dítě dříve, než začne křičet. Tímto se matka naučí vnímat signály dítěte a začne na ně včas reagovat. Postupem času se matka naučí lépe zareagovat a dítě lépe signalizovat (SEARS, 2012).

Za přínosný rooming-in považují i autoři knihy *Počátky našeho duševního života*. Odloučení novorozence od matky považují za frustraci duševních potřeb, která může dojít až k psychické deprivaci. Novorozenec si díky rooming-in lépe zvyká na příjem potravy. Má pravidelnější rytmus spánku a bdění (MATĚJÍČEK, LANGMEIER, 1986).

3.13 BREAST CROWL

V překladu plazení k prsu neboli samopřisátí. Novorozenci necháme dostatek času, aby si sám našel matčinu bradavku a přisál se. Matce zajistíme pohodlnou polohu a neotíráme ji. V tomto procesu novorozenec zapojuje všechny smysly. Má dobře vyvinutý čich, kterým se řídí při hledání bradavky, která voní podobně jako plodová voda. Když zjistí, že má své jídlo na dosah, začne slinit a otevírat pusinku, má otevřené oči a ručičkami hledá bradavku. Zdravotní personál by neměl tuto intimní zónu narušovat a měl by zajistit klidné prostředí. Před kojením nemyjeme bradavky. Pro upevnění vizuálního kontaktu mezi matkou a dítětem bychom měli rodičku podložit polštářem pro pohodlnější polohu. Neměli bychom je přemísťovat z místnosti do místnosti, pokud nebylo dítě ještě nakojeno. Dítě, které po porodu křičelo, nemusíme odsávat. Dítě důkladně osušíme, ale vynecháme oblast rukou. Matka s dítětem by měli být společně přikryti pod jednou dekou, aby byli v kontaktu kůže na kůži. Odsuneme aplikaci vitamínu K, vážení a oblékání, dokud neproběhne první kojení dítěte. Koupání bychom měli udělat nejdříve po 24 hodinách po porodu. Měli bychom podporovat a udržovat kontakt kůže na kůži po celou dobu kojení (MROWETZ, 2011).

3.14 ŠÁTKOVÁNÍ

Jedná se o prastarou metodu, kdy nošení dětí v šátku podporuje těsný vztah mezi matkou, otcem a novorozencem. S touto metodou přišla do euroatlantické kultury americká psychologka Jean Liedloff, která ve své knize Koncept Kontinua prezentovala poznatky výchovy dětí v kmenech jihoamerických Indiánů. Prvotní byly techniky nošení kojenců a malých dětí v pružných látkách či závěsu. V této metodě chybí jasné standardy. Šátkování je stále populární i u nás (RYBA, 2002).

Tyto skutečnosti vycházejí ze zkušeností psychologů a zkušených rodičů. Mezi nejvýznamnější pozitivní vliv patří těsný kontakt dítěte s matkou, event. otcem. Snadný přístup k prsu a socializace dítěte. Nošené děti jsou od narození klidnější, méně pláčou a dochází k ukojení jejich potřeb. Tlak na břicho a poloha v šátku zlepšuje peristaltiku střev matky. Dítě v šátku slyší matčin dech, tep a vnímá rytmické pohyby při chůzi. Šátkování je prevencí plagiocefalie neboli oploštělé záhlaví u dětí ležících na zádech. Tato metoda je i prevencí rizika syndromu náhlého úmrtí novorozence. Jedná se o spánek na břiše. Dítě v šátku má hojné smyslové vjemy, zkušenosti, rozvíjí se svalový tonus a rovnováha (RYBA, 2002).

Mezi nejčastější nepříznivé jevy patří obavy z možné deformity páteře či nevyváženého vývoje svalového napětí. Dále může nastat riziko tendence k možnosti vykloubení kyčlí. Dítě by v šátku mělo mít pokrčené nohy tak, aby úhel mezi stehenní kostí a trupem byl 90%. Abdukce kyčlí by měla být taková, aby byl úhel 90° mezi stehenními kostmi. Mezi další negativa patří časté úrazy a riziko zadušení dítěte v nevhodném závěsu šátku. Jak tato rizika můžeme omezit? Mezi prvotní omezení rizik patří pevná fixace šátku, typ, velikost a poloha dítěte musí umožnit dostatečný prostor k dýchání. Žena by měla často měnit strany, na které je dítě často nošeno. Šátek musí být v šikmé poloze. Do vertikální polohy lze dítě dát až v půl roce věku. Vertikální závěs musí být uvázan tak, aby dítě mělo širokou oporu hýždí a steh. Dítě má být v takzvané „žabí“ poloze s abdukci kyčlí. Jedná se o roznožení neboli poloha mezi prsty, na boku matky. Mezi další rizika je zahrnuta doba nošení dětí v šátku. Matky by se měly vyvarovat celodenního nošení dítěte (RYBA, 2002).

Moderní společnost tuto metodu pojala za velmi ideální především díky tělesné vazbě matky, otce a dítěte. Šátky se doporučují používat jen krátkodobě, tak aby v nich dítě nebylo déle než půl hodiny. Pozor by měli klást na to, aby dítě, které je uvázané

čelem k matce nemělo záklon hlavičky. Je potřeba zdůraznit, že nelze praktikovat tuto metodu jako celodenní nošení. Není vhodné děti nosit v šátku celý den. Šátkování nemá sloužit k podpoře psychomotorického vývoje, ale je to pouze jedna z forem transportu dětí, který podporuje těsný vztah mezi dítětem a rodiči. U starších dětí s hmotností nad 10 kg je třeba myslet i na fyzickou zátěž rodičů, kteří by nosili své dítě několik hodin denně (RYBA, 2002).

3.15 KLOKÁNKOVÁNÍ

Metoda, která se využívá v péči o předčasně narozené děti nebo u dětí s nízkou porodní hmotností. Jedná se o prvotní kontakt mezi novorozencem a matkou, event. otcem. V 80. letech 20. století bylo klokánkování zavedené v porodním centru nemocnice v Bogotě v Kolumbii, kde tuto metodu zavedli do praxe. Klokánkování nahrazovalo špatnou dostupnost inkubátorů. Tato metoda se nejvíce rozšířila v Jižní Americe, Asii, Africe a později v Evropě, v USA a v Kanadě (RYBA, 2002).

4 PSYCHIKA ŽENY V ŠESTINEDĚLÍ

V období šestinedělí je žena vystavena velké psychické zátěži. Je to zapříčiněno hormonálními změnami po porodu, kdy si žena zvyká na roli matky. Psychickou zátěž také způsobil průběh porodu, změna životního stylu a vliv sociální opory. Porodní asistentka musí být pro ženu po porodu velkou oporou a zodpovídat jí všechny dotazy, protože šestinedělky jsou v tomto období plném změn velmi citlivé. Matky často nemohou po porodu usnout a i přes poporodní vyčerpání si svůj porod pořád přehrávají v hlavě. Po porodu si novorozenec s matkou vytváří citový vztah během kojení nebo při péči o něj. Tímto ženě roste veliká zodpovědnost za výchovu svého dítěte. Žena je v neustálé pohotovosti, je vyčerpaná a více unavená (RATISLAVOVÁ, 2008), (ERZOVÁ, RATISLAVOVÁ, 2011).

U žen se může objevit poporodní blues. Tento stav se vyskytuje až u 80% nedělek, je to normální stav způsobený hormonálními, fyzickými a psychickými změnami v šestinedělí. Matka pociťuje v těchto chvílích strach, úzkost, může trpět neúplností. Překrucování pojmu bonding způsobilo starosti ženám, u kterých z jakýchkoliv důvodů bylo nutné odloučení od dítěte. Výčitky se objevily především u žen, které měly sklony k perfekcionismu. Existuje mnoho způsob, jak si nahradit bonding, který neměla žena ihned po porodu. Mezi první způsob patří bonding s tatínkem. Pokud žena není schopná prvního kontaktu, může jej zastoupit otec. Dítě drží, mluví s ním, zatímco se matka probouzí z anestezie. V této situaci má možnost otec poznat své dítě a připravit se na otcovskou roli. Pokud unikne první kontakt v první hodině života dítěte kvůli komplikacím, může se s bondingem začít hned po tom, co matka nabere sílu a není unavená z anestezie. S prvním kontaktem lze začít i doma. Toto platí i u adoptivních rodičů. Je prokázáno, že u adoptivních rodičů, kteří přijali denního novorozence do své péče, pociťovali tak silné city, jaké jsou známé u biologických rodičů po porodu. Doma mějte své dítě pořád u sebe. Buďte spolu hodně v kontaktu a často využívejte kontaktu kůži na kůži. V těchto prvních týdnech je hlavním úkolem vybudovat si vzájemný vztah, najít si na sebe čas a vybudovat si své citové pouto (SEARS, 2012).

Úlohou porodní asistentky je poskytovat informace o průběhu šestinedělí již v těhotenství. Je potřeba, aby si asistentka vybuchovala s ženou důvěryhodný vztah

a mluvily spolu otevřeně. Porodní asistentka radí ženě, jak zvládat nejrůznější potíže. Edukuje také o kojení, o mateřských kompetencích, které vedou k samostatné péči o novorozence. Je důležité povzbuzovat ženu v její nové mateřské roli. Po propuštění z porodnice by žena měla být plně schopna samostatné péče o své dítě a měla by být informována o možnosti se kdykoliv obrátit na laktačního poradce nebo porodní asistentku (RATISLAVOVÁ, 2008).

5 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Tématem bakalářské práce je první kontakt rodičů s novorozencem. Zajímá se, budeme o to, jak probíhá přiložení novorozence na tělo matky ihned po porodu a hlavně o průběh bondingu. Dále nás bude zajímat přístup zdravotního personálu k podpoře prvního kontaktu.

PRŮZKUMNÉ CÍLE

Cíl 1.

Zjistit, jak vnímali maminky a tatínkové bonding v prvních dnech po porodu.

Cíl 2.

Zjistit, jak probíhal bonding u fyziologického porodu a po porodu císařským řezem.

Cíl 3.

Zjistit, zda měli rodiče po porodu své dítě u sebe.

Cíl 4.

Vytvořit k výstupu práce edukační brožurku a natočit video.

FORMULACE PRŮZKUMNÝCH OTÁZEK

Na základě shrnutí informací o bondingu, byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Jak probíhá první kontakt matky s novorozencem?

Otázku jsme dekomponovaly do několika výzkumných otázek, které přesně a konkrétně vymezují oblast našeho výzkumného zájmu:

Mají matky dostatečné informace o bondingu?

Jaký význam bondingu matky přikládají?

Jak probíhá první kontakt matky a novorozence těsně po porodu?

Jak se chovají novorozenci při prvním kontaktu se svými rodiči?

METODY SBĚRU DAT

K získání údajů autorka zvolila metodu individuálního strukturovaného rozhovoru s předem připravenými otázkami (viz Příloha II), a dále metodu pozorování. V první části otázek se zajímáme o to, zda ženy podporovaly a využívaly prvního kontaktu již během těhotenství, jak probíhal bonding po porodu a jestli byl novorozenec nejdříve ošetřen nebo zda byl ihned po porodu položen na hrud' matky. Dále se zaměřujeme na otázku kojení, které je velmi důležité k navázání prvního kontaktu. V závěru práce se zaměřujeme na otázku, zda prvního kontaktu po porodu využil i otec nebo jen matka. Odpovědi žen byly nahrávány na diktafon s jejich předem daným souhlasem. Každý rozhovor probíhal po individuální domluvě s ženou na oddělení. Dále jsme v práci použily metodu pozorování. Předem jsme stanovily kritéria, podle kterých jsme pozorovaly chování novorozenců. V první fázi jsme pozorovaly novorozence po fyziologickém porodu a po porodu císařském řezu. Použily jsme techniku zúčastněného pozorování, které se řadí mezi kvalitativní metody. Pohybovaly jsme se v prostoru porodnice, kde se vyskytovaly zkoumané fenomény, autorka bakalářské práce byla součástí tohoto prostředí. Jednalo se o pozorování otevřené, neboť jsme měli souhlas matek s pozorováním novorozenců. Novorozence jsme pozorovaly těsně po porodu po dobu 2 hodin. Sledovaly jsme jejich verbální a neverbální chování, přisátí k prsu, a zda byl klidný nebo plačtivý. Výsledky pozorování jsme zapisovaly na záznamové archy. I zde jsme použily kódování jako techniku analýzy dat.

DESIGN PRŮZKUMU

Naším záměrem, jak jsme již uvedly výše, bylo zkoumání prvních kontaktů matky a novorozence. Teoretická východiska k tomuto problému jsme popsaly v teoretické části bakalářské práce. Rozhodly jsme se použít kvalitativní přístup, neboť ten umožňuje hlubší poznání problému při relativně malém počtu zkoumaných osob

(MIOVSKÝ, 2006). V intenzivním kontaktu s ženami, které právě porodily, jsme se snažily proniknout do tajemství jejich prvního kontaktu a získat holistický náhled kontextu této jedinečné situace. Autorka prováděla šetření v době odborné praxe v únoru 2017 ve strakonické nemocnici, kde byla na praxi. Vedení nemocnice vyslovalo písemný souhlas s realizací zkoumání (viz. příloha).

PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Použily jsme účelový výběr vzorku a bez použití jakýchkoliv dalších metod jsme vybraly účastnice výzkumu podle toho, zda splňovaly kritéria, která jsme stanovily a zda s účastí ve výzkumu souhlasily (Miovský, 2006). Výzkumný soubor tvořily čtyři ženy po porodu fyziologickém či po císařském řezu, od kterých autorka bakalářské práce získala informovaný souhlas k realizaci rozhovorů a pozorování jejich novorozenců. Všechny oslovené ženy byly informovány o cílech zkoumání, nahrávání rozhovorů a pozorování novorozenců, a že výsledky zkoumání budou použity pouze do bakalářské práce na téma „První kontakt rodičů s novorozencem“. Ženy jsou zde uvedeny jako klientka č. 1–4 (viz. tab. 1). Klíč k jejich identifikaci je uložen u autorky této práce.

Tabulka 1 Identifikace klientek

Klientka č. 1	30 let	I.gravida/ I.para	Vdaná	Učitelka v mateřské školce
Klientka č. 2	32 let	II.gravida/ II.para	Vdaná	Vedoucí výroby
Klientka č. 3	28 let	I.gravida/ I.para	Vdaná	Kosmetička
Klientka č. 4	20 let	I.gravida/ I.para	Svobodná	Kuchařka

Zdroj: Autor, 2017.

REALIZACE PRŮZKUMU

Uskutečnily jsme 4 individuální rozhovory, s každou ženou jeden. Účastnice výzkumu byly předem osobně kontaktovány a požádány o souhlas s rozhovorem a pozorováním novorozence. Během tohoto prvního kontaktu byl domluven termín rozhovoru, který proběhl druhý den po porodu. Pozorování novorozence bylo také domluveno předem. Rozhovory byly vedeny během hospitalizace na oddělení šestinedělí v dopoledních hodinách ve strakonické nemocnici. Na začátku rozhovoru jsme kladly společenské otázky, aby se ženy zbavily počáteční nervozity. V průběhu rozhovoru jsme se doptávaly na vše, co nás k tématu ještě zajímalo či co jsme potřebovaly objasnit. K otevřenosti účastnic zkoumání přispělo, podle našeho názoru, že rozhovory probíhaly v klidném prostředí porodnice, ženy se těšily z miminek, a že nás znaly. Rozhovory a pozorování probíhaly během února 2017.

METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Z hlasového záznamu byly následně všechny rozhovory doslovně přepsány a rozhovory smazány. K analýze dat byla použita technika metody zakotvené teorie (Miovský, 2006), otevřené kódování. Postupovaly jsme tak, že jsme několikrát přečetly přepsaný rozhovor. Během čtení textu jsme si vyhledávaly témata, která jsme, považovaly za významná. Pro každé téma byl použit konkrétní kód v podobě jednoho slova či slovního spojení. V některých případech byl použit jako kód pojem, který řekly samy ženy, byl totiž výstižný. Když se během kódování objevilo stejné nebo obsahově velmi podobné téma, označily jsme ho stejným nebo podobným kódem.

Výsledkem byla řada kódů postihujících podstatná témata rozhovorů. Pozorovaly jsme novorozence po fyziologickém porodu a zapisovaly jsme výsledky pozorování na záznamové archy. I zde jsme použily kódování jako techniku analýzy dat.

VÝSLEDKY

V této části předkládáme výsledky kvalitativní analýzy získaných údajů z rozhovorů s klientkami. Pro větší názornost uvádíme jejich autentické výpovědi. Během otevřeného kódování jsme získaly soupis širších kategorií, které tvoří soubor tematicky podobných kódů: první kontakt, porodní přání, informovanost o bondingu, přiložení dítěte na tělo matky, láska na první dotek, zlatá hodinka, kojení, délka bondingu a první kontakt s tatínkem. Jednotlivé kategorie popíšeme podrobněji.

V první otázce jsme zjišťovaly, zda klientky navazovaly první kontakt během těhotenství (viz. tab. 2). Z analýzy rozhovorů podle očekávání vyšlo, že ano. I když novorozenec nebyl ještě na světě, ženy s ním navazovaly první kontakt.

Tabulka 2 První kontakt

Klientka č. 1	<i>Ano, hladila jsem břicho, i jsem na něj bubnovala prsty do rytmu oblíbené písničky. Četli jsme si dětské pohádky, říkanky a zpívali dětské písničky. Nebylo to ale pravidelné. S miminkem jsem si povídala, když jsem byla o samotě, jinak jsem se nepochopitelně styděla.</i>
Klientka č. 2	<i>Ano, hladila jsem břicho. Doma jsem hodně mluvila na miminko a pouštěla mu svou oblíbenou hudbu.</i>
Klientka č. 3	<i>Ano, s manželem jsme mluvili na břicho a hladili jsme ho.</i>
Klientka č. 4	<i>Ne, nezkoušela jsem.</i>

Zdroj: Autor, 2017.

Identifikovaná kategorie první kontakt v sobě obsahovala ještě další kódy (viz. tab. 3). Nejčastějším kontaktem bylo hlazení břicha, častým způsobem mluvení na plod, čtení dětských pohádek, zpívání či pouštění oblíbené hudby.

Tabulka 3 Identifikované kódy prvního kontaktu

Klientka č. 1	<i>Bubnovala prsty do rytmu písničky, četba, zpěv.</i>
Klientka č. 2	<i>Hlazení břicha, mluvení, hudba.</i>
Klientka č. 3	<i>Hlazení břicha, mluvení.</i>
Klientka č. 4	-----

Zdroj: Autor, 2017

Na základě získaných informací je možné získat exemplární představu o formě, jakou probíhá zpevňování pouta mezi matkou, resp. oběma rodiči, a dítětem, kdy tři maminky zdůraznily „hlazení břicha“. Jak objasňuje i teoretická část práce, hlazení břicha lze vnímat v určité symbolické rovině jako základní kámen pro formování mateřského pouta. Odkazuje se na předešlé biologické spojení mezi dítětem a matkou pupeční šňůrou, jejímž přerušením zaniká v objektivní podobě, avšak ve formě mateřského pouta nadále přetrvává. Hlazení břicha je jednou ze základních technik formování mateřského pouta, kdy je ad uterum dotekem odkazováno na předešlé přímé spojení dítěte a matky pupeční šňůrou, kdy tak dochází k symbolickému vyjádření, že jejím odstřížením pouto nezaniká.

Další důležitou sdílenou technikou bylo mluvení, resp. „četli jsme si, zpívali“, „hodně mluvila na miminko a pouštěla mu svou oblíbenou hudbu“, „s manželem jsme mluvili na břicho“, „mluvila jsem na něj“. Zejména u maminky č. 3 se opět objevuje motiv břicha i při mluvení, které je nedílnou součástí pro pozdější stupeň vývoje dítěte, při kterém dochází k formování mateřského jazyka.

Z kvalitativní analýzy dat vyplynulo, že dvě klientky si doma samy zpracovaly porodní plán a předložily ho v nemocnici zdravotnímu personálu. Předem si stanovily přání, která chtějí, aby zdravotní personál dodržoval během porodu. Porodní plán byl založen v dokumentaci klientky a jejich veškerá přání byla plně naplněna. Klientka č. 3 a klientka č. 4 porodní plán neměly. Klientka č. 3 si předem zjistila, co jimi zvolená nemocnice nabízí a jen po domluvě s personálem si stanovily, co chtějí či ne (viz tab. 4). Jejich přání byla i bez porodního plánu plně naplněna. Klientka č. 4 nevěděla co porodní plán je a nenavštěvovala předporodní kurzy.

Tabulka 4 Přání klientek

Klientka č. 1	<i>Ano, měla. Měla jsem porodní přání, neboť mi tento název přišel milejší, přijatelnější. V porodním plánu jsem vypsala všechny své přání, které zdravotní personál respektoval.</i>
Klientka č. 2	<i>Ano, měla. V porodním plánu jsem měla napsaný jen, že chci využít bonding a jak ho chci prožít. Zbytek jsem nechala na zdravotním personálu.</i>
Klientka č. 3	<i>Neměla. Dopředu jsem si zjistila, co vše ve strakonické nemocnici umožňují, a to mě uspokojilo.</i>
Klientka č. 4	<i>Ne, neměla.</i>

Zdroj: Autor, 2017

V případě první maminky není bez zajímavosti trochu odstup k pojmu „porodní plán“, který zde snad vyznívá příliš technicky a zjevně se pro mnohé maminky nejeví jako dostatečně vhodný pro okamžik narození dítěte. V lepším případě je porodní plán vnímán jako konsensus mezi přáními matky a možnostmi nemocnice, kdy je třeba tuto otevřenost a vůbec celkovou nabídku služeb v případě strakonické nemocnice ohodnotit více než pozitivně. O tom ostatně svědčí i zkušenost maminek č. 3. a č. 4, které nabídka i možnost konzultovat svůj plánovaný porod zcela naplnily jistotou. U maminky č. 2 je zajímavé, že z možných přání trvala vlastně jen na bondingu, o kterém se dozvěděla na kurzech a z internetu.

Tabulka 5 Identifikované kódy porodního plánu

Klientka č. 1	<i>Porodní přání= porodní plán</i>
Klientka č. 2	<i>Porodní plán= bonding</i>
Klientka č. 3	<i>Spokojená s nabídkou nemocnice</i>
Klientka č. 4	<i>Neměla porodní plán</i>

Zdroj: Autor, 2017

Z kvalitativní analýzy dat vyplynulo, že všechny čtyři klientky měly dostatečné informace o bondingu. Klientka č. 1, klientka č. 2 a klientka č. 3 navštěvovaly předporodní kurz ve Strakonících, kde jim veškeré informace o prvním kontaktu poskytla porodní asistentka, která pracuje ve Strakonické nemocnici. Při všech porodech tato porodní asistentka asistovala a podporovala je při bondingu. Klientka č. 4 na předporodní kurz nechodila, ale veškeré informace si načetla na internetu. Případné otázky jí pak byly vysvětleny při příjmu na porodním sále.

Tabulka 6 Informovanost o bondingu

Klientka č. 1	<i>Ano, od kamarádek, které nedávno rodily a od personálu strakonické nemocnice. Chodila jsem ve Strakonících na předporodní kurzy, kde nám byly veškeré informace podány.</i>
Klientka č. 2	<i>Ano, měla. Před porodem jsem navštěvovala předporodní kurz, který vedla porodní asistentka ze strakonické nemocnice, která byla přítomna i u mého porodu. Ta mi podala dostatečné informace.</i>
Klientka č. 3	<i>Ano, vše potřebné o bondingu jsem si našla na internetu, a navíc jsem chodila na předporodní kurzy, kde mi porodní asistentka ještě vše podrobně vysvětlila.</i>
Klientka č. 4	<i>O bondingu jsem se dozvěděla z internetu a od své matky.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Tabulka 7 Identifikační kódy

Klientka č. 1	<i>Kamarádky, porodní asistentky, předporodní kurz.</i>
Klientka č. 2	<i>Předporodní kurz, porodní asistentky.</i>
Klientka č. 3	<i>Internet, předporodní kurz, porodní asistentky.</i>
Klientka č. 4	<i>Matka, internet.</i>

Zdroj: Autor, 2017

V případě první maminky je hned na počátku zdůrazněna role blízkého okolí, kdy primárně jsou zjišťovány informace od kamarádek a blízkých, a to jak o nabízených standardech, tak obecně o zkušenostech s porodem. Klientka č. 1, klientka č. 2 a klientka č. 3 navštěvovaly předporodní kurz ve Strakonících, kde jim veškeré informace o prvním kontaktu poskytla porodní asistentka, která pracuje ve strakonické nemocnici. Je možné hodnotit pozitivně i fakt, že porodní asistentka, jež jim podávala veškeré informace, nakonec byla i při všech porodech, kde těm samým maminkám asistovala a v neposlední řadě je podporovala při samotném bondingu. U maminky č. 3 a č. 4 je třeba se ještě krátce pozastavit u faktu, že velkou část informací zjišťovaly z internetu, což je v dnešní době poměrně standardní zdroj informací, nicméně velice ošemetný, neboť zejména v případě porodů se zde vyskytuje celá řada mýtů, které musí nemocniční personál předpokládat a pokud je to možné odborně uvést věci na pravou míru. V tomto případě však probíhalo vše standardně a bez konfrontací s předem získanou představou či přáním, které by nemocniční personál musel vyvracet, případně by nemohl splnit.

Tabulka 8 Přiložení dítěte na tělo matky

Klientka č. 1	<i>Ihned mi miminko ukázali s tím, že ho musí ošetřit. Poté mi bylo přiloženo k hlavě na operačním sále, asi na 2 minuty.</i>
Klientka č. 2	<i>Ano, ihned po narození mi Lili položili na hrud'.</i>
Klientka č. 3	<i>Ano, Izabellku mi hned po porodu položili na břicho, abychom se seznámily. Po chvilce si malou vzala sestřička, že ji ošetří a zváží. Po ošetření mi Izabellku dali zpátky na břicho.</i>
Klientka č. 4	<i>Ne, nepřiložili. Miminko jsem chtěla jen ukázat.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Na otázku, jestli bylo přiloženo miminko ihned po porodu na hrud' matky, byly odpovědi velmi překvapující. Klientce č. 1, byl novorozenec přiložen pouze na 2 minuty k hlavě, protože klientka rodila císařským řezem. V jejím případě bylo možné přiložit novorozence až s krátkým zpožděním, kdy novorozenec musel být napřed ošetřen.

Z odpovědi maminky lze vycítit drobnou nedočkavost i nutkavou touhu vidět a dotknout se svého dítěte ihned po porodu. Po přeložení klientky na pooperační pokoj porodní asistentky chodily s novorozencem každé dvě hodiny za klientkou, aby si své miminko pochovala, pomazlila, popřípadě nakojila. U klientek č. 2 a č. 3 byl novorozenec ihned po porodu položen na hrud' po dobu dvou hodin. Celé dvě hodiny po porodu tak mohli s manželem využívat prvního kontaktu. Během tohoto kontaktu nebyli ničím rušeni. V takto ideálním případě bychom rádi zdůraznili expresivitu, kterou zde maminka č. 3 popisuje onen moment prvního přiložení novorozence „*abychom se seznámily.*“ jako jistý iniciační projev nově navázaného mateřského pouta. Pouze klientce č. 4 nebylo přiloženo miminko na hrud', protože ho klientka chtěla pouze ukázat a až po ošetření přiložit k prsu.

Tabulka 9 Identifikační kódy příkládání novorozence

Klientka č. 1	<i>Přiložení, ošetření novorozence.</i>
Klientka č. 2	<i>Přiložení novorozence ihned na hrud'.</i>
Klientka č. 3	<i>Přiložení na břicho, abychom se seznámili.</i>
Klientka č. 4	<i>Klientka nechtěla přiložení novorozence na hrud' ihned po porodu.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Na otázku, jestli bylo přiloženo miminko ihned po porodu na hrud' matky, byly odpovědi velmi překvapující. Klientce č. 1, byl novorozenec přiložen pouze na 2 minuty k hlavě, protože klientka rodila císařským řezem. V jejím případě bylo možné přiložit novorozence až s krátkým zpožděním, kdy novorozenec musel být napřed ošetřen.

U klientek č. 1, č. 2, č. 3 je zřejmé, že prožily krásné pocity, když spatřily své miminko ihned po porodu. Popisovaly to jako jeden z nejkrásnějších pocitů během života. Byl to pro ně nezapomenutelný zážitek, který doporučují všem nastávajícím maminkám. U klientky č. 4 k těmto pocitům bohužel nedošlo. Klientka se bála v době ošetření porodního poranění držet své miminko. Miminko bylo přiloženo k prsu do půl hodiny po porodu (viz. tab. 10).

Tabulka 10 Láska na první dotek

Klientka č. 1	<i>Tekly mi slzy nepopsatelnou láskou k tomu našemu malému miminku. Byl to nezapomenutelný a dokonalý zážitek, který se nedá popsat v pár větách.</i>
Klientka č. 2	<i>Na tento okamžik nikdy nezapomenu. U prvního dítěte jsem bonding nevyužila a nyní jsem ráda, že jsem to využila. Nevěděla jsem, jestli mám křičet radostí, smát se nebo brečet. Zamilovala jsem se do Lili na první pohled. Tento okamžik bych i dále doporučovala všem ženám.</i>

Klientka č. 3	<i>Byl to nádherný pocit. Konečně jsem se mohla poprvé dotknout své dcery a držet ji v náručí. Vnímaly jsme to vzájemně, byla to láska na první pohled. Bonding budu chtít i u dalšího dítěte.</i>
Klientka č. 4	<i>Dítě mi přiložily na hrud' až po půl hodině po porodu. Doktor mě nejdříve ošetřil porodní poranění a poté mi sestřička přiložila miminko k prsu.</i>

Zdroj: Autor, 2017

U klientky č. 1 bylo první reakcí, že jí „tekly slzy“, což svědčí o zcela přirozené emoční reakci, kterou po narození potomka sdílí všechny maminky, resp. oba rodiče. V případě přiložení dítěte na hrud' při bondingu je takovýto emoční prožitek zintenzivněn, jak bylo popsáno v úvodní kapitole o bondingu. V případě první klientky došlo již po dvou minutách k odebrání, a tak pozitiva bondingu nebylo možné plně využít. U druhé maminky, které byl novorozenec ponechán na hrudi delší čas, byly projevy započnuvšího formování mateřského pouta provázeny s neméně silným pozitivním prožitkem, kdy maminka „nevěděla, jestli má křičet, smát se nebo brečet“. Zvláštní důraz bych kladla též na zkušenost klientky č. 3, u které byl prožitek podle jejích slov spojen až s vědomím oboustranné lásky – „vnímaly jsme to vzájemně“. Všechny tyto tři příklady svědčí zcela nepochybně o tom, že i při krátkém bondingu, kterého bylo ve strakonické nemocnici využito, je vliv na formující se pouto mezi matkou a dítětem mnohem výraznější než v případě, že tomu tak není (jako v případě klientky č. 4). Pro klientku č. 4. k pozitivnímu emočnímu prožitku došlo až s 30 minutovým odstupem. Nejčastějším kontaktem byl pláč, radost, láska (viz. tab. 11).

Tabulka 11 Identifikační kódy kontaktu

Klientka č. 1	<i>Tekly slzy, láskou.</i>
Klientka č. 2	<i>Křičet, brečet, smát se.</i>
Klientka č. 3	<i>Nádherný pocit. Vnímali jsme to vzájemně.</i>
Klientka č. 4	-----

Zdroj: Autor, 2017

Klientka č. 1 byla po porodu císařským řezem, tudíž jí nebyla poskytnuta možnost mít dvě hodiny u sebe své dítě. Klientka měla poloviční anestezii. Novorozeneček byl klientce položen k hlavě na operačním sále na pár minut. Prvního kontaktu tak využil její manžel. Zdravotní personál odvedl manžela klientky na samostatný pokoj, kde mu byl přiložen novorozenec na nahou hrud'. Tohoto prvního kontaktu využil na 20 minut. U klientek č. 2 a č. 3, bylo vše v pořádku. Novorozence měly u sebe celé dvě hodiny po porodu. Využily tak plně prvního kontaktu. U klientky č. 4 došlo k prvnímu kontaktu až po půl hodině po porodu, kdy sestřička přiložila novorozence k prsu (viz. tab. 12).

Tabulka 12 Zlatá hodinka

Klientka č. 1	<i>Byla jsem po porodu císařským řezem. Vyžádala jsem si poloviční anestezii, abych své miminko ihned viděla, ale jinak bondingu plně využil můj manžel. Manžel choval Tadeáška 20 minut na nahé hrudi.</i>
Klientka č. 2	<i>Ano, měla. Porodní asistentka Lilianku jen ošetřila a zase mi ji zpět vrátila na hrud' neoblečenou. Prvního kontaktu jsme využily celé dvě hodiny. U porodu byl přítomen i můj manžel, který byl s námi na porodním pokoji. Zdravotní personál byl ohleduplný a ničím nám tento krásný okamžik nenarušovali.</i>

Klientka č. 3	<i>Ano, měla. Sestřička mi dceru ošetřila a hned mi ji vrátila zpět. Takže jsem ji měla celé 2 hodiny na sobě. Izabellka byla po celou dobu klidná a evidentně si to užívala jako já.</i>
Klientka č. 4	<i>Měla jsem dítě na hrudi jen na kojení, pak už sem nechtěla.</i>

Zdroj: Autor, 2017.

Z kvalitativní analýzy dat vyplynulo, že u maminky č. 1 kvůli operativnímu zákroku nemohlo dojít k plné aplikaci bondingu, avšak novorozenec jí byl přiložen k hlavě alespoň na dvě minuty. V tomto případě je namístě zdůraznit roli tatínka, který „choval Tadeáška 20 minut na nahé hrudi“. Je třeba pokládat za pozitivní, že nemocniční personál umožnil tatínkovi navázat první kontakt obdobně, jak tomu jinak bývá primárně u maminek. Zdravotní personál odvedl manžela klientky na samostatný pokoj, kde mu byl přiložen novorozenec na nahou hrud'. Tohoto prvního kontaktu využil na 20 minut. U maminky č. 2 nedošlo prakticky k žádným komplikacím, bondingu tak bylo využito v plném rozsahu a účastnila se ho de facto celá rodina. Zde je třeba pozitivně vnímat i snahu personálu, co nejméně narušovat celý proces: „Zdravotní personál byl ohleduplný a ničím nám tento krásný okamžik nenarušovali.“ Obdobně tomu bylo i u maminky č. 3, ale v případě maminky č. 4, nebyl bonding plně využit. Klientka č. 4 nechtěla mít své dítě na hrudi z důvodu strachu.

Tabulka 13 Identifikační kódy zlaté hodinky

Klientka č. 1	<i>Novorozenec u hlavy matky na 2 minuty.</i>
Klientka č. 2	<i>Ošetření- dvě hodiny na hrudi.</i>
Klientka č. 3	<i>Dvě hodiny u sebe.</i>
Klientka č. 4	<i>Neměla novorozence u sebe.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Z rozhovoru vyplynulo, že všechny klientky kojí a snaží se o to. U klientky č. 1 probíhá kojení přes klobouček. Klientka má vpáčené bradavky a novorozenci nešlo se přisát. Porodní asistentka klientce všechno vysvětlila a poučila ji o užívání kloboučku. Z porodnice odcházela poučená a spokojená. U klientek č. 2, č. 3, č. 4 bylo kojení bez problémů. Klientky kojily minimálně sedmkrát za den a vše probíhalo tak, jak má. Jak jsme si popsali již v teoretické části, podpora kojení je pro život novorozence nezbytná, a tudíž bychom na ni neměli zapomínat. I přes komplikace u klientky č. 1 obdivujeme, že klientka kojí přes kloboučky a nic nevzdala i přes to, že má velmi vpáčené bradavky (viz. tab. 14).

Tabulka 14 Kojení

Klientka č. 1	<i>Ano, snažím se. Kojím přes kloboučky.</i>
Klientka č. 2	<i>Ano, kojím.</i>
Klientka č. 3	<i>Ano, kojím.</i>
Klientka č. 4	<i>Ano, kojím.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Z tabulky č. 15 vyplývá, že je hned na začátek třeba pozitivně hodnotit, že všechny maminky chápou důležitost kojení, o kterém bylo psáno výše v příslušné kapitole, a tak se rozhodly kojit, přičemž u většiny z maminek kojení mohlo probíhat zcela bezproblémově „přes prso“. Pouze v případě maminky č. 1 bylo třeba použít kloboučku, neboť došlo k vpáčení bradavek, kdy se novorozenci nedaří přisát se k prsu. Kladně zde lze hodnotit i přístup nemocnice, která namísto aplikace syntetické výživy vysvětlila mamince možnost užívat kloboučky, což bylo zpětně kladně hodnoceno i maminkou samotnou. Všechny maminky jinak kojily standardně sedmkrát denně, přičemž v žádném z případů nedošlo ke komplikaci. Na našich příkladech lze vidět a kladně hodnotit soudobý pozitivní trend důsledného prosazování kojení, coby neoptimálnější stravy pro kojence. V minulosti se často stávalo, že byla aplikována syntetická výživa, aniž by to bylo skutečně nutné. Zejména u maminky č. 1, u které bylo

pro silně vpáčené bradavky zcela nemožné kojit standardním způsobem, je třeba tuto praxi zvláště vyzdvihnout.

Tabulka 15 Identifikační kódy kojení

Klientka č. 1	<i>Přes klobouček.</i>
Klientka č. 2	<i>Přes prso.</i>
Klientka č. 3	<i>Přes prso.</i>
Klientka č. 4	<i>Přes prso.</i>

Zdroj: Autor, 2017

U klientky č. 1 byl novorozenec přiložen až po 2 hodinách po porodu. Bylo to z důvodu operativního porodu, kdy klientka ihned po porodu nebyla schopna okamžitému přiložení novorozence k prsu. U klientky č. 4 byl novorozenec přiložen do půl hodiny po porodu po ošetření porodního poranění. Klientce č. 2 byl novorozenec přiložen k prsu po ošetření porodního poranění, což bylo do deseti minut po porodu. Klientka č. 3 porodila novorozence bez poranění, tudíž jí byl novorozenec přiložen k prsu ihned po porodu (viz. tab. 16).

Tabulka 16 Délka bondingu

Klientka č. 1	<i>Asi po 2,5 – 3 hodinách. Nedokážu přesně říci vzhledem k mému stavu.</i>
Klientka č. 2	<i>K přiložení k prsu došlo po ošetření porodního poranění. Přesně nevím, jak dlouho to bylo, ale myslím, že do 10 minut po porodu.</i>
Klientka č. 3	<i>Dceru mi sestřička přiložila k prsu ihned po porodu.</i>
Klientka č. 4	<i>Po půl hodině po porodu.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Z tabulky č. 17 je značné, že je považováno za ideální, když je bonding a vůbec prvotní kontakt mezi novorozencem a matkou započat ihned po porodu, je samozřejmé, že okolnosti tomu ne vždy dovolí. Zde je však důležité, aby k němu v ideálním případě došlo ihned, jak to zdraví dítěte či matky umožní. V případě operativního zákroku u maminky č. 1 k tomu došlo až po necelých 3 hodinách, přičemž částečná anestézie umožnila přiložit novorozence aspoň na krátký moment ihned po porodu, načež následně došlo k bondingu u tatínka. U maminky č. 2 k bondingu došlo prakticky okamžitě po ošetření, kdy je třeba zdůraznit, že do té doby – cca 10 minut – měl taktéž možnost prvního kontaktu i tatínek, což lze považovat v takovémto případě za zcela ideální. U klientky č. 4 došlo k přiložení po půl hodině po porodu, protože dřívější přiložení dítěte na hrud' nechtěla.

Tabulka 17 Identifikační kódy délky bondingu

Klientka č. 1	<i>2,5 – 3 hodinách.</i>
Klientka č. 2	<i>Po ošetření, cca do 10 minut.</i>
Klientka č. 3	<i>Ihned po porodu.</i>
Klientka č. 4	<i>Po půl hodině.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Ke klientce č. 1 chodily porodní asistentky na kojení každé 3 hodiny. Pokaždé, když si klientka vyžádala, že chce vidět své dítě, zdravotní personál klientce vyhověl a novorozence jí přivezli na pokoj. Klientky č. 2 a č. 3 byly v kontaktu se svým novorozencem plně po celou dobu hospitalizace. Klientka č. 4 využila prvního kontaktu po půl hodině po porodu, poté už nejevila zájem (viz. tab. 18).

Tabulka 18 Frekvence kontaktu matky a novorozence

Klientka č. 1	<i>Každé 3 hodiny na kojení. A po domluvě se sestřičkami mi ho chodily ukazovat pokaždé, co jsem chtěla.</i>
Klientka č. 2	<i>Celou dobu po porodu, a i na oddělení šestinedělí.</i>
Klientka č. 3	<i>Po celou dobu hospitalizace. Chovala jsem ji a užívala si kontaktu s ní.</i>
Klientka č. 4	<i>Po celou dobu v nemocnici do propuštění.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Z kvalitativní analýzy dat vyplynulo, že v prvním případě bychom rádi vyzdvihli otevřenost nemocnice vůči přáním maminek ve věci, jak chtějí být po porodu s potomkem v kontaktu. Zejména v prvním případě, kdy mamince podle jejího přání bylo umožněno trávit čas se svým nově narozeným dítětem. Avšak mimo případy kojení je třeba zdůraznit, že jí bylo dítě „ukazováno“, v čemž lze cítit určitý aspekt nepřilíš výrazné intenzity takového zběžného kontaktu. Je třeba tedy vnímat určité rozdíly, které vznikají při různém rytmu postpartálního kontaktu mezi novorozencem a matkou. Jak bylo blíže popsáno v teoretické části této práce, mělo by být kruciólní snahou, aby vznikající mateřské pouto bylo podpořeno co možná nejvíce, ať už se jedná o bonding, nebo obecněji o to, aby dítě mělo možnost po porodu trávit co možná největší čas spolu s maminkou, ideálně aby bylo s ní po celou dobu. V tomto případě se tak stalo pouze u maminek č. 2 a 3, kdy hlavně u maminky č. 3 lze zcela pozitivně hodnotit fakt, že dítě mělo možnost od samého počátku po celou dobu hospitalizace být v přímém kontaktu s maminkou: „*Chovala jsem ji a užívala si kontaktu s ní.*“ U poslední maminky k prvnímu kontaktu došlo pouze při kojení. Ač je třeba pozitivně hodnotit přístup strakonické nemocnice, která se vždy snažila vyjít maminkám co nejvíce vstříc, chtěla bych zdůraznit, že v případě, kdy tomu skutečně nezabraňují zdravotní okolnosti dítěte či matky, je pro další pozitivní vývoj obou kruciólní, aby byly v co nejužším a pokud možno i nepřerušovaném kontaktu, tedy byly spolu po celou dobu poporodní fáze.

Tabulka 19 Identifikační kódy frekvence kontaktu matky a novorozence

Klientka č. 1	<i>Každé 3 hodiny na kojení, po domluvě s personálem.</i>
Klientka č. 2	<i>Dítě u matky.</i>
Klientka č. 3	<i>Dítě u matky.</i>
Klientka č. 4	<i>Dítě bez matky.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Prvního kontaktu využili i otcové. Klientky popisují, jak byli tatínkové šťastní, když spatřili své dítě. Byl to pro ně nezapomenutelný zážitek. Mohli si vyzkoušet otcovskou roli ihned po porodu. U klientky č. 3 byl tatínek tak šťastný, že plánuje v brzké době dalšího potomka, aby mohl zažít tento zážitek znovu. U klientky č. 4 byl první kontakt využit při kojení (viz. tab. 20).

Tabulka 20 První kontakt s tatínkem

Klientka č. 1	<i>Ano, využil. Tvrdí, že to bylo nádherné a krásné. Ještě celý den byl z toho naměkko. Ani za mnou ten den už nepřišel, protože se bál, aby se nerozbrečel. Brečel celou dobu, co měl malého u sebe.</i>
Klientka č. 2	<i>Ano, po dobu, kdy mi lékař ošetřoval porodní poranění, měl u sebe Lili můj manžel. Seděl v křesle na porodním sále a choval naše miminko. Byl to pro něj nezapomenutelný zážitek.</i>
Klientka č. 3	<i>Ano, manžel si choval Izabellku. Byl přítomný během porodu, a byl velice šťastný, že u toho může být semnou. Chce být i u dalšího porodu.</i>
Klientka č. 4	<i>Ne, partner nechtěl být u porodu. Přišel, až když jsem byla po porodu a hned si malého choval.</i>

Zdroj: Autor, 2017

Z kvalitativní analýzy dat vyplývá, že role mužů bývá v tomto případě, jak již bylo popsáno výše je bonding mezi tatínkem a novorozencem, často mylně opomíjena, do čehož promlouvají i určité genderové stereotypy, např. muži nebrečí. Na druhou stranu emoční reakce tatínků, jak je vidět na mnou vybraných případech, je v zásadě velice podobná jako u maminek, a jedná se o věc zcela přirozenou v takovémto okamžiku. Tatínek u maminky č. 1 „brečel po celou dobu, jak měl malého u sebe“, přičemž lze obdobně jako u maminky vnímat onu silnou emotivnost momentu, kdy slzy i smích jsou něčím, co přichází v takovéto jedinečné události zcela spontánně. Je zde naprosto zbytečné podléhat zažitým představám a zbytečně přerušovat kontakt s maminkou i dítětem jen proto, že se zdánlivě nehodí, aby muž „brečel“, jak je tomu právě zde v prvním případě. U maminky č. 2 měl pak tatínek možnost být s dítětem hned od počátku, přičemž důraz bych kladla na určitou symboliku momentu vůbec rodinné sepjatosti, kdy otec „měl u sebe Lili“ v momentě, kdy maminka byla po porodu ošetřována. Obdobně tuto roli prožíval otec i u maminky č. 3. U maminky č. 4 nebyl přítomen otec u porodu. Partner přišel až když byl novorozenec na světě a potom si své dítě plně užíval (viz. tab. 21).

Tabulka 21 Identifikační kódy prvního kontaktu s tatínkem

Klientka č. 1	<i>Ano, využil, pocity otce.</i>
Klientka č. 2	<i>Nezapomenutelný zážitek, choval, měl na sobě Lili.</i>
Klientka č. 3	<i>Choval, šťastný.</i>
Klientka č. 4	<i>Oddálení kontaktu.</i>

Zdroj: Autor, 2017

V další části práce popíšeme výsledky pozorování novorozenců při prvním kontaktu s matkou. Sledovali jsme verbální, neverbální chování novorozenců, přísátí k prsu, a zda byl klidný nebo plačtivý. Novorozenec, který bonding měl, byl velmi klidný, během pozorování otevřel oči a hrál si s ručičkami. Tento novorozenec vypadal velmi spokojeně. U novorozence, který bonding neměl, bylo vyzpozorováno, že ze začátku trochu plakal a pak usnul (viz. tab. 22).

Tabulka 22 Pozorování novorozenců

<p>Novorozenec a bonding.</p>	<p><i>Novorozenec byl v klidu, neplakal, měl otevřené oči, hrál si s ručičkami, byl spokojený.</i></p>
<p>Novorozenec bez využití bondingu.</p>	<p><i>Novorozenec plakal, byl neklidný, měl zavřené oči a kopal nožičkami. Celkově byl tento novorozenec velmi neklidný.</i></p>

Zdroj: Autor, 2017

DISKUSE

V rámci empirické části své bakalářské práce, jež se zaměřila na rozhovory s vybraným vzorkem čtyřech maminek ve strakonické nemocnici a komparaci jejich zkušeností s navazováním postpartálního fyzického kontaktu se svým dítětem, jakož i praxí bondingu, která byla podrobně popsána v první části této práce. Shrňme-li získané informace, lze konstatovat, že všechny maminky již před nástupem do nemocnice se intenzivně zabývaly organizací a plánováním svého porodu, přičemž strategie navázání prvotního kontaktu se svým dítětem bylo nedílnou součástí této přípravy. Ač některé z maminek využily možností různé formy profesionálních předporodních kurzů organizovaných hlavně nemocnicí, je v těchto případech nutné se kriticky více zabírat moderním fenoménem, kdy mnohé informace jsou čerpány z internetových zdrojů, jejichž objektivita je často sporná. Všeobecně lze považovat za ideální, kdy maminky primárně využívají služeb odborných pracovišť ať již přímo nemocnic nebo porodních asistentek, což zde až na jednu využily všechny námi vybrané respondentky.

V případě části, na kterou byl v této práci kladen největší důraz, tj. na samotný akt navazování prvotního kontaktu, zejména bondingu. V tomto směru nelze než kladně ohodnotit jak přístup personálu strakonické nemocnice tak i maminek, které podle svých možností maximalizovaly všech dostupných chvil, aby co možná nejvíce navázaly se svým novorozencem mateřské pouto. Dělo se tak i v případě, kdy porod byl provázen komplikacemi, jak tomu bylo v případě maminky č. 1, kdy první maminka musejíc родit císařským řezem a majíc přitom částečnou anestezii, mohla mít novorozence přiloženého jen po omezenou dobu na 2 minuty.

O pozitivěch s navazováním prvotního kontaktu vypovídají všechny námi prezentované zkušenosti jednotlivých respondentek, jež se vyznačovaly záplavou silných pozitivních emocí „*tekly mi slzy nepopsatelnou láskou*“, „*vnímaly jsme to vzájemně*“ *nevěděla jsem, jestli mám křičet, brečet, smát se*“. Zvláště bychom chtěly zdůraznit stále poměrně často opomíjený fenomén mužského bondingu, jenž zůstává stále poměrně na okraji odborného zájmu, role muže při porodu. Toto téma samo o sobě by si zasluhovalo vlastní zpracování, kdy v našem případě získané závěry vypovídají o tom, že mužský prožitek při navazování prvotního kontaktu se svým nově narozeným

potomkem se výrazněji neliší od toho ženského. Při aplikaci bondingu byl tatínek také zaplavován podobnými pocity nezměrného štěstí, např. „*brečel celou dobu, co měl malého u sebe*“, kdy nelze než pozitivně ohodnotit, že určité formy navázání prvního fyzického kontaktu využili po porodu všichni otcové. Vlastní kapitolou v tomto směru jsou zažitá společenské stereotypy o roli muže, u kterého se předpokládá chladnější přístup, nepodléhání emocím, což se projevilo u tatínka č. 1, který se po porodu po určitý čas dokonce zdráhal kvůli vlastním citům navštěvovat maminku s dítětem – „*ani za mnou nepřišel, protože se bál, aby se nerozbrečel*“.

V případě novorozenců, u nichž jsou pozitiva při aplikaci bondingu stejně jako třeba kojení, všeobecně známá, poněvadž slyší srdeční tep matky, nejsou tolik vystavené poporodnímu stresu, snadněji se přizpůsobují kojení a jsou de facto celkově šťastnějšími. Při pozorování novorozenců ve strakonické nemocnici byly všechny tyto teoretické předpoklady potvrzeny, kdy děti, u nichž byl aplikován bonding, byly zcela evidentně klidnějšími, tolik neplakaly a snadněji byly tak kojeny. Na druhou stranu děti, u nichž buďto nebyl aplikován bonding, nebo případně s velkými omezeními, většinu z pozorovaného času proplakaly, chovaly se celkově neklidně, načež samotná péče o ně byla i o to náročnější. Závěrem k věci pozorování dětí po/bez bondingu je třeba ještě říci, že v kontextu dlouhodobých zkušeností strakonické nemocnice, lze konstatovat, že se zvyšujícím se počtem novorozenců po bondingu, se také zefektivňuje, vpravdě též usnadňuje i samotná práce nemocničního personálu s novorozenci.

Shrme-li veškeré z provedených rozhovorů vyplývající informace, předně je třeba kladně ohodnotit standardy poskytovaných služeb nemocnicí ve Strakonících, jež poskytuje širokou škálu předporodních kurzů, jejíž personál se vždy snaží vyjít maminkám a jejich přáním vstříc, přičemž i při problematicky probíhajících porodech se snaží aplikovat bonding, případně maximalizovat co možná nejpřirozenější kontakt mezi dítětem a matkou. Svědčí o tom nejen autorky osobní zkušenost, ale i veškeré získané informace od jednotlivých respondentek a v neposlední řadě též prestižní ocenění Baby Friendly Hospital od Unicef, jež nemocnice ve Strakonících obdržela za vysoké standardy poskytovaných služeb matkám a novorozencům (Nemocnice Strakonice, a.s., ©2012-2015).

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jak již bylo řečeno v předcházející diskuzi, nelze než pokládat péči o maminky a novorozence ve strakonické nemocnici za vysoce nadstandardní, kdy lze práci kolektivu Gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice doporučit jako ukázkový příklad správného přístupu k porodnické praxi.

V čem vidíme případné rezervy, které se však všeobecně týkají soudobého stavu českého a potažmo i světového zdravotnictví v této věci, je věc důslednějšího propracování osvěty, aby nastávající maminky obdržely vždy a pouze odborné informace, byly od počátku svého těhotenství v kontaktu s nemocnicí či obdobně kvalifikovaným personálem a nespoléhaly se na často sporná doporučení stran svých známých, případně internetu.

Nedořešeným bodem zůstává také role otce, u kterých by taktéž měl být navázán kontakt od samotného počátku, přičemž by nemělo docházet k stereotypizaci jeho postavení coby muže.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na první kontakt rodičů s novorozencem a skládala se ze dvou částí, části teoretické a části praktické.

V teoretické části jsme v krátkosti popsaly podporu rodičky při porodu, kojení a ošetření novorozence. Dále jsme se nejvíce věnovaly prvnímu kontaktu. Do hloubky jsme se zajímaly o téma bonding a rozepisovaly jsme ho u fyziologického porodu, u císařského řezu, u nedonošeného novorozence, u porodu mrtvého plodu a bonding mezi novorozencem a tatínkem. Cílem teoretické části bylo předložit dohledané publikované poznatky o prvním kontaktu s novorozencem. Tento cíl byl úspěšně splněn.

V praktické části jsme použily individuální strukturovaný rozhovor s předem připravenými otázkami a dále metodu pozorování. Průzkumný vzorek tvořily čtyři ženy. První tři ženy byly po fyziologickém porodu a čtvrtá žena byla po císařském řezu. K zjištění stanovených cílů byl zvolen kvantitativní přístup. Rozhovory byly vedeny osobně v době praxe ve strakonické nemocnici. Rozhovory byly zpracovány a dále analyzovány.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké byly postoje maminek a tatínků k bondingu v prvních dnech po porodu. Zjistily jsme, že prvního kontaktu po porodu využily tři klientky a tatínkové klientek. Cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, jak probíhal bonding u fyziologického porodu a po porodu císařským řezem. Zjistily jsme, že bonding u fyziologického porodu byl přesně podle přání klientek. Ihned po porodu byl novorozenec položen na hrud' matky. Zatímco u porodu císařského řezu byl bonding využit jen na 2 minuty. Novorozenec byl přidržován zdravotním personálem a byl položen k hlavě matky. Po 2 minutách novorozence porodní asistentka odnesla a ošetřila. Poté prvního kontaktu využil otec, který využíval bondingu jen 20 minut. Tento cíl byl také splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, zda měli rodiče po porodu své dítě u sebe. U dvou klientek byl novorozenec celou dobu po porodu u své maminky. U klientky č. 1 byl novorozenec odloučen od matky z důvodu operativního porodu. Novorozenec po porodu viděla na 2 minuty a pak jí byl ukazován novorozenec každé 3 hodiny a na kojení a každou chvilku, kdy, klientka chtěla své dítě vidět. U klientky č. 4 byl

novorozenec přiložen po půl hodině po porodu po ošetření klientky na kojení. Poté už klientka přiložení nechtěla. Cíl byl tedy taktéž splněn.

Čtvrtým cílem byl vytvořit edukační leták o bondingu a natočit video. Během školní praxe jsme měly možnost natočit dvě krátké videa o využití bondingu po porodu císařským řezem a po fyziologickém porodu. Na videu je krásně vidět, jak využití bondingu přispívá novorozenci i jeho rodičům. Ať už je to po fyziologickém porodu nebo po porodu císařským řezem. Jako další cíl byl vytvořit edukační leták. Edukační leták slouží jako výstup bakalářské práce. V letáku jsme zahrnuly hlavní body o bondingu, 10 kroků k podpoře bondingu, výhody bondingu a jak bonding probíhá u fyziologického porodu a po porodu císařského řezu. Cíl byl splněn.

Autorka chtěla porovnat svou bakalářskou práci s jinými vysokoškolskými pracemi na toto téma, ale nikdo se doposavad v rámci bakalářských prací nevěnoval, což bylo také jednou z našich krucióálních motivací se tomuto tématu věnovat. Výhodou tohoto kvalitativního šetření jsou získané informace, jež tak nezakládají na teoretických základech, nýbrž na podrobných empirických pozorováních.

Práce si neklade za cíl postihnout komplexní problematiku bondingu a obecně postpartální péče v současném českém zdravotnictví, ani kvantifikovat jejich veškeré dopady na maminky i novorozence, ježto objemem taková studie přesahuje možnosti bakalářské práce. Autorka se primárně snažila představit fenomén v jeho teoretické rovině, načež demonstrovala hlavní teze navazování prvotního kontaktu na reprezentativním vzorku čtyřech maminek v Nemocnici Strakonice, a.s.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, S., P. SÁDÍLEK. a V. TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-467-2.

BLÁHOVÁ, I., 2003. Dula: když rodička potřebuje pomoc zkušené ženy. *Zdravotnické noviny: orgán ministerstva zdravotnictví a ROH - ústředního výboru Svazu zaměstnanců ve zdravotnictví*. Roč. 52, č. 43, s. 24. ISBN: 1805- 2355; 1214-7664.

BOWLBY, J., 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-807-3676-704

ČECH, E., Z. HÁJEK, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví*. 3., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

EZROVÁ, M., K. RATISLAVOVÁ, 2011. Podpora vztahu matky a novorozence po porodu. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Roč. 21, č. 3, s. 36-37. ISBN: 1210-0404.

FEDOR-FREYBERGH, P, G., 2008. *Psychosomatické charakteristiky perinatálního a perinatálního období ako prostredia dieťaťa*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty. ISBN 978-80-89271- 32-0.

FENDRYCHVÁ, J., I. BOREK, 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-447-4.

HANÁKOVÁ, T. a kol., 2010. *Velká kniha o matce a dítěti*. 1.vyd. Computer press, a. s. ISBN 978- 80-251-2788-9

HOLEŇÁKOVÁ, G., 2011. Podpora bondingu. *Bakalářská práce (Bc)*. Olomouc. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotních věd. [cit. 13. 01.2017] Dostupné z <https://theses.cz/id/rnckxa>

JIMRAMOVSKÝ, F., M. FUCHS, 2014. Kojení a začátky s výživou. In: *Průvodce výživou v prvním roce života*. Nutricia.

MATĚJČEK, Z., J. LANGMEIER, 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.

MIOVKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4

MROWETZ, M., G. CHRASTILOVÁ, I. ANTALOVÁ. 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 279 s., [64] s. obr. příl. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.

MROWETZ, M., 2009. Děti chtějí být připoutány k matkám. *Zdravotnické noviny: orgán ministerstva zdravotnictví a ROH - ústředního výboru Svazu zaměstnanců ve zdravotnictví*. Roč. 58, č. 3, s. 22. ISSN 1210- 9940

MROWETZ, M., 2009. Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám! *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Roč. 19, č. 11, s. 30-31. ISSN: 1210-0404

Nemocnice Strakonice, a.s. – Baby Friendly Hospital [online]. Cit. [18. 03.2017]. Dostupné z: <http://www.nemocnice-st.cz/index.php/onemocnici/uspchy-nemocnice/baby-friendly-hospital>.

ODENT, M., 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo. ISBN 80-85794-05-2.

PAŘÍZEK, A., G. CHRASTILOVÁ, a I. ANTALOVÁ. 2008. *Knih o těhotenství a dítěti: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 3. vyd. Praha: Galén. Šťastné dítě. ISBN 978- 80-7262-594-9. 16.

PÁNEK, M. 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, 14(6): 363-366. ISSN1213-0494.

RATISLAVOVÁ, K., G. CHRASTILOVÁ, I. ANTALOVÁ. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. Šťastné dítě. ISBN 978-80-254-2186- 4. 17.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičtví*. 15. Tento text se nachází na stránkách WWW.LEVRET.CZ. Moderní babičtví 15, 2008

ŠRÁČKOVÁ, D. 2007. Rooming-in. *Praktická gynekologie*. [online]. Cit. [10. 02. 2017]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=pg_07_01_05.pdf

TEUSEN, G., I. G. HÄNEL. 2003. *Prenatální komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o. ISBN 80-7178-753-1.

TURNOVSKÁ, J. 2009. *Nosíme děti v šátku*. 1. vyd. Praha. ISBN 978-80-86226-47-7.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

WINKER, J., J. HRDINOVÁ, L. KUKLA. 2000. Mateřské pouto a zdravý životní styl v těhotenství. *Časopis lékařů českých*. ISSN: 0008-7335.

PŘÍLOHY

Příloha A - Rozhovory s klientkami	II
Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	XI
Příloha C - Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu.....	XII
Příloha D - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce...	XIII
Příloha E - Popis rešeršní strategie	XIV
Příloha F - Bonding po fyziologickém porodu	XV
Příloha G - Bonding po císařském řezu	XVI
Příloha H - Bonding rodičů po fyziologickém porodu	XVII
Příloha I - Bonding tatínka po císařském řezu.....	XVIII
Příloha J - Leták k výstupu bakalářské práce	XIX

Příloha A-Rozhovory s klientkami

Otázky z rozhovoru:

1. Zkoušela jste navázat kontakt s dítětem už v těhotenství?
2. Měla jste porodní plán?
3. Měla jste dostatečné informace o bondingu?
4. Přiložili Vám ihned po porodu dítě na hrud'?
5. Jaké jste měla pocity, když Vám přiložili dítě na hrud'?
6. Měla jste své dítě celé dvě hodiny po porodu u sebe?
7. Kojíte?
8. Po jaké době Vám byl přiložen novorozenec k prsu?
9. Jak často jste byla v kontaktu s miminkem?
10. Využil prvního kontaktu po porodu i partner?

Rozhovor s klientkou č. 1

Rozhovor byl proveden ve Strakonické nemocnici po domluvě s klientkou.

Iniciály ženy: S. A.

Věk: 30 let

Stav: vdaná

Zaměstnání: učitelka v mateřské školce

Porodnická anamnéza: I.gravida/ I.para

Porod: 02. 02. 2017 v 9:15, chlapec Tadeáš, 3400g, 52cm, Strakonice, porod císařským řezem.

Zkoušela jste navázat kontakt s dítětem už v těhotenství?

Ano, hladila jsem břicho, i jsem na něj bubnovala prsty do rytmu oblíbené písničky. Četli jsme si dětské pohádky, říkanky a zpívali dětské písničky. Nebylo to ale pravidelné.

S miminkem jsem si povídala, když jsem byla o samotě, jinak jsem se, nepochopitelně styděla.

Měla jste porodní plán?

Ano, měla. Měla jsem porodní přání, neboť mi tento název přišel milejší, přijatelnější. V porodním plánu jsem vypsal všechny své přání, které zdravotní personál respektoval.

Měla jste dostatečné informace o bondingu?

Ano, od kamarádek, které nedávno rodily a od personálu Strakonické nemocnice. Chodila jsem ve Strakonících na předporodní kurzy, kde nám byly veškeré informace podány.

Přiložili Vám ihned po porodu dítě na hrud'

Ihned mi miminko ukázali s tím, že ho musí ošetřit. Poté mi bylo přiloženo k hlavě na operačním sále, asi na 2 minuty.

Jaké jste měla pocity, když Vám přiložili dítě na hrud'?

Tekly mi slzy, nepopsatelnou láskou k tomu našemu malému miminku. Byl to nezapomenutelný a dokonalý zážitek, který se nedá popsat v pár větách.

Měla jste své dítě celé dvě hodiny po porodu u sebe?

Byla jsem po porodu císařským řezu. Vyžádala jsem si poloviční anestezii, abych své miminko ihned viděla, ale jinak bondingu plně využil můj manžel. Manžel choval Tadeáška 20 minut na nahé hrudi.

Kojíte?

Ano, snažím se. Kojím přes klouboučky.

Po jaké době Vám byl přiložen novorozenec k prsu?

Asi po 2,5 – 3 hodinách. Nedokážu přesně říci vzhledem k mému stavu.

Jak často jste byla v kontaktu s miminkem?

Každé 3. hodiny na kojení. A po domluvě se sestřičkami mi ho chodili ukazovat pokaždé, co jsem chtěla.

Využil prvního kontaktu po porodu i partner?

Ano, využil. Tvrdí, že to bylo nádherné a krásné. Ještě celý den byl z toho na měkko. Ani za mnou ten den už nepřišel, protože se bál aby se nerozbrečel. Brečel celou dobu, co měl malého u sebe.

Rozhovor s klientkou č. 2

Rozhovor byl proveden ve Strakonické nemocnici po domluvě s klientkou.

Iniciály ženy: J. K.

Věk: 32 let.

Stav: vdaná

Zaměstnání: Vedoucí výroby

Porodnická anamnéza: IIgravida/ IIpara

1. **Porod:** 18. 09. 2015 v 22:41, chlapec Jan, 3800g, 53cm, Strakonice, fyziologický porod.
2. **Porod:** 05. 02. 2017 v 17: 04, děvče Liliana, 3050g, 48cm, Strakonice, fyziologický porod.

Zkoušela Jste navázat kontakt s dítětem už v těhotenství?

Ano, hladila jsem břicho. Doma jsem hodně mluvila na miminko a pouštěla mu svou oblíbenou hudbu.

Měla jste porodní plán?

Ano, měla. V porodním plánu jsem měla napsaný jen, že chci využít bonding a jak ho chci prožít. Zbytek jsem nechala na zdravotním personálu.

Měla jste dostatečné informace o bondingu?

Ano, měla. Před porodem jsem navštěvovala předporodní kurz, který vedla porodní asistentka ze strakonické nemocnice, která byla přítomna i u mého porodu. Ta mi podala dostatečné informace.

Přiložili Vám ihned po porodu dítě na hrud'?

Ano, ihned po narození mi Lili položili na hrud'.

Jaké Jste měla pocity, když Vám přiložili Dítě na hrud'?

Na tento okamžik nikdy nezapomenu. U prvního dítěte jsem bonding nevyužila a nyní jsem ráda, že jsem to využila. Nevěděla jsem, jestli mám křičet radostí, smát se nebo brečet. Zamilovala jsem se, do Lili na první pohled. Tento okamžik bych i dále doporučovala všem ženám.

Měla Jste své dítě celé dvě hodiny po porodu u sebe?

Ano, měla. Porodní asistentka Liliianku jen ošetřila a zase mi ji zpět vrátila na hrud' neoblečenou. Prvního kontaktu jsme využili celé dvě hodiny. U porodu byl přítomen i můj manžel, který byl s námi na porodním pokoji. Zdravotní personál byl ohleduplný a ničím nám tento krásný okamžik nenarušovali.

Kojíte?

Ano, kojím.

Po jaké době Vám byl novorozenec přiložen k prsu?

K přiložení k prsu došlo po ošetření porodního poranění. Přesně nevím, jak dlouho to bylo, ale myslím, že do 10 minut po porodu.

Jak často jste byla v kontaktu s miminkem?

Celou dobu po porodu a i na oddělení šestinedělí.

Využil prvního kontaktu po porodu i Váš partner?

Ano, po dobu kdy mi lékař ošetřoval porodní poranění měl u sebe Lili můj manžel. Seděl v křesle na porodním sále a choval naše miminko. Byl to pro něj nezapomenutelný zážitek.

Rozhovor s klientkou č. 3

Rozhovor byl proveden ve Strakonické nemocnici po domluvě s klientkou.

Iniciály: B. E.

Věk: 28 let.

Stav: svobodná

Zaměstnání: kosmetička

Porodnická anamnéza: I.gravida/ I.para

Porod: 10. 02. 2017 v 18:15, holka Izabella, 2800g, 48cm, Strakonice, fyziologický porod.

Zkoušela Jste navázat kontakt s dítětem už v těhotenství?

Ano, s manželem jsme mluvili na břicho a hladili jsme ho.

Měla jste porodní plán?

Neměla. Dopředu jsem si zjistila, co vše ve strakonické nemocnici umožňují, a to mě uspokojilo.

Měla jste dostatečné informace o bondingu?

Ano, vše potřebné o bondingu jsem si našla na internetu a navíc jsem chodila na předporodní kurzy, kde mi porodní asistentka ještě vše podrobně vysvětlila.

Přiložili Vám ihned po porodu dítě na hrud'?

Ano, Izabellku mi hned po porodu položili na břicho, abychom se seznámily. Po chvílce si malou vzala sestřička, že jí ošetří a zváží. Po ošetření mi Izabellku dali zpátky na břicho.

Jaké jste měla pocity, když Vám přiložili Dítě na hrud’?

Byl to nádherný pocit. Konečně jsem se mohla poprvé dotknout své dcery a držet ji v náručí. Vnímali jsme to vzájemně, byla to láska na první pohled. Bonding budu chtít i u dalšího dítěte.

Měla jste své dítě celé dvě hodiny po porodu u sebe?

Ano, mela. Sestřička mi dceru ošetřila a hned mi jo vrátila zpět. Takže jsem ji mela celé 2 hodiny na sobě. Izabellka byla po celou dobu klidná a evidentně si to užívala jako já.

Kojíte?

Ano, kojím.

Po jaké době Vám byl novorozenec přiložen k prsu?

Dceru mi sestřička přiložila k prsu ihned po porodu.

Jak často jste byla v kontaktu s miminkem?

Po celou dobu hospitalizace. Chovala jsem ji a užívala si kontaktu s ní.

Využil prvního kontaktu po porodu i Váš partner?

Ano, manžel si choval Izabellku. Byl přítomný během porodu, a byl velice šťastný, že u toho může být se mnou. Chce byt i u dalšího porodu.

Rozhovor s klientkou č. 4

Rozhovor byl proveden ve Strakonické nemocnici po domluvě s klientkou.

Iniciály: K. T.

Věk: 20 let.

Stav: svobodná

Zaměstnání: kuchařka

Porodnická anamnéza: I.gravida/ I.para

Porod: 25. 07. 2017 v 8:00, chlapec Sebastián, 3500g, 50cm, Strakonice, fyziologický porod.

Zkoušela jste navázat kontakt s dítětem už v těhotenství?

Ne, nezkoušela.

Měla jste porodní plán?

Ne, neměla. O porodním plánu jsem věděla, ale nebrala jsem za potřebné ho připravovat.

Měla jste dostatečné informace o bondingu?

O bondingu jsem se dozvěděla od své matky, která mi řekla, co bonding pro mě a miminko znamená.

Přiložili Vám ihned po porodu dítě na hrud'?

Ne, nepřiložili. Dítě jsem chtěla jen ukázat.

Jaké Jste měla pocity, když Vám přiložili Dítě na hrud'?

Dítě mi přiložili na hrud' až po půl hodině po porodu. Doktor mě nejdříve ošetřil porodní poranění a poté mi sestřička přiložila dítě k prsu.

Měla jste své dítě celé dvě hodiny po porodu u sebe?

Ano, měla.

Kojíte?

Ano, snažím se kojit.

Po jaké době Vám byl novorozenec přiložen k prsu?

Po půl hodině po porodu.

Jak často jste byla v kontaktu s miminkem?

S miminkem jsem byla v kontaktu po celou dobu v nemocnici do propuštění.

Využil prvního kontaktu po porodu i Váš partner?

Ne, partner nechtěl být u porodu. Přišel, až když jsem byla po porodu a hned si malého choval.

Příloha B -Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

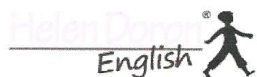
ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje a podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem První kontakt rodičů s novorozencem v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a se souhlasu pacientek.

V Praze dne 20. 03. 2017

Lucie Furišová

Příloha C- Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu



Tímto potvrzují, že tento překlad První kontakt rodičů s novorozencem, byl vyhotoven profesionálním překladatelem dne 18. 03. 2017 pro klienta:

Lucie Furišová

Sasanková 1554

386 01 Strakonice.

Kontaktní osoba centra:

Ing. Marcela Bastiánová, MBA

Manažerka centra Výukové centrum Helen Doron English Strakonice,

Písecká 893, Strakonice.

Příloha D– Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	LUCIE FURIŠOVÁ	
Studijní obor	PORODNÍ ASISTENTKA	Ročník 3.APA
Téma práce	PRVNÍ KONTAKT RODIČŮ S NOVOROZENCEM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NEMOCNICE STRAKONICE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Eva MARKOVÁ, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <i>Mgr. Marková</i> <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis nemocnice Strakonice, a.s.
Radomyslská 336
312 02 Strakonice
Mgr. Miloslava Bláhová
IČO: 260 05 181
podpis DIČ: CZ26095181

ve Strakonici dne 29.1.2014

Furišová
podpis studenta

Příloha E- Popis rešeršní strategie

PRVNÍ KONTAKT RODIČŮ S NOVOROZENCEM

Lucie Furišová

Jazykové vymezení: čeština

Klíčová slova: Bonding - Bonding

Císařský řez - Caesarean section

Novorozenec - Newborn

Skin to skin – Skin to skin

Porod - Childbirth

Časové vymezení: 2006-2016

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku

Počet záznamů: 34 (vysokoškolské práce: 5, knihy: 12, články a příspěvky ve sborníku: 17)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Typ rešerše: vícezdrojová

Druh výstupu: CD-ROM

Základní pramen: – Národní lékařská knihovna (www.nlk.cz)

Příloha F- Bonding po fyziologickém porodu



Zdroj: Autor, 2017 – Bonding po fyziologickém porodu.

Příloha G– Bonding po císařském řezu



Zdroj: Autor, 2017- Bonding po císařském řezu.

Příloha H– Bonding rodičů po fyziologickém porodu



Zdroj: Autor, 2017- Bonding rodičů po fyziologickém porodu.

Příloha I– Bonding tatínka po císařském řezu



Zdroj: Autor, 2017- Bonding mezi tatínkem a jeho dítětem po císařském řezu.

TENTO LETÁK SLOUŽÍ K VÝSTUPU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE BONDING ANEB PRVNÍ KONTAKT RODIČŮ S NOVOROZENCEM IHNED PO PORODU

Co to bonding neboli první kontakt je?

Bonding můžeme přeložit jako lepení nebo připoutání. Jedná se o proces, kdy se tvoří vztah mezi matkou a novorozencem.

Jaké má výhody bonding?

Pro dítě: Dětem se u matek lépe stabilizuje dýchání, zažívají základní existenciální pocit bezpečí, mají menší neurologické potíže, kontakt kůže na kůži zmiňuje novorozenecký pláč, snadněji se přisávají k prsu.

Pro matku: Lépe se vyrovnává s porodními bolestmi a lépe hodnotí průběh porodu, má snadnější nástup laktace, lépe a déle kojí, lépe se vypořádá se stresem, který s sebou přináší (Mrowetz, 2011).



Zdroj: www.maminka.cz



Zdroj: <http://www.vszdrav.cz>

10 kroků k podpoře bondingu

1. Položení nahého dítěte na matčinu nahou hruď ihned po porodu, u císařského řezu k tváři matky.
2. Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně dvě hodiny.
3. Otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek.
4. Matka a dítě jsou v kontaktu „skin to skin“, kůže na kůži.
5. Umožnění a podporování vizuálního kontaktu – pohledu z očí do očí – matky a dítěte.
6. Pomoc s přísátím miminka k bradavce.
7. Zajištění pohodlné polohy pro matku.
8. Zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků.
9. Jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte (Apgar score, podvaz pupěční šňůry) provést na těle matky.
10. Eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu v těchto neopakovatelných prvních okamžicích (Mrowetz, 2011).

Jak probíhá bonding po císařském řezu?

Při svédění: Anestezie a osušení je novorozenec položen na hrud' matky (na pár minut).

Při celkové anestezii: Nahrazuje maminku tatínek. Tatínek bude na samostatném pokoji sedět v křesle, po ošetření novorozence je zabalen do pleny a položen na nahou hrud' otce. Tento kontakt mohou využívat 2 hodiny.

Tatínek má u sebe signalizační zařízení.

Každých 15 minut kontroluje porodní asistentka novorozence, zda je u něj vše v pořádku.

Po probuzení maminky z celkové anestezie dojde k prvnímu kontaktu na pooperačním pokoji (Nemocnice Strakonice, a.s., ©2012-2015).

Jak probíhá bonding po fyziologickém porodu

V průběhu bondingu porodní asistentka vyhodnotí Apgar scóre.

Okamžitě po porodu porodní asistentka položí novorozence na hrud' matky.

Pupečník přeruší až po jeho dotepání. Na těle matky novorozence osuší nahřátou sterilní plenou.

Poté matku s novorozencem porodní asistentka přikryje teplým ručníkem nebo dekou.

Nejpozději do 30 minut po porodu přiloží porodní asistentka novorozence k prsu matky.

Pokud je vše v pořádku, ponechá takto novorozence a matku 2 hodiny po porodu (Mrowetz, 2011).



Zdroj: Autor, 2017.



Zdroj: Autor, 2017.

„Bonding je dar“.