

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

BONDING NA PORODNÍM SÁLE Z POHLEDU RODIČŮ

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Kratochvílová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Lucie Kratochvilová**
Studijní program: Porodní asistence
Garant studijního programu: doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.

Název práce: **Bonding na porodním sále z pohledu rodičů**

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Gömerová, Ph.D.

Konzultant práce: PhDr. Lenka Gömerová, Ph.D.

Cíl práce: Zjistit, jak probíhá bonding na porodním sále. Zpracovat informační leták pro nastávající rodiče, zaměřený na průběh bondingu.

Abstrakt

Bonding, tedy vytváření prvotního citového propojení mezi matkou a jejím novorozeným dítětem, je klíčový proces, během kterého vzniká jejich vzájemné pouto. Nepřerušovaný kontakt bezprostředně po porodu hraje zásadní roli nejen pro matku a dítě, ale i pro celou nově vzniklou rodinu. To, jak bude bonding probíhat, ovlivňuje zdravotnický personál v porodnicích. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem probíhá bonding na porodním sále. Pro zjištění těchto informací byl použit vlastní dotazník, který ženy anonymně vyplnily po porodu v Nemocnici Jihlava p.o. Cílem šetření bylo zjistit, jakým způsobem bonding probíhat a jak lze podporu kontaktu mezi matkou a dítětem bezprostředně po narození posílit po celou dobu jejich pobytu v porodnici.

Klíčová slova

Bonding, novorozenec, matka, rooming – in

Abstract

Bonding, the creation of a primal emotional connection between a mother and her newborn child, is a key process in which their bond with each other is formed. Unbroken contact immediately after childbirth plays a crucial role not only for the mother and baby, but also for the entire newly formed family. How bonding will take place affects the medical staff in maternity wards. The aim of the work is to find out how bonding takes place in the delivery room. To find out this information, a custom questionnaire was used, which the women filled out anonymously after the birth at The Hospital Jihlava p.o. The aim of the investigation was to establish how bonding took place and how the promotion of mother-child contact immediately after birth could be reinforced throughout their stay in the maternity ward.

Keywords

Bonding, newborn, mother, rooming - in

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „**AZ**“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do její skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 8. února 2025

.....

Podpis studentky

Poděkování

Děkuji za čas a ochotu své vedoucí práce PhDr. Lenka Görnerová, PhD. Také bych ráda poděkovala své rodině, která mi dala mnoho podpory. Díky patří i ochotným, kteří věnovali svůj čas mým dotazníkům, díky kterým mohla vzniknout výzkumná část mé bakalářské práce.

Obsah

Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Historie bondingu	11
1.2 Pravidla správného bondingu	13
1.3 Bonding po spontánním porodu.....	13
1.3.1 Odložený podvaz pupečníku	13
1.3.2 První ošetření novorozence	14
1.3.3 První přiložení k prsu	14
1.4 Bonding u porodu císařským řezem	15
1.5 Bonding u předčasného porodu	15
1.6 Podpora bondingu mrtvého dítěte.....	16
1.7 Kontaktní rodičovství.....	16
1.7.1 Kontakt kůže na kůži.....	16
1.7.2 Kojení.....	17
1.7.3 Společné spaní.....	17
1.7.4 Nošení dětí	17
1.8 Systém rooming – in	18
1.9 Psychika rodičů po porodu	18
1.9.1 Otec u porodu	19
1.9.2 Žena v šestinedělí	19
1.10 Poporodní separace a její důsledky	20
2 Výzkumná část	22
2.1 Cíle a výzkumné otázky.....	22
2.2 Metodika výzkumu	22
2.3 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí	22
2.4 Průběh výzkumu	22
2.5 Zpracování získaných dat.....	23
2.6 Analýza výsledků.....	23
2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek.....	39
3 Diskuse	43
4 Doporučení pro praxi.....	45
5 Závěr.....	46
Seznam použité literatury	47

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk	23
Tabulka 2: Mechanismus porodu.....	24
Tabulka 3: Komplikace	25
Tabulka 4: Spokojenost s bondingem	26
Tabulka 5: Porodní přání.....	27
Tabulka 6: Respektování porodního přání.....	28
Tabulka 7: Informovanost o prvním ošetření	29
Tabulka 8: Provedení prvního ošetření.....	30
Tabulka 9: Jiné intervence než první ošetření.....	31
Tabulka 10: Vrácení dítěte	32
Tabulka 11: Vliv odebrání dítěte	33
Tabulka 12: Uložení dítěte	34
Tabulka 13: Důležitost bondingu	35
Tabulka 14: Rodinný pokoj.....	36
Tabulka 15: Informovanost o kojení	37
Tabulka 16: Rooming – in.....	38
Tabulka 17: Spokojenost s bondingem	39
Tabulka 18: Sepsané porodní přání.....	40
Tabulka 19: Respektování porodního přání zdravotním personálem.....	40
Tabulka 20: Informovanost žen o prvním ošetření.....	41
Tabulka 21: Provedení prvního ošetření.....	41
Tabulka 22: Provedení jiných intervencí	41

Seznam zkratek

CPAP	kontinuální přetlak v dýchacích cestách
Č.	číslo
et al.	a kolektiv
Např.	například
Tzv.	takzvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Porod představuje zásadní milník v životě ženy, muže i nově narozeného dítěte. Je to chvíle plná emocí, očekávání a zároveň fyzické i psychické proměny. Jedním z nejdůležitějších momentů tohoto období je vznik citového pouta mezi rodiči a dítětem, tzv. bonding. Tento proces, který začíná bezprostředně po porodu, sehraává zásadní roli v utváření vzájemné vazby, ta má zásadní vliv na další vývoj dítěte a celkové rodinné soužití.

Význam bondingu je v posledních desetiletích intenzivně zkoumán a prosazován nejen odbornou veřejností, ale postupně i v praxi porodní péče. Vznik kontaktu „skin-to-skin“ bezprostředně po porodu přináší četné fyzické i psychické benefity pro dítě i matku. Přesto se v mnoha zdravotnických zařízeních stále setkáváme s různými přístupy, které bonding oddalují nebo znemožňují – ať už z důvodu rutinních postupů, organizačních omezení nebo nedostatečné informovanosti zdravotnického personálu.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku bondingu na porodním sále z pohledu rodičů. Cílem je zjistit, jakým způsobem probíhá bonding na porodním sále.

V teoretická část popisuje historický vývoj bondingu, jeho pravidlech a podobách – jak při spontánním porodu, tak v případech porodu císařským řezem, předčasného porodu či úmrtí dítěte. Věnuji se rovněž tématům kontaktního rodičovství, systému rooming-in a psychickému stavu rodičů po porodu, zejména v souvislosti se separací od dítěte.

Praktická část je formou kvantitativního výzkumu. Metoda sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce, který byl určen rodičům po porodu. Mým cílem bylo zjistit jakým způsobem u nich bonding probíhal.

Následně jsou výsledky porovnány v diskuzi s jinými pracemi zabývajícími se podporou bondingu.

Motivace

Hlavním důvodem, proč jsem si zvolila toto téma je, že jednou bych chtěla pracovat na novorozeneckém oddělení a chtěla bych se více zajímat o tuto problematiku. Vždy, když jsem na porodním sále, tak se přihlížím, jakým způsobem probíhá bonding a poporodní adaptace novorozence. Zjistila jsem, že nejvíc záleží na novorozenecké sestře, podle toho, co ženě nabídne. Proto bych touto bakalářskou prací chtěla apelovat na čtenářky, aby po přečtení byly schopné si samy říct, jakým způsobem by měl bonding probíhat, pokud to daná situace dovolí a nespolehalo by jen na nabídku zdravotního personálu.

1 Současný stav problematiky

Slovo bond znamená v anglickém jazyce pouto, bonding lze přeložit jako spoutání, přilepení, propojení nebo spojení. Termín se používá pro proces vytváření prvotní poporodní vazby mezi matkou a jejím novorozencem. Nejdůležitější jsou první okamžiky novorozence po narození. Jde o stále se vyvíjející proces, ten sílí s každým dalším příjemným prožitkem pro dítě i rodiče. Při bondingu se tvoří fyzické a emocionální pouto, jehož začátek můžeme pozorovat již v průběhu těhotenství matky (Buckleyová, 2016).

„Každá matka i dítě jsou k sobě přitahováni už od početí. Zakládají si láskyplný vztah a emoční vazby, které naplno explodují v hormonální bouři při porodu. Tři hlavní aspekty „bondingu“ jsou kontakt „skin to skin“, oční kontakt a první přiložení k prsu.“ (Mrowetz, Chrástilová a Antalová, 2011).

Raný kontakt mezi novorozencem a matkou kůže na kůži ihned po porodu vede k významným změnám, ty vytvářejí zdravotní i psychickou vyrovnanost. Díky nepřerušovanému kontaktu kůže na kůži mezi matkou a novorozencem dochází k podpoře mateřského jednání, podporuje poporodní adaptaci novorozence, zlepšuje kardiorepirační stabilitu dítěte, urychluje první přisátí k prsu matky a snižuje pláč novorozence. U ženám také napomáhá k urychlení nástupu kojení a snižuje riziko poporodního krvácení. Mateřské chování dále stimuluje oční kontakt mezi matkou a miminkem. Autorky dále uvádějí, že matky, které byly odděleny od svých dětí, mají menší zájem o dítě, jsou mnohem častěji ohroženy poporodní depresí a posttraumatickou stresovou poruchou a nemají potřebu vyhledávat oční kontakt s dítětem. Dochází u nich k pozdějšímu nástupu laktace (Mrowetz a Peremská, 2013).

1.1 Historie bondingu

Teorie bondingu vychází z teorie tvorby citové vazby anglického psychoanalytika Johna Bowlbyho (1907-1990). Jedním z impulzů k výzkumu citové vazby byl pro Bowlbyho film Reného Spitze, který dokumentoval chování kojenců v ústavní péči a zjistil, že tyto děti zaostávají v mentálním i fyzickém vývoji v souvislosti s nedostatkem citové náklonnosti. Děti v dokumentu měly zajištěny všechny fyziologické potřeby díky pečovateli, ale citové pouto chybělo. Spitz také zjistil, že i přes veškerou snahu a zajištění hygienických podmínek jsou děti v ústavu velmi náchylné k nemoci. Díky tomuto snímku vznikl nejznámější a nejrozsáhlejší výzkum tvorby citové vazby, který provedl John Bowlby. Cílem jeho pozorování bylo zjistit, jak děti reagují na dočasnou ztrátu matky. Zabýval se vlivem separace na proces utváření vazby a ukazuje, že dítě postrádající potřebnou vztahovou vazbu, jeví známky deprivace. Též vychází z teorie Freuda, a zjišťuje, že citový vztah mezi dítětem a pečující osobou, utváří vzorec chování v budoucích sociálních vztazích (Bowlby, 2023).

Bowlby popisuje proces tvorby vazby čtyřmi fázemi. První fáze trvá do 8-12 týdne věku, dítě má omezenou schopnost rozeznávání osob, interaguje s kýmkoliv, často přestane plakat, když uslyší něčí hlas nebo uvidí tvář. Ve druhé fázi se dítě zaměřuje spíše na matku jakožto svého pečovatele a interaguje s ní více než s ostatními. Třetí fáze nastává kolem šestého měsíce věku, kdy dítě obohacuje své interakce s okolím. Reaguje na odcházející matku a vítá ji při návratu. Zároveň si vytváří přátelské vztahy s ostatními osobami. K cizím lidem dítě přistupuje čím dál opatrněji. Ve čtvrté fázi, která nastává kolem třetího roku vývoje, pak dítě nahlíží do života své matky, poznává

její cíle a vybudovává si s ní ještě hlubší vztah. Postupně se z něj stává samostatný jedinec a získává určitou nezávislost (Bowlby, 2023).

Termín „bonding“ jako první použili dva američtí pediatři Marshall Klaus a John Kennel v 70. letech minulého století. Ti se ve svých studiích zabývají jak tvorbou citové vazby, tak i výhodami samotného skin – to – skin kontaktu pro matku a jejího novorozence. Podle nich vazba mezi matkou a dítětem vzniká v prvních minutách po porodu a prohlubuje se v následujících 12 hodinách. Z jejich studií také vyplývá, že nemocniční nemají příznivý vliv na psychický stav dítěte, a to z důvodu častých separací a nepodporování dlouhodobého raného kontaktu (Florenc, 2015).

O propagaci bondingu u nás, se v 80. letech 20. století zasloužili Zdeněk Matějček s Josefem Langmeirem v jejich publikaci Počátky našeho duševního života. Podle těchto psychologů se duševní základy utváří již před narozením. Pro správné vytvoření citové vazby a vývoj dítěte je důležitý časný poporodní kontakt s matkou. Ten je typický přítomnými doteky, mimikou a pohledy, což je důležité pro další citový vývoj osobnosti. I dnes je v některých porodnicích bonding narušován běžnou praxí. Nejčastějšími zásahy jsou například umytí dítěte bezprostředně po porodu, vyšetření pediatrem a zabalení novorozence do zavinovací deky (Mrowetz, Antalová a Chrástilová, 2011).

Francouzský porodník Frédéric Leboyer byl průkopníkem nové techniky vedení porodu. Jako jeden z prvních obrátil pohled k novorozenému dítěti a na jeho pocity. Soustředil se na technicky dobře zvládnutý porod, ale i na novorozence a jeho projevy. Nelíbil se mu nemocniční přístup, kdy je dítě ihned po porodu ošetřováno v chladném prostředí s ostrým světlem. Nesouhlasil s nevhodnou manipulací s dítětem při vážení a měření. Na základě svých pozorování požadoval při porodech mírné světlo, ticho a trpělivost zdravotníků. Dítě podle něj vše vnímá svými smysly, nejbezpečněji se cítí v matčině náruči proto matka a její dítě nemají být separovány a měl by probíhat roomingin (Leboyer, 2020).

Michel Odent, jež byl Leboyerův žák, zavedl nový přístup k těhotenství a porodu v nemocnici v Pithiviers u Paříže, která se držela Leboyerových zásad. Mezi tyto zásady patří vést porod v místnosti, která je civilně vybavena, s příjemnými barvami s eliminací pachů. V pokoji má být co nejméně lidí, přítomní a ticho. Zdravotnický personál představuje porodní asistentka, která má mít s rodící ženou navázaný empatický vztah, zahrnující jak psychický, tak tělesný kontakt. Polohu při porodu si má žena najít sama tak, aby jí co nejvíce vyhovovala. Porodníci považovali vertikální polohu za nejvhodnější. Přítomnost otce u porodu či jiné blízké osoby ženy je vítána. Během porodu má mít žena možnost využití bazénku s teplou vodou. Po narození musí být novorozenec ihned položen na břicho matky skin-to-skin, aby matka a dítě cítili vzájemné teplo. Přestřižení pupečníku má být po ukončení jeho pulzace. Důležité je umožnit ženě a dítěti oční kontakt. Velmi důležité bylo i první přiložení novorozence k prsu matky ihned po narození. Hlavním cílem porodu bez násilí je eliminovat stres novorozence, ten u něj vyvolává světlo, hluk, sucho, změna teploty a působení gravitace (Roztočil, 2017).

V České republice se dodnes o propagaci bondingu nejvíce zaslouhují psycholožka Michaela Mrowetz a pediatrička Marcela Peremská. Usilují o změnu přístupu zdravotnických zařízení, který oproti západním státům zaostává. Z výzkumu Mrowetzové provedeného v České republice vyplynulo, že třetina matek po vaginálním porodu má nepřetržitý kontakt se svým dítětem bezprostředně po porodu, méně, než třetina je v přerušovaném kontaktu a více než třetina nemá žádný kontakt se svým dítětem. Přesto že většinou porody probíhaly bezproblémově,

novorozenci byli od svých matek separováni. Ve své knize Mrowetz popisuje důležitost poporodního bondingu a možnosti jeho podpory. Nutnost podpory rané vazby Mrowetz uvádí též jako možnou prevenci rozvoje posttraumatické stresové poruchy (Mrowetz, Antalová a Chrástilová, 2011).

1.2 Pravidla správného bondingu

Bonding je přirození a není potřeba znát přesná pravidla, ale je zde několik příkladů, které napomůžou pochopit jeho mechanismus a užití prvního kontaktu mezi matkou a dítětem. V každé porodnici mají svá vlastní pravidla a postupy, proto je dobré vše prokonzultovat se zdravotnickým personálem ještě před porodem. Jedním z prvních typů prvního kontaktu je kontakt skin-to-skin, kdy se dítě položí na holou hrud' matky, dalším typem jsou dotyky, které praktikují rodiče hned po porodu. Pro dítě jsou dotyky jedny z nejvíce podstatných věcí, dítěti přinášejí pocity lásky, důvěry a ochrany, stimulují dech, který je u novorozenců nepravidelný. Jednou z důležitých věcí je mluvení na své dítě již v prenatálním období, stejně tak jako v období po porodu. Novorozenec dokáže rozpoznat matčin hlas a cítí se díky němu v bezpečí. Další podstatou je první ošetření dítěte na těle matky anebo až po delší době. Kojení by mělo probíhat nejlépe samopřisátím (UNICEF, 2019).

1.3 Bonding po spontánním porodu

Porodní bonding je intenzivní prožitek ničím nerušeného spojení mezi matkou a jejím novorozencem v prvních minutách a hodinách po porodu. Vrchol tohoto procesu je první nakojení dítěte. Tělo matky je po fyziologickém porodu zaplavováno řadou hormonů, kde každý z nich má svou specifickou funkci. Nejznámějším hormonem je oxytocin, který je důležitý pro spuštění laktace u matky a má vliv na budování vztahu mezi matkou a dítětem. Někdy může být také nazýván jako hormon důvěry či lásky. Hormony uvolněné při porodu mají za následek, že je dítě bdělé a má široce otevřené oči (Rašmanová, Janovičová, 2014).

1.3.1 Odložený podvaz pupečníku

Jedná se o oddálení přerušení pupeční šňůry po porodu plodu o 1-3 minuty u všech novorozenců. Opakem opožděného podvazu pupečníku je podvázání do jedné minuty, k tomuto se přikláníme, pokud se vyskytnou komplikace jako jsou např.: silné krvácení matky, bezprostřední resuscitace, abnormality placenty, či jiné komplikace s placentou (Gönenc, 2019).

Dříve se říkalo, že díky včasnému podvazu pupečníku jsou menší poporodní komplikace a žena by měla méně krvácet. Mnoho studií dokazuje, že u odloženého podvazu pupečníku není následkem větší krevní ztráta, nesnižuje se hemoglobin a není ani třeba transfuze po porodu. Uvádí se, že by se pupečník měl nechat nepřerušovaný nejméně 30-60 sekund u termínových i nedonošených dětí. Díky tomu bylo potvrzeno zvýšení hladiny hemoglobinu za 24 a 48 hodin po porodu, pro dítě to znamená větší zásoby železa, lepší neurologický vývoj v následujících prvních čtyřech letech věku dítěte, dítě s nedostatkem železa může mít horší kognitivní a motorický vývoj. Na druhou stranu vyšší hodnoty hemoglobinu mají i nevýhody v podobě většího nárůstu novorozenecké žloutenky, která vyžaduje fototerapii (ACOG, 2017).

Pro nedonošené děti je prokázán pozitivní účinek odloženého dotepání pupečníku, protože mnoho z nich má lepší přechod oběhu, zvětšený objem erytrocytů, nižší riziko potřeby transfuze, vzniku enterokolitidy nebo intraventrikulárního krvácení (Penn Medicine, 2022).

U novorozenců, kteří potřebují kardiopulmonální resuscitaci, se může uplatnit postup milkingu tedy podojení. Způsob milkingu je jednoduchý a rychlý. Spočívá v aktivním shrnutí krve v pupečníku směrem od matky k novorozenci v krátkém časovém intervalu (Rutherford, 2023).

1.3.2 První ošetření novorozence

Cílem prvního ošetření je zabezpečení vhodné poporodní adaptace a co nejrychlejší prvotní kontakt s matkou. Nejčastěji toto ošetření novorozence dělá novorozenecká setra nebo porodní asistentka (Slezáková, 2017).

První ošetření se provádí hned po porodu téměř rutinně, je tedy dobré, aby si žena dostatečně dopředu řekla o odložení ošetření, v nejlepším případě, by to měla napsat do svého porodního plánu. Je dobré, aby žena tento porodní plán ukázala již při předpříjmu do porodnice, kde se požadavky mohou zkontrolovat s porodní asistentkou, případně s porodníkem či neonatologem. První ošetření novorozence se odkládá, kvůli prvotnímu kontaktu matky s dítětem, aby se nenarušila vazba mezi nimi (Sears a Searsová, 2018).

Po celou dobu je důležité, aby dítě bylo v teple. Také sledujeme jeho barvu kůže, tonus, dýchání a teplotu. Z tohoto důvodu je důležité, aby byl porodní sál pně vybaven, a to výhřevným lůžkem, které by mělo být předehřáté ještě před samotným porozením dítěte, funkčním odsávacím zařízením, sterilní odsávací cévkou, přívodem kyslíku a případně vyhřátým inkubátorem. Mezi další příslušnosti, které by měly být nachystané jsou nahřáté sterilní nebo jednorázové pleny, pleny, zavinovačka na zabalení dítěte po ošetření, dezinfekce, sterilní nůžky, svorka na zasvorkování pupečního pahýlu a sterilní čtverce na jeho krytí, dále pomůcky na označení dítěte, váha, pomůcky na KPR a neposlední řadě opthamo septonex na kredeizaci očí (Přikrylová, 2024).

Po porodu by se s novorozencem mělo nakládat podle určitých postupů. V první řadě se začíná zajištěním tepla a následným odsátím horních cest dýchacích, byla-li plodová voda zkalená nebo musela být provedena resuscitace. Po přerušení pupeční šňůry je nutné ošetřit pupeční pahýl zasvorkováním, vydezinfikováním a následným zakrytím sterilními čtverci. Dále se novorozenec označí identifikačním náramkem a dle zvyklostí oddělení například i na hrudníku nebo stehnu. Poté se dítě zváží, změří se tělesná teplota, provede se kredeizace očí, jako prevence zánětu, aplikuje se vitamín K v kapkách či injekci proti krvácivé nemoci. Jako poslední nezapomínáme na bonding (Slezáková, 2017).

1.3.3 První přiložení k prsu

Pokud je dítě po narození ponecháno na matčině břiše v nerušeném a tichém prostředí, vysune se k jejímu prsu, najde bradavku a přisaje se. Prvních pár minut pouze leží, odpočívá a hledí na matku. Po 30 minutách dítě začne slinit a začne se více přibližovat k prsu pomocí nohou, při přiblížení se k bradavce, začne otáčet hlavu a otevírat ústa. Po pár neúspěšných pokusech se dítě přece jen přisaje. Vztah mezi matkou a dítětem se odvíjí od jejich prvotního kontaktu a přístupu matky. Ženy, které nepodporují brzký kontakt, nekojí příliš dlouho, mají slabší citovou vazbu ke svým dětem, pomaleji reagují na potřeby a pláč jejich dětí. Nejsilnější vazba vzniká v prvních pár

hodinách po porodu, ale dále se rozvíjí během několika následujících dní. Umožněný kontakt a bezprostřední kojení spolu úzce souvisejí a jsou si navzájem prospěšné. Zahájení kojení během první hodiny po porodu je dobrým základem pro vývoj dítěte. Tento přínos trvá až do šesti měsíců věku (Nemocnice Hořovice, 2024).

Doporučuje se, aby kojení bylo uskutečněné co nejdříve během první hodiny po narození dítěte a pokračovalo prvních šest měsíců života a poté by se mělo přidávat krmení pomocí příkrmů až do dvou let věku dítěte (UNICEF, 2022).

1.4 Bonding u porodu císařským řezem

Po porodu císařským řezem je podpora bondingu mnohem důležitější než po porodu fyziologickém. Hormonální systém matky ani dítěte nebyl dostatečně nebo dokonce vůbec stimulován průběhem porodu. Kontakt kůže na kůži spolu s kojením je velice důležitý pro zvýšení oxytocinu v těle matky i dítěte. Po domluvě s operátorem a anesteziologem se novorozenec pokládá na holou hrud' matky. Dítě se pokládá na matku horizontálně, tak aby si navzájem mohly hledět do tváře a navázat oční kontakt, zároveň aby nohy nezasahovaly do operačního pole. Dítě je na matčině hrudi do té doby, dokud se nepřisaje k prsu, ale může i déle dle matčina přání. Ne vždy je situace příznivá a matka může mít dítě položené na své kůži, v tuto chvíli je dobré, když si novorozence převezme otec dítěte, nebo jiná doprovázející osoba. Dítěti je na kůži otce lépe než na výhřevném lůžku nebo v inkubátoru, navíc bakteriální mikrobiota otce je pro dítě lepší než mikrobiota oddělení (Rašmanová a Janovičová, 2014).

1.5 Bonding u předčasného porodu

Přínos kontaktu pro předčasně narozené či nedonošené novorozence prokázal program „Kangaroo Mother Care“ takzvané klokánkování. Poprvé v roce 1978 tuto metodu popsal E. Rey Sanabria, kdy se v nemocnicích rozšířil vysoký výskyt infekcí u novorozenců. V nemocnicích nebyl dostatek inkubátorů a Sanabria navrhl, aby ženy nosily své děti v takzvané klokanké kapse po dobu 24 hodin. Nejvíce se tento postup využívá u předčasně narozených dětí, které mají porodní váhu pod 2 500 g nebo pro hypotrofické děti, to jsou děti narozené v termínu, ale mají nižší porodní hmotnost, než jakou by ve svém stáří měli mít (DIBBERN, 2014).

Metoda klokánkování má připomínat způsob, jak klokance nosí svá mláďata, která se rodí v nezralém stadiu vývoje. Dítě je při klokánkování téměř nahé, ponechá se mu plenka a v případě napojení na nasální CPAP má ponechanou čepičku. Takto se položí na hrudník matky, přímo mezi její prsy a zaujme tzv. žabí polohu. Dítě je tedy ve vzpřímené poloze, paže i nohy má pokrčené, hlavička je otočená k jedné straně a lehce pootočená nahoru, je přikryto dekou nebo teplým oblečením maminky. K provedení klokánkování je důležitý speciálně vyškolený ošetřující personál a podporující prostředí. Klokánkování je možné provádět u každého dítěte, bez ohledu na to, jakou má váhu. Tato metoda je bezpečná jak pro děti zaintubované, na nasálním CPAPu, na kyslíkových brýlích, ale i pro děti se zavedenými centrálními žilními katétry. Ve většině zemí je klokání bráno jako doplněk v péči o nedonošené děti. Je důležité mít na paměti, že i hodina klokánkování pomáhá matce i novorozenci v budování citové vazby a stimulace tvorby mléka. Je doporučováno klokánkovat alespoň dvě hodiny, častá manipulace s dítětem ruší jeho režim, a proto není vhodná (Tvrzová a Ratiborský, 2018).

U předčasně narozených dětí s podvážou, které jsou klokánkovány, bylo prokázáno propuštění v kratším časovém období. Děti s bezprostředním kontaktem mají posílený organismus, což podporuje imunitní systém. Díky tomu je novorozenec chráněn před infekcemi a rizikovými patogeny. Výzkumy dokazují, že děti s metodou klokánkování mají pravidelnější dýchání, stabilnější srdeční rytmus, lépe si udržují teplotu, lépe přibývají na váze, prospívají a snižuje se míra infekcí. Tato metoda nemá příznivý vliv pouze na dítě, ale i na matku, ta je méně úzkostná, déle kojí a je u ní vyšší míra mateřství a následně i sebevědomí ve výchově. Další trochu méně význačnou výhodou klokánkování je finanční nenáročnost (Dokoupilová, 2016).

1.6 Podpora bondingu mrtvého dítěte

Dítě, které přišlo na svět, i když nemělo šanci spatřit jeho světlo, má mít důstojné podmínky pro odchod. Velice důležité je, aby matka i otec měli možnost se svým dítětem rozloučit. Matky, jež nemají možnost si dítě pochovat, špatně přijímají fakt, že dítě zemřelo. Z toho důvodu je i zde velice důležitý bonding. Dříve ženy po porodu mrtvého dítěte neměly možnost se svým dítětem rozloučit, najednou z ničeho nic jako by zmizely měsíce společného soužití a ženy často trpěly pocitem prázdnoty. Proto je důležité zajistit rodičům dostatek soukromí. Hormonální hladina matky je po porodu nastavena na přijetí jakéhokoli dítěte, díky tomu následně dojde k pocitu naplnění. Hlavní je, aby rodiče měli na své dítě vzpomínku a mohli si kdykoliv vybavit jeho tvář. Často se dětem obtiskávají ručičky či nožičky na kartičky, je možné odstříhnout dítěti i pramínek vlasů. Rodičům se dopřeje dostatek času na truchlení, aby měli možnost se vyrovnat s jejich ztrátou. V tomto procesu truchlení je důležité i pohřbení dítěte, aby tak rodiče mohli tuto náročnou situaci alespoň částečně uzavřít (Mrowetz, Antalová a Chrástilová, 2011).

1.7 Kontaktní rodičovství

„Kontaktní rodičovství“ nebo také „Attachment parenting“ je výchovný styl, poprvé byl vysloven v osmdesátých letech Williamem Searsem a Marthou Searsovou. Tito dva autoři ve své knize „Kontaktní rodičovství – rozumná cesta k pochopení a výchově dětí“ popisují tento stav jako metodu, kterou rodiče mohou své děti vychovávat, aby byly spokojené. Podstata tohoto rodičovství je podle nich velmi jednoduchá. Popisují, že je důležité zaměřit se na otevření své mysli, svého srdce a naslouchat individuálním potřebám svého dítěte (Sears a Searsová, 2018).

Podstatou této metody je napojení se na své dítě a dbát na jeho potřeby. Existuje mnoho prostředků, kterými mohou rodiče vychovávat, a však záleží pouze na nich, pro kterou metodu si zvolí. Hlavní je, aby daná metoda vyhovovala jak dítěti, tak i rodičům (Sears a Searsová, 2018).

1.7.1 Kontakt kůže na kůži

První krok při vzájemném poznávání matky a dítěte je kontakt „skin-to-skin“ neboli kůže na kůži. Novorozenec by se neprodleně po porodu, ještě s nepřestřiženou pupeční šňůrou, měl nahý položit na matčinu nahou hrud'. Hlava dítěte by měla být natočena tak, aby byl umožněn vzájemný oční kontakt matky a dítěte. Dítě se osuší až na jeho ručičky, které se neotírají z důvodu toho, že na nich cítí vůni a chuť plodové vody, stejnou chuť mají i matčiny bradavky. Matka a novorozenec tvoří jednu jednotku, přikrytou pod nahřátou dečkou. Dítě si po chvíli začne instinktivně strkat pěsti do úst a snaží se tak hledat zdroj mateřského mléka. Díky tomu, že

novorozenci jsou přitahováni barevnými kontrasty, pomáhá jim tmavší zbarvení kůže prsního dvorce. Ponecháme-li dítěti dostatečně dlouhou dobu k tomu, aby se poprvé přisálo k prsu, hovoříme o samopřisátí. Tato doba, než se dítě přisaje je různá, může trvat několik minut ale i hodin. V těchto chvílích po porodu se od zdravotníků očekává, že budou spíše pozorovatelé a nechají matce a dítěti prostor k seznamování, pokud to situace umožňuje. V tomto kontaktu kůže na kůži je vhodné, aby matka a dítě setrvali nejméně dvě hodiny po porodu, nejlépe však dvanáct hodin (Mrowetz, Antalová a Chrastilová, 2011).

1.7.2 Kojení

Kojení je fyziologický proces, kterým vzniká pouto mezi matkou a dítětem díky vzájemnému mléka dostává všechny potřebné živiny, které jsou důležité pro jeho růst. Dle Světové zdravotnické organizace by výlučné kojení mělo trvat prvních 6 měsíců a následně pokračovat do věku 2 let dítěte. Kojení je přínosné pro dítě ale i pro matku, jak z krátkodobého, tak i z dlouhodobého hlediska. Tento proces je důležitý v navazování a upevňování vztahů mezi matkou a jejím dítětem, které si buduje důvěru k matce a cítí její lásku. Po porodu žena kojí poměrně často, a to kolikrát i dvanáctkrát za den, podle toho, jak se dítě bude budit na kojení. Matka se naučí velice rychle intuitivně rozeznávat, zda má dítě hlad nebo z jaké příčiny brečí (Státní zdravotní ústav, 2022).

1.7.3 Společné spaní

Sdílení společného lůžka je další prostředek kontaktního rodičovství, který upevňuje vztah mezi rodiči a dítětem. Mezi pozitivní účinky společného spaní patří: snazší naplňování potřeb dítěte, upevňování vazby mezi rodiči a dítětem, kvalitní spánek a rychlejší usínání, synchronizace spánkového cyklu s matkou a v neposlední řadě zvýšená produkce prolaktinu, a tedy vyšší produkce mateřského mléka (Sears a Searsová, 2018).

Velmi často jsou rodiče, kteří chtějí spát se svými dětmi, ovlivněni nepravdivými informacemi. Nejčastější argument je, že se dítě stane závislé na svých rodičích, ve skutečnosti je ale dokázáno, že naopak děti, které spí s rodiči jsou méně závislé než děti, které spí samy. Dalšími mýtnými informacemi jsou, že děti už nebudou chtít spát samy, obava ze zalehnutí dítěte ve spánku, narušení intimního života partnerů nebo snížený osobní vývoj dítěte. Udává se, že děti, které spaly se svými rodiči nejsou příliš úzkostné, jsou sebevědomější a šťastnější (Jemné Zrození, 2017).

1.7.4 Nošení dětí

Nošení dětí probíhá na těle matky nebo otce. Je možné využívat nosítko nebo šátek. Pokud užíváme šátek, jedná se o tzv. šátkování. Tato metoda je velice stará, dokonce si jí pamatují i starší generace, jako jsou třeba naše babičky. Přes to, že to není nejnovější metoda, je o ní i dnes velký zájem. Nosítko i šátek nemusí sloužit pouze na podporu vazby mezi dítětem a rodiči, lze také využít na přepravu dítěte (Ryba, 2019).

Dítě v období těhotenství je v těsném kontaktu s matkou, vzhledem k tomu, že při nošení je dítě také v blízkém kontaktu s matkou, tak mu je nošení příjemné, cítí se tak v bezpečí, protože mu to připomíná místo, kde se nacházel po celou dobu jeho vývoje. Tento pocit bezpečí nastává

kvůli tomu, že dítě cítí matky vůni, srdeční tep a vnímá její pohyby. Je prokázáno, že tyto děti více vnímají mimiku a emoce dospělé osoby. Díky nošení se děti vyskytují blíže mluvidel nosící osoby, to má velký vliv na jejich komunikaci a lepší rozvoj řeči. Touto metodou lze navodit klidný spánek, následně se vyplavuje více oxytocinu, tedy hormonu lásky. Bylo dokázáno, že děti, které nespaly s rodiči v jedné posteli, měly vyšší hladinu stresových hormonů, kortizolu a adrenalinu (Sears a Searsová, 2018).

1.8 Systém rooming – in

Dříve bylo běžné oddělování novorozence od matky, kdy si dítě převzala novorozenec sestra. Avšak s postupem času se tato metoda příliš neosvědčila, byla neefektivní a měla mnoho negativ. Děti se matkám nosily pouze v čas kojení v pravidelných tříhodinových intervalech, a to ještě na krátkou dobu. Toto oddělení matky a dítěte nemělo dobrý vliv na jejich vzájemný vztah, ale ani na spuštění laktace a dlouhodobé kojení (Poradna baba, 2023).

V České republice se systém rooming-in začal postupně zavádět na konci 70. let 20. století. Jako první, kde se zavedl tento systém byla porodnice ve Znojmě v roce 1977. V začátcích byl rooming-in pouze částečný, dítě bylo spolu s matkou na pokoji během dne a na noc se opět odebíralo, časem byl roomin-in celodenní. Zavádění systému bylo složité, protože v počátcích se potýkalo s neochotou zdravotnického personálu něco měnit, ale první výsledky ukázaly velké výhody. Děti si samy určovaly čas kojení, díky tomu se zmenšovaly i váhové úbytky a byly celkově klidnější. Pro matky to znamenalo výhodu v tom, že se naučily samy pečovat o jejich dítě a domu odcházely klidnější (Štembera, 2016).

Jedním z deseti kroků the Baby Friendly Hospital Initiative je rooming in. Rooming – in je systém, kdy novorozenec i matka jsou po celou dobu hospitalizace ve stejném pokoji a matka se tak plně stará o dítě hned po porodu. Dítě se od matky separuje jen ve výjimečných situacích, matka se tak samostatně stará a získává tím jistotu a rychlejší osvojení dovedností v péči o dítě. Tento systém ovlivňuje spuštění laktace a snižuje výskyt poporodní deprese. Výzkumy prokázaly, že míra výlučného kojení před propuštěním z nemocniční péče byla výrazně nižší u novorozenců, kteří byli po porodu umístěni na neonatologickém oddělení a nebyli v nepřetržitém kontaktu s matkou. Kontakt mezi matkou a dítětem byl v tomto případě omezen pouze na dobu kojení, což mohlo negativně ovlivnit úspěšnost kojení (Poradna baba, 2023).

1.9 Psychika rodičů po porodu

Rané období po narození dítěte hraje klíčovou roli při utváření citové vazby mezi rodiči a dítětem. Zároveň představuje důležitou fázi formování prvotních postojů k rodičovství, které ovlivňují budoucí výchovné přístupy a rozdělení rolí v rodině. U muže může v této době dojít k vnitřnímu konfliktu mezi jeho očekáváními a skutečností, což často vede k přehodnocení životních hodnot a představ o budoucnosti. Dítě se stává hlavním středobodem pozornosti a rodiče musí svůj dosavadní životní styl přizpůsobit nové realitě a potřebám novorozence (Fernández-Carrasco et al., 2024).

1.9.1 Otec u porodu

Dlouhou dobu byl porod výhradně ženská záležitost. Do roku 1945 se skoro 80 % porodů odehrávalo doma s pomocí porodní asistentky a lékař byl volán jen zřídka, když se vyskytly komplikace. Mezitím, co ve světě byla přítomnost otce u porodu zcela běžná věc už řadu let, u nás v České republice se poprvé uskutečnila v roce 1984 ve znojemské nemocnici. Odborníci měli rozporuplné reakce, zatím co rodiče to hodnotili pozitivně. Podle nich přítomnost otce u porodu měla příznivý vliv na samotný průběh porodu a zároveň upevňovala jejich citový vztah. Přítomnost otce u porodu byla v osmdesátých letech problém, a to kvůli špatným podmínkám v nemocnicích, nejčastěji to byly porodní sály pro více rodiček. Postupem času se ve studiích ukázalo, že znojemští rodiče měli pravdu, a potvrdil se tak pozitivní vliv na průběh porodu při přítomnosti otce (Štembera, 2016).

Role otců u porodu je žádoucí, ale mnohdy i nedoceňovaná. Pro mnoho mužů je porod velice stresující událost, a proto mívá i negativní následky, ty by měly zmírnit porodní asistentky, a to pomocí vhodně podaných informací. Je důležité, aby nastávající tatínci věděli, že jsou u porodu důležití a prospěšní jak pro partnerku, tak i pro novorozené dítě. Podpora otce na porodním sále, během porodu, ale i na oddělení šestinedělí je velice žádoucí, přirovnává se k jednomu z nejdůležitějších faktorů, které napomáhají k úspěšnému kojení (Brown, 2014).

Mezi dítětem a otcem vzniká speciální vztah při prvním kontaktu, který má prospěšný vliv na jeho pocity a vnímání po porodu. Tento vztah je velice důležitým okamžikem, je to chvíle, kdy se z muže stává otec. Díky společné domácnosti je kůže otce a matky téměř shodná. Z tohoto důvodu je podpora bondingu po porodu s otcem žádoucí, a to hlavně v době, kdy nelze provádět bonding u ženy. Kontakt probíhá stejně jako u matky, tedy přiložením nahého novorozence na nahou pokožku otce (Modrý koník, 2018).

1.9.2 Žena v šestinedělí

V období šestinedělí dochází u ženy k výrazným fyzickým i psychickým změnám, přičemž tělo i mysl jsou vystaveny značné zátěži. Během této doby probíhají v těle ženy tzv. involuční procesy, kdy se jednotlivé orgány, zejména v oblasti genitálního ústrojí, postupně navracují do stavu před těhotenstvím. Výjimku tvoří prsní žlázy, které naopak procházejí progresivními změnami v souvislosti s nástupem laktace. Žena vstupuje do nové životní role – mateřství – která představuje zásadní životní změnu. Samotný porod bývá intenzivní, emocionálně nabitou událostí, po níž se mohou u ženy objevit smíšené pocity, ty významně ovlivňují její psychický stav a někdy mohou vést i k psychickým obtížím (Dušová et al., 2019).

V období po porodu, zejména během šestinedělí, může docházet ke změnám v psychickém stavu ženy. Více než polovina žen zažívá takzvané poporodní blues, tedy lehkou subdepresivní epizodu, která se objevuje mezi třetím a šestým dnem po porodu a sama odeznívá přibližně do deseti dnů. Přesná příčina tohoto stavu zatím není zcela objasněna, nicméně existují rizikové faktory, mezi které patří například výrazné obavy z porodu, emoční nestabilita, napětí v partnerském vztahu nebo neplánované těhotenství. Nejčastěji bývají postiženy ženy, které rodí poprvé. Mezi běžné příznaky patří podrážděnost, poruchy chuti k jídlu, nespavost nebo zrychlený srdeční tep. Je důležité, aby žena při propuštění z porodnice obdržela informace o možném výskytu těchto potíží. V případě, že symptomy přetrvávají více než dva týdny, měla by žena vyhledat odbornou psychologickou či psychiatrickou pomoc (Šebela, 2021).

Kromě poporodního blues se v období šestinedělí mohou objevit i závažnější psychické poruchy. Jednou z nich je poporodní deprese, která se obvykle začíná projevovat až po druhém týdnu po porodu a postihuje přibližně 10–15 % rodiček. Častými projevy jsou pocity úzkosti, výrazná únava, emoční nestabilita, nedostatek životní energie, obavy či vznik fobií. Tyto obtíže mohou vést k tomu, že žena postupně ztrácí schopnost adekvátně se starat o své novorozené dítě (Dušová et al., 2019).

Další, i když vzácnější, komplikací je poporodní psychóza, která se vyskytuje přibližně u 0,1 % žen po porodu. Poporodní psychóza se zpravidla objevuje krátce po porodu, výjimečně se může rozvinout i během několika týdnů. Typickými příznaky bývají psychická nevyrovnanost, nadměrná citlivost, poruchy spánku, problémy v komunikaci, halucinace a intenzivní pocity úzkosti. V případě jejího výskytu je nezbytné, aby žena co nejdříve vyhledala odbornou psychiatrickou pomoc a zahájila farmakologickou léčbu. U těžších forem může dojít až k rozvoji sebevražedných tendencí, a proto je v takových případech nutná hospitalizace (Úsměv mámy, 2020).

Nelze předpokládat, že každé období šestinedělí proběhne bez komplikací. Klíčovým faktorem v prevenci závažnějších stavů je jejich včasné rozpoznání, správná diagnóza a následné nasazení adekvátní léčby. Významnou roli zde hraje i prevence a edukace rodiček ze strany zdravotnického personálu (Procházka, 2020).

1.10 Poporodní separace a její důsledky

K oddělení matky a novorozence bezprostředně po porodu dochází nejčastěji v případech porodu císařským řezem. Nicméně i při vaginálním porodu bývá běžné, že je dítě ihned po přestřížení pupeční šňůry odneseno k poporodnímu vyšetření, čímž je narušen průběh raného kontaktu mezi matkou a dítětem. V některých zařízeních je po počátečním ošetření novorozenec vrácen na tělo matky a dochází k podpoře kontaktu „skin-to-skin“, i přes to stále existují porodnice, kde je dítě po porodu ihned vykoupáno a následně pevně zavinuto do deky (Mrowetz, Chrástilová a Antalová, 2011).

Předčasné ukončení kontaktu kůže na kůži, například kvůli časnému koupání, může vést k podchlazení dítěte, odstranění ochranného mázku a mateřských bakterií, což zvyšuje riziko nozokomiální infekce. Také tím může být narušen přirozený plazivý reflex novorozence. Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby bylo prvotní ošetření novorozence prováděno ideálně přímo na těle matky a běžnou separaci dítěte od matky označuje za nevhodný a potenciálně škodlivý postup. Jednou z překážek realizace kontakt skin-to-skin bývá nízké povědomí a neochota personálu opustit dlouhodobě zažitou rutinu. Přesto je nezbytné zdůraznit význam prvních společně strávených hodin po porodu, kdy se formuje počáteční vztah mezi matkou a dítětem. Komfort personálu či tradiční pracovní postupy by neměly být překážkou v realizaci bondingu. Naopak, zdravotníci by měli aktivně vytvářet podmínky, které tento proces podpoří, a poskytnout matkám plnou podporu při navazování kontaktu s novorozencem (Mazúchová et al., 2016).

Výzkumy ukazují, že absence kontaktu kůže na kůži mezi matkou a novorozencem negativně ovlivňuje hormonální reakce v těle ženy po porodu. Dochází k nedostatečné stimulaci uvolňování oxytocinu a může vést k obtížnějšímu navazování citového vztahu k dítěti, zároveň zvyšuje riziko

vzniku poporodních potíží. V těchto situacích dochází ke zvýšené produkci stresových hormonů, to může přispívat k rozvoji úzkostných stavů nebo depresivních symptomů. Matky, které nemají možnost provedení této techniky bezprostředně po porodu, mohou mít potíže s přijetím nové životní role, hůře navazují kontakt se svým dítětem a častěji pociťují selhání či nejistotu ve svých mateřských povinnostech (Mrowetz a Peremská, 2013).

Oddělení novorozence od matky nepředstavuje pro dítě pouze narušení citového kontaktu, ale může mít i konkrétní fyziologické dopady. Reakce dítěte na separaci lze přirovnat k abstinenčním projevům. Typickou odpovědí na odloučení jsou dvě fáze. V první, tzv. protestní fázi, dítě reaguje intenzivním pláčem – voláním o pozornost a pomoc. Tímto způsobem signalizuje základní potřeby, jako je potřeba bezpečí, tepla a přísunu potravy, které mu poskytuje blízkost matky. Výzkumy ukazují, že novorozenci, kteří nejsou v těsném kontaktu s rodičem, pláčou přibližně desetkrát častěji než ti, kteří jsou u matky. Takto intenzivní a dlouhotrvající pláč může mít negativní důsledky – může ovlivnit dýchací funkce, zvýšit intrakraniální tlak a způsobit nadměrné vyplavování stresových hormonů. Pokud separace trvá delší dobu, dítě často přechází do fáze rezignace. V tomto stádiu ustává pláč, dítě se zklidňuje, avšak ztrácí zájem o okolí a přestává aktivně reagovat. Tato reakce má v přírodě ochrannou funkci – snížení aktivity může minimalizovat riziko odhalení predátorem. Zároveň dochází k poklesu tělesné teploty, srdeční frekvence i energetického metabolismu. Novorozenci, kteří byli delší dobu odděleni od svých rodičů, mohou vykazovat známky hypotermie, bradykardie či hypoglykémie. Tyto jevy lze pozorovat například u dětí vyrůstajících v ústavní péči. Zatímco krátkodobé odloučení nemusí mít závažné následky, dlouhodobá separace vedoucí k projevům zoufalství může negativně ovlivnit psychický vývoj dítěte a zanechat trvalé stopy (Rašmanová a Janovičová, 2014).

Nejúčinnějším způsobem, jak předejít negativním dopadům spojeným s oddělením novorozence od rodiče, je prevence této separace. Pokud z nějakého důvodu není možný bezprostřední kontakt matky s dítětem, lze provést dvouhodinový kontakt kůže na kůži s jinou blízkou osobou, nejčastěji otcem. Toto zastoupení pomáhá zmírnit stres u novorozence a podporuje vytváření vazby. Pokud kontakt s dítětem není možný ihned po porodu, lze bonding realizovat i později formou tzv. klokánkování, tedy dodatečného kontaktu kůže na kůži, který má rovněž pozitivní vliv na vztahovou vazbu mezi matkou a dítětem. Klíčovým předpokladem pro vznik a rozvoj tohoto pouta je především psychická stabilita ženy (Rašmanová a Janovičová, 2014).

2 Výzkumná část

Tato část bakalářské práce se zaměřuje na zpracování a analýzu dat. Data byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření. Výzkumná část zahrnuje cíle bakalářské práce, výzkumné otázky a výsledky získané pomocí dotazníkového šetření.

2.1 Cíle a výzkumné otázky

Výzkumná část má dva cíle:

1. Zjistit, jak probíhá bonding na porodním sále.
2. Zpracovat informační leták pro nastávající rodiče, zaměřený na průběh bondingu.

Dle stanovených cílů jsou zformulovány výzkumné otázky:

1. Jsou rodiče spokojeni s bondingem na porodním/ operačním sále?
2. Respektuje zdravotní personál přání rodičky o bondingu na porodním/ operačním sále?
3. Jakým způsobem proběhlo první ošetření novorozence po porodu?

2.2 Metodika výzkumu

K získání dat do bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření, konkrétně formou anonymních dotazníků, které byly vytvořeny přímo pro účely tohoto výzkumu. Na začátku dotazníku byly ženy informovány o účelu sběru dat. Dotazník obsahuje celkem 16 otázek, z nichž je 12 otázek uzavřených a 4 polootevřené. Ve všech otázkách mohli respondenti vybrat pouze jednu správnou odpověď.

2.3 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum byl zvolen pro rodiče, především ženy po porodu. Dotazník byl distribuován na oddělení šestinedělí v Nemocnici Jihlava p.o. anebo formou elektronického dotazníku. Dotazníky byly vyplňovány anonymně a dobrovolně. V případě, že dotazníky byly vyplněny v nemocnici, byly odevzdány při propuštění z oddělení. Celkem dotazník vyplnilo 100 žen – z toho 50 v papírové formě a 50 v elektronické formě.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal na oddělení šestinedělí v jihlavské nemocnici od 10.1.2025 do 10.4.2025, souběžně byl rozeslán vhodným respondentkám elektronickou formou. Po domluvě s příslušnými osobami byly dotazníky vytvořeny a následně předány na oddělení šestinedělí v nemocnici Jihlava. Celkem bylo rozdáno 100 anonymních dotazníků, vrácených a vyplněných dotazníků se vrátilo 50, tedy úspěšnost vrácení byla 50 %.

2.5 Zpracování získaných dat

Data jsou zpracována pomocí kancelářského softwaru Microsoft Office Word 2007 pro psaný text i pro tvorbu tabulek. Získané data jsou zpracována v tabulkách v relativních (procentuálních) četnostech.

2.6 Analýza výsledků

1. Otázka: Kolik Vám je let?

Tabulka 1: Věk

věk	Počet respondentek	Počet respondentek v %
15-20	3	3 %
21-30	44	44 %
31 a více	53	53 %

Zdroj: Vlastní zdroj

První otázka se zaměřovala na věkovou kategorii respondentek, která je zaznamenána v tabulce č. 2. Nejvíce zastoupen byl věk nad 31 let a to 53 ženami (53 %), Věk 21–30 byl zastoupen 44 ženami (44 %). Méně zastoupenou skupinou byly ženy ve věku 15–20 a to konkrétně 3 respondentkami (3 %).

2. Otázka: Rodila jste?

Tabulka 2: Mechanismus porodu

Mechanismus porodu	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Vaginálně	81	81 %
Císařským řezem	16	16 %
Vaginální operační porod (kleště, VEX)	3	3 %

Zdroj: Vlastní zdroj

V tabulce č. 2 můžeme vidět údaje týkající se mechanismu porodu respondentek. Nejvíce zastoupenou skupinou byly ženy s vaginálním porodem v počtu 81 respondentek (81 %). Druhý nejpočetnější mechanismus byl císařský řez, který podstoupilo 16 dotazovaných (16 %). Nejméně zastoupený byl vaginální operační porod s 3 respondentkami (3 %).

3. Otázka: Váš porod probíhal bez komplikací?

Tabulka 3: Komplikace

Porod bez komplikací	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	50	50 %
Spíš ano	24	24 %
Nevím	5	5 %
Spíše ne	11	11 %
Ne	10	10 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Další otázka se týkala komplikací během porodu. Nejvíce žen uvedlo, že jejich porod byl bez komplikací a to činilo 50 %. Spíše bez komplikací bylo 24 % dotazovaných. Ženy, které měly spíše nějaké komplikace bylo 11 %. Respondentek, které měly komplikace bylo 10 %. Nejméně bylo dotazovaných, které nevěděly, zda se u nich vyskytly komplikace a to v 5 %.

4. Otázka: Byla jste spokojená s bondingem na porodním sále/ operačním sále?

Tabulka 4: Spokojenost s bondingem

Spokojenost	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	60	60 %
Spíše ano	21	21 %
Nevím	6	6 %
Spíše ne	11	11 %
Ne	2	2 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Tabulka č. 4 ukazuje, zda ženy byly spokojeny bondingem na sále. Nejvíce dotazovaných uvedlo, že spokojené byly, tento počet činil 60 %. Ty, co byly spíše spokojené byly ve 21 %. Spíše nespokojené byly ženy v 11 %. V 6 % respondentky odpověděly, že nevědí. Nejméně bylo žen, které spokojené nebyly vůbec a to ve 2 %.

5. Otázka: Měla jste sepsané porodní přání?

Tabulka 5: Porodní přání

Porodní přání	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	20	20 %
Ne	80	80 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Součástí výzkumu byla otázka o porodním přání. Nejvíce početnou skupinou byly ženy, které porodní přání sepsané neměly a to 80 žen (80 %). Respondentek, které porodní přání měly sepsané bylo 20 (20 %).

6. Otázka: Bylo Vaše porodní přání respektováno zdravotním personálem?

Tabulka 6: Respektování porodního přání

Respektování porodní přání	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	45	45 %
Spíše ano	10	10 %
Nevím	12	12 %
Spíše ne	8	8 %
Ne	3	3 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Další otázkou bylo respektování porodního přání. Ve 45 % ženy uvedly, že porodní přání bylo respektováno. Žen, u kterých přání bylo spíše respektováno je 10 %. Ve 12 % respondentky odpověděly, že neví. Spíše nerespektované přání bylo 8 % žen. Pouze ve 3 % porodní přání nebylo respektováno vůbec.

7. Otázka: Byla jste dostatečně informovaná o tom, co vše bude prováděno s novorozencem při jeho prvním ošetření?

Tabulka 7: Informovanost o prvním ošetření

Informovanost o prvním ošetření	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	60	60 %
Spíše ano	14	14 %
Nevím	5	5 %
Spíše ne	16	16 %
Ne	5	5 %

Zdroj: Vlastní zdroj

V tabulce č. 7 vidíme údaje o tom, zda byly respondentky dostatečně informovány o prvním ošetření novorozence. V 60 % ženy byly dostatečně informovány. Následovala odpověď, kde ženy spíše nebyly informovány a to v 16 %. Spíše informované respondentky byly ve 14 %. Odpovědi žen, které nevěděly a které byly nedostatečně informované byly vyrovnané a to obě v zastoupení 5 %.

8. Otázka: První ošetření novorozence po porodu bylo provedeno:

Tabulka 8: Provedení prvního ošetření

Provedení prvního ošetření	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Přímo na mém těle, bez odnesení dítěte	25	25 %
Dítě bylo odneseno a ošetřeno ve stejné místnosti, kde jsem byla já	68	68 %
Dítě bylo odneseno a ošetřeno v jiné místnosti, než jsem byla já	7	7 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Dle údajů v tabulce č. 8 lze zjistit, kde bylo provedeno první ošetření novorozence. Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo ošetření mimo ženu, ale ve stejné místnosti a to u 68 respondentek (68 %). Ošetření na těle matky bylo u 25 dotazovaných (25 %). Případů, kdy bylo dítě ošetřeno v jiné místnosti bylo 7 (7 %).

9. Otázka: Vaše dítě Vám bylo odebráno i k jiným intervencím než k prvnímu ošetření, během prvních 2 hodin po porodu na porodním sále?

Tabulka 9: Jiné intervence než první ošetření

Jiné intervence	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	21	21 %
Ne	74	74 %
Nevím	5	5 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Tabulka č. 9 ukazuje, zda byl novorozenec odebrán k jiným intervencím, než je první ošetření. U 74 % dotazovaných bylo provedeno pouze první ošetření. Žen, kterým bylo dítě odebráno i k jiné intervenci bylo 21 %. Pouze v 5 % procentech respondentky nevěděly.

10. Otázka: Po jak dlouhé době jste měla své dítě opět u sebe? (Odpovídejte v případě, že jste v předchozí otázce odpověděla ano)

Tabulka 10: Vrácení dítěte

Vrácení dítěte	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Do 10 minut	12	12 %
Do 20 minut	10	10 %
Déle (doplňte)	10	10 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Další otázka se týkala vrácení dítěte k matce. Dotazované odpověděly ve 12 %, že jim dítě bylo vráceno do 10 minut. Do 20 minut bylo dítě vráceno v 10 %. Po delší době, než je 20 minut byl novorozenec vrácen také v 10 %.

11. Otázka: Ovlivnilo Vás nějak to, že Vám bylo dítě odebráno?

Tabulka 11: Vliv odebrání dítěte

Vliv odebrání	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano, jak?	10	10 %
Nevím	20	20 %
Ne	54	54 %

Zdroj: Vlastní zdroj

V tabulce č. 11 se dozvídáme, zda matky byly ovlivněny odebráním jejich dítěte. Respondentek, které nebyly ovlivněny odebráním bylo 54 %. V následujících 20 % ženy neví, zda byly ovlivněny. Žen, které ovlivněny byly je méně a to 10 %.

12. Otázka: Pokud bylo dítě po celou dobu s Vámi:

Tabulka 12: Uložení dítěte

Uložení dítěte	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Dítě jsem měla po celou dobu u sebe na hrudi	46	46 %
Dítě bylo u partnera	24	24 %
Dítě bylo v postýlce	9	9 %
Jiná možnost	21	21 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Tabulka č. 12 ukazuje, kde bylo dítě uloženo v prvních 2 hodinách po porodu. Nejvíce respondentek odpovědělo, že jejich dítě bylo u nich na hrudi, tato část činila 46 %. U partnera bylo dítě ve 24 %. V postýlce byl novorozenec uložen v 9 %. Jinou možnost zvolilo 21 % dotazovaných, nejčastěji to byla kombinace předchozích odpovědí.

13. Otázka: Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt matky a dítěte hned po porodu je důležitý?

Tabulka 13: Důležitost bondingu

Důležitost bondingu	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	65	65 %
Spíše ano	25	25 %
Nevím	9	9 %
Spíše ne	1	1 %
Ne	0	0 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Dle údajů v tabulce č. 13 respondenty odpovídaly na otázku důležitosti bondingu. Ze 100 dotázaných žen jich 65 (65 %) uvedlo, že bonding je důležitý. Dotazovaných, které považují bonding za spíše důležitý bylo 25 (25 %). Žen, které nevěděly, bylo 9 (9 %). Jedna dotazovaná (1 %) považuje bonding za spíše nedůležitý. Žádná z dotazovaných neodpověděla, že by bonding byl nedůležitý, tedy 0 %.

14. Otázka: Byl Vám po porodu nabídnut zdravotním personálem pokoj, ve kterém s vámi mohl být i otec dítěte („rodinný pokoj“)?

Tabulka 14: Rodinný pokoj

Rodinný pokoj	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	52	52 %
Nevím	8	8 %
Ne	40	40 %

Zdroj: Vlastní zdroj

V další otázce byly ženy tázány, zda jim byl nabídnutý rodinný pokoj. Nejvíce respondentek odpovědělo, že jim byl nabídnutý pokoj a to v 52 %. Tento pokoj nebyl nabídnut ženám ve 40 %. Následujících 8 % dotazovaných neví, zda jim pokoj personál nabízel.

15. Otázka: Byla jste dostatečně informována dětskými sestrami o zásadách správného kojení (např.: jak často kojít, význam kojení, správné polohy při kojení, správná hygiena...)?

Tabulka 15: Informovanost o kojení

Informovanost o kojení	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	46	46 %
Spíše ano	35	35 %
Nevím	3	3 %
Spíše ne	12	12 %
Ne	4	4 %

Zdroj: Vlastní zdroj

V tabulce č. 15. můžeme vidět, zda byly ženy dostatečně informované o zásadách správného kojení. Respondentky v 46 % byly dostatečně informované. 35 % žen odpovědělo, že byly spíše informované. Spíše nedostatečně informované byly ženy ve 12 %. Ve 4 % ženy odpověděly, že byly málo informované. Zbýlé 3 % dotazovaných odpovědi, že neví, zda byly dostatečně informovány.

16. Otázka: Bylo dítě po celou dobu pobytu v nemocnici s vámi?

Tabulka 16: Rooming – in

Rooming – in	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Ano	81	81 %
Ne, z jakého důvodu	19	19 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Z celkového počtu 100 (100 %) žen, odpovědělo 81 (81 %), že po celou dobu hospitalizace bylo jejich dítě s nimi na pokoji. 19 (19 %) respondentek označily odpověď, že s nimi dítě nebylo po celou dobu.

2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Jsou rodiče spokojeni s bondingem na porodním/ operačním sále?

Tabulka 17: Spokojenost s bondingem

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	60	60 %
Spíše ano	21	21 %
Nevím	6	6 %
Spíše ne	11	11 %
Ne	2	2 %

Zdroj: Vlastní zdroj

K první výzkumné otázce se vztahovala otázka č. 4 z dotazníkového šetření. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že většina respondentek byla s bondingem na porodním nebo operačním sále spokojena. Celkem 60 (60 %) žen uvedlo, že byly spokojené, a dalších 21 (21 %) uvedlo, že byly spíše spokojené. To znamená, že celkem 81 % žen hodnotí bonding pozitivně. Naopak pouze malá část respondentek vyjádřila nespokojenost. Konkrétně 11 (11 %) odpovědělo, že spíše nejsou spokojené a jen 2 (2 %) ženy byly vyloženě nespokojené. Neutrální postoj či nejistotu vyjádřilo 6 (6 %) žen, které odpověděly, že neví. Z výsledků tedy vyplývá, že bonding je vnímán převážně pozitivně, protože 81 % respondentek bylo spokojeno nebo spíše spokojeno s tím, jak bonding na porodním či operačním sále probíhal. Pouze 13 % žen vyjádřilo určitou nespokojenost nebo nejistotu. Tyto výsledky ukazují na relativně dobrou úroveň poskytování péče v oblasti kontaktu matky a dítěte po porodu.

Výzkumná otázka č. 2: Respektuje zdravotní personál přání rodičky o bondingu na porodním/ operačním sále?

Tabulka 18: Sepsané porodní přání

Porodní přání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	20 %
Ne	80	80 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Tabulka 19: Respektování porodního přání zdravotním personálem

Respektování porodní přání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	45 %
Spíše ano	10	10 %
Nevím	12	12 %
Spíše ne	8	8 %
Ne	3	3 %

Zdroj: Vlastní zdroj

K výzkumné otázce č. 2 se vztahovaly otázky č. 5 a 6 z dotazníkového šetření. Na základě výsledků uvedených v tabulce č. 18 bylo zjištěno, že pouze 20 ze 100 dotazovaných žen mělo předem sepsané porodní přání. Zbýlých 80 žen uvedlo, že porodní přání sepsané neměly vůbec anebo se pouze ústně domluvily se zdravotním personálem na porodním sále. Tabulka č. 19 ukazuje, zda bylo porodní přání respektováno zdravotním personálem, ať už u žen, které ho měly sepsané, tak u žen, které ho pouze vyslovily. Přání bylo plně respektováno u 45 % respondentek u dalších 10 % bylo přání také spíše respektováno. Ve 12 % ženy nevěděly, zda jejich přání bylo respektováno. Pouze zlomek žen nebylo spokojeno s respektováním porodního přání. 8 % žen bylo částečně nespokojený. Pouze u 3 ze 100 (3 %) respondentek porodní přání nebylo respektováno.

Výzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem proběhlo první ošetření novorozence po porodu?

Tabulka 20: Informovanost žen o prvním ošetření

Informovanost o prvním ošetřením	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	60	60 %
Spíše ano	14	14 %
Nevím	5	5 %
Spíše ne	16	16 %
Ne	5	5 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Tabulka 21: Provedení prvního ošetření

Provedení prvního ošetření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přímo na mém těle, bez odnesení dítěte	25	25 %
Dítě bylo odneseno a ošetřeno ve stejné místnosti, kde jsem byla já	68	68 %
Dítě bylo odneseno a ošetřeno v jiné místnosti, než jsem byla já	7	7 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Tabulka 22: Provedení jiných intervencí

Jiné intervence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	21 %
Ne	74	74 %
Nevím	5	5 %

Zdroj: Vlastní zdroj

Ke třetí výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 7, 8 a 9 z dotazníkového šetření. Na základě dotazníkového šetření lze konstatovat, že většina respondentek měla určitou míru informovanosti o prvním ošetření novorozence. Konkrétně 60 (60 %) žen uvedlo, že byly informovány, a dalších 14 (14 %) odpovědělo spíše ano. Naopak 16 (16 %) respondentek odpovědělo spíše ne a 5 (5 %) žen odpovědělo ne. Dalších (5) 5 % žen uvedlo, že neví. Celkem tedy 74 % respondentek vnímá, že byly o průběhu prvního ošetření alespoň částečně informovány. Z tabulky č. 21 je zřejmé, že pokud jde o samotné provedení prvního ošetření novorozence, tak pouze 25 (25 %) žen uvedlo, že ošetření proběhlo přímo na jejich těle bez odnesení dítěte. Větší část respondentek, a to 68 (68 %) uvedlo, že dítě bylo odneseno, ale ošetření proběhlo ve stejné místnosti. Zbýlých 7 (7 %) žen uvedlo, že dítě bylo ošetřeno v jiné místnosti, než ve které se nacházely. V souvislosti s dalšími zásahy či intervencemi během nebo po ošetření novorozence 21 (21 %) respondentek potvrdilo, že k jiným intervencím došlo.

Naopak větší část a to 74 (74 %) uvedlo, že nikoliv, a zbylých 5 (5 %) si nebyly jisté. Z výsledků vyplývá, že většina žen byla alespoň částečně informována o prvním ošetření novorozence (74 %), a že ve většině případů (68 %) proběhlo ošetření ve stejné místnosti jako matka, avšak bez přímého kontaktu tělo na tělo. Pouze čtvrtina žen (25 %) zažila bezprostřední ošetření novorozence na vlastním těle, což může svědčit o omezeném využívání tohoto postupu.

3 Diskuse

Hlavním cílem práce je zjistit jakým způsobem probíhá bonding na porodním sále, zda ženy byly spokojeny s bondingem a jak moc byly informovány personálem. Pro dosažení tohoto cíle byly vytvořeny tři výzkumné otázky. Výsledky tohoto výzkumu byly porovnány s výsledky jiných bakalářských prací.

Výzkumná otázka č. 1: Jsou rodiče spokojeni s bondingem na porodním/ operačním sále?

V rámci první výzkumné otázky, která se zaměřovala na spokojenost rodičů s bondingem na porodním/ operačním sále se vztahovala otázka č. 4. Z výsledků uvedených v tabulce č. 17 vyplývá, že většina maminek je s bondingem na porodním sále opravdu spokojená – 60 % udaly, že s bondingem byly spokojené a dalších 21 % bylo spíše spokojených. Přesto mě zaujalo, že takhle subjektivní spokojenost nemusí vždy odpovídat tomu, jak dlouho a jak nepřerušeně kůže na kůži kontakt skutečně probíhal.

Šefčíková (2010) ve svém výzkumu dokazuje, že v jejím vzorku více než třetina žen v prvních dvou hodinách po porodu žádný nepřerušovaný bonding nezažila – buď šly na vážení, ošetření nebo další vyšetření. A co víc, u císařského řezu měla tento kontakt nepřerušovaný jen 2 % matek. To ukazuje, že i když maminky v dotazníku cítí spokojenost, realita na místě může být někdy trochu jiná.

Podle Šárky Silákové (2014) se to v různých krajích liší ještě víc – ve Zlíně mělo dítě hned na kůži 54 % žen, zbytek ho dostal až po krátkém ošetření, a 8 % ho vůbec neměla. V sousedním Jihomoravském kraji to bylo ještě méně – jen 16 % matek si užilo okamžitý nepřerušovaný skin-to-skin kontakt.

Zajímavé je i zjištění Martiny Pokojové (2017), která ve své plzeňské práci popsala, že zdravotní personál se snaží, ale doopravdy záleží na konkrétním týmu a na tom, jak jsou v porodnici nastavené procesy. V některých nemocnicích bonding funguje téměř bez výpadků, jinde se zase občas přeruší, protože miminko potřebuje krátké ošetření nebo mu jsou měřeny životní funkce.

Celkově lze vidět, že maminky si bonding zaslouží a oceňují ho, ale abychom jim dopřáli ten úplně nejlepší start, je potřeba procesy ještě lépe nastavit a bedlivě sledovat.

Výzkumná otázka č. 2: Respektuje zdravotní personál přání rodičky o bondingu na porodním/ operačním sále?

Bakalářská práce se soustředila na to, jak zdravotnický personál respektuje porodní přání rodiček, zejména pokud jde o bonding. K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 5 a 6 z dotazníkového šetření. V otázce č. 5 vyplývá, že pouhá jedna pětina maminek, tedy 20 %, si sepsalo porodní přání písemně, zbytek se buď spoléhal na ústní dohodu anebo žádné přání neměly. Otázka č. 6 se zabývá respektováním porodního přání ze strany personálu. V případě sepsaného, ale i vyřčeného přání, bylo plně respektováno jen u 45 % žen, u dalších 10 % „spíše respektováno“, a 3 % respondentek uvedly, že jejich požadavkům vůbec nevyhověli.

Podobný vzorec se objevuje i v práci Ožanové (2019), která srovnávala dvě české porodnice. Tam, kde měl proces sepisování a konzultování plánů jasnou podporu, bylo uspokojeno až 75 % maminek, zatímco v místech bez jednotného protokolu pocit respektu výrazně klesal. To potvrzuje, že systematický přístup k porodním plánům může zvýšit šanci na to, aby maminky své přání opravdu prožily.

Korábová & Masopustová (2018) pak ukazují, že „lékařsky akceptovatelné“ body plánů, jako vyhnutí se epiziotomii, dodrží personál téměř vždy, ale u složitějších či méně obvyklých požadavků (např: časování kontaktu skin-to-skin, nadstandardní doprovod apod.) už respektování kolísá. To odpovídá mému zjištění, že největší problém je u detailů spojených s bondingem.

Koskové (2021) ve svém výzkumu potvrzuje, že jednoduchá přání mají šanci být splněna snáze – všichni rodiče si mohli přivést partnera k porodu, ale „bez studentů“ bylo plně respektováno jen u 52 % maminek. Lze zaznamenat, že méně standardní body porodních přání se často odvíjí na vůli konkrétního zdravotního personálu a provozních možnostech oddělení.

Výzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem proběhlo první ošetření novorozence po porodu?

Výzkum bakalářské práce ukázal, že první ošetření novorozence proběhlo přímo na těle matky pouze u čtvrtiny žen (25 %), zatímco u většiny (68 %) bylo dítě odneseno od matky, ale bylo ponecháno ve stejné místnosti a až tam se ošetřovalo. To potvrzuje, že provedení osušení a základní péče na matčině břiše bez přerušení kontaktu mezi matkou a dítětem je v praxi spíše výjimkou.

Siláková (2014) ve Zlínském kraji dokládá, že okamžitý skin-to-skin kontakt bývá velice často omezený. U 54 % respondentek bylo dítě bezprostředně na kůži ještě před ošetřením, u zbylých dotazovaných žen bylo dítě prvně ošetřeno a zváženo. To se ztotožňuje s daty z mého výzkumu, kdy personál ve většině případů nejprve provádí základní měření a až pak vrací novorozence k mamince.

Pokojová (2017) ve své bakalářské práci upozorňuje, že pořadí a způsob prvního ošetření hodně závisí zvyklostech dané porodnice a zdravotního personálu. Stejně jako v ostatních výzkumech se i zde dobíráme stejného výsledku. Nejprve bývá novorozenec odnesen k vyšetření, a teprve potom je přiložen k matce, což prodlužuje dobu bez kontaktu kůže na kůži. To přesně vystihuje, proč v mé studii 68 % žen zažilo ošetření mimo své tělo, i když ve stejné místnosti.

Ve výzkumu Sklenářové (2017) můžeme vidět, že v 52,4 % bylo dítě po dobu několika minut položeno na matčinu hrud'. V nadpoloviční většině bylo uvedeno, že dítě bylo během prvních dvou hodin po porodu po celou dobu s matkou. Totéž potvrzují data z mého výzkumu, kdy taktéž v nadpoloviční většině (74 %) dítě nebylo odneseno k jiným intervencím než poporodní ošetření, a tak bylo neustále s matkou na pokoji.

Když se podaří skutečně nastolit jednotlivé kroky bezprostřední péče matčině hrudi, podpoříme fyziologickou adaptaci novorozence i jeho ranou emocionální vazbu s matkou.

4 Doporučení pro praxi

Na základě poznatků výzkumu by bylo vhodné na porodním sále a na oddělení šestinedělí se zaměřit na minimalizování zbytečné separace dítěte od matky a zajistit nepřerušovaný kontakt kůže na kůži po dobu minimálně dvou hodin po porodu. První ošetření novorozence jako je ošetření pupečního pahýlu, kontroly barvy kůže a tonusu, lze provést na hrudi matky bez toho, aby se dítě odnášelo z jejího dosahu. Zbýlé vyšetření jako je vážení a měření dítěte mohou být odloženy až po proběhlém dvouhodinovém bondingu.

Z práce vyplývá, že by bylo vhodné zajistit opakované školení, v oblasti správného provedení poporodního bonding, u zdravotního personálu, který ošetřuje novorozence po porodu. Zejména bych se více zaměřila na starší personál, který má zažitě jiné postupy. Věřím, že nejlepší formou školení byla edukace doprovázená nácvikem. Rovněž by bylo dobré zavedení kontrol o tom probíhá bonding na porodním sále.

Edukovat by se neměl pouze zdravotní personál ale i nastávající rodiče. Bylo by dobré, aby si rodičky s sebou do porodnice donesly svůj porodní plán a v něm upřesnit jakým způsobem by chtěly, aby u nich bonding probíhal. Následně nejlépe ještě při registraci, by tento plán měli spolu se zdravotním personálem projít, upřesni si detaily a říct si, zda je to reálné.

Tato doporučení by měla pomoci prolomit zastaralé rutiny bondingu, zvýšit spokojenost rodiček, a především podpořit prvotní kontakt a tvorbu společného pouta mezi matkou/ otcem a dítětem.

5 Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na bonding na porodním sále z pohledu rodičů. Bonding představuje základ poporodní péče, jehož význam přesahuje momentální emoční prožitek matky či dítěte. Kontakt „kůže na kůži“ bezprostředně po porodu spouští uvolňování oxytocinu, hormonu lásky, který podporuje nejen okamžité zklidnění novorozence, ale také jeho termoregulaci a stabilizaci srdečního rytmu. Díky této fyziologické podpoře má dítě lepší šanci rychleji se adaptovat na vnější prostředí a samostatně navázat první přísátí k prsu, což zvyšuje pravděpodobnost úspěšného a dlouhodobého kojení. U matky naopak oxytocin snižuje poporodní krvácení a přispívá k lepší psychické pohodě, snižuje riziko poporodní deprese a posiluje emocionální pouto s dítětem. Ve své práci jsem se tak věnovala jak současnému stavu problematiky, tak výzkumnému zkoumání tohoto tématu.

Na začátku jsem se věnovala současnému stavu problematiky, který byl zaměřen na historii bondingu, bondingu a témat, které se k němu vztahují a zaměřila jsem se také na poporodní separaci a její důsledky. Tím jsem vytvořila část, která by měla pomoci k lepšímu pochopení co to vlastně bonding je, jak vzniknul a proč je tak důležitý. Každá kapitola obsahuje důležité informace ohledně bondingu.

Výzkumná část této práce se zaměřila na zpracování a analýzu dat. Tyto data jsem získala prostřednictvím dotazníkového šetření. Pro tento výzkum byla využita kvantitativní metoda, která obsahovala 16 otázek. Výzkumné šetření proběhlo na oddělení šestinedělí jihlavské nemocnice formou anonymního dotazníku, do něhož se zapojilo 100 respondentek, přičemž 50 % dotazníků bylo vyplněno elektronicky a 50 % v papírové podobě. Cílem práce bylo zjistit, jak probíhá bonding na porodním sále a zpracovat informační leták pro nastávající rodiče, který byl zaměřený na průběh bondingu. Hlavními výzkumnými otázkami byly, zda jsou rodiče spokojeni s bondingem na porodním/ operačním sále, zda respektuje zdravotní personál přání rodičky o bondingu na porodním/ operačním sále a jakým způsobem proběhlo první ošetření novorozence po porodu.

Výsledky výzkumného šetření potvrzují, že bonding není jen otázkou přístupu zdravotnického personálu či emocí na sále, ale stojí na klinických doporučeních. Přerušení či zkrácení nepřerušného skin-to-skin kontaktu může omezit uvolňování oxytocinu, zpomalit zahájení kojení a zvýšit poporodní stres u matky i dítěte. Současně však naše data ukazují, že rodičky vítají jakoukoli formu blízkého kontaktu a vysoká spokojenost často maskuje drobné nedostatky v praxi.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny a také byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky.

Na závěr bych chtěla říct, že tato práce tak podtrhuje klíčovou roli bondingu jako nedílné součásti moderní porodní péče. Téma bylo pro mě velmi zajímavé a obrovským přínosem.

Seznam použité literatury

- ACOG Committee Opinion No. 814: *Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth*. [online]. 2020, č. 814. [cit. 2025-02-15]. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>
- BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Vydání druhé, upravené. Klasici. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-2023-7.
- BROWN, Amy a DAVIES, Ruth. *Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education*. [online]. *Maternal & Child Nutrition*. 2014, roč. 10, č. 4, s. 510-526. ISSN 1740-8695. [cit. 2025-01-20]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4282396/>
- BUCKLEY, Sarah J. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 978-80-7500-164-1.
- DIBBERN, Julia. *Miminka v bezpečí: průvodce pro odvážné rodiče. Šťastné dítě*. Praha: DharmaGaia, 2014. ISBN 978-80-7436-046-6.
- DOKOUPILOVÁ, Milena; FIŠÁRKOVÁ, Barbora; KOKEŠOVÁ, Alena; NOVOTNÁ, Lenka; KOPASOVÁ, Eva et al. *Narodilo se předčasně: průvodce péčí o nedonošené děti*. 2. vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1072-6.
- DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
- Florenc. Online. 2015, roč. 2015, č. 9. 2015. [cit. 2025-03-31]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/9/bonding-od-historie-po-soucasnost/>
- GÖNENÇ, İlknur Münevver; AKER, Menekşe Nazlı a AY, Emel. Qualitative Study on the Experience of Lotus Birth. Online. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal 80 Nursing*. 2019. [online]. [cit. 2025-02-11]. Dostupné z: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(19\)30429-0/abstract](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(19)30429-0/abstract)
- Jemné Zrození: Pět důvodů, proč pokračovat ve společném spaní*. [online]. 2017. [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://jemnezrozeni.cz/2017/09/22/pet-duvodu-proc-pokracovat-ve-spolecnem-spani/>
- KORÁBOVÁ, Iva a MASOPUSTOVÁ, Zuzana. *PORODNÍ PLÁNY: PŘEHLEDOVÁ STUDIE*. [online]. 2018, roč. 12, č. 4. 2018. [cit. 2025-04-20]. Dostupné z: https://e-psycholog.eu/pdf/korabova_masopustova.pdf
- KOSKOVÁ, Kateřina. *Porodní přání z pohledu rodiček*. [online]. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 2021. Dostupné z: <https://theses.cz/id/86a0tt/>.
- LEBOYER, Frédérick. *Porod bez násilí: esej*. Praha: Malvern, 2020. ISBN 978-80-7530-268-7.
- MAZÚCHOVÁ, Lucia; KELČÍKOVÁ, Simona a MASKÁLOVÁ, Erika. *Pediatric pro praxi: Význam podpory bondingu po pôrode pre bezpečnú vzťahovú väzbu medzi matkou a dieťaťom*.

- [online]. 2016. [cit. 2025-04-18]. Dostupné z: <https://pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2021/04/11.pdf>
- MODRÝ KONÍK. *Vztah dítěte a otce: Může tatínek také prožít bonding s miminkem ihned po porodu?*, 2018. [online]. [cit. 2025-01-11]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/blog/redakce/article/bonding-pro-tatinky-4a6z63/>.
- MROWETZ, Michaela; CHRASTILOVÁ, Gauri a ANTALOVÁ, Ivana. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti? Šťastné dítě*. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.
- MROWETZ, Michaela a PEREMSKÁ, Marcela. *Pediatrie pro praxi: Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti?*. [online]. 2016. [cit. 2025-04-18]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>
- Nemocnice Hořovice: *Edukace ke kojení*. [online]. 2024. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: https://www.nemocnice-horovice.cz/data/edukace_kojeni.pdf
- PEDIATRIE PRO PRAXI. *Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče*. 2018. [online]. [cit. 2025-01-11]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2018/01/13.pdf>.
- Penn Medicine Lancaster General Health. *Benefits of Delayed Cord Clamping*. [online]. 2022. [cit. 2025-02-15]. Dostupné z: <https://www.lancastergeneralhealth.org/health-hub-home/motherhood/your-pregnancy/benefits-of-delayed-cord-clamping>
- POKOJOVÁ, Martina. *Bonding na porodním sále*. [online]. *Bakalářská práce*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. 2017. Dostupné z: <https://theses.cz/id/s6posy/>.
- Poradna baba: *Čo je to rooming in starostlivosť?: Nošení dětí v šátku*. [online]. 2023. [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://porodnababa.sk/blog/%C4%8Do-je-to-rooming-in-starostlivos%C5%A5>
- PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-618-4.
- PŘIKRYLOVÁ, Lucie. *První ošetření novorozence v porodnici*. [online]. 2024. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://www.zazrak-zivota.cz/prvni-osetreni-novorozence>
- RAŠMANOVÁ, Miroslava a JANOVIČOVÁ, Gabriela. *Bonding matčina náruč po porode*. 2014. *Ženské kruhy*, 2015. ISBN 978-80-971866-0-9.
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- RUTHERFORD, Gillian. *University of Alberta: 'Milking' umbilical cord before clamping benefits newborns who are not breathing well: study*. [online]. 2023. [cit. 2025-02-15]. Dostupné z: <https://www.ualberta.ca/en/folio/2023/04/milking-umbilical-cord-before-clamping-benefits-newborns.html>
- RYBA, Luděk. *Šance dětem: Nošení dětí v šátku*. [online]. 2019, 2023. [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/noseni-deti-v-satku>

- SEARS, William a SEARS, Martha. *Kontaktní rodičovství: rozumná cesta k pochopení a výchově dětí*. Vydání druhé. Praha: Argo, 2018. ISBN 978-80-257-2449-1.
- SILÁKOVÁ, Šárka. *Bonding – vazba mezi matkou a dítětem*, Zlín, 2014. *Bakalářská práce*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Žárská.
- SKLENÁŘOVÁ, Lenka. *Bonding očima matky dítěte*, Jihlava, 2017. *Bakalářská práce*. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí Mgr. Simona Hájková.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka; ANDRÉSOVÁ, Martina; KADUCHOVÁ, Petra; ROUČOVÁ, Monika a STAROŠTÍKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
- SLEZÁKOVÁ Zdenka, *Bonding matky a novorozence – historické srovnání*, Praha, 2016. *Diplomová práce*. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Radka Dudová, Ph. D.
- Státní zdravotní ústav, Národní komise pro kojení: *Jak úspěšně začít a bez problémů dlouhodobě kojit*. [online]. 2022. [cit. 2025-03-21]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/806-jak-uspesne-zacit-a-bez-problemu-dlouhodobe-kojit>
- ŠEBELA, Antonín. *Perinatal: Poporodní deprese*. [online]. 2021. [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://www.perinatal.cz/pro-zeny/po-porodu/poporodni-deprese>
- ŠEFČÍKOVÁ, Soňa. *Kvalita péče o matku a dítě bezprostředně po porodu*, Zlín, 2010. *Bakalářská práce*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Křemenová
- ŠTEMBERA, Zdeněk. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-500-2.
- Unicef: *Infant and young child feeding*. [online]. 2022. [cit. 2025-02-14]. Dostupné z: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
- UNICEF. *The baby friendly initiative. Skin – to – skin contact*. 2019. [online]. [cit. 2025-04]. Dostupné z: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>.
- Úsměv mámy: *Poporodní psychóza*. [online]. 2020. [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/poporodni-psychoza/>