

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

Ústav porodní asistence

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2016**

**Barbora Králová**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD  
Ústav porodní asistence



Barbora Králová

**Bonding v kontextu s adaptací novorozence**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Barbora Foukalová

Olomouc 2016

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci pod vedením Mgr. Barbory Foukalové vypracovala samostatně a v seznamu uvedla všechny použité bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 29. 4. 2016

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Barboře Foukalové za odborné vedení bakalářské práce, ochotu, trpělivost, připomínky a cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a spolupracovníkům za trpělivost a podporu během celého studia.

# ANOTACE

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Název práce v ČJ:** Bonding v kontextu s adaptačním procesem novorozence

**Název práce v AJ:** Bonding in the context of the newborn adaptation

**Datum zadání:** 2016 – 01 - 24

**Datum odevzdání:** 2016 – 04 – 29

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Králová Barbora

**Vedoucí práce:** Mgr. Barbora Foukalová

**Oponent práce:**

## **Abstrakt v ČJ:**

Přehledová bakalářská práce se zabývá vlivem bondingu na poporodní adaptaci novorozence. První část popisuje bonding, v čem spočívá a jak ho správně provádět u dětí, které přijdou na svět přirozenou cestou, porodem císařským řezem, u předčasně narozených a mrtvorozených dětí. Věnuje se i praxi bondingu v České republice a přístupu porodních asistentek k podpoře rané vazby. Druhá část se zabývá novorozencem, prvním ošetřením na porodním sále a jeho adaptací po porodu. Cílem bylo vyhledat dostupné informace a poskytnout přehled, zda má bonding čili raná vazba mezi matkou a novorozencem vliv na jeho poporodní adaptaci.

## **Abstrakt v AJ:**

This summarizing bachelor work addresses the impact of bonding on the post-natal adaptation of a newborn baby. The first part of my bachelor work describes the main meaning of bonding and how to do it properly with children who were born naturally, by a c-section and with those who were born prematurely and dead. This work is also dedicated to the bonding experience in the Czech Republic and to the approach of midwives to support the early bonding. The second part is dedicated to a newborn, first treatment in the delivery room and to the newborn's adaptation after the delivery. The goal was to research an available

information and to provide an overview of whether the bonding between the mother and the newborn baby has any impact on the newborn baby's post-natal adaptation.

**Klíčová slova v ČJ:** bonding, novorozenec, dítě, porod, vazba, kůže na kůži, adaptace, porodní asistentka

**Key words in English:** bonding, newborn, baby, birth, attachment, skin to skin, adaptation, midwife

**Rozsah:** 46 stran/ 11 příloh

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>1 REŠERŠNÍ ČINNOST.....</b>	<b>10</b>
<b>2 BONDING.....</b>	<b>11</b>
2.1 Historie bondingu .....	11
2.2 Jak správně provádět bonding u spontánního porodu .....	13
2.3 Bonding u porodu císařským řezem .....	14
2.4 Bonding u předčasně narozených dětí .....	14
2.5 Podpora bondingu mrtvého dítěte .....	16
2.6 Bonding v České republice.....	17
2.7 Otec u porodu a bonding .....	19
<b>3 PŘÍSTUP PORODNÍCH ASISTENTEK K BONDINGU .....</b>	<b>21</b>
<b>4 NOVOROZENEC A JEHO ADAPTACE PO PORODU .....</b>	<b>23</b>
4.1 Klasifikace novorozence .....	23
4.2 Hodnocení dle Apgar score .....	24
4.3 Adaptace novorozence.....	25
4.4 První ošetření novorozence na porodním sále.....	27
<b>5 VÝZNAM BONDINGU.....</b>	<b>29</b>
5.1 Význam bondingu pro adaptaci novorozence .....	29
5.2 Význam klokánkování pro předčasně narozené děti .....	31
5.3 Význam bondingu při porodu císařským řezem.....	33
5.4 Význam bondingu pro kojení .....	33
<b>6 SHRUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM.....</b>	<b>35</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....</b>	<b>39</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>45</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>46</b>

# ÚVOD

*„Dítě patří k matce- zdravé či nemocné – živé či mrtvé – dítě patří k rodičům. Všechno je tak prosté, vidět bývá obtížné“.*

*Michaela Mrowetz*

Náruč matky po porodu je pro zdravý vývoj novorozence to nejlepší, co mu můžeme dopřát. Nepřerušovaný a okamžitý kontakt „skin to skin“ (SSC) má mimo psychických výhod, rovněž veliký význam pro zdravotní stav dítěte. Důvodem pro neprovedení raného kontaktu je dle studií pouze nutnost resuscitace matky či novorozence (Phillips, 2013 [cit. 2015-12-14]).

V prvních hodinách po porodu mají matka i novorozenec nejlepší příležitost, aby si na sebe zvykli a matka mohla snáze a lépe poznat potřeby svého dítěte a přizpůsobit se jim. Díky okamžitému bondingu mají možnost se spolu co nejlépe adaptovat na situaci, která je pro oba nová a dobře ji společně zvládnout. (Mrowetz, 2011 [cit. 2015-11-20]).

Cílem bakalářské práce je dohledat a sumarizovat poznatky o bondingu, adaptaci novorozence a zjistit, zda má časný kontakt vliv na adaptaci novorozence.

## **Cíle:**

- Cíl 1. Předložit aktuální poznatky o bondingu.
- Cíl 2. Předložit poznatky o přístupu porodních asistentek k bondingu.
- Cíl 3. Předložit aktuální poznatky o adaptaci novorozenci.
- Cíl 4. Předložit aktuální poznatky o bondingu v kontextu s adaptačním procesem novorozence.

## **Vstupní literatura:**

DORT, Jiří, Eva, DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2013. *Neonatologie*. 2. upravené vydání, Praha, Karolinum. ISBN 978-80-246-2.



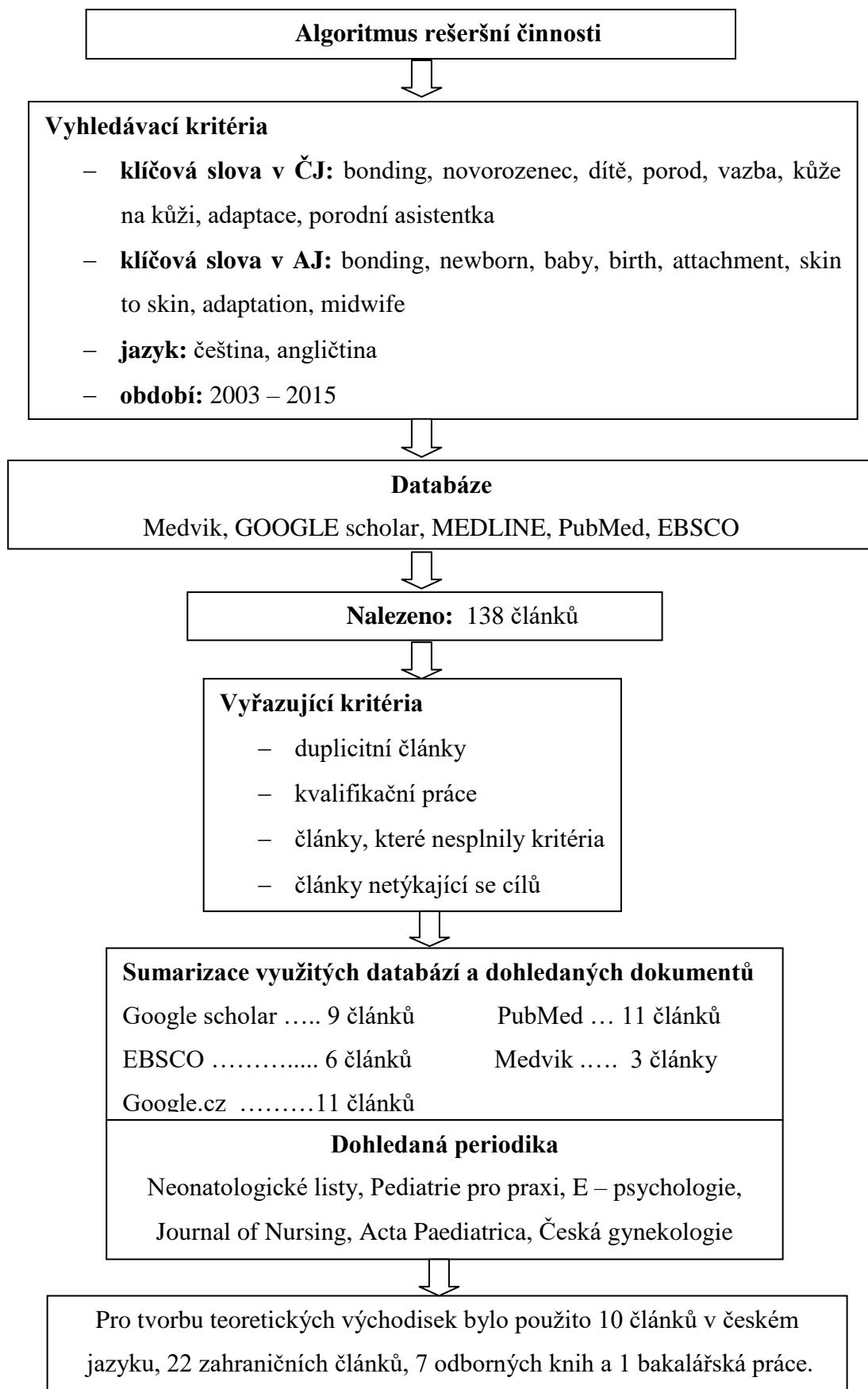
FENDRYCHOVÁ, Jaroslava, Ivo BOREK a kol., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ, 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* 1. vydání, Praha: Darhma Gaia. ISBN 978-80-7436-014-5.

MROWETZ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ, 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*. Roč. 14, č. 3, s. 201 – 204. ISSN - 1213-0494.

ROZTOČIL, ALEŠ a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vydání, Praha, Grada publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1941-2.

# 1 REŠERŠNÍ ČINNOST



## 2 BONDING

Bonding (v překladu lepení, připoutání, sepjetí) lze chápat jako raný a nepřerušovaný kontakt mezi matkou a novorozencem ihned po porodu. Jde o emocionální proces vedoucí k vytvoření vzájemného láskyplného vztahu mezi matkou a dítětem, který má pro oba nesmírný význam (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 201).

*„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, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 18).

Raný kontakt mezi novorozencem a jeho matkou kůží na kůži ihned po porodu vede k významným změnám, které vytváří zdravotní i psychickou vyrovnanost. Vlivem nepřerušovaného kontaktu kůží na kůži mezi matkou a novorozencem dochází k podpoře mateřského jednání, podporuje poporodní adaptaci novorozence, zlepšuje kardiopulsační stabilitu dítěte, urychluje jeho první přísátí k prsu matky a snižuje pláč novorozence. Ženám rovněž napomáhá k urychlení nástupu kojení a snižuje riziko poporodního krvácení.

Mateřské chování dále stimuluje oční kontakt mezi matkou a miminkem. Oddělením matky a dítěte je očnímu kontaktu zabráněno. Autorky dále uvádějí, že matky, které byly od svých dětí odděleny, mají o dítě menší zájem, jsou častěji ohroženy poporodní depresí a posttraumatickou stresovou poruchou, nemají potřebu vyhledávat oční kontakt s dítětem. Dochází u nich k pozdějšímu nástupu laktace (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 201).

### 2.1 Historie bondingu

Z historického hlediska je již ve starém zákoně psáno o dceři Jáкова a Ley, porodní asistenci Díně, první písemně zaznamenanou propagátorkou podpory bondingu.

Po válce v 50. letech minulého století se začaly porodny z domácího prostředí přesouvat do nemocnic především z obav ze smrti způsobené poválečným stavem. Snížila se novorozenecká úmrtnost a také úmrtnost matek při porodu. Díky zlepšené hygieně, stravování a osvětě se též redukovala dětská úmrtnost a úmrtí šestinedělek. Nemocniční péče ovšem přinášela oddělování matek od dětí, kdy novorozenci svým matkám byli přinášeni pouze v pravidelných intervalech na kojení. Zbytek času trávili na novorozeneckém oddělení v péči sester.

Pediatři americké národnosti Marschal Klaus a John Kennel v sedmdesátých letech 20. století začali rozvíjet teorii bondingu - připoutávací vazbě v období po porodu, tedy v období opatrovatelské připravenosti. Začali osvětu o bondingu po porodu jako procesu usnadňující dítěti a matce jejich společný start do života.

V Čechách první, kdo popsal negativní vliv oddělování dětí od matek a odpůrce týdenních jeslí, byl profesor Matějček. Ve své knize „Počátky duševního života“ profesor uváděl pozitiva poporodního kontaktu mezi matkou a novorozencem. Jeho knihu ovšem znala málokterá žena. Přes známý negativní dopad separace dětí od matek se stále uplatňovala kolektivní výchova jako nejlepší péče o jedince (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 27, 127-135).

Již v roce 1974 Fréderick Leboyer, francouzský porodník, gynekolog a filozof, popisuje ve své knize „Pro porod bez násilí“ lékařské vedení porodu jako násilí prováděné na právě narozeném dítěti (Roztočil et al., 2008, s. 150-151). Lékař se soustředil na pocity novorozence a jeho prožívání porodu. Říkal, že křik dítěte po narození není projev štěstí, ale znamená strach, který dítě vnímá, je-li v místnosti při porodu hluk, světlo a starají se o něj cizí lidé. Kladl důraz na něžnou manipulaci a apeloval na důležitost kontaktu „skin to skin“ ihned po porodu (Leboyer, 1995, s. 16 - 24).

Leboyerův žák, Michel Odent, založil v Pithiviers u Paříže porodnici, která se držela Leboyerových zásad. To znamená vést porod v místnosti, která je civilně vybavena, s příjemnými barvami s eliminací pachů. V pokoji má být přítmí, ticho a co nejméně lidí. Zdravotnický personál představuje porodní asistentka. Má mít s rodící ženou navázaný empatický vztah, zahrnující jak psychický, tak tělesný kontakt. Přítomnost otce u porodu či jiné blízké osoby ženy je vítána. Polohu při porodu si má žena najít sama takovou, která jí nejvíce vyhovuje, dle porodníků je vertikální nejvhodnější. Během porodu má mít žena možnost využití bazénku s teplou vodou.

Po narození musí být ihned novorozenec položen na břicho matky „skin to skin“, aby matka a dítě cítili vzájemné teplo. K přestřížení pupečníku má dojít až po ukončení jeho pulzace. Zásadní je umožnit ženě a jejímu dítěti oční kontakt, stejně jako je poukazováno na první přiložení novorozence k prsu matky ihned po narození.

Úkolem porodu bez násilí je eliminovat stres právě narozeného dítěte. Stres u něj vyvolává hluk, světlo, sucho, změna teploty a působení gravitace (Roztočil et al., 2008, s. 151-152).

Mnohé zásady z Leboyerova, „porodu bez násilí“ můžeme sledovat v našich porodnicích v současnosti, a to např., že žena si může určit, kdo s ní bude při porodu, porodní

asistentka naslouchá potřebám a představám rodící ženy, dbá se na příjemné a intimní prostředí, do kterého se dítě rodí (Roztočil et al., 2008, s. 151-152).

## **2.2 Jak správně provádět bonding u spontánního porodu**

Ihned po narození položíme nahého, neumytého novorozence na nahé břicho matky vertikálně. Kontakt by měl být co nejintimnější a co nejdelší. K přerušení pupečníku dochází až po ukončení jeho pulzace. Sterilní, nahřátou plenkou osušíme novorozence na matčině těle. Pak dítě i jeho matku přikryjeme jako celek teplou dekou, ručníkem. Maminku můžeme edukovat slovně či gesty, aby pod přikrývkou měla položené ruce na kůži děťátka. V tento okamžik zdravotník hodnotí Apgar score.

Po porodu placenty je žena zkontrolována a v případě poranění ošetřena zdravotnickým personálem. Personál či doprovod rodičky matce pomáhá dle potřeby s přidržováním dítěte. V této době zdravotník rodiče podporuje v péči o dítě.

Fyziologické novorozeně se po uplynutí určitého času začne zajímat o matčin prs, má snahu se k němu samo doplazit a chytit jej. Dítě není nutné nějak aktivně přikládat k prsu a nutit jej sát. Ono samo k tomu instinktivně dospěje, tato doba trvá 30 – 60 minut. U porodu císařským řezem a porodu s medikací může tato doba trvat i několik hodin. Prvními známkami o tom, že je novorozenec připravený, je strkání si pěstiček do úst, slintání, otevírání pusinky, osahávání ručkou bradavky a dvorce, oči má zeširoka otevřené. Bradavka má vůni plodové vody, proto je důležité po porodu dítěti ručky neumývat. Bradavku si najde samo pomocí svých smyslů - zrakem, sluchem, chutí, čichem a hmatem. Pokud má matka velký prs, tak jediná pomoc může být z její strany, že prs přidrží. První prisátí může trvat různě dlouho, dítě u prsu často usne a samo jej pustí.

Po prvním úspěšném prisátí teprve může personál pokračovat v dalším ošetření dítěte – provedení identifikace dítěte náramkem, vážení, měření délky, vykapání očí, ošetření pupečního pahýlu, změření teploty – vše by mělo být prováděno na těle matky.

Ideální délka provádění bondingu je nejméně 2 hodiny, nejlépe však 12 hodin. Během této doby by měl personál k rodičce chodit co nejméně a nerušit je v seznamování.

Dnes je běžně zaveden v český porodnicích systém „roaming-in“. Novorozenec by měl porodní sál opouštět nejlépe v těsném kontaktu kůži na kůži se svou maminkou, zabalení či zakrytí společně. Na oddělení šestinedělí by matka měla být se svým dítětem podporována k co největšímu kontaktu (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 203 – 204).

## 2.3 Bonding u porodu císařským řezem

Ženám rodící císařským řezem (SC), ať plánovaným či akutním, je nutno zajistit bonding o to více, než ženám rodícím přirozeně. Velmi často si matky myslí, že pokud je porod veden sekci, není bonding možný. Tohoto názoru se drží i řada zdravotníků nechávající novorozence v péči dětských sester na novorozeneckém oddělení. Argumentem je umožnit matkám odpočinek po operačním porodu. (Mrowetz, 2011 [cit. 2015-11-20]).

Další důvod, proč neprovádět bonding na operačním sále bývá zmiňována hypotermie, čili nízká teplota u dětí, které se narodily císařským řezem. Uvádí se, že děti jsou vystaveny většímu riziku podchlazení z důvodu nižší teploty na operačním sále, nižší tělesné teplotě matky a vlivem léků, kterým byl novorozenec vystaven v těle matky (Moore et al., 2012, s. 19).

Pravdou je, že ženám nic nebrání kontaktu kůži na kůži již na operačním sále. Bonding lze provést přiložením na tvář či rameno matky, zvláště pokud je matka operována ve svodné anestezii.

Pokud rodička nemůže z jakéhokoliv důvodu mít dítě na svém těle, je vhodné společné umístění po porodu v jednom pokoji, kde stráví prvních několik hodin. Děti narozené císařským řezem vlivem kvalitních a moderních anestetik v nízkých dávkách dnes již nemívají poruchy poporodní adaptace (Mrowetz, 2011 [cit. 2015-11-20]).

Je známo, že porod císařským řezem prodlužuje dobu před prvním přiložením k prsu, zpomaluje začátek laktace a snižuje počet plně kojených dětí, proto je bonding po operačním porodu velmi důležitý (Stevens et al., 2013, s. 456-473 ).

Pokud je dítě z jakéhokoliv důvodu odděleno od matky, za nejlepšího pečovatele se považuje otec (Erlandsson, Dsilna and Fagerberg, 2007, s. 105-14).

## 2.4 Bonding u předčasně narozených dětí

Každé zdravé dítě potřebuje náruč svojí matky a nemocné dítě ji potřebuje ještě víc. Předčasným porodem se potřeby dítěte, které v matčině těle měsíce poslouchalo její srdce, dech a hlas, nemění. Potřeba známého zůstává pro matku i novorozence stejná. Proto je nutné přizpůsobit péči o nemocné a dříve narozené děti s respektem na jejich potřebu být i nadále pohromadě.

Kontakt s matkou a otcem není vyloučený ani v případě zdravotních problémů dítěte. Musí se však respektovat charakter a míra problémů novorozence. Oční kontakt je velmi

důležitý pro rozvoj laktace a může se matce vždy umožnit. Rovněž dotykový kontakt lze zajistit rodiče vždy, ať je dítě nemocné či předčasně narozené. Vložením jejího prstu do dlaně dítěte je pro něj velmi známé, neboť v jejím lůně často držel pupečník. V současné době mají rodiče možnost u inkubátoru trávit neomezenou dobu. Aby mohly být rodiče se svými dětmi za všech okolností, je třeba přizpůsobit režim jednotek intenzivní péče stejně jako ve světě, kde se separace dětí minimalizuje.

Důležitou roli hraje zdravotnický personál ochotný matce zajistit kontakt úpravou chodu oddělení, zrušením návštěvních hodin a poskytováním péče o děti bez porušování rodičovských práv. Rodiče se tak stávají součástí oddělení pomocí menších úprav, např. umístěním křesla, aby mohla matka s otcem trávit více času s dítětem. Dostatečnou podporou rodičů je začátek života každého narozeného dítěte velmi usnadněn. Přenecháním některé zdravotnické péče o nedonošené děti rodičům podpoří zdravotníci bonding.

Nejistý a neohrabaný rodičovský dotek je nedonošenci nejpřirozenější. Bakteriální osídlení pokožky rodičů je pro dítě bližší než bakterie nemocničního prostředí, známý hlas je mu bližší než zvuk potřebných přístrojů. K rychlejšímu vyléčení vede jak emoční potřeba, tak i potřeba zdravotní a léčebná. Z tohoto důvodu je nutná vzájemná podpora. (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 28, 148 -157).

Bonding pro nedonošené děti odborníci označují jako klokánkování, „kangaroo mother care“ (KMC). Metoda vznikla v roce 1978 ve velkoporodnici v chudinské čtvrti v kolumbijské Bogotě. Nemocnice v té době měla kritický nedostatek inkubátorů a hojné infekce. V důsledku dlouhodobého odloučení od dítěte matky své děti často opouštěly. Tým lékařů pod vedením pediatra Edgar R. Sanabria se rozhodl situaci zlepšit nabídkou ženám, aby 24 hodin na svém těle své děti nosily během hospitalizace. Pokud bylo dítě stabilizované, (většinou od 31. týdne gestace), mohla žena opustit již i druhý den od porodu nemocnici, docházela však na pravidelné kontroly. Děti se umísťovaly na nahý hrudník mezi prsy pouze v plíně, teplých ponožkách a vlněném kulichu pod matčíným oblečením. Podmínkou byl tento kontakt 24 hodin s výjimkou přebalování a koupání. V klokaní péči u matky setrvaly do původního termínu porodu za předpokladu prospívání. Většina lékařů pochybovala o těchto praktikách, proto se inovátorský tým rozhodl provést výzkum (Jirásková, 2012 [cit. 2016-02-12]). Výsledkem opatření byl snížený počet dětí s apnoí, bradykardií, poklesl výskyt infekce a tím se snížila nemocnost a úmrtnost novorozenců (Sikorová a Suszková, 2012, s. 497-504). Metoda se rozšířila do porodnic v různých částech světa. Přínos klokánkování je v nemocnicích s nevyhovující technikou, ale i v porodnicích s nejmodernějším vybavením pro nezralce, což dnes ukazují různé studie (Jirásková, 2012 [cit. 2016-02-12]).

V roce 2009 v New Yorku na konferenci neonatologů téměř 80 % zúčastněných potvrdilo využívání klokánkování předčasně narozených novorozenců. V současnosti je KMC používána jako doplnění intenzivní péče nebo nahrazuje konvenční péči o novorozence s nízkou porodní váhou. Sezení matky s dítětem v klokánkovací poloze je vhodné nejméně 2 hodiny pod podmínkou dobré tolerance dítěte. Dvouhodinová doba je důležitá pro stimulaci matky potřebnou k laktaci. KMC by měla začít co nejdříve po narození a je dobře proveditelná u každého novorozence s nízkou porodní váhou za předpokladu stabilizovaného stavu. K jeho provedení není překážkou ani umělá plicní ventilace či centrální žilní katetr. Dětem s velmi křehkou kůží či s podporou krevního tlaku medikamenty není doporučován. Studie uvádějí u klokánkovaných dětí lepší neurologický vývoj a vyšší IQ než u dětí se standardní péčí.

KMC je vhodný i pro rodiče novorozenců, je pomocníkem ke zlepšení jejich psychického stavu a pomáhá jim překonat stres a šok, který jim předčasný porod způsobil. (Sikorová a Suszková, 2012, s. 497-504)

## **2.5 Podpora bondingu mrtvého dítěte**

Smrt je součástí života. Je psáno, že smrtí rodiče umírá minulost, smrtí dítěte budoucnost. Nejhorší v životě každé ženy je přežití vlastního dítěte. Smrt dítěte je nepřírozená, předčasná, nepochopitelná a zcela „proti přírodně“. O to těžší je loučit se s někým, koho jsme nikdy neviděli nebo jsme neměli možnost se s ním rozloučit.

Nutná je potřeba zdravotníků rodiče zemřelého dítěte podpořit, dát jim možnost se rozloučit se svým dítětem a uvědomit si jeho existenci mimo tělo ženy. Je to čas daný k zamilování a rozloučení se s ním, a možnosti se vyrovnat s jejich ztrátou. Matky reagují přirozenými mechanismy, mají potřebu rozloučení se s dítětem, jenž několik měsíců nosily pod srdcem. Rodiče musí nejdříve přijmout existenci potomka, aby mohly přijmout i jeho smrt. Pro jejich truchlení je velmi důležité vzít dítě do náručí, řádně se s ním rozloučit včetně jejich sourozenců. Potřebné je rozloučení i u dítěte narozeného před 24. týdnem gestace. Ženy se na své zemřelé děti usmívají, o což právě jde při bondingu a rozloučení se s jakkoliv starým dítětem – aby si užily radost kontaktu a v srdci jim růstala na tento okamžik vzpomínka.



Zdravotník pomáhá rodičům získat vzpomínku, díky níž mohou oplakávat jejich zemřelé dítě – pohled na dítě, pocit naplnění a klidu, na úsměv se slzami v očích, na smutek a radost zároveň (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 118-123).

Internetová stránka [www.prazdnakolebka.cz](http://www.prazdnakolebka.cz) informuje o důležitosti porodu a rozloučení s dítětem. Ze zkušeností autorky článku a ostatních matek je zřejmé, že na stav psychiky rodičů má veliký vliv způsob rozloučení se s miminkem. Dá se říct, že rozloučení udělá jakousi tečku, kdy rodiče vědí, že na konci života jejich dítěte pro něj udělali to nejlepší, co mohli. Stejně jako Mrowetz i zde autorka zdůrazňuje důležitost komunikace s porodním týmem. Pokud rodiče nebudou mít štěstí na empatický personál, sami většinou nejsou schopni jakýchkoliv iniciací vedoucích k rozloučení, nemusí poslední rozloučení proběhnout. Přitom při hojení jejich ran je tento proces velice důležitý.

Autorka upozorňuje na právo každého rodiče na:

- Zachování intimity okamžiku při pokojném rozloučení s dítětem (může si je držet v náručí, hladit, pusinkovat, ...).
- Fotografování dítěte a natočení dítěte na video (což většina rodičů odmítne a pak lituje).
- Uchovat vzpomínku na dítě (pramínek vlasů, otisk ruky a nožky).

Odkaz: <http://www.youtube.com/watch?=zQpLANIXno&feature=youtu.be> přiložený k článku velice něžně a citlivě dokumentuje bolestivé okamžiky loučení rodičů a příbuzných s právě narozenou Erin. Holčička se narodila mrtvá císařským řezem ve 34. týdnu gestačního stáří. Tento okamžik zachytila profesionální fotografka, kterou si k pořízení památečních fotografií najala matka holčičky. V pětiminutovém dokumentu je zachyceno vše důležité – porod, přestřižení pupeční šňůry otcem, bonding matky ihned po porodu, křtění a biřmování Erin na operačním sále v blízké přítomnosti obou rodičů, provedení otisků. Dále dětská sestra holčičku okoupala, oblékla do dupaček a čepičky, aby se mohla rozloučit s rodiči, sourozenci a prarodiči ([www.prazdnakolebka.cz](http://www.prazdnakolebka.cz), [cit. 2016-04-02]).

## 2.6 Bonding v České republice

Výzkumu, který prováděla Mgr. Michaela Mrowetz v roce 2008 se zúčastnilo 1341 matek, které porodily v posledních deseti letech plánovaně i neplánovaně ve zdravotních zařízeních i mimo ně. Ženy pocházely z České republiky, Slovenska, států Evropské unie, Spojených států amerických a Austrálie.

Za jeden z cílů bylo vytyčeno sledování podpory a nepřerušování raného kontaktu mezi matkou a dítětem ve dvou obdobích – do dvou hodin a poté v desáté hodině od narození. Úkolem bylo zjistit rozdíly podpory bondingu mezi jednotlivými zeměmi.

Jeden z výsledků, který výzkum přinesl, byl, že nedostatečná podpora raného kontaktu je pro ženy nejdůležitější při volbě, zda rodit v porodnicích. Při rozhodování žen, které již rodily, zda rodit ve zdravotním zařízení, hraje důležitou roli prožití traumatu u předchozího porodu.

Výzkumem bylo dále zjištěno, že jen 19 % rodičích žen v českých porodnicích prožilo dvouhodinový kontakt s novorozencem bez přerušování, a jen 2% českých žen mělo dvanáctihodinový bonding bez přerušování. Nejdelší doba odloučení matek od dětí je na Slovensku. V ostatních zemích čas pro ranou vazbu narůstá, to znamená, že čím déle od narození, tím je více novorozenců u svých matek. Doba odluky je zkrácena na minimum.

V Česku je podle Mrowetz situace zcela opačná. Čím delší je doba od narození, tím větší je riziko oddělení dítěte od matky. Novorozenci jsou nejvíce oddělováni po operačních porodech a porodech vedených medicínsky, kde by naopak podpora bondingu měla být silnější z hormonálních i imunologických důvodů.

Největší motivací pro plánovaný porod mimo porodnici byla minimalizace rizika odloučení kontaktu mezi matkou a novorozencem. Dále respekt individuálních potřeb novorozence i matky s ohledem na něžný přístup, zachování jejich tempa a rytmu (Mrowetz, 2011, [cit. 2015-11-20]).

Psycholožka Lea Takács se snažila ukázat problematiku psychických a sociálních potřeb narozeného dítěte v kontextu perinatální péče. Posuzovala důležitost vlivu způsobu porodu pro novorozence, raný kontakt dítěte a matky, psychosociální potřeby předčasně narozených a nemocných dětí a psychologické vlivy začátku kojení. Na základě dostupných informací a vlastního průzkumu došla k závěru, že pro psychický i fyzický vývoj novorozence je důležité brát v úvahu psychosociální potřeby dítěte, neboť přináší velká pozitiva po porodu i následně. Dále informuje, přestože Česká republika má vysokou kvalitu prenatalní péče, má z psychologického pohledu nedostatky. Je nutno dbát na větší důraz kontaktu „skin to skin“ ihned po porodu, všimnout si individuálních potřeb rodičích žen a jejich dětí, podporovat kojení u žen po vaginálním i operativním porodu a žen s předčasně narozenými dětmi (Takács, 2011, s. 15-21).

## 2.7 Otec u porodu a bonding

V současné době je přítomnost otce u porodu brána jako samozřejmost, a v zemích západní Evropy činí okolo 90%. Brány porodnic se pro ně otevřely v 90. letech po bouřlivých debatách jak mezi laiky, tak mezi odborníky diskutujícími o výhodách a nevýhodách tatínků na porodním sále.

V případě negativního vlivu otce u porodu bylo poukazováno na zavlečení infekce, konflikt otce se zdravotníky a také negativní zážitek z porodu, který může mít za následek poruchu sexuálního charakteru. Ukázalo se však, že opak je pravdou. Přítomnost otce je velmi důležitá pro rodičku. Nachází v něm oporu a pomoc při zvládnutí porodu. Pokud je přítomnost otce u porodu přáním obou rodičů, je otec nejlepší oporou, kterou nemůže alternovat žádný zdravotnický pracovník. Jeho účast přispívá k lepšímu prožívání ženy - strachu, úzkosti a paniky. Pokud se aktivně zapojí do procesu porodu například tím, že ženě masíruje záda, sleduje interval kontrakcí a pomáhá při dýchání, zpříjemňuje tak prožívání porodu.

Otcova přítomnost má výhody i pro něj samotného. Kladný emocionální zážitek vede k vzájemnému intenzivnějšímu vztahu mezi ním a právě narozeným dítětem (Roztočil et al., 2008, s. 152-153).

V Portugalsku byla v roce 2008 vypracována studie, mající za úkol posouzení vlivu přestřižení pupeční šňůry na emocionální vazbu mezi otcem a novorozencem. Výsledkem studie bylo zjištění, že otcové, kteří přestříhli pupečník, mají během prvních dní po porodu silnější citovou vazbu přetrvávající i po měsíci života dítěte.

U otců, kteří neměli možnost přestříhnout pupeční šňůru, se citová vazba zlepšila s měsíčním zpožděním (Brandao and Figueiredo, 2012, s. 2730-2739).

Mrowetz ve své knize uvádí výsledky průzkumu v nemocnicích ve Spojených státech, kde 80 % rodiček má při porodu partnera. Matky uvádí důležitost partnerovi přítomnosti, stejně jako otcové, kteří chtějí být u narození dítěte. Výsledkem je časný kontakt s potomkem. Průzkumy ukázaly, měl-li muž v prvních hodinách po porodu možnost mít u sebe dítě „skin to skin“, časný pohled do jeho tváře a možnost měnit mu pleny, otcovská péče a vzájemná citová interakce v prvním čtvrt roce k dítěti je silnější (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 273-274).

V randomizované kontrolované studii, které se zúčastnilo 29 otců, byly pozorovány děti ve dvou skupinách v prvních dvou hodinách po porodu císařským řezem. První skupina dětí měla tělesný kontakt skin to skin s otcem, druhá polovina dětí byla v postýlce v otcově

blízkosti. Hlavním výsledkem byl pozitivní vliv otců na pláč novorozence. Při kontaktu s otcem v průběhu 15 - ti minut pláč dítěte ustal. Dalším zjištěním byl vliv na bdělost. Děti s otcem usnuly během 60 minut, kdežto novorozenci v postýlce spali až o 50 minut později. Studie závěrem říká, že otcové mají velmi pozitivní vliv na novorozence během doby po porodu a měl by být uznán jako nejadekvátnější náhrada během období, kdy je dítě odděleno od matky (Erlandsson, Dsilna and Fagerberg, 2007, s. 105-14).

Argumenty, které byly poukazovány jako nevýhody otcovy přítomnosti, se nepotvrdily. Partneři rodících žen nemají sexuální poruchy, u porodu nekolabují ani nejsou konfliktní (Roztočil et al., 2008, s. 152-153).

### 3 PŘÍSTUP PORODNÍCH ASISTENTEK K BONDINGU

Největší přínos pro bonding při porodu má přítomná porodní asistentka. Definice porodní asistentky byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005. Stanovuje v ní porodní asistentku jako plně zodpovědného pracovníka, pracujícího se ženami, poskytující jim péči, radu a podporu v graviditě, při porodu i v době po porodu. Na svou zodpovědnost může vést porod a je schopna poskytnout péči právě narozeným dětem i kojencům ([www.ckpa.cz](http://www.ckpa.cz) [cit. 2015-11-18]).

V roce 2011 studentka porodní asistence Gabriela Holeňáková prováděla průzkum v jedné české porodnici, jestli může bonding na porodním sále po porodu zlepšit absolvováním semináře na toto téma. Sledovala chování personálu po porodu, jestli podporuje kontakt skin to skin, zda matce umožní pohled do očí dítěte, jaké používá slovní obraty. Rovněž si všímala chování rodičí ženy a ostatních přítomných u porodu. Studentka zjistila, že po absolvování semináře o bondingu se prodloužila doba nepřetržitého kontaktu. Vážení, měření a ošetření pupečního pahýlu bylo odsunuto na pozdější dobu. Holeňáková došla k informaci, že při poskytování bondingu nezáleží o kolik matek po porodu se porodní asistentka stará, ale na jejím přístupu k rané vazbě. Poukázala na minimální vliv novorozeneckých sester a na porodníky ztrácející zájem o rodičku po ošetření porodního poranění. Navazující péči o ženu přebíraly porodní asistentky (Holeňáková, 2011, s. 45-65).

Součástí práce byl i rozhovor se zkušenou porodní asistentkou. Paní E. P. závěrem pravila: *„Porodní asistentka může pro maminku a děťátko udělat hodně dobrého i zlého. Má v rukou velkou moc a vždycky by měla podporovat mateřskou lásku. Zásadní je chovat se k rodičce slušně, s úctou a empaticky. Porodní asistentka by měla vždy používat svou hlavu, srdce a ruce společně.“* (Holeňáková, 2011, s. 59).

V korespondenci porodní asistentky s Michaelou Mrowetz, která se zúčastnila semináře „Psychologie porodu“, napsala o uskutečňování bondingu po semináři na pracovišti, kde pracuje. Zjistila, že velmi záleží na samotných porodních asistentkách. Dříve novorozenecké sestry odnášely děti brzy na oddělení. Po vzájemné domluvě porodní asistentka (autorka dopisu) dosáhla, že po rutinním ošetření novorozence opět rozbalily a daly na nahý hrudník matky, kde zůstalo 2 hodiny. Porodní asistentky i novorozenecké sestry uznaly, že děti jsou teplé a nehrozí jim prochladnutí. Dodává, pokud porodní asistentka nepodpoří kontakt kůži na kůži a dává přednost administrativní práci, separuje dítě od matky (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 212-213).

V Teheránu proběhla v roce 2012 – 2013 studie zabývající se názory porodních asistentek na provádění bondingu u fyziologických novorozenců ihned po porodu. Bylo osloveno 292 porodních asistentek pracujících na porodním sále z 18 nemocnic. Výsledky ukázaly kladný názor naprosté většiny na vhodnost plánování kontaktu kůže na kůži a nutnost uskutečnit kontakt hned po narození. Co se týče názoru porodních asistentek na prostory pro raný kontakt, odpovídala rovněž naprostá většina o nezbytné potřebě soukromí pro matku a dítě. Celkem 97,3 % porodních asistentek souhlasily s účinností kontaktu „skin to skin“ (Nahidi et al., 2014, 107-112).

V roce 2012 proběhl v jedné texaské nemocnici pokus pro podporu provádění rané vazby zdravotníky. Autoři nejprve provedli školení zdravotníků na téma výhod kontaktu kůže na kůži. Poté nahráli u 5-ti spontánních porodů a 6-ti porodů císařským řezem bezprostřední kontakt SSC a nahrávku přehráli zdravotníkům. Před edukací a názornou ukázkou mělo 58 % matek okamžitý bonding, v následujících měsících se počet zvýšil na 83 %. Největší nárůst způsobily matky po operačním porodu, které měly raný kontakt se svým dítětem již na operačním sále. Výzkum dále ukázal větší pravděpodobnost plného kojení novorozence (Crenshaw et al., 2012, s. 68-78).

John Kennell a Susan McGrath poukazují na utvoření vazby mezi matkou a novorozencem jako nezbytnost pro prospívání a růst matky v péči o dítě. Zdravotníci mohou podpořit vznik kontaktu během porodu poskytnutím trvalé podpory matce, bezprostředním umístěním nahého novorozence na nahý hrudník matky, co nejčasnějším přiložením k prsu a podporou pokračování v kojení. Snaha zdravotníků by měla být i v udržení matky a novorozence v prvních hodinách po porodu společně. V případě ženy odmítající zpočátku po porodu své dítě porodní asistentka citlivým přístupem může poskytnout rodičce prostředí, ve kterém jim umožní navázat pevné pouto (Kennell and McGrath, 2005, s. 775-777).

## 4 NOVOROZENEC A JEHO ADAPTACE PO PORODU

### 4.1 Klasifikace novorozence

Fyziologický novorozenec je charakterizován svou porodní hmotností, gestačním věkem a jejich vztahem navzájem. Jejich hodnoty se používají k rozdělení dětí po porodu:

- dle porodní hmotnosti
- dle gestačního věku
- dle vztahu gestačního věku a porodní hmotnosti (Dort, Dortová a Jehlička, 2013, s. 15).

Novorozence podle stupně jeho zralosti můžeme rozdělit na nedonošené, narozené do 37. týdne gestace, dále na zralé, narozené v rozmezí 38. - 41. týdne těhotenství a na přenášené, porozené po ukončeném 42. týdnu gestace.

Porodní váha dítěte nám novorozence rozděluje na hypotrofické, jejich váha je pod 10. percentilem pro daný týden těhotenství, dále na eutrofické, jehož váha je v rozmezí 10. – 90. percentilu a hypertrofické s váhou nad 90. percentilem.

Fyziologický novorozenec je tedy dítě zralé a eutrofické (Roztočil et al., 2008, s. 347). Vyznačuje se následujícími znaky:

- hmotnost v průměru 3500 g a míra 50 cm
- pokožka je růžová, pokrytá mázkem - bílým sekretem mazových žláz obsahující tuk z mastných kyselin a buňky oloupané z epidermis
- tukový polštář je dobře vyvinutý
- na nosíku jsou tečky žlutobělavé barvy, což jsou cysty mazových žlázek
- záda mohou pokrývat jemné chloupky zvané lanugo
- hlava je pokryta jemnými vlásky
- dobře vyvinutá ušní chrupavka
- zralý genitál (u chlapců sestouplá varlata, u děvčátek velké stydké pysky překrývají malé pysky)
- na nohou je patrné rýhování na plosce po celé ploše
- nehtíky přesahují nehtová lůžka
- prsní areoly jsou vyvinuté (Čech et al., 2006, s. 161).

## 4.2 Hodnocení dle Apgar score

Anestezioložka Virginia Apgarová sestavila v roce 1953 hodnotící systém, posuzující stav dítěte ihned po narození a informující o potřebě další péče o novorozence a její úspěšnosti.

Spočívá v hodnocení v časovém intervalu 1., 5., a 10. minutě 5 projevů dítěte po porodu. Sleduje se barva kůže, dechová aktivita, srdeční frekvence, reakce na podráždění a svalový tonus. Každý projev se hodnotí 0 – 2 body, viz tabulka 1. (Fendrychová, 2004, s. 21).

Tabulka č. 1 Apgar score

	0	1	2
<b>Srdeční akce</b>	Žádná	<100 tepů za min.	>100 tepů za min.
<b>Dýchání</b>	Žádné	pomalé, nepravidelná	pravidelné, křik
<b>Svalový tonus</b>	Žádný	slabý	Přiměřený
<b>Reakce na podráždění</b>	Žádná	grimasa	Křik
<b>Barva kůže</b>	bledost, cyanóza	akrocyanóza	Růžová

(Čech et al, 2006, s. 165)

Hodnocení provádí nezávislá osoba, která přebírá dítě od toho, kdo rodil, a začíná v 55. vteřině po porodu. Pokud dítě vykazuje známky potíží, poskytujeme pomoc ihned.

Akci srdeční posuzujeme poslechem na hrudníku pomocí fonendoskopu či palpačně sledujeme pupeční pulzaci. K hodnocení stačí 6 vteřin a počet tepů vynásobíme deseti.

Dechovou frekvenci můžeme sledovat fonendoskopem nebo pozorováním pohybů hrudníku. Novorozenec může mít ihned po porodu dýchání nepravidelné, pomáhá nám pozorování barvy sliznic a kůže. Ukazovatelem dostatečného dýchání jsou růžové sliznice ústní dutiny a jazyk.



Svalový tonus hodnotíme pohledem na novorozence v klidu. Fyziologické donošené novorozeně má dolní i horní končetiny pokrčené a po jejich natažení nožky vrací do původní polohy.

Reflex, tedy reakce na podráždění, se vyhodnocuje po stimulaci plosek nohou nebo při odsávání úst dítěte. Odpověď novorozence představuje pláč nebo grimasa. Avšak pokud dítě dostatečně dýchá, srdeční akce čítá víc jak 100 tepů za minutu, má dobrý svalový tonus a sliznice růžové, dále v praxi nestimulujeme. Postačí pouze stimulace při sušení předehrátými plenami.

Barvu kůže hodnotíme na periférii i centrálně. Časně po narození bývá většina novorozenců cyanotická. Cyanóza okrajových částí může zůstat o trochu déle, zatímco tělo a obličej dítěte již zružovělo (Fendrichová, 2004, s. 21-22).

Výsledek hodnocení score dle Apgarové určuje vedení resuscitace a následnou péči o novorozence lékařem (Čech et al, 2006, s. 165).

Fyziologický novorozenec mívá v 1. minutě Apgar score 8 – 9 bodů, v 5. minutě již 10 bodů. Čím nižší jsou hodnoty score, tím závažnější je acidóza a zhoršení srdeční a dechové funkce novorozence. Jestliže přetrvává nízké score i v 5. minutě od porodu, musíme dítě nutně umístit na jednotce intenzivní péče. Zvýšená morbidita i mortalita bývá spojena s nízkým Apgarovým hodnocením v 5. a 10. minutě životě dítěte (Fendrychová, 2004, s. 22).

Nízké hodnocení Apgarové, obzvláště v 1. minutě, nemusí znamenat intrauterinní hypoxii, může se jednat např. o útlum novorozence vlivem medikamentů (Čech et al., 2006, s. 165).

### **4.3 Adaptace novorozence**

Po porodu každý novorozenec prochází sérií adaptačních změn, jejímž prostřednictvím se přizpůsobuje podmínkám života mimo dělohu. Tomuto procesu se říká poporodní adaptace (Čech et al., 2006, s. 161).

Po narození dítě začíná být odpovědné za své okysličování a dýchání. Metabolismus se zvyšuje, narůstá spotřeba kyslíku pro mozek. Fetální oběh je změněn na oběh postnatální. Dochází k poklesu rychlosti proudění krve. Pokud není po porodu pupečník přerušen podvázáním, zastavuje se průtok sám do 2 – 3 minut. Výsledkem je uzavření cévních spojek

fetálního oběhu. Za multifaktoriální adaptaci po narození se označuje první vdech, jeho kontrola a řízené dýchání.

Reflexy, mechanická stimulace, termoregulace a chemoreceptory jsou velmi důležité. Jejich vzájemné působení zaručuje bezpečnou ventilaci novorozence.

Hyperkapnie a acidóza stimuluje chemoreceptory centrální v centrální nervové soustavě a naopak, chemoreceptory nacházející se poblíž krkavic a aorty, tedy periferní, vyvolávají odpověď na hodnoty plynů v krvi. Náhlá změna teploty, stejně jako asfyxie po porodu, reakce na bolestivé podněty a reflexy z plicních receptorů dýchacích cest hrají velmi důležitou roli pro začátek dýchání, stejně jako taktní stimulace a stimulace receptorů pro pohyb a polohu končetin. Na stupni vyzrálosti CNS, hladině cukru a vápníku v krvi, oběhu krve v centrální nervové soustavě a výměně dýchacích plynů v plicích je závislý stav vědomí u novorozenců. K posouzení se využívá tabulka hodnotící stupeň komatu, takzvaná Glasgow Coma Scale, kvalifikující - otevírání očí novorozence, motorickou odpověď na podráždění a reakci na vizuální a verbální stimuly.

Hodnocení činnosti srdce se provádí poslechem ve 4. mezižebří vlevo. Srdeční frekvence činí v několika prvních minutách po porodu až 170 úderů za minutu, během několika hodin se postupně ustaluje na 110 – 140 tepů v jedné minutě. V případě, že se počet tepů za minutu sníží pod 100, mluvíme o závažné hypoxii, čili nedostatku kyslíku ve tkáních. Srdeční masáž zahajujeme, pokud frekvence klesne pod 60 úderů za 1 minutu.

Ihned po narození dýchá novorozenec nepravidelně, počet dechů za jednu minutu se pohybuje v rozmezí 30 – 60. Sledujeme rytmus dýchání, počet dechů v 1 minutě a výskyt apnoických pauz. Místem pro sledování je přechod mezi břichem a hrudníkem dítěte.

Důležitým ukazatelem pro hodnocení stavu novorozence je barva sliznic a kůže. Normální barva u fyziologického dítěte je růžová. Po porodu můžeme pozorovat v prvních minutách namodralé plosky nohou a dlaně jakožto projev reakce na chlad.

Namodralá kůže a sliznice, cyanóza, je projevem obstrukce dýchacích cest nebo vývojové vrozené vady dýchacích cest nebo srdce. Bledou kůží způsobuje snížený průtok krve kůží a podkožím. Žluté zbarvení je způsobeno zvýšeným výskytem bilirubinu ve tkáních a krvi. Při infekci, poruchách CNS, u nezralých dětí či v případě podchlazení pozorujeme kůži mramorovou. Předčasně narozené dítě má kůži červenou.

U fyziologického novorozence tělesná teplota měřená v rektu se pohybuje v rozmezí 36,5 - 37,5° C.

První močení proběhne u většiny novorozenců do 24 hodin od narození a musí být zaznamenáno v dokumentaci. Denně novorozenec močí 15 – 20x z důvodu malého objemu močového měchýře. První moč je světlá, vodová a bez zápachu.

Odchod smolky, černo zelené nezapáchající husté hmoty obsahující mázek, lanugo, odloupané epitelie, amniovou tekutinu a sekret z trávicího traktu, by měl proběhnout do 48 hodin života dítěte. Až na 5. den se může posunout u nedonošených dětí. Později se konzistence s příjmem mléka mění, stejně jako zápach a barva.

O vyvinutém sacím a polykacím reflexu nás usvědčí přiložení dítěte k prsu či sledováním pohybů uší a čelisti při polykání, když má dítě pěstičku v ústech. Tyto reflexy mohou být oslabeny nebo nevyvinuty u předčasně narozených dětí. (Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 37-45).

#### **4.4 První ošetření novorozence na porodním sále**

První ošetření fyziologického novorozence provádí dětská sestra nebo porodní asistentka. Přistupuje k jednotlivým úkonům co nejšetrněji, aby zajistila nejvhodnější podmínky pro adaptaci (Dort, Dortová a Jehlička, 2013, s. 19).

Mezi výkony spadající do ošetření novorozence po porodu řadíme:

- 1) Zabránit tepelným ztrátám osušením dítě ihned po porodu nahřátou plenou a její výměnou za suchou. Teplota v místnosti, ve které dítě ošetřujeme, by měla mít minimálně 25° C. V současnosti je doporučováno ošetření na matčině těle. (Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 46).
- 2) Přerušování pupečníku se provádí pupečnickovou svorkou či elastickou ligaturou ve vzdálenosti 2 – 3 cm od úponu. Pahýl se desinfikuje a kryje se sterilním mulem (Roztočil et al., 2008, s. 351).
- 3) Měření a vážení dítěte v současnosti není důležité provádět ihned po porodu, může se odložit na období po adaptaci a stabilizaci.
- 4) Identifikace novorozence se provádí pomocí identifikačních náramků, které jsou nerozpojitelné. Náramek se připevňuje na zápěstí dítěte, musí obsahovat jeho jméno a příjmení, datum a čas narození, číslo porodu a jméno matky. Pro menší riziko záměny dítě popisujeme novorozence ještě přímo na tělo – hrudník a stehýnko. Identifikaci je vhodné provádět vždy za přítomnosti jednoho z rodičů.
- 5) Měření tělesné teploty v rektu můžeme odhalit neprůchodnost konečníku.

- 6) Prevencí kapavčitého zánětu je vykapání očí novorozence Ophtalmo-Septonexem (Fendrychová, Borek et al., 2012, s. 46-50).

## 5 VÝZNAM BONDINGU

První hodina po porodu je výrazně ovlivněna zvýšenou hladinou hormonu oxytocinu přecházejícího skrz placentu z matky na novorozence. Ten se výrazně zvyšuje při kontaktu kůži na kůži, povzbuzuje matku, snižuje její stres i stres novorozence. Rovněž napomáhá dítěti bezproblémovému přechodu z intrauterinního života na postnatální. Matky a jejich děti mají potřebu být spolu při porodu i v následujících hodinách a dnech, což je prokázáno a považováno jako bezpečné a zdravé (Crenshaw, 2014, s. 211-217).

V reakci na kladné výsledky nepřetržitého kontaktu po porodu mezi matkou a novorozencem vydala řada odborných společností doporučení podporující kontakt „skin to skin“ a systém „roaming in“. Tímto se odborníci snaží odvrátit separování dětí od matek rutinními postupy.

Světová zdravotnická organizace (WHO) informuje o bondingu jako o nejlepším postupu k udržení teploty těla novorozence. Bonding je podporován i z psychologických příčin, a to pro podporu vzájemného seznámení dítěte a matky a poskytování pocitu bezpečí dítěti. Ze zdravotního hlediska je vzájemná vazba důležitá z důvodu setkávání se s bakteriemi osidlujícími pokožku matky či otce. Matka by měla být v neustálé blízkosti svého dítěte a měla by k němu mít neustálý přístup. WHO se snaží odstranit separaci matky a dítěte po porodu, považuje ji za škodlivou. (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 260).

Zprávy a doporučení z první Evropské konference a 7. workshopu s mezinárodní účastí na téma „raná vazba“ říkají, že pozitiva při kontaktu kůže na kůži jsou zřejmá. WHO doporučuje všem právě narozeným dětem mít ranou vazbu s matkou bez ohledu na gestační stáří, porodní váhu, způsob narození či zdravotní stav (Nyqvist et al., 2010, [cit. 2015-10-12]).

### 5.1 Význam bondingu pro adaptaci novorozence

V současné době stále přetrvává separování dětí po porodu, často s argumentem, že miminko prochladne, když se nezabalí do peřinek a nedá se na vyhřevné lůžko. Málo která matka ví, že vlastním tělem mu může zajistit teplo též. Výzkumy informují o matčině teple jako o daleko efektivnějším než teplo z vyhřevného lůžka (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 24-25).

Informace od Mrowetz jasně potvrzuje studie Bystrové z porodnice v St. Petersburgu, kdy děti, které neměly po porodu stálý kontakt kůži na kůži se svou matkou, měly tělesnou

teplotu nižší. Děti, které byly se svou matkou ihned to porodu v kontaktu s její pokožkou, měly teplotu vyšší. Do randomizované studie bylo zapojeno 176 novorozenců a jejich matek rozdělených do třech skupin. První skupinu tvořily ženy a děti v kontaktu „skin to skin“, druhá skupina byla utvořená z oblečených dětí, které matka držela v náruči. Poslední skupina dětí byla odnesena na novorozenecké oddělení. Výsledkem byla klesající teplota u dětí bez jakéhokoliv kontaktu s matkou, dětem z první a druhé skupiny teplota rostla. Přirozená cesta, jak zabránit hypotermii a zároveň podpořit adaptaci oběhu krve po porodu je tedy ponechat novorozence v těsném nepřerušovaném kontaktu s jejich matkou (Bystrova et al., 2003, s. 320-326).

Porod představuje pro novorozence přechod z prostředí bezpečné dělohy do světa mimo matčino tělo, což je jedno z nejtěžších a nejrizikovějších období člověka, které je doprovázeno značným stresem. Reakcemi dětí na tyto změny se zabývali i Ferber, Makhoul a Goldstein. Ve své studii sledovali význam „kangaroo mother care“ u donošených dětí a zkoumali jeho odezvu na neurobehaviorální odpověď u novorozenců. Autoři vycházeli z hypotézy, že klokánkování může usnadnit dítěti adaptaci po porodu a zlepšit behaviorální a neurální regulaci. Všechny děti zařazené do výzkumu byly umístěny krátce po porodu na hrudník matky na 5 – 10 minut. Následovalo odnesení na novorozenecké oddělení, kde novorozenecké sestry děti osušily a oblékly. Zkoumaná skupina dětí byla za 15 – 20 minut vrácena na 1 hodinu nazpět matkám, kde pobývaly SSC na jejich hrudníku. Poté se opět vrátily na oddělení. Celou pátou hodinu po porodu vědci sledovali chování dětí. Zaměřili se na 74 oblastí, např. barvu kůže, křeče, dýchání, svalový tonus, výraz obličeje, třes, spánek a jeho fáze, sání, grimasy apod. Děti z výzkumné skupiny téměř většinu pozorované doby spaly a byly o dost klidnější. Novorozenci bez hodinového raného kontaktu s matkou častěji plakali a byli podrážděni. Mateřský dotek a tělesný kontakt má pozitivní vliv na CNS dětí a pomáhá jim snižovat zátěž z prodělaného porodu. Hypotéza vědců se potvrdila. Klokánkování, kontakt dítěte a matky kůži na kůži, snižuje poporodní stres a je nejlepším předpokladem pro adaptaci dítěte po narození (Ferber and Makhoul, 2004, s. 858-65).

Tuto studii potvrzuje další studie, která též zjistila stres u separovaných dětí od matek projevující se poruchou spánku a snížením vegetativní činnosti novorozence, což je důležité pro jeho optimální vývoj. (Barak, Horn and Bergman, 2011, s. 817). Redaktor Biological Psychiatry, Dr. John Krystal komentoval zjištěné výsledky studie takto: „*Tato práce upozorňuje na významný vliv separace na dítě. Věděli jsme, že je to stresující, avšak tato*

*aktuální studie naznačuje, že je to také hlavní fyziologický stresor pro dítě*“(Elsevier, 2011, [cit. 2015-12-18]).

Marcer a Skovgaard (2012, [cit. 2015-11-24]) se ve své studii zabývali časným přerušением pupeční šňůry po porodu, které způsobuje snížení objemu krve dítěte pohybující se mezi 25% - 40%. Takle velká změna se v životě nikdy neobjevuje bez negativních následků, ba dokonce smrti. Časné podvázání pupečnicku může u senzitivních dětí bránit úspěšné adaptaci, a naopak, přispívat k hypoxickému a hypovolemickému stavu novorozence. Pro adaptaci tedy z článku vyplívá, že časné přerušování pupeční šňůry má negativní vliv.

Jednou z výhod dotepání pupečnicku je i fakt, že novorozenec je spojen s placentou v děloze matky, tudíž se dítě nedostane od matky dál, než dovolí délka pupečnicku. Tím znemožňuje zdravotníkům separovat dítě od matky, ale naopak je motivuje k ošetření dítěte v těsném kontaktu „skin to skin“ a neoddělovat dvojici od sebe. Studie dále prokázaly, že dotepání pupečnicku je velice významné v prevenci anemie z nedostatku železa, která je spojena s vývojem CNS. Po přerušování pupečnicku 3 minuty od porodu zjišťují zdravotníci lepší hladinu železa, čímž se snižuje riziko anemie. Tento postup doporučuje i světová zdravotnická organizace (Chrastilová, 2015 [cit. 2015-11-24])

## **5.2 Význam klokánkování pro předčasně narozené děti**

Výzkumy ukázaly, že pro děti se zdravotními problémy po porodu je bonding nesmírně důležitý. Předčasně narozené děti, které měly po narození časný kontakt se svou matkou, mnohem lépe prospívají, přibývají na váze, mají menší dýchací potíže. Stačí, když jsou hlazeny nebo mají s matkou alespoň čichový kontakt, například přítomností matčiny noční košile v inkubátoru (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 25).

Autorky Sikorová a Suszková z Ostravské univerzity provedly v období března až června 2012 v Ostravské fakultní nemocnici na jednotce intenzivní a resuscitační péče pro novorozence (JIRPN) pilotní šetření. Týkalo se předčasně narozených dětí a jejich matek. Cílem studie bylo ověření vlivu KMC na biopsychosociální pohodu nezralých dětí a jejich maminek na JIRPN. Dále studie zjišťovala, zda v průběhu klokánkování došlo ke snížení dechové a srdeční frekvence u nedonošenců a zda může ovlivnit jejich periferní saturaci krve kyslíkem a délku hospitalizace na JIRPN. Zjišťovala i vliv klokánkování na vzájemnou interakci nedonošenců a matek. Do studie bylo zapojeno 33 novorozenců s porodní váhou pod 1800 gramů. 11 novorozenců přišlo na svět přirozenou cestou (7 klokánkovaných,

4 neklokánkované) a 22 novorozenců císařským řezem. Děti byly rozděleny do dvou skupin – intervenční skupina (děti klokánkované) a kontrolní skupina (děti neklokánkované). Pouze u výsledků hodnocení tělesné teploty byl zjištěn významný rozdíl. U klokánkovaných dětí byla zaznamenána tělesná teplota vyšší v průměru o 0,22°C. Pulsová a dechová činnost se během KMC měnila. Minutová frekvence nejprve klesala a následně stoupla. Saturace krve byla 100 % po celou dobu klokánkování.

Matky vyplňovaly po porodu (v průměru 5. den) a před propuštěním (v průměru 43. den) dotazník, pomocí něhož bylo zjištěno, že při vyhodnocení kvality připoutání a obav o potomka nebyly zjištěny významné rozdíly. Při srovnání kontrolní a intervenční skupiny před KMC nebyl zjištěn žádný důležitý rozdíl v interakcích matek novorozenců. Významně vyšší byl zájem o dítě před propuštěním u matek z intervenční skupiny. Co se týče schopností matek rozpoznat potřeby dítěte, uváděly matky vyšší před propuštěním než v době po porodu. Vzájemným působením matky a dítěte bylo zjištěno silné pouto a potěšení z něj. Všechny dotazované matky hodnotily lásku k novorozenci jako intenzivní. Uvedly nejvyšší snahu se zapojit do péčování o potomka. Výsledky dále ukázaly, že s prodlužováním hospitalizace se matky cítily více užitečné a měly radost z dítěte. Na své děti byly pyšné více než po porodu a více o nich mluvily. V obou skupinách matky pociťovaly při separaci od dětí smutek.

Studie nezjistila žádný signifikantní vliv na délku hospitalizace u předčasně narozených novorozenců. U dětí s KMC byla doba hospitalizace delší průměrně o 11 dní. Výsledky studie vlivem malého počtu dětí ve skupinách jsou pouze orientační a je třeba dalších výzkumů na toto téma v České republice (Sikorová a Suszková, 2012, s. 497-504).

Výsledky ostravské studie se shodují s výsledky některých zahraničních studií. Např. Maastrup a Greeisen uvádějí, že i velmi předčasně narození novorozenci mohou udržet fyzickou stabilitu a přiměřenou teplotu těla pomocí SSC s rodiči (Maastrup and Greisen, 2010, s. 1145-1149). Profesor Nimbalkar a jeho kolegové uvádějí v randomizované kontrolované studii taktéž pozitivní vliv „skin to skin“. Uvádějí snížení podchlazení v prvních 48 hodinách po porodu. Doporučují brzký SSC prosazovat jak u předčasně narozených dětí, tak i dětí narozených v termínu jako prevenci výskytu hypotermie (Nimbalkar et al., 2014, s. 364-368).

Thaíly Castral et al. (2008, s. 108-109) uvádějí pozitivní vliv KMC na bolest u předčasně narozených dětí. Doporučují využít kontakt kůže na kůži jako nefarmakologickou metodu léčby bolesti u nedonošených dětí. Ke stejnému výsledku dospěla i studie zkoumající taktéž vliv KMC na bolest, která vzniká při zdravotních nebo ošetrovatelských postupech (Johnston et al., 2014 [cit. 2016-02-14]).



### 5.3 Význam bondingu při porodu císařským řezem

Australská studie se zabývala možností přiložení skin to skin po císařském řezu, to znamená okamžitě do několika minut, a časné do jedné hodiny. Výzkum se týkal zdravých matek s fyziologickými dětmi. Výzkum poskytuje důkazy, že za předpokladu dobré spolupráce a vzdělávání zdravotníků, matek i otců, je bonding během císařského řezu na operačním sále možný. Důkazy svědčí o emoční pohodě matky a novorozence, zlepšení komunikace rodičů a dítěte, o snížení mateřské úzkosti a bolesti a také o lepší fyziologické stabilitě matky a dítěte. Dalším výsledkem je, že okamžitý nebo časný kontakt po císařském řezu může uspíšit první přiložení ke kojení, nástup laktace a eliminovat nutnost příkrmů v porodnici. Studie dále potvrdila mateřskou spokojenost, silnější vazbu, snížení stresu dítěte a lepší udržování teploty po uskutečnění bondingu při operačním porodu (Stevens et al., 2013, s. 456-473).

### 5.4 Význam bondingu pro kojení

Pozitivní vliv kojení pro dítě i matku je známý v úrovni somatické i psychosociální. Kojené děti mají v raném i pozdním věku silnější imunitu a menší riziko závažnějších chorob a působí příznivě na vývoj dítěte. U matky po porodu snižuje riziko krvácení a eliminuje některá závažná onemocnění, např. rakovinu vaječnicků a prsu. Nesmírný význam má kojení na vytváření a upevňování vztahu mezi dítětem a matkou, což vede ke zdravému psychickému vývoji dítěte. Kojící ženy jsou díky účinku hormonu prolaktinu klidnější, lépe reagují na stres a častěji se svým dítětem navazují oční kontakt a taktilní stimulaci.

Česká studie se zabývala souvislostí mezi prvním kojením a oddělením matky od dítěte po narození. Výzkum probíhal v celé České republice a účastnilo se ho 199 respondentek. Takács a její kolegyně uvádějí nutnost neoddělovat novorozence od matky, což je největší riziko při zahájení kojení. Ukázalo se velmi časté odloučení novorozence z důvodu jeho nemoci, koupání či argumentu zdravotníků o nutnosti odpočinout si po porodu. Studie označila riziko při zahájení kojení odloučení dítěte od matky na dobu delší než 3 hodiny. Při odloučení od svého dítěte matky uváděly, že děti byly nošeny ke kojení podle potřeb zdravotníků a ne dle potřeb dítěte. Frekvenci kojení označily za nedostatečnou (Takács et al. 2011, s. 19-32).

Účinností bondingu na zahájení kojení se zabývala i egyptská studie. Do studie bylo zařazeno 100 žen a jejich dětí. Dospěla k závěru, že matky, které měly po porodu SSC časně

a úspěšně zahájily kojení než matky bez poporodního kontaktu s dítětem. Studie doporučuje na základě poznatků nepřerušovaný kontakt matky s novorozencem a odložit rutinní postupy do období po zahájení kojení. Tuto dobu doporučuje alespoň 2 hodiny od porodu (Essa and Ismail, 2015, s. 98-107).

Autorky Elizabeth Moore a Gene Anderson v randomizované kontrolované studii hodnotily účinek kontaktu „skin to skin“ mezi matkou a dítětem v prvních 2 hodinách po porodu v porovnání se standardní péčí na výsledky kojení do 1 měsíce od narození. Zdravé prvorodičky a jejich děti byli rozděleni do skupin s běžnou péčí nebo s SSC. Děti ze skupiny SSC v průměru lépe sály během prvního přiložení a dříve dospěly k efektivnímu kojení než děti v zavinovačkách. Kontakt kůži na kůži po porodu zvýšil úspěšnost kojení v období po porodu. Na konci měsíce mezi oběma skupinami nebyly zjištěny žádné signifikantní rozdíly (Moore and Anderson, 2007, 116-125).

Studie zahrnující 2177 dětí a jejich matky zjistila, že u matek, které měly po porodu SSC po porodu se svými dětmi se zvýšila perspektivista kojení a prodloužila se doba, po kterou matky své děti výhradně kojily. (Moore et al, 2012, s. 5).

## 6 SHRNUÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM

Bonding lze chápat jako raný a nepřerušovaný kontakt mezi matkou a novorozencem ihned po porodu. Jde o emocionální proces vedoucí k vytvoření vzájemného láskyplného vztahu mezi matkou a dítětem, který má pro tento pár nesmírný význam. (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 201).

Nejlepším prostředkem pro udržování tělesné teploty novorozence je raný kontakt kůži na kůži s matkou. Je rovněž doporučován i z psychologických důvodů – novorozenci poskytuje pocit bezpečí a napomáhá mu v seznámení s matkou a naopak. SSC je velmi výhodný na zdravotní stav dítěte (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 260).

Ihned po narození položíme nahého, neumytého novorozence na nahé břicho matky vertikálně. Kontakt by měl být co nejintimnější a co nejdelší. K přerušení pupečníku dochází až po ukončení jeho pulzace. Sterilní, nahřátou plenkou osušíme novorozence na matčině těle. Pak dítě i jeho matku přikryjeme jako celek teplou dekou, ručníkem. Ideální doba provádění bondingu je nejméně 2 hodiny, nejlépe však 12 hodin (Mrowetz a Peremská, 2013, s. 203-204). Ženám rodícím císařským řezem nic nebrání kontaktu kůži na kůži již na operačním sále. Bonding lze provést přiložením na tvář či rameno matky. Porod císařským řezem prodlužuje dobu před prvním přiložením k prsu, zpomaluje začátek laktace a snižuje počet plně kojených dětí, proto je bonding po operačním porodu velmi důležitý (Stevens et al., 2013, s. 456-473 ). Pokud je dítě z jakéhokoliv důvodu odděleno od matky, za nejlepšího pečovatele se považuje otec (Erlandsson, Dsilna and Fargerberg, 2007, 105-114).

Bonding je rovněž doporučovaný pro nedonošené děti. Předčasně narozené děti, které měly po narození časný kontakt se svou matkou, mnohem lépe prospívají, přibývají na váze, mají menší dýchací potíže. Stačí jim hlazení nebo alespoň čichový kontakt, například přítomností matčiny noční košile v inkubátoru (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 25).

Při porodu mrtvého dítěte má bonding rovněž nezanedbatelnou roli. Pomáhá rodičům poznat a zároveň se rozloučit s novorozencem. Rodiče tak získávají vzpomínku, která je pro ně velmi důležitá k jejich smíření se se smrtí dítěte. Je zde potřeba empatického zdravotního personálu, který rodičům v této těžké chvíli musí být nápomocný (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 118-123).

Studentka Holeňáková (2011, s. 45-65) uvádí porodní asistentku při porodu jako nejdůležitější článek k provádění bondingu. Zjistila důležitost podání informací zdravotníků o provádění rané vazby. Porovnávala provádění bondingu před edukací zdravotníků a po edukaci. Informované porodní asistentky ponechávaly matky a jejich děti v kontaktu kůži na kůži déle a odsunuly rutinní postup na pozdější dobu. Se stejnou zkušeností se podělila v dopisu porodní asistentka s Michaelou Mrowetz (Mrowetz, Chrástilová a Antalová, 2011, s. 212-213).

## ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo získat dostatek informací o vlivu bondingu na adaptaci novorozence. Práce byla rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se věnovala bondingu, objasnila v čem bonding spočívá, jak ho správně provádět a také, jak si stojí raný kontakt v České republice. Následovala kapitola o přístupu porodních asistentek k rané vazbě. Třetí kapitola byla zaměřena na novorozence, jeho adaptaci po porodu a prvním ošetření na porodním sále. Poslední kapitola se zabývala vlivem bondingu na adaptaci novorozence, předčasně narozené děti a děti po porodu císařským řezem. Dále popisuje vliv rané vazby na kojení.

První cíl měl předložit poznatky o bondingu matky a dítěte ihned po porodu. Jde o emocionální proces mezi matkou a právě narozeným dítěte vedoucí k vytvoření vzájemného vztahu. Spočívá v uložení nahého dítěte na nahý hrudník matky, aby navzájem cítili jeden druhého. Na těle matky má být provedeno základní ošetření dítěte – ošetření pupečního pahýlu, osušení a identifikace dítěte. Ideální doba nepřerušovaného kontaktu jsou 2 hodiny. Pokud nemůže provádět bonding matka, nejlepším pečovatelem se stává otec, který je v dnešní době na porodním sále téměř vždy přítomen. Česká republika i přes vysokou kvalitu perinatální péče má v nepřerušovaném kontaktu „skin to skin“ co dohánět. *Cíl byl splněn.*

Druhý cíl zkoumal přístup porodních asistentek k provozování bondingu na porodním sále. Porodní asistentky jsou osoby, které mohou při porodu nejvíce ovlivnit ranou vazbu. Velmi záleží na informovanosti porodní asistentky a na jejím postoji k bondingu. Pokud jsou porodní asistentky řádně poučené, jak a proč bonding provádět, je to nejlepší způsob podpory vazby mezi matkou a novorozence a přispět novorozenci k jeho bezproblémové adaptaci. *Cíl byl splněn.*

Třetí cíl měl objasnit adaptaci novorozence po porodu. Fyziologický novorozenec je dítě živé, donošené, narozené mezi 38. – 42. týdnem těhotenství se zevními známkami zralosti a funkčními. K hodnocení funkční zralosti se používá tzv. Apgar score hodnotící barvu, akci srdeční, svalový tonus, reflex a dech v 1., 5., a 10. minutě po narození. První ošetření novorozence provádí porodní asistentka nebo novorozenecká sestra. Ideální ošetření probíhá na těle matky nebo v její blízkosti pro zachování vizuálního kontaktu. Zahrnuje osušení nahřátou rouškou, ošetření pupečnicku, měření tělesné teploty a identifikace novorozence. Vážení, měření se odsouvá na pozdější dobu. Pediatr u fyziologického novorozence může prohlédnout dítě rovněž později. *Cíl byl splněn.*

Poslední cíl měl předložit poznatky o vlivu bondingu na adaptaci novorozence. Novorozenci, ať narození v termínu či předčasně, jsou kontaktem kůži na kůži se svou matkou či otcem schopni udržet tělesnou teplotu lépe než děti bez kontaktu. Bonding snižuje stres a pláč dítěte. Děti bývají klidnější a mají lepší spánek. Nemalý vliv má raný kontakt i na vývoj CNS. Autoři studii doporučují provádět SSC a KMC u všech dětí, zdravých i nemocných. Překážkou by neměla být infuzní terapie ani umělá plicní ventilace. Metoda SSC je brána jako nefarmakologická metoda léčby bolesti pro jeho pozitivní účinky. Bonding posiluje vzájemnou vazbu mezi novorozencem a matkou. *Cíl byl splněn.*

Doporučení pro praxi:

Bonding je nesmírně důležitá pro matku i dítě. Má pozitivní vliv na jejich vzájemné poznávání a velice důležitý vliv na lepší adaptaci novorozence po porodu i zdravotní stav matky. Nejsou známy žádné negativní projevy. Pozitivní efekt má na první přísátí dítěte k prsu a ovlivňuje i celkovou dobu kojení. Metoda je finančně minimálně náročná na její poskytování s velkým benefitem pro matku i narozené dítě.

Velmi důležitá je edukace matek o výhodách kontaktu kůži na kůži. Stejně důležitá, ne-li důležitější je edukace porodních asistentek a lékařů k provádění SSC. Je potřeba, aby věděli o výhodách vyplývajících z bondingu a jejich ochota oddálit rutinní ošetrovatelskou péči pro novorozence a přizpůsobit se případným potřebným změnám.

## BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BARAK, E. Morgan., Alan. R. HORN and Nils. J. BERGMAN, 2011. Should neonates sleep alone? *Biological psychiatr.* Vol. 70, no. 9, pp. 817. ISSN: 0006-3223

BRADY, Karen, Denise BULPITT and Caren CHIARELLI, 2014. An Interprofessional Quality Improvement Project to Implement Maternal/Infant Skin-to-Skin Contact During Cesarean Delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* Vol. 43, no. 4, pp. 488–496. ISSN: 1552-6909.

BRANDAO, Sónia and Bárbara FIGUEIREDO, 2012. Father's emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of advanced Nursing.* Vol. 68, no. 12, pp. 2730-2729. ISSN: 1365-2648.

BYSTROVA, Ksenia et al., 2003. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr.* Vol. 92, no. 3, pp. 320 – 326. ISSN: 0803-5253.

CASTRAL, Thaíla et al., 2008. The effects of skin to skin contact during acute pain in preterm newborns. *Acute pain.* Vol. 10, no. 2, pp. 108-109. ISSN: 1366-0071.

CHRASTILOVÁ, Gauri, 2005. *Kdy přestříhnout pupeční šňůru?* [online] 8. 1. 2015 [cit. 2015-11-24]). Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/kdy- prestirihnout-pupecni-snuru>.

JOHNSTON, Celest et al., 2014. Skin to skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane neonatal group.* [online] 23. 1. 2014 [cit. 2016-2-16], DOI: 10.1002/14651858.CD008435.pub2.

Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008435.pub2/abstract>

CRENSHAW, T. Jannette et al., 2012. Use of a video-ethnographic intervention (pre-session immersion method) to improve skin to skin care and breastfeeding rates. *Breastfeed Medicine.* Vol. 7, no. 2, pp. 69 – 78. ISSN: 1556-8253.

CRENSHAW, T. Jannette, 2014. Healthy birth practice 6 : Keep mother and baby together – It's best for mother, baby and breastfeeding. *The journal of perinatal education*. Vol. 23, no. 4, pp. 211-217. ISSN: 1058-1243.

ČECH, Evžen et al., 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání, Praha, Grada Publishing, a. s. ISBN: 978-80-247-1303-8.

ČESKÁ KONFEDERACE PORODNÍCH ASISTENTEK, 2005. *Mezinárodní definice porodní asistentky*, [online], [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: [http://www.ckpa/source/file/dokumenty\\_008.pdf](http://www.ckpa/source/file/dokumenty_008.pdf).

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2013. *Neonatologie*. 2. upravené vydání, Praha, Karolinum. ISBN: 978-80-246-2253-8.

ELSEVIER, 2011. *Maternal separation stresses the baby, research finds*. [online] 2. 1. 2011 [cit. 2015-12-18]). Dostupné z: <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/11/111102124955.htm>.

ERLANDSSON, Kerstin, Ann DSILNA and Ingegerd FAGERBERG, 2007. Skin to skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. Vol. 34, no. 2, pp. 105-114. ISSN: 1523-536X.

ESSA, Rasha Mohamed and Nemat I. A. A. ISMAIL, 2015. Effect of early maternal/newborn skin-to-skincontact after birth on the duration of third stageof labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*. Vol. 5, no. 4, pp. 98-107. ISSN: 1925-4040.

EZROVÁ, Magdaléna a Kateřina RATISLAVOVÁ, 2011. Podpora vztahu matky a novorozence po porodu. *Sestra*. Roč. 21, č. 3, s. 36-37. ISSN: 1210-0404.

FENDRICHOVÁ, Jaroslava, 2004. *Hodnotící metodiky v neonatologii*, Brno, NCO NZO. ISBN: 80-7013-405-4.



FENDRYCHOVÁ, Jaroslav a kol., 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. přepracované vydání, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-547-1.

FERBER, G. Sari and Imad R. MAKHOUL. 2004. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. Vol. 113, no. 4, pp. 858-865. ISSN: 0210-5721.

HOLEŇÁKOVÁ, Gabriela, 2011. *Podpora bondingu*. Olomouc. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého Olomouc, Fakulta zdravotních věd, Ústav porodní asistence.

KENNEL, John and Susan MCGRAT, 2005. Starting the process of mother – infant bonding. *Acta Paediatrica*. Vol. 94, no. 6, pp. 775-777. ISSN: 0803-5253.

LEBOYER, Frederick, 1995. *Porod bez násilí*. Praha, Stratos. ISBN: 80-247-1284-9.

MAASTRUP, Regnhild, Gorm GREISEN, 2012. Extremely preterm infants tolerate skin to skin contact during the first weeks of life. *Acta paediatrica*. Vol. 99, no. 8, pp. 1145-1149. ISSN: 1651-2227.

MERCER, S. Judith, Rebeca L. SKOVGAARD, 2012. *Neonatal transitional physiology: a new paradigm*. [online], [cit. 2015-11-24]. Dostupné z: <http://www.researchgate.net/publication/11452099>.

MOORE, R. Elisabeth and Gane C. ANDERSON, 2007. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Journal of midwifery and women's health*. Vol. 52, no. 2, pp. 116-125. ISSN: 1526-9523.

MOORE, R. Elisabeth et al., 2012. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [online], vol. 16, no. 5. CD003519. [cit. 2015-10-21] DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3. Dostupné z: [http://www.cochrane.org/CD003519/PREG\\_early-skin-to-skin-contact-for-mothers-and-their-healthy-newborn-infants](http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-to-skin-contact-for-mothers-and-their-healthy-newborn-infants)

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ, 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* 1. vyd. Praha: Darhma Gaia. ISBN: 978-80-7436-014-5.

MROWETZ, Michaela, 2011. Motivy k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení. *Zdravotnické noviny*. [online] 21. 1. 2011 [cit. 2015-11-20]. Dostupný z: <http://www.zdravi.e15.cz/dennizpravy/komentare/motivy-k-planovanemu-porodu-mimo-zdravotnicke-zarizeni-457509>.

MROWETZ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ, 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*. Roč. 14, č. 3, s. 201-204. ISSN: 1213-0494.

NAHIDI, Fatemeh et al., 2014. Opinions of the Midwives about Enabling Factors of Skin-To-Skin Contact Immediately after Birth: A Descriptive Study. *Journal of Family*. Vol. 8, no. 3, pp. 107-112. ISSN: 1735-8949.

NIMBALKAR, Somashekhar et al., 2014. Effect of early skin to skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more the 1800 g: randomized control trial. *Journal of perinatology*. Vol. 34, no. 5, pp. 364-368. ISSN: 0743-8346.

NYQVIST, Kerstin Hedberg et al., 2010. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*. Vol. 99, no. 6, pp. 820-826. ISSN: 0803-5253.

PHILLIPS, Raylene, 2013. Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. The Sacred hour [online], [cit. 2015-12-14]. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. Vol. 13, no. 2, pp. 67-72. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/806325>.

JIRÁSKOVÁ, Vlasta, 2012. *Klokankování – zahřát nedonošené dítě na svém těle*, [online] 18. 5. 2012 [cit. 2015-02-12]). Dostupné z: <http://www.porody.net/2012/05/18/klokankovani-zahrat-nedonosene-dite-na-svem-tele/>.

PRÁZDNÁ KOLEBKA, 2015. [online], [cit. 2016-04-02]). Dostupné z: <http://www.prazdnakolebka.cz/důležitost-porodu-a-rozloueni-s-ditetem>.

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2006. *Moderní porodnictví*, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN: 978-80-247-1941-2.

SIKOROVÁ, Lucie a Monika SUSZKOVA, 2012. Ověření benefitů metody klokánkování - pilotní studie. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Roč. 3, č. 4, s. 497-504. ISSN 1804-2740.

STEVENS, Jeni et al. 2014. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal*. [online] Vol. 10, no. 4, pp. 456-473 [cit. 2015-10-12]. DOI: 10.1111/mcn.12128.

TAKÁCS, Lea et al., 2011. Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie*. Roč. 5, č. 1, s. 16-32. ISSN: 1802-8853.

TAKÁCS, Lea, 2012. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*. Roč. 77, č. 1, s. 15-21. ISSN: 1210-7832.

## SEZNAM ZKRATEK

<b>apod.</b>	a podobně
<b>cm</b>	centimetr
<b>č.</b>	číslo
<b>CSN</b>	centrální nervový systém
<b>ev.</b>	eventuelně
<b>JIRPN</b>	jednotka intenzivní a resuscitační péče pro novorozence
<b>KMC</b>	kangaroo mother care
<b>min.</b>	minimálně
<b>např.</b>	například
<b>SC</b>	císařský řez
<b>SSC</b>	skin to skin contact
<b>tj.</b>	to je
<b>tzv.</b>	tak zvaný
<b>WHO</b>	světová zdravotnická organizace

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Apgar score

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 Deset kroků k podpoře raného kontaktu – bondingu

Příloha č. 2 Mezinárodní definice porodní asistentky

Příloha č. 3 SSC ihned po porodu, ponechán dotepat pupečník u matky

Příloha č. 4 Svorkování pupečního pahýlu na těle matky

Příloha č. 5 Přestřížení pupeční šňůry otcem dítěte

Příloha č. 6 Identifikace novorozence na těle matky

Příloha č. 7 Při ošetření poporodního poranění zastupuje matku v její blízkosti otec

Příloha č. 8 Bonding otce

Příloha č. 9 Kontakt „skin to skin“ matky po spontánní porodu

Příloha č. 10 První přiložení k prsu matky po porodu na porodním sále

Příloha č. 11 Bonding na operačním sále při císařském řezu

## **Příloha č. 1 Deset kroků k podpoře raného kontaktu – bondingu**

### **1. Položení nahého novorozence na nahé břicho matky bezprostředně po porodu – vertikálně**

- Při porodu sekci se pokládá nahý novorozenec na hrudník matky pod prsa – horizontálně, vhodné je snížení operačního pole pod prsa matky, novorozence dle potřeby přidržuje další osoba – otec, ev. zdravotník tak, aby novorozenec mohl efektivně hledat bradavku a mohl se přisát
- Osušení novorozence na těle matky, zabalení novorozence a matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek
- Odložené přerušování pupečnicku po jeho dotepání kvůli zajištění dostatečné placentární transfuze

### **2. Všechna vyšetření a základní ošetření novorozence provádět na těle matky**

- Hodnocení Apgar skóre
- Podvázání a přerušování pupečnicku
- Ev. označení novorozence identifikačním náramkem

### **3. Umožnění a podpora vizuálního kontaktu – pohled z očí do očí matky a novorozence**

- Podložení hlavy matky, pokud leží na zádech, doporučení rozepínací košile či upravení látky pod krkem pro zajištění matčina výhledu
- Pokud novorozenec musí být v inkubátoru, pak ideálně zajistíme pobyt v jedné místnosti, vizuální kontakt mohou částečně nahradit fotografie, videozáznam a nejlépe přímý přenos web kamerou

### **4. Samopřisátí – tzv. breast crawl**

- Novorozenci a matce necháváme dostatečný čas na seznámení v kontaktu kůže na kůži
- 30–60 minut trvá, než je dítě připravené k prvnímu samopřisátí
- Po medikovaných porodech i císařském řezu může být tato doba i mnohem delší, v řádu hodin
- Novorozence necháváme se k prsu doplazit a samotného najít bradavku všemi smysly – zrakem, hmatem, sluchem, čichem, chutí
- Novorozenci neotíráme ručky od plodové vody (plodová voda voní jako bradavka)
- Znamky připravenosti sát: dítě si strká pěstičky do úst, sliní, otvírá ústa, rukou ohmatává dvorec a bradavku, čímž připravuje bradavku ke kojení, má široce otevřené oči

- Ideální je „bezdotyková“ forma pomoci, můžeme matce umožnit pohodlnější polohu, ukázat jí, jak podepřít prs, a slovně poradit

### **5. Matka a novorozenec jsou v kontaktu „skin to sin“ – kůže na kůži**

- Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2 hodiny po porodu, ideálně však 12 hodin či stále, matka s novorozencem se přesouvá z porodního sálu na oddělení šestinedělí společně v kontaktu kůže na kůži
- Při porodu císařským řezem může matku zastoupit na nezbytně dlouhou dobu otec (při dokončování operace a přemístování matky na lůžko), bakterie otce jsou pro dítě přirozené a přínosné, na rozdíl od bakterií ošetřujícího personálu

### **6. Zajištění příjemného, klidného, vlídného a intimního prostředí ze strany zdravotnického personálu a zajištění pohodlí pro matku**

- Samostatné porodní pokoje, kde může být celá nová rodina pohromadě
- Pohodlná postel, křeslo, polštáře, teplá deka
- K rodině vchází co nejméně personálu a nevyrušují je v seznamování

### **7. Eliminace techniky – fotoaparátů, videokamer, mobilních telefonů**

- Tento jedinečný okamžik žádné fotografie ani videozáznam nenahradí
- Novou rodinu může ev. vyfotit přítomný zdravotník

### **8. Veškerá vyšetření novorozence, odběry biologického materiálu, vizity apod. provádět za přítomnosti matky**

- Vyšetření a odběry je vhodné provádět v náruči matky, při kojení a v kontaktu kůže na kůži (eliminace vyplavování kortizolu)

### **9. Transport do jiného zařízení**

- Při nutnosti transportu novorozence je nutné podpořit matku a transportovat matku i novorozence dohromady dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu, tj. v jednom sanitním vozu, a zajistit příjem matky spolu s novorozencem na nové oddělení
- Při nutnosti transportovat matku je potřeba s ní přeložit i novorozence, dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu

### **10. Při porodu mrtvého dítěte či úmrtí dítěte po porodu podpořit matku v kontaktu s jejím novorozencem**

- Matce a rodině musí být umožněno rozloučení se s dítětem – podpoření a zajištění místa (zákon) – podpoření kontaktu kůže na kůži, zajištění památky na dítě



(podpořit rodiče v otištění ruky či nohy), podpořit rodiče v prohlédnutí si dítěte, vyfotit rodinu s dítětem

- Matka a rodina mají k truchlení neomezený čas (etika), informovat o možnosti křtu po smrti a podpořit v organizaci pietního rozloučení s dítětem.

(Mrowetz, 2013, s. 201)

## **Příloha č. 2 Mezinárodní definice porodní asistentky**

**Porodní asistentka** je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

**Porodní asistentka** je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník;

- pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní,
- vede porod na svou vlastní zodpovědnost,
- poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Tato péče zahrnuje:

- preventivní opatření,
- podporu normálního porodu,
- zjišťování komplikací u matky nebo dítěte,
- zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci
- provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

**Porodní asistentka** má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

**Porodní asistentka** může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

Tato definice byla přijata na zasedání  
Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005  
a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou  
v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

**Příloha č. 3 SSC ihned po porodu, ponechán dotepat pupečník u matky**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 4 Svorkování pupečního pahýlu na těle matky**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 5 Přestřížení pupeční šňůry otcem dítěte**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 6 Identifikace novorozence na těle matky**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 7 Při ošetření poporodního poranění zastupuje matku v její blízkosti otec**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 8 Bonding otce**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 9 Dítě hledající bradavku k přísátí**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 10 První přiložení k prsu matky po porodu na porodním sále**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

**Příloha č. 11 Bonding na operačním sále při císařském řezu**



*Zdroj: vlastní foto, Porodnice Šternberk*

