

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Mgr. Hana Jakoubková

**Postoj porodních asistentek a dětských sester pracujících na
novorozeneckých odděleních ke skin to skin kontaktu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Radmila Dorazilová, Ph. D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. června 2024

Mgr. Hana Jakoubková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Radmile Dorazilové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za poskytnutí cenných rad. Další poděkování patří porodním asistentkám a novorozeneckým sestřám, které se účastnily dotazníkového šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu během celého studia.

Anotace

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Benefity skin to skin kontaktu pro matku a novorozence
Název práce v ČJ:	Postoj porodních asistentek a dětských sester pracujících na novorozeneckých odděleních ke skin to skin kontaktu
Název práce v ANJ:	The attitude of midwives and pediatric nurses working in neonatal wards towards skin-to-skin contact
Datum zadání:	2023 – 01 - 31
Datum odevzdání:	2024 – 08 - 28
VŠ, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor:	Mgr. Hana Jakoubková
Vedoucí:	Mgr. Radmila Dorazilová, Ph. D.
Oponent:	prof. PhDr. Ľudmila Matulníková, PhD.

Abstrakt v ČJ:

Úvod: Skin to skin kontakt u novorozence a matkou je globálně uznávaná praxe, která s sebou nese mnoho pozitivních účinků jak na novorozence tak i na matku. Tento postup se zdá jako nejefektivnější a nejméně nákladný způsob péče.

Cíl: Tato diplomová práce zjišťuje postoj porodních asistentek a dětských sester ke skin to skin kontaktu. Byla zjišťována především jejich informovanost, názor a spokojenost postupy při praktikování skin to skin kontaktu mezi matkou a novorozencem v porodnicích kde pracují.

Metodika: Výzkumným nástrojem pro sběr dat byl anonymní dotazník vlastní tvorby doplněn o otázky z výzkumu Mgr. Lucie Mazúchové, PhD. Byl určen porodním asistentkám pracujícím na porodním sále a novorozeneckém oddělení a dětským sestram pracujícím na novorozeneckém oddělení. Dotazník byl distribuován přes facebookové a

instagramové účty s porodnickou a zdravotnickou tematikou. Sběr dat byl proveden v období měsíců březen 2024 – duben 2024. Celkem do výzkumu bylo zařazeno 204 dotazníků. Data byla zhodnocena pomocí programu Microsoft Excel a pomocí programovacího jazyka Python. Pro ověření hypotéz byl použit Fisherův exaktní test, kdy hladina testu byla 5%.

Výsledky: Data ukazují, že informovanost porodních asistentek a dětských sester je na dobré úrovni. Většina dotazovaných má pozitivní postoj k této metodě a díky tomu jej u porodů podporují. Přesto bylo zjištěno, že mezi jednotlivými nemocnicemi jsou velké rozdíly v poskytování jednotlivých kroků skin to skin kontaktu.

Závěr: Skin to skin kontakt by měl být poskytnut všem novorozencům, kteří nevyžadují akutní život zachraňující zásah zdravotnickým týmem. Důležitou osobou pro podporu jsou porodní asistentky a dětské sestry, které by měly edukovat rodiče prospěšnosti, benefitů a výhodách, které skin to skin kontakt přináší. Práce je limitovaná především dotazníkem vlastní konstrukce a také nerovnoměrným vzorkem respondentek ze stejných porodnic.

Abstrakt v AJ:

Introduction: Skin-to-skin contact between the newborn and the mother is a globally recognized practice that has many positive effects on both the newborn and the mother. This approach seems to be the most effective and least expensive way of care.

Goal: This thesis examines the attitude of midwives and children's nurses towards skin-to-skin contact. Their awareness, opinion and satisfaction with the skin-to-skin approach between mother and newborn in the maternity hospitals where they work were mainly investigated.

Methodology: The research tool for data collection was an anonymous self-created questionnaire supplemented with questions from the research of Mgr. Lucie Mazúchová, PhD. It was intended for midwives working in the delivery room and the neonatal ward and for children's nurses working in the neonatal ward. The questionnaire was distributed through Facebook and Instagram accounts with obstetrics and healthcare topics. Data collection was carried out in the period of March 2024 - April 2024. A total of 204 questionnaires were included in the research. The data was analyzed using Microsoft

Excel and the Python programming language. To verify the hypotheses, Fisher's exact test was used, when the level of the was 5%.

Results: The data show that the awareness of midwives and children's nurses is at a good level. Most respondents have a positive attitude towards this method and therefore support it at birth. Nevertheless, it was found that there are large differences between individual hospitals in the provision of individual steps of skin-to-skin contact.

Conclusion: Skin-to-skin contact should be provided to all newborns who do not require acute life-saving intervention by the medical team. An important person for support are midwives and children's nurses, who should educate parents on the usefulness, benefits and advantages of skin-to-skin contact. The work is limited mainly by the self-created questionnaire and also by the uneven sample of respondents from the same maternity hospitals

Klíčové slova v ČJ: skin to skin kontakt, bonding, matka, novorozenec, vazba
benefity, klockování, postoj porodních asistentek, postoj
dětských sester

Klíčové slova v AJ: skin to skin contact, bonding, mother, newborn, attachment,
benefits, kangaroo mother care, attitude of midwives,
attitude of children's nurses

Obsah

Úvod.....	9
1 Rešeršní činnost.....	11
2 Teoretická východiska	13
2.1 Instinktivní chování novorozence po porodu.....	13
2.2 Skin to skin kontakt	14
2.2.1 Doporučení pro podporu skin to skin kontaktu a bondingu.....	19
2.2.2 Skin to skin kontakt u předčasně narozených novorozenců	26
2.3 Benefity skin to skin kontaktu	29
2.4 Bariéry pro skin to skin kontakt.....	31
3 Metodika výzkumu	34
3.1 Výzkumný problém	34
3.2 Výzkumné cíle	34
3.3 Výzkumné hypotézy	35
3.4 Charakteristika souboru	36
3.5 Etické aspekty	37
3.6 Metody sběru dat	37
3.7 Metoda zpracování dat.....	37
4 Výsledky výzkumu	38
4.1 Statistické zpracování dat	38
4.2 Výsledky statistického zpracování hypotéz.....	73
5 Diskuze	82
6 Závěr	88
Citace	90

Seznam tabulek	96
Seznam obrázků	98
Seznam příloh	100

Úvod

Narození dítěte je jedním z nejsložitějších mechanismů a významnou vývojovou událostí v lidském životě. Vytváření vztahu a pouta mezi matkou a novorozencem je složitý proces, kterému se věnovalo a věnuje mnoho významných lékařů, nelékařského personálu, psychologů a vědců. Prvotní myšlenku o nutnosti péče o psychiku ženy v průběhu těhotenství, porodu a po porodu, zmínila v šedesátých letech profesorka a porodní asistentka Reva Rubinová. Byla první, která se zabývala vazbou matky a novorozence po porodu. Propagovala také nepřerušovaný kontakt nahého novorozence na nahou hrud' matky ihned po porodu. Její poznatky následně převzali lékaři Klaus a Kennel, kteří začali intenzivně zkoumat matky a jejich novorozence (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013).

Skin to skin kontakt mezi matkou a novorozencem ihned po porodu je globálně uznáván jako praxe založená na důkazech a tento kontakt by měl být poskytnut všem rodičkám a novorozencům bez ohledu na způsob porodu, s výjimkou případů, kdy je ohrožen zdravotní stav matky nebo dítěte (Machold et al., 2021).

Cílem práce bylo posoudit postoj porodních asistentek a dětských sester ke skin to skin kontaktu mezi matkou, případně otcem a jejich novorozencem. Tento zdravotnický personál je klíčovou osobou v poskytování informací a podpoře této péče.

Práce je rozdělena na část teoretických východisk, která obsahuje aktuálně dohledané poznatky o skin to skin kontaktu. Zde je sepsán podrobný návod s doporučeními, které vedou ke zkvalitnění péče. Ve výzkumné části jsou posuzovány znalosti, informovanost a postoj porodních asistentek pracujících na porodním sále a novorozeneckém oddělení a dětských sester pracujících též na novorozeneckém oddělení ke zmiňované praxi. V neposlední řadě jsou zjišťovány postupy a zvyklosti jednotlivých nemocnic v poskytování skin to skin kontaktu jak po vaginálním porodu, tak i po porodu císařským řezem.

Vstupní použitá literatura:


- Lenka Šulová, L., & Tomáš Fait, T. (2015). Chování novorozence a jeho psychosociální potřeby. *Prakt Gyn*, 19(2), 131-135.
- Mrowetz, M., & Peremská, M. (2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*, 14(3), 201-204.
- Mazúchová, L., Kelčíková, S., & Kovačíková, M. (2017). Informovanost pôrodných asistentiek a sestier o bondingu po pôrode. *Florence*, (7-8), 10-12.
- Hašto, J. (2014). Diskusia o význame poporodného kontaktu matky a dieťaťa. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, (2), 39-41

1 Rešeršní činnost

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:


- **Klíčová slova v ČJ:** skin to skin kontakt, bonding, matka, novorozenec, vazba, benefity, klokákování
 - **Klíčová slova v AJ:** skin to skin contact, bonding, mother, newborn, attachment, benefits, kangaroo mother care
 - **Jazyk:** anglický, český, slovenský
 - **Období:** 2013 - 2024
 - **Další kritéria:** přehledové články, review, recenzovaná periodika, studie
- 

DATABÁZE:

PubMed, EBSCO, GOOGLE scholar, BMČ




Nalezeno celkem 198 výsledků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

Nerecenzovaná periodika, duplicitní dokumenty, kvalifikační práce, obsahová netýkající se s cíli práce, články nesplňující kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

PubMed - 15

EBSCO - 19

Google scholar - 4

BMČ - 5





Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 41
odborných článků, 1 webová stránka a 1 knižní
publikace

2 Teoretická východiska

2.1 Instinktivní chování novorozence po porodu

Jakmile matka drží svého novorozence, je zahájeno nejenom instinktivní chování u novorozence, ale i u matky. Matka zažije nárůst mateřských hormonů a začne svého novorozence hladit a komunikovat s ním. (Unicef, UK, Januar, 2023). U novorozence pak nastává koordinace vnímání pomocí pěti smyslů jako je zrak, sluch, hmat, chuť a čich. Při ranném kontaktu jsou uplatněny mechanismy pohybu, díky kterým se novorozenec může pohybovat směrem blíže k matčině bradavce (Widström et al., 2019).

Instinkty novorozence se postupně navazují na sebe a pokud tento proces není přerušen, umožní mu první samopřisátí. Jakmile dítě samo vyhledá bradavku a přisaje se, je velmi pravděpodobné, že budou eliminovány i následné potíže s kojením. (Unicef, UK, Januar, 2023).

Chování fyziologického novorozence po spontánním vaginálním porodu popsal autor Widström a rozdělil je do 9 fází:

- Novorozenec po porodu krátce pláče a začíná spontánní dýchání
- Následně přechází do fáze relaxace, kdy novorozenec odpočívá. Není u něj patrná žádná aktivita úst, hlavy, paží, nebo těla
- Nastává fáze probouzení. Novorozenec začíná vykazovat známky aktivity, jsou u něj patrné malé pohyby hlavy směrem nahoru a dolů, ze strany na stranu, objevují se i malé pohyby končetin a ramen
- Dítě přechází do aktivní fáze, začne provádět intenzivnější pohyby pažemi, rameny a hlavou. Tyto pohyby se postupně zpravidelňují a zesilují
- Ve fázi plazení si novorozenec začíná přitahovat kolena k břichu, začíná se odrážet a plazit směrem k matčině prsu
- Každý pohyb je pro novorozence velmi namáhavý, proto často novorozenci odpočívají. Zdravotníci by měli matku edukovat, že tento odpočinek je zcela normální a neznamena to, že by dítě nejevilo zájem o kojení a přisátí. Matky by měli od zdravotníků vědět, že odpočinek může přicházet mezi jakoukoliv fází a může být různě dlouhý.
- Při fázi seznámení kojeneček dosahuje k prsnímu dvorci či bradavce. Dítě ručkama prs mačká, obličejem se o něj otírá, případně začne olizovat

bradavku. Toto období může trvat různě dlouhou dobu. Je důležité dát dítěti prostor, aby si našlo samo způsob, jakým se nejlépe přichytí a přisaje k prsu.

- Jakmile je dítě připravené, obemkne bradavku svými ústy a začne sát. V této fázi může matka přichytit novorozence tak, aby se matce leželo pohodlně, ale zároveň, aby zabránila případnému pádu novorozence z její náruče.
- Po určité době dítě přestane sát, zavírá oči a usíná (Unicef, UK, Januar, 2023, Widström et al., 2019).

Většina fyziologických novorozenců přechází z jedné fáze do další, pokud není novorozenec vyrušen nějakým úkonem, jako například rutinní vyšetřování, vážení či měření. Přerušování procesu před dokončením poslední fáze nebo pokus o urychlení, může vést k problémům s novorozeneckou adaptací, či potížemi s následným kojením. Je nutné si uvědomit, že pokud matka v průběhu porodu dostávala analgetika, může být dítě ospalé a celý proces se může zbrzdit a může trvat déle (Unicef, UK, Januar, 2023).

2.2 Skin to skin kontakt

Skin to skin kontakt (SSC) byl původně vyvinut pro předčasně narozené novorozence a pro děti s nízkou porodní hmotností jako alternativa k péči v inkubátoru. Zjistilo se, že novorozenci, u kterých byla tato metoda použita, vykazovali lepší výsledky. Následně byly tyto poznatky aplikovány i na termínově rozené novorozence (Cooijmans et al., 2022).

Skin to skin kontakt je definován jako umístění nahého novorozence na holý hrudník matky, kdy mezi nimi nesmí být žádná tkanina ani jiná překážka. Tento kontakt nahých kůží by měl být dle autora Sanchez - Espino minimálně po dobu jedné hodiny (Sanchez-Espino et al., 2019). Autor Brimdyr popisuje definici skin to skin též jako položení nahého novorozence na nahou kůži matky, případně jiné osobě ihned po porodu a pokračování po dobu jedné hodiny. Dodává však, že pokud jsou vhodné podmínky, je dobré, aby kontakt byl ideálně déle. Popisuje, že skin to skin kontakt je nyní uznáván jako více než pouhý fyzický kontakt. Je to složitý proces přivykání novorozence na nové prostředí, ale také složitý psychosociální proces připoutání na matku (Brimdyr et al., 2023). Rheinheimer potvrzuje také, že skin to skin kontakt by měl trvat 60 minut. Tento

čas je doba, která je potřebná k upevnění mateřského a dětského pouta. Doba 60 minut je nutná k tomu, aby proběhla stabilizace glukózy krve u novorozence a taktéž pro podporu stabilnější poporodní adaptace. Časový interval 30 minut pak přispívá k redukci pláče. Doba patnácti minut je považována za dostatečnou pro podporu termoregulace a kardiopirační stability (Rheinheimer et al., 2022). V publikaci od autora Hašty je uveden jiný doporučený čas pro bezprostřední kontakt po porodu. Hašta doporučuje, aby po porodu probíhala podpora skin to skin kontaktu alespoň do prvního přisátí novorozence (Hašto, 2014). Autorky Mrowetz & Peremská zveřejňují, že kontakt nahého novorozence s nahou kůží matky by se měl podporovat nejméně 2 hodiny, ideálně však s kontaktem pokračovat i na oddělení šestinedělí po dobu 12 hodin (Mrowetz & Peremská, 2013). Dle organizaci UNICEF lze charakterizovat skin to skin kontakt jako praxi a postup, kdy je dítě po porodu osušeno a položeno přímo na nahou hrud' matky. Oba jsou následně zabalení do teplé deky a v této poloze by měli zůstat alespoň hodinu, ideálně do prvního samopřisátí. UNICEF také dodává, že je prospěšné nahého novorozence pokládat na nahou hrud' matky vždy, když je třeba dítě uklidnit nebo může tento kontakt pomoci se zvýšením přísunu mateřského mléka (Unicef, UK, Januar, 2023).

Podle doby zahájení skin to skin kontaktu je možné rozlišovat skin to skin konatkt na bezprostřední a časný. Za bezprostřední kontakt je považováno položení novorozence na matku v jeho prvních pěti až deseti minutách života (Sanchez-Espino et al., 2019). Autorka Kachlová v publikaci Ošetřovatelská péče v neonatologii označuje, že kontakt, který je bezprostředně po porodu je nazván jako bonding. Popisuje, že dítě by mělo být nahé a mělo by být po jakémkoli porodu bezprostředně přiloženo na nahé břicho nebo hrudník matky (Kachlová et al. 2022). Bondingem autorky Mrowetzová a Peremská popisují složitý proces, kdy se mezi matkou a novorozencem utváří vazba. Uvádí, že v průběhu bondingu jsou uplatňovány procesy jednak biologické, imunologické, fyziologické či psychologické (Mrowetz & Peremská, 2013). Mazúchová ve svém článku překládá anglické slovo bonding jako lepení nebo připoutání. Stejně jako Mrowetzová a Peremská říká, že bonding je proces propojení, vytváření vazby a pouta mezi matkou a novorozencem (Mazúchová et al., 2016).

Pokud mluvíme o časném skin to skin kontaktu, je novorozenec položen na nahou hrud' matky mezi 10 minutami a 24 hodinami jeho života (Sanchez-Espino et al., 2019). První hodina života je často v literatuře označována jako zlatá, magická nebo posvátná hodina. Bez ohledu na zkušenost matky nebo na typ porodu je dokázáno, že bezprostřední

a nepřerušovaný skin to skin kontakt přináší mnoho benefitů. Zlatá hodinka je omezený časový úsek, ve kterém se mezi matkou s novorozencem vytváří vzájemná vazba. Z toho důvodu se doporučuje, aby se skin to skin kontaktem započalo ihned po porodu a aby se všechny rutinní hodnocení a postupy prováděli po této „zlaté hodině“, aby byla zachována doba pro navázání kontaktu mezi matkou a novorozencem (Balatero et al., 2019).

Autor Bedaso poukazuje i na skin to skin kontakt pozdní. Uvádí, že tento kontakt je v průběhu šestinedělí a je stejně důležitý jako skin to skin kontakt po porodu (Bedaso et al., 2019). V prvních měsících po porodu asi 17 – 19% matek pociťuje depresivní příznaky, 6-15% žen úzkosti a 5 - 38% stres. Dále se uvádí, že 40 - 60% žen se potýká se zvýšenou únavou a až 72% udává bolesti související s porodem. Toto všechno pak může vést k problémům či úplnému ukončení kojení, snížení schopnosti pečovat o novorozence a může mít negativní vliv na prospívání dítěte. Skin to skin kontakt v průběhu šestinedělí se tedy zdá jako levný a dostupný prostředek, který může pomoci ženám při zvládnání poporodního období. Denní kontakt nahého novorozence s kůží hrudníku matky by měl být dle pokusů alespoň hodinu, ideálně však dvě až tři hodiny denně. (Cooijmans et al., 2022).

S bezprostředním kontaktem mezi matkou a novorozencem souvisí proces zvaný imprinting, který je hojně pozorován u nižších živočichů, především však u primátů. Imprinting lze přeložit jako vtisknutí. Jedná se o tedy vtisknutí podoby matky dítětem v prvních několika minutách po porodu. Vědci se shodují, že je to jeden ze základních principů interakce mezi matkou a novorozencem. Díky kvalitnímu kontaktu je velký předpoklad pro úspěšnou interakci mezi matkou a novorozencem. Matky, u kterých proběhla úspěšně vytvořená vazba, se následně vyznačují zvýšenou empatií pro potřeby novorozence nebo kvalitnějším instinktivním chováním k potřebám novorozence. (Lenka Šulová & Tomáš Fait, 2015)

Autoři spojují kontakt skin to skin s procesem zvaným „attachment“. Ten je popisován jako připoutání dvou jedinců, tedy matky a novorozence. Toto připoutání je potom zodpovědné za navázání specifického pouta, díky kterému lze předpokládat i dobrý vztah mezi matkou s jejím dítětem, ale i ze strany dítěte na matku. Tento vztah je založen na komunikaci pocitů, doteků, vnímání hlasu, zvuku, nebo třeba vidění a slyšení.

Je uveřejněno, že „attachment“ tvoří základ pro další navázání sociálních vztahů (Lenka Šulová & Tomáš Fait, 2015).

Za otce teorie „attachmentu“ neboli připoutání je považován John Bowlby. Vyvrátil tehdejší lékařské přesvědčení, že potřeby dítěte obsahují pouze potřebu potravy a zabezpečení tepelného komfortu a sucha. Bowlbyho teorie stavěla na základních myšlenkách obsahující tvrzení, že rané a bezprostřední kontakty novorozence s rodiči by měly být srdečné, intimní, klidné a především nepřetržité. Dosavadní uznávaná teorie obsahovala přesvědčení, že uklidňování plačícího dítěte rodiči, jejich objímání a chování v náručí je vhodné, jelikož posiluje dětskou odolnost, charakter a dítě osamostatňuje. Bowlby však tuto teorii dle svého pozorování vyvrátil. Tvrdil, že oddělení matek od novorozenců nebo od jiné blízké osoby je zanedbávání péče o dítě a může mít jak krátkodobé, tak i dlouhodobé důsledky na jejich duševní zdraví. Dva američtí pediatri doktor John Kennel a doktor Marshall Klaus převzali teorii od Bowlbyho a snažili se jeho poznatky aplikovat v porodnické praxi. (Brimdyr et al., 2023). První pokusy o propagaci skin to skin kontaktu se objevily v 70. letech 20. století. Prosazovali myšlenku, že pouto mezi matkou a novorozencem je důležité a vzniká během prvních okamžiků a hodin po porodu (Brimdyr et al., 2023).

Pediatri Kennel a Klaus se věnovali také zkoumání a popisování chování matek a novorozenců při prvním kontaktu po porodu. Rozvinuli teorii, že brzký kontakt mezi matkou a novorozencem vede k vřelejšímu a kvalitnějšímu vztahu mezi nimi, ale také k šetrnějšímu zacházení ze strany matky. (Kurzová et al., 2015)

Pozitivní rozvoj bondingu a skin to skin péče byl zásluhou i francouzského porodníka Fredericka Leboyera, který prezentoval myšlenku, že i novorozenec má své práva a to převážně právo na přítomnost matky. Jeho základní myšlenou bylo to, že novorozenec po porodu vidí, slyší, cítí, vnímá a prožívá, proto je důležité při porodu myslet i na novorozence (Kurzová et al., 2015).

Významnou osobností ve spojitosti se skin to skin kontaktem po porodu byl i lékař Michael Odent, který je považován za velkého propagátora přirozených porodů. Byl mezi prvními, který se zajímal o prostředí, ve kterém žena rodí. V porodnici v Pithiviers zdůrazňoval fakt, že je možné, aby si žena sama určila v jakém prostředí, v jaké poloze, či jakým způsobem chce porodit. Byl zastáncem toho, aby o ženu pečovaly pouze porodní asistentky a lékař byl v blízkosti pouze při akutních stavech. Vytvořil také program pro

nastávající rodiče, kde je edukoval o prospěšnosti kontaktu matky a novorozence po porodu (Kurzová et al., 2015).

U nás se negativním dopadům separace věnoval profesor Matějček. V českých porodnicích byl v minulosti zaveden standard péče, který říkal, že novorozenec by měl být po porodu ihned odnesen a omyt. Všechna první vyšetření by se u něj měla provést co nejdříve, aby byly rozpoznány anomálie či případné vady. Teprve poté se zabalené dítě může předat matce. Matka by však novorozence měla ze zavinovačky rozbalovat co nejméně, aby se zamezilo riziku prochladnutí novorozence. Nyní se díky výzkumům a pozitivním výsledkům ze studií, ale i z důvodu častějších přání rodiček od tohoto postupu ve většině porodnicích upouští. V porodnicích se snaží o plnou podporu bezprostředního kontaktu skin to skin kontaktu jak po vaginálním porodu, tak po porodu císařským řezem. Vždy je však brán ohled na zdravotní stav matky a novorozence. Je třeba vždy brát v úvahu také její přání a respektovat i její potřeby (Kurzová et al., 2015).

Brzké vytvoření vazby hraje důležitou roli v psychickém, kognitivním a sociálním vývoji dítěte. Existuje mnoho důkazů, že děti, které díky brzkému kontaktu s matkou vytvořily bezpečnou vazbu, vykazují lepší socio-emocionální rovnováhu, fyzické a duševní zdraví (Mazúchová et al., 2021). V případě následných stresových situací v průběhu dalšího vývoje začne novorozenec hledat primárně osoby, se kterými má navázanou vazbu, obvykle tedy se svou matkou, která mu poskytne emoční bezpečí a zklidnění. Pokud není možný kontakt s matkou, směřuje k sekundárně blízké osobě. Tou bývá většinou otec dítěte, či jiná blízká osoba (Velemínský et al., 2019).

Lze tedy říci, že pokud není adekvátně podporovaný kontakt matky a novorozence, či kontakt s jinou osobou, může být novorozenec ohrožen do budoucna riziky z kategorie psychických či sociálních. (Lenka Šulová & Tomáš Fait, 2015)

Kvalitu vazby ovlivňuje řada faktorů, jako například vztahy mezi samotnými partnery (rodiči dítěte), rodinná historie, vztahy k budoucímu dítěti, sociální a socioekonomické situace ženy a rodiny, kulturní faktory, či psychická situace ženy a rodiny. Existuje také přímá souvislost mezi vztahem generačním. Jedinci, kteří zažili bezpečnou vazbu se svými rodiči, mají větší pravděpodobnost vytvoření stejně pevné vazby se svým dítětem. Naopak jedinci, kteří zažili odmítnutí, nebo měli křehnou vazbu se svými rodiči, budou mít obtíže dostatečně reagovat na potřeby svého dítěte (Velemínský et al., 2019, Mazúchová et al., 2021).

Velemínský také poukazuje na důležitost prenatální vazby. Tato vazba je založena na emocionální, hmatové, zvukové, vizuální a sluchové komunikaci. Pokud je v průběhu těhotenství problém ve smyslu špatných partnerských vztahů, špatný vztah k budoucímu dítěti či špatná sociální situace ženy, lze očekávat i nedostatečnou tvorbu vazby v postnatálním období. Z toho je patrné, že vyšší kvalita prenatálního vztahu předpovídá vyšší kvalitu postnatálního připoutání (Velemínský & Šimečková, 2018).

2.2.1 Doporučení pro podporu skin to skin kontaktu a bondingu

Autoři se shodují na tom, že po porodu a po jemném osušení patří novorozenec na nahou hrud, případně břicho matky. Pokud je matka ohrožena na životě, měl by toto kontaktování provést otec dítěte, či jiná blízká osoba (Mazúchová et al., 2016).

Světové organizace jako WHO (rok 2007) nebo UNICEF sepsaly podrobné dokumenty o výhodách, postupech a podmínkách pro uskutečnění skin to skin kontaktu. Podpora bondingu je zapsána i v dokumentech WHO – Baby Friendly Hospital (Mazúchová et al., 2016). Další zmínky o bondingu a zejména o samopřísátí je možné najít v dokumentech „Doporučení pro výživu kojenců a batolat“ nebo v dokumentech slovenského Ministerstva zdravotnictví (Mrowetz & Peremská, 2013).

UNICEF ve svých standardech uvádí, že všechny nemocnice, které nesou status „baby friendly hospital“ musí zajistit a snažit se, aby:

- Všechny matky měly možnost přímého skin to skin kontaktu se svým novorozencem po porodu alespoň do doby prvního přisátí, případně jak dlouho chtějí
- Všechny matky musí být povzbuzovány k tomu, aby u nich proběhl po porodu kontakt kůže na kůži a podpořily dítě v samopřísátí pokud jeví známky připravenosti na kojení
- Matkám, kterým nemůže být ihned po porodu poskytnut nepřerušovaný skin to skin kontakt, je nezbytně nutné, aby tento kontakt byl proveden co nejdříve, kdy to zdravotní stav matky i novorozence dovoluje (Unicef, UK, Januar, 2023)

UNICEF dává doporučení i pro novorozenecká oddělení:

- Zdravotník by měl v co nejkratší době po porodu rodičům sdělit benefity a důležitost kontaktu skin to skin
- Rodiče by měli být povzbuzováni v kontaktu skin to skin se svým novorozencem, vhodné je také rodiče edukovat o možnosti uklidnění novorozence právě kontaktem kůže s kůží
- Matky by měly být podporovány v pravidelném kontaktu i na poporodních odděleních ve spojitosti s podporou laktace a podporou instinktivního chování během kojení (UNICEF, UK, Januar, 2023)

Skin to skin kontakt po vaginálním porodu

Autorky Mrowetzová a Peremská ve svém článku vytvořily a sepsaly 10 kroků k podpoře ranného kontaktu:

1. Položení nahého novorozence na nahé břicho bezprostředně po porodu

- Novorozenec se po vaginálním porodu ihned pokládá na břicho matky vertikálně. Ze začátku se doporučuje, aby hlava novorozence směřovala do boku nikoli k břichu matky.
- Je doporučováno, aby se podvaz pupečníku odložil do doby jeho úplného dotepání. Toto vyčkání je preferováno z důvodu větší placentární transfuze, která zajistí dobrou poporodní adaptaci. Dále je odložené přerušování pupečníku chápáno jako prevence proti chudokrevnosti u novorozence. U novorozenců je doporučováno vyčkání alespoň 3 minut a poté pupečník přerušit.
- Po položení novorozence na břicho rodičky by se měl novorozenec lehce otřít a zakrýt spolu s rodičkou teplou osuškou nebo dečkou jako jedna jednotka. Po zakrytí je nutné vždy zkontrolovat, zda nemá novorozenec zakrytý obličej. Ten musí zůstat volný z důvodu dýchání.
- Při kontaktování je nutné kontrolovat, zda jsou ústa a nos po celou dobu volné, aby nebyl zastíněn matčiným prsem.
- Novorozenci by se neměli otírat ručky od plodové vody – voní jako bradavka (Mrowetz & Peremská, 2013, Widström et al., 2019)

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

- Zde můžeme zahrnout celkové zhodnocení stavu novorozence, hodnocení Apgar skóre nebo označení novorozence identifikačním páskem a číslem
- Další vyšetření jako je třeba zkrácení pupečníku, měření délky, vážení, aplikace Kanavitu, provádění kredeizace očí by se měla však provádět nejdříve po prvním přisátí novorozence, ideálně pak po úplném ukončení bondingu (Mrowetz & Peremská, 2013)

3. *Umožnění a podpora vizuálního kontaktu*

- Umožnění pohledu z očí do očí matky a novorozence – upravit polohu matky i novorozence, tak aby to bylo možné
- Pokud je novorozenec v inkubátoru, případně je nutná separace, zajistit matce alespoň videozáznam, případně fotografie (Mrowetz & Peremská, 2013, Widström et al., 2019)

4. *Podpora samopřisátí*

- Dítěti i matce dát dostatečný čas na seznámení. První samopřisátí probíhá v průběhu prvních 30-60 minutách po vaginálním porodu. Po císařském řezu nebo po porodech ve kterých byla použita medikace, může být tato doba prodloužená.
- Nejvhodnější podpora samopřisátí je bezdotyková forma, kdy dítě necháme samostatně doplazit k bradavce, aby dítě vnímalo bradavku všemi smysly. Bradavky musí být pro novorozence vždy dostupné. Proto především ženy s většími prsy je nutné polohovat tak, aby měl novorozenec k bradavkám co nejlepší přístup.
- Znamky toho, že je dítě připraveno sát jsou: vkládání ruček do úst, otevírání úst, slinění, ohmatávání dvorce ručkou a široce otevřená ústa
- Matky by měly být edukovány, jak si prs správně přichytit, aby dýchací cesty novorozence byly neustále volné, a zamezilo se tak riziko přidušení (Mrowetz & Peremská, 2013, Widström et al., 2019)

5. *Matce dopřát s dítětem kontakt kůže na kůži*

- Matky edukovat o prospěšnosti a podporovat v kontaktování a seznamování s novorozencem

- Položit nahého novorozence na nahou hrud' matky, mezi novorozencem ani matkou by neměla být žádná překážka
- Rutinní nasazování čepičky novorozenci není vhodné, jelikož může narušit vnímání matky. Nejen novorozenec, ale i matka vnímá novorozence všemi smysly a právě čepička, která je v blízkosti matčina nosu, může narušit čichové vjemy z hlavičky novorozence (Mrowetz & Peremská, 2013). Toto potvrzuje i autor Widström. Poukazuje na to, že matka vnímá svého novorozence nejen hmatem, zrakem, sluchem ale především čichem, který je v těhotenství a krátce po porodu citlivější (Widström et al., 2019).

6. *Zajištění příjemného, klidného, vlivného a intimního prostředí za strany zdravotnického zařízení*

- Matce vždy dopřát pohodlí, upravit polohu a lůžko tak, aby byla pro ni poloha komfortní
- Pokud to technické, organizační a prostorové možnosti dovolují, zajistit dostatek soukromí pro rodinu, omezit příchod nadbytečného personálu, aby mohlo probíhat nevyrušované seznamování (Mrowetz & Peremská, 2013)

7. *Eliminace techniky*

- Je žádoucí, aby rodiče omezili používání fotoaparátů, videokamer, mobilních telefonů a věnovali veškerou pozornost novorozenci.
- Zdravotnický personál musí vždy edukovat oba rodiče o bezpečnosti a o potřebě věnování veškeré pozornosti dítěti.
- Případnou společnou fotografii může zhotovit zdravotník, který se o rodičku stará (Mrowetz & Peremská, 2013, Widström et al., 2019).

8. *Vyšetření novorozence, odběr biologického materiálu provádět v přítomnosti matky*

- Pro lepší zvládnutí zátěže u novorozence je vhodné, aby se veškeré vyšetření prováděly v náručí matky, ideálně však při kontaktu skin to skin, nebo při kojení (Mrowetz & Peremská, 2013).

9. *Transport do jiného zařízení*

- Brát novorozence a jeho matku jako jednu jednotku, tudíž při případném a nutném přesunu novorozence vždy transportovat i matku (Mrowetz & Peremská, 2013).

10. *Umožnění a podpora kontaktu matce jejíž dítě umírá či umřelo*

- Rodinu podpořit v rozloučení, edukovat o rituálech rozloučení, možnost pořídit fotografie, informovat o možnosti křtu, pohřbu, dopřát neomezený čas na loučení (Mrowetz & Peremská, 2013, Rastislavová, 2015).

Doktor Pánek se ve svém článku zmiňuje i o nutnosti tepelného komfortu prostředí. Doporučuje, aby porodní box byl vytopený alespoň na 25°C, poté je provádění bondingu a skin to skin kontaktu bezpečné a riziko prochladnutí novorozence se zmenšuje (Pánek, 2013).

Skin to skin kontakt u císařského řezu

Císařský řez se může zdát jako způsob porodu, u kterého je provedení skin to skin kontaktu spíše technický problém. I po tomto způsobu porodu, je však nutné se snažit, aby skin to skin kontakt proběhl (Pánek, 2013). Jsou důkazy, že i okamžitý intraoperační kontakt kůže na kůži snižuje hladinu stresu u matky, zatímco hladina oxytocinu vzrůstá (Brimdyr et al., 2023). U porodu císařským řezem je nutná spolupráce operátora, anesteziologického týmu, porodnického týmu a novorozeneckého týmu (Pánek, 2013). Pokud jsou po porodu císařským řezem vhodné podmínky provést bezprostřední kontakt matky s novorozencem, novorozenec se pokládá spíše horizontálně a to z toho důvodu, aby se nezmenšil operační prostor. Při provádění bondingu na operačním sále je nutné, aby novorozence přidržovala další osoba kterou může být porodní asistentka, dětská sestra, otec, nebo jiná kompetentní osoba (Mrowetz & Peremská, 2013).

V nemocnici v Jižní Karolině se snažili, aby jejich pacientky nespadaly do velké skupiny žen, podstupující císařský řez, u kterých se skin to skin kontakt po porodu neprovedl nebo provedl se zpožděním. Nejdříve zkusili aplikaci bondingu na operačním sále s asistencí porodní asistentky. Brzy se však ukázalo, že největším problémem není neochota tuto službu poskytnout, ale je to nedostatek personálu, který by v danou chvíli byl přítomen se ženou na operačním sále. Provedli proto experiment a to zapojit doly do

procesu péče o ženu při císařském řezu. Dula je nelékařský zdravotnický personál a její hlavní náplň práce je především fyzická, psychická, emocionální a informační podpora ženy v průběhu porodu. Duly se přihlásily dobrovolně do programu, kde hlavním úkolem byla podpora skin to skin kontaktu po císařském řezu. Nejdříve byly duly důkladně proškoleny v poskytování péče během skin to skin kontaktu a následně možných rizik. Službu bondingu při císařském řezu nabízela nemocnice pouze ženám, u kterých byl proveden plánovaný císařský řez. Hlavní výhodou zapojení dul při císařském řezu byl zvýšený počet skin to skin kontaktů již na operačním sále. V průběhu hospitalizace byly ženám podány dotazníky spokojenosti s touto službou. Z dotazníků vyplivalo, že ženy ocenily pomoc při skin to skin kontaktu, cítily se více bezpečně při přiložení novorozence na hrud' a v neposlední řadě byly rády za možnost se dozvědět informace ohledně skin to skin kontaktu v průběhu operačního výkonu. Všechny respondentky se shodly, že pokud by měly možnost tuto službu využít znovu, rozhodně ji využijí a doporučí i ostatním pacientkám nemocnice (Lanning et al., 2019).

Běžnou praxí ve většině nemocnic byl postup, kdy po vybavení novorozence přes operační ránu v dutině břišní byl předán neonatologickému týmu a ten jej převzal do péče. Následně se pokračovalo v rutinních postupech jako je základní fyzikální posouzení novorozence, měření a vážení a podávání léků. Tento postup však přispívá jen k dalšímu prodloužení a odložení kontaktu skin to skin s matkou. Ve většině případů byl novorozenec odnesen do samostatné místnosti, kde byl novorozenec se zdravotníky sám. V posledních letech se od tohoto zavedeného postupu upouští a objevuje se postup zvaný jako „jemný císařský řez, laskavý či rodinný“. Hlavní myšlenkou a změnou je uzpůsobit postupy, ale také především přístup k této formě porodu. Úkony by měly být plánovány tak, aby umožňovaly co nejdříve, ideálně okamžitý kontakt novorozence s matkou a setrvání v tomto kontaktu alespoň hodinu po porodu. Po ukončení kontaktu jsou provedeny všechna nutná vyšetření. Hlavním kritériem, kdy je možné k těmto krokům přistoupit, je regionální anestezie, při které je žena v bdělém stavu a může tak reagovat na svého novorozence. Další podmínkou je dostatek proškoleného a ochotného personálu, který vzájemně spolupracuje a snaží se uzpůsobit podmínky k tomu, aby přispívaly k brzkému kontaktu novorozence s matkou. (Balatero et al., 2019). Jemný a laskavý císařský řez se pokoušeli prosadit i lékaři v nemocnici ve Spojených státech amerických již v roce 2009. Než se v nemocnici začal tento postup používat, bylo nutné eliminovat obavy, které byly především z organizace celého procesu postupů, umístění a kontroly doprovázející osoby

s ohledem na riziko kontaminace sterilního pole, zajištění kvalitního monitorování matky i novorozence, riziko prochlazení novorozence nebo rizika přenosu infekce. Byl tedy sepsán podrobný manuál všech postupů, včetně kritérií, které popisovaly novorozence vhodného k bezprostřednímu kontaktu s matkou. Tito novorozenci museli mít srdeční frekvenci 100 úderů za minutu, normální tonus, normální respiraci a normální barvu. Tohoto novorozence vždy posuzoval pediatr, který byl součástí operačního týmu na operačním sále. Následnou pravidelnou kontrolu prováděla dětská sestra, která byla v těsné blízkosti matčiny hlavy po celou dobu bondingu. Pokud bylo nutné novorozence odsát z důvodu aspirace mekonie, tento úkon byl proveden na operačním sále na výhřevném lůžku, které bylo v těsné blízkosti matky a následně se s bondingem pokračovalo. Jedinou situací, kdy nebyl bonding umožněn, bylo použití celkové anestezie u matky a závažný zdravotní stav novorozence. Kroky laskavého císařského řezu nejdříve operační tým aplikoval u plánovaných císařských řezů, avšak po čase se zdravotníci snažili tento přístup aplikovat i u akutních císařských řezů. Jejich postup zahrnoval především minimalizování zbytečných a nežádoucích hovorů mezi zdravotníky na operačním sále, přítomnost blízké osoby na operačním sále (ve většině případů byl přítomen otec dítěte), možnost puštění hudby dle výběru rodičky, odložený podvaz pupeční šňůry po dobu minimálně 30 sekund, okamžité umístění dítěte na kůži matky v případě, že je matka i novorozenec v dobré zdravotní kondici, podpora prvního přísátí novorozence již na operačním sále a snaha o co nejmenší separaci matky od novorozence (pokud k tomu není zdravotní indikace nebo samotné přání matky). Od roku 2009, kdy proběhl první jemný císařský řez, jich bylo do roku 2012 v americké porodnici provedeno 144. S každým dalším císařským řezem se měnilo například uspořádání vybavení operačního sálu, změna umístění monitorovacích senzorů, změna umístění intravenózního vstupu u matky (aby nebyla znemožněna manipulace s horními končetinami a matka mohla pevně držet svého novorozence), pediatři prošli školením o ošetřování novorozence na matčině těle a podobně. Všechny tyto změny navrhovali zdravotníci, kteří byly vždy součástí daného císařského řezu. Cílem všech zúčastněných bylo nejenom vytvořit sobě a svým kolegům ideální prostředí pro práci, ale také podporovat bezprostřední kontakt novorozence s matkou, který se sebou nese nespočet benefitů (Magee et al., 2014).

Pokud skin to skin kontakt není bezprostředně po porodu možné provést s matkou, je vhodné, aby bezprostřední kontakt proběhl s jinou osobou, ideálně s otcem.

Jakmile se stabilizuje stav matky, měl by proběhnout skin to skin kontakt i s ní. Autor Pánek doporučuje, aby do 2 hodin od porodu proběhlo přiložení novorozence k prsu matky a tím byl podpořen rozvoj laktace (Pánek, 2013).

V Itálii proběhl v roce 2012 výzkum, který měl sledovat, zda je rozdíl mezi skin to skin kontaktem po porodu císařským řezem s matkou nebo otcem. Následně ženy, které se zapojily do výzkumu, byly kontaktovány po třech a šesti měsících s dotazem, zda jsou jejich děti plně kojeny. Do výzkumu bylo zařazeno 252 žen, které podstoupily císařský řez. Po sumarizaci dat bylo zjištěno, že 57,5 % novorozenců mělo po porodu kontakt se svou matkou, 17,5 % novorozencům byl dopřán kontakt s jejich otcem a 25 % novorozencům nebyl dopřán bezprostřední skin to skin kontakt ani s jedním s rodičů. Skin to skin kontakt s otcem byl z důvodu závažného zdravotního stavu matky, celkové anestezie, nepohodlí matky, nevolnosti či jiným komplikacím spojené s matkou. Po seskupení všech potřebných údajů byly sepsány výsledky pozorování. Z vyhodnocení je patrné že kontakt s matkou bezprostředně po porodu má výrazný vliv na kojení a jeho trvání jak po třech, tak i šesti měsících ve srovnání s novorozenci, kterým bezprostřední kontakt nebyl dopřán. Výsledky novorozenců, kterým byl poskytnut kontakt s otcem, byly horší než po kontaktu s matkou. Avšak pokud se srovnaly hodnoty kontaktování s otcem a hodnoty bez kontaktování, novorozenci po kontaktu s otcem vynikali pozitivnějšími hodnotami než ti bez kontaktu po porodu. Je tedy patrné, že kontakt s matkou je jeden z nejdůležitějších faktorů, který ovlivňuje kojení v následujícím období vývoje. I když skin to skin kontakt s otcem neprojevil tak pozitivní výsledky jako kontakt s matkou, ukázal se jako dobrá alternativa, pokud matka není schopná skin to skin kontakt provádět. Nespornou výhodou, kterou kontakt s otcem zajistil, je přenos rodinné mikroflóry (Guala et al., 2017). I tato studie však potvrzuje doporučení Pánka (Pánek, 2013), a to, že pokud není možné provést skin to skin kontakt s matkou bezprostředně po porodu, by měl být proveden co nejdříve je to možné (Guala et al., 2017).

2.2.2 Skin to skin kontakt u předčasně narozených novorozenců

Používání skin to skin kontaktu u předčasně narozených novorozenců se odborně nazývá klokánkování, které je přeloženo z anglického Kangaroo mother care. Díky klokánkování se mohou rodiče celkem jednoduše zapojit do péče o své nedonošené dítě a mít s nimi intenzivnější a bližší kontakt. Za předčasně-narozeného novorozence, u

kterého je možné použít metodu klokánkování je takový, který má především stabilizované životní funkce. Další nezbytné skutečnosti, aby mohlo klokánkování proběhnout je proškolený zdravotnický personál, ochota matky a podporující prostředí (Tvrzová & Ratiborský, 2018). Jedná se o velice jednoduchou a efektivní metodu ke zlepšení zdraví a vývoje. Klokánkování by mělo být poskytnuto všem dětem bez ohledu na porodní váhu, pohlaví nebo způsob porodu (Koreti & Muntode Gharde, 2022). U této péče rodiče nebo jiný rodinný příslušník drží nahého novorozence pouze v plence na svém holém hrudníku (Forde et al., 2022). Novorozenec je umístěn na hrudník v přímé poloze, hlava je otočená na stranu, horní i dolní končetiny jsou pokrčené ve flexi. Často je poloha nazývána „poloha na žabku“. Rodič, na kterého je novorozenec položen je uložen do křesla a oblast hrudníku je překryta dečkou, aby byl novorozenec chráněn před prochladnutím (Cristóbal Cañadas et al., 2022). Pokud je dítě připojeno na nasální CPAP je mu ponechán a s ním i jistící čepička (Tvrzová & Ratiborský, 2018).

Metoda klokánkování byla poprvé zmíněna v 70. letech doktorem Edgarem Reyem Sanabria a jeho kolegou doktorem Hectorem Martinezem v Bogotě v nemocnici San Juan de Dios. Zde byla využívána jako náhrada inkubátorů, kterých byl nedostatek. Matky nosily své předčasně narozené děti pod oblečením. Metoda byla používána u těch nedonošenců, kteří byli již stabilizováni a čekalo se jen na jejich přibývání na váze (Tvrzová & Ratiborský, 2018).

Studie dokazují, že skin to skin kontakt je bezpečný i u předčasně narozených novorozenců. Brimdyr uvádí, že skin to skin kontakt novorozence s matkou je spojován s poklesem rizika náhlého úmrtí novorozence do 6 dnů od narození. Tento fakt byl dokázán randomizovanou studií, které se účastnilo více než 3000 novorozenců s porodní váhou mezi 1 000 gramů a 1 800 gramů. U těchto novorozenců proběhl po porodu krátký skin to skin kontakt a následně po ošetření a stabilizaci novorozence se pokračovalo v klokánkování. Tato skupina novorozenců měla nižší mortalitu ve 28 dnech než ti, kteří dostávali pouze běžnou péči bez klokánkování. Další benefit, který autoři uveřejňují je snížení délky nutné hospitalizace a dřívější opuštění oddělení jednotky intenzivní péče pro novorozence (Brimdyr et al., 2023).

Dále je vhodné zařadit tuto proceduru z důvodu lepší teplotní stability, stabilizace dýchání, zlepšení nasycení kyslíkem a zlepšení srdečního tepu. Kromě toho výsledky výzkumu naznačují zlepšení vývoje mozku u předčasně narozených dětí, lepší motorický

a mentální vývoj. Novorozenci na jednotkách intenzivní péče jsou vystaveny velkým množstvím stresorů jako je nadměrný hluk, světlo, časté lékařské nebo ošetrovatelské zásahy, či problémy spojené se separací matky. Všechny tyto faktory mohou mít vliv na jejich neurologický vývoj. U předčasně narozených novorozenců hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče bylo také zjištěno, že je u nich významně vyšší hladina kortizolu, čili stresového hormonu. Ten může vyvolat vedlejší účinky jako inzulinové rezistence, hyperlipidémie a hyposekrece růstových hormonů. Výzkumy ukazují, že právě kontakt a klokánkování s matkou v prvních dnech a týdnech po porodu může hladinu kortizolu snížit. Další zlepšení bylo i ve větším hmotnostním přírůstku. Pokles hodnot kortizolu byl pozorován i u matek, které pravidelně svého předčasně narozeného novorozence klokánkovaly. Tyto výsledky tedy naznačují, že metoda klokánkování není prospěšná jen pro novorozence, ale může být využita ke zlepšení stresu u matek. Tyto matky měly též více mateřského mléka, takže jejich novorozenci přijímali méně umělé stravy (Cristóbal Cañadas et al., 2022). V maďarské nemocnici na neonatologické jednotce intenzivní péče se věnovali klokánkování doprovázené hlasem nebo hudbou. Vycházeli z teorie, že na hudbu, ale především na hlas matky novorozenec ihned po narození dokáže reagovat. Podporovali proto matky, aby svým novorozencům při klokánkování zpívaly. Dle měření a pozorování bylo patrné, že matčino zpívání snížilo u novorozenců výskyt kardiopulmonálních problémů, byla zvýšena periferní saturace kyslíkem, byl zvýšen srdeční tep. Byly také eliminovány gastrointestinální potíže a v neposlední řadě zpěv působil kladně na stres u matky (Meder et al., 2021).

Výzkumy, které zkoumaly benefity vyplývající z praktikování klokánkování, byly vždy popsány ve spojitosti s kontaktem s matkou. Ne vždy je však klokánkování s matkou možné. Jsou to případy, kdy je matka po císařském řezu nebo po komplikovaném porodu nebo je hospitalizovaná v jiném zařízení. V nemocnici v Chicagu v USA proto zkoumali, zda potvrzené benefity a pozitivní výsledky u novorozenců budou i po kontaktu s otcem. Byla pozorována srdeční variabilita, dechová frekvence, saturace a počítány dechové apnoe. Tyto hodnoty byly následně porovnávány s hodnotami, kdy se klokánkování neprovádělo a s hodnotami, kdy klokánkování prováděla matka dítěte. Při srovnávání hodnot bylo zřejmé, že při kontaktu s matkou nebo otcem měli novorozenci lepší výsledky než když měli klasickou péči bez kontaktu. Když se srovnávaly hodnoty při klokánkování mezi matkou a otcem, byly patrné pouze drobné rozdíly ve prospěch kontaktu s matkou. Toto zjištění proto dává důkazy, že pokud matka není schopna

poskytnout novorozenci metodu klokákování, může ji po nezbytně dlouhou dobu zastoupit otec (Vogl et al., 2021).

2.3 Benefits skin to skin kontaktu

Při skin to skin kontaktu se aktivují nervová vlákna prostřednictvím doteku, které následně aktivují uvolnění hormonu oxytocinu do matčina krevního oběhu. Oxytocin, který je vyplaven do krevního řečiště pravděpodobně doprovází intenzivní aktivizaci neuronů v mozku. Zvýšená koncentrace oxytocinu u matky má poté vliv na snížení aktivity hypotalamu-hypofyzárního systému a tím umožní snížit matčin stres, úzkostné stavy a obecně dokáže ovlivnit psychické zdraví matky (Cooijmans et al., 2022; Ionio et al., 2021).

Dalším důležitým hormonem, který se během skin to skin kontaktu u matky vyplavuje je hormon prolaktin, který je nejdůležitějším hormonem při produkci mateřského mléka. Nadměrná produkce oxytocinu u matky má mimo jiné vliv i na rychlejší vypuzení placenty a tím snížení doby trvání třetí doby porodní, zmírnění krvácení a rychlejší zavinování dělohy. U matek z větší krevní ztrátou bylo hodnoceno množství hemoglobinu v plazmě. Matkám kterým byl dopřán skin to skin kontakt byly hladiny hemoglobinu vyšší. Dále je zveřejněno, že bezprostřední kontakt kůže novorozence s kůží matky dokáže snížit použití syntetického oxytocinu po porodu. Ženy, u kterých je kontakt skin to skin proveden, udávají také nižší bolest při následném šití porodního poranění (Brimdyr et al., 2023).

Výzkumy naznačují, že skin to skin kontakt v první hodině po porodu uvolňuje stres u žen, které prožily náročný porod, snižuje riziko rané matčiny deprese a problémů s vytvářením vazby. Má také vliv na snížení rizika vzniku úzkosti u matky. (Mazúchová et al., 2020).

U novorozence je spousta benefitů řízena nadměrným vyplavováním katecholaminů. Nejvyšší hladiny jsou během prvních třiceti minut po porodu. Katecholamin posilují paměť a učení. I to je důvod, proč by kontakt s matkou měl být co nejdříve. U matek se vůně kolostra díky zvýšené hladině oxytocinu zvyšuje. Pokud se novorozenec dostane k matčině prsu a zacítí vůni kolostra, díky katecholaminům si tuto vůni lépe a déle pamatuje a následně jej vyžaduje a snaží se vracet ke známým vůním a vjemům (Widström et al., 2019).

U novorozenců byla po porodu sledována hodnota kortizolu. Ten je považován za hormon stresu, jelikož se jeho hladina zvyšuje právě při stresujících situacích. Novorozenci se rodí s nedostatečnou schopností regulovat své biologické a behaviorální stresové reakce. Proto u novorozenců po porodu je nutné zajistit snížení tohoto hormonu. Během skin to skin kontaktu se dle měření novorozencům hodnota kortizolu snižuje, což dokazuje, že právě kontakt s matkou je pro ně bezpečný a vhodný. Díky tomuto výzkumu je patrné, že kontakt kůže na kůži je prospěšný i při dalších stresujících situacích jako je například odběr biologického materiálu, či aplikace léčiv pomocí injekcí (Rheinheimer et al., 2022).

Výzkum poukázal, že novorozenci, kteří jsou po porodu položeni na hrud matky méně pláčou. Novorozenci, u kterých je proveden skin to skin kontakt pláčou v průměru minutu v první půl hodině života a ve druhé půl hodině života nepláčou vůbec. Naopak novorozenci, kteří byli od matky separováni měli pláč po dobu 16 minut v první půl hodině života a ve druhé půlhodině v průměru 18 minut. Dále byla i pozorována a porovnávána teplota u novorozenců po porodu. Novorozenci, u kterých probíhal kontakt kůže na kůži, kdy mezi nimi nebyla žádná tkanina ani překážka, vykazovali vyšší hodnotu teploty. To potvrdilo hypotézu, že novorozenci, u kterých je proveden skin to skin kontakt bezprostředně po porodu, mají lepší termoregulaci, než novorozenci, kteří jsou separováni od matky. (Mrowetz & Peremská, 2013).

Mezi výhody spojené se skin to skin kontaktem pro novorozence patří regulace srdečního tepu a dýchání, což pomáhá k jejich lepší poporodní adaptaci, uvolnění stresu u novorozence, stabilizace a regulace životních funkcí, kardiorespirační rovnováhu, stimuluje trávení a tím zvyšuje zájem o kojení a normalizace hladiny glukózy v krvi. Mezi další výhodou je možné zmínit dobrou saturaci kyslíkem. Ukazujete se, že bezprostřední kontakt kůže na kůži s matkou po porodu, především po operačním porodu, usnadňuje přechod novorozence z nitroděložního do mimoděložního prostředí (Brimdyr et al., 2023, (UNICEF, UK, Januar, 2023).

Další významný benefit je spojen s kojením. Systematické přehledy a metaanalýzy zjistily pozitivní vztah mezi kontaktem skin to skin v první hodině po porodu a úspěchem trváním prvního kojení. Pokud je u novorozence během první hodiny života zajištěn skin to skin kontakt, při kterém se novorozenec přisaje nebo alespoň dotkne její bradavky (Widström et al., 2019), je velká pravděpodobnost, že kojení bude probíhat i později. U matek pak bezprostřední kontakt a časné přisátí pozitivně ovlivňuje

jejich pozitivní myšlení, víru a sebedůvěru v kojení (Brimdyr et al., 2023). Výzkum ukazuje, že benefit spojen s kojením je hlavně způsoben touhou matky držet svého novorozence blízko sebe po celou dobu pobytu v porodnici, ale i po propuštění (Widström et al., 2019). Poznatek o zlepšení kojení a množství mléka potvrzuje i autor Karimi, který provedl výzkum, při kterém hodnotil schopnost matky nakojit své dítě. Tohoto výzkumu se účastnilo přes 1100 matek. Ty byly rozděleny na dvě skupiny podle toho, u kterých proběhl po porodu bezprostřední skin to skin kontakt (597 žen) nebo neproběhl (553 žen). Výsledky ukazují, že ti novorozenci, kterým byla poskytnuta možnost být bezprostředně v kontaktu se svou matkou se rychleji přisáli k prsu a jejich přisání bylo kvalitnější. U matek bylo pozorováno také více mateřského mléka a i obecně lepší laktace (Karimi et al., 2019).

Další výhoda spojená s položením nahého novorozence na hrudník matky má v neposlední řadě i imunologický význam. Během kontaktování kůže matky a novorozence kdy mezi nimi není žádná překážka probíhá osídlení nepatogenních bakterií z těla matky na tělo novorozence a tím je zahájena tvorba ochranné mikroflóry u novorozence. (Mazúchová et al., 2016)

2.4 Bariéry pro skin to skin kontakt

Separace matky a novorozence brání k vytvoření pevné vazby mezi matkou a jejím dítětem a způsobuje určitý diskomfort jak na straně novorozence, tak i na straně matky. Kontakt matky a novorozence by měl být podporovaný po každém porodu bez ohledu na způsob. Za komplikace, které jsou potencionálním rizikem, kdy není možné poskytnout bezpečný kontakt matky a novorozence, je patologický stav u novorozence nebo život ohrožující stav rodičky (Mazúchová et al., 2016).

Jako jeden z důvodů proč neposkytnout skin to skin kontakt, může být i infekční onemocnění matky. Velký otazník v péči o těhotnou, rodící a o novorozence vyvstal s výskytem prozatím nejrozšířenější epidemií COVID 19. Otázky se věnovaly především načasování porodu, rizikům přenosu nákazy a izolace novorozenců. Této problematice se věnovali autoři Cojocar a Crimmins a kol. Do svého výzkumu, který prováděli v porodnici v USA zařadili 31 žen, které byly pozitivně testovány na COVID 19. Z celkového souboru sledovaných porodilo 8 žen císařským řezem a 23 porodů proběhlo vaginálně. Po porodu však 5 žen muselo být převezeno na jednotku intenzivní péči,

jelikož vyžadovaly použití ventilátoru. Zbývajících 26 žen nevykazovaly žádnou intenzivní péči, proto mohly být ženy v nepřetržitém kontaktu se svými novorozenci. Před ukončením hospitalizace (po 24 až 48 hodinách) byli všichni novorozenci testováni a testy ukázaly, že novorozenci nevykazovali nákazu SARS-CoV-2. Tento projekt prokázal, že péče matek, s pozitivním testováním na COVID 19, která zahrnuje skin to skin kontakt, kojení, pobyt v pokojích rooming in se jeví jako bezpečná. Autoři zdůrazňují, že i kontakt matek s nákazou COVID 19 a jejich novorozenců je bezpečný a prospěšný. Izolace a separace matky a novorozence je totiž důvod pro vznik kaskády škodlivých účinků (Cojocarú et al., 2022).

Autor Cho v africké Gambii prováděl výzkum, při kterém se snažil zjistit, co považují zdravotníci za bariéry, které zabraňují provedení skin to skin kontaktu u předčasně narozených dětí. Z výsledků lze vyčíst, že zdravotníci jmenovali jako nejčastější důvod nedostatek času, nedostatek soukromí, malou míru proškolení, obavy o monitoraci novorozence a o žilní vstupy matky i u novorozenců, riziko prochladnutí, riziko přenosu infekce nebo nezájem a strach rodičů o své dítě (Cho et al., 2022).

Někteří zdravotníci považují za bariéru v neposkytnutí skin to skin kontaktu i samotný císařský řez. Autor Balatero vedl proto se zdravotníky rozhovor, aby zjistil, co zdravotníci vnímají jako překážku pro neprovedení skin to skin kontaktu při císařském řezu. Porodní asistentky a sestry ve spojitosti s bezpečím jmenovaly problémy jako větší riziko komplikací v poporodní adaptaci u novorozence, riziko přenosu infekcí, obava z prochladnutí novorozence na operačním sále, malý prostor a složitá manipulace pod operačními rouškami, nedostatek personálu, který by hlídal adaptaci a stav novorozence. Jako další problém, proč se neposkytuje skin to skin kontakt uvádí nevzdělanost a nízká míra vědomostí, chybějící standardy péče specifikované na skin to skin kontakt na operačním sále v průběhu císařského řezu. Porodní asistentky také uvedly, že dětské sestry se starají spíše o svou prioritní práci, jako je například vážení, měření a aplikace léků. Dětské sestry tento postup však osvětlily tím, že jim připadá kontraproduktivní dítě na velmi krátkou dobu poskytnout matce ke kontaktování, následně dítě přesunou na vyšetření a poté znovu dítě připravovat na uložení na matku. Proto tuto službu nepraktikují raději vůbec. Jedna účastnice uvedla, že vždy záleží na tom, co za personál je v daný okamžik na operačním sále a od této skutečnosti se odvíjí, zda bonding a skin to skin kontakt proběhne či nikoli. Autor v závěru studie proto vytvořil seznam doporučení, aby se situace zlepšila. Kroky ke změně se skládají z vytvoření postupů a

standardů pro skin to skin kontakt na operačním sále po císařském řezu, zajistit dostatek personálu k tomu, aby mohl bezpečně kontakt proběhnout, zvýšit vzdělání všech zdravotníků, kteří se vyskytují na operačním sále a kteří poskytují péči matce nebo novorozenci. Jako poslední krok doporučuje propagovat skin to skin kontakt jako bezpečnou a efektivní praxi (Balatero et al., 2019).

3 Metodika výzkumu

Základním východiskem pro tvorbu diplomové práce byly nejnovější dohledatelné teoretické poznatky o problematice skin to skin kontaktu. Po prostudování teoretických poznatků byly sepsány výzkumné cíle a hypotézy. V metodice výzkumu je sepsán popis výzkumu, je také popsán výběr respondentů, zvolené metody sběru dat a realizace výzkumu. Jsou popsány i metody které byly využity pro zpracování dat.

3.1 Výzkumný problém

Při studování teoretických poznatků pro tvorbu teoretické části byly zjištěny občasné rozdíly v doporučeních pro praktikování skin to skin kontaktu mezi matkou a novorozencem. Bylo zjištěno, že se postup při použití skin to skin kontaktu liší dle nemocničního zařízení, ale také mezi jednotlivými zdravotníky ve stejném nemocničním zařízení. Byl proto stanoven následující výzkumný problém.

Výzkumný problém: Ovlivňuje informovanost a postoje, porodních asistentek a dětských sester pracujících na dětských odděleních ke skin to skin kontaktu jejich praxi ve zdravotnickém zařízení? Existují rozdíly při praktikování skin to skin kontaktu po porodu mezi jednotlivými typy pracovišť?

3.2 Výzkumné cíle

Cíl práce: Hlavním výzkumným cílem diplomové práce bylo zjištění, jaký postoj mají porodní asistentky a dětské sestry ke skin to skin kontaktu mezi matkou a novorozencem.

Následně byly stanoveny dílčí cíle

- Zjistit informovanost porodních asistentek a dětských sester o skin to skin kontaktu
- Zjistit nejčastější zdroj informací, ze kterého porodní asistentky a dětské sestry získávají znalosti o skin to skin kontaktu
- Zjistit zvyklosti pracovišť v provádění skin to skin kontaktu
- Zjistit spokojenost porodních asistentek a dětských sester se zavedenými postupy skin to skin kontaktu na jejich pracovišti
- Zjistit, zda mají porodní asistentky a dětské sestry zájem o proškolení aktuálních poznatků, které se týkají skin to skin kontaktu

3.3 Výzkumné hypotézy

Hypotéza číslo 1

H_0 – Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají pozitivní přínosy skin to skin kontaktu stejně jako porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

H_A - Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají pozitivní přínosy skin to skin kontaktu více než porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

Hypotéza číslo 2

H_0 – Zdravotníci pracující na novorozeneckém oddělení vnímají prospěšnost použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu po porodu stejně jako zdravotníci pracující na porodním sále.

H_A - Zdravotníci pracující na novorozeneckém oddělení vnímají prospěšnost použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu po porodu více než zdravotníci pracující na porodním sále.

Hypotéza číslo 3

H_0 – Podporu metody skin to skin kontaktu matky a novorozence vyjadřují porodní asistentky a dětské sestry v perinatologických centrech stejně jako v běžných porodnicích a pracovištích intermediární péče.

H_A - Podporu metody skin to skin kontaktu matky a novorozence vyjadřují porodní asistentky a dětské sestry v perinatologických centrech více než porodní asistentky a dětské sestry v běžných porodnicích a pracovištích intermediární péče.

Hypotéza číslo 4

H_0 – Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají nutnost proškolení v metodě skin to skin kontaktu stejně jako porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

H_A - Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají nutnost proškolení v metodě skin to skin kontaktu méně než porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

Hypotéza číslo 5

H₀ – Průměrná délka bondingu po vaginálním porodu je stejná u všech typů porodnických zařízení.

H_A - Průměrná délka bondingu po vaginálním porodu se liší u některých typů porodnických zařízení.

Hypotéza číslo 6

H₀ – Perinatologické centrum a pracoviště intermediární péče nemá vliv na ošetření novorozence mimo tělo matky po vaginálním porodu.

H_A - Perinatologické centrum a pracoviště intermediární péče zvyšuje šanci, že ošetření novorozence po vaginálním porodu bude provedeno mimo tělo matky.

3.4 Charakteristika souboru

Do výzkumu byly zařazeny porodní asistentky pracující na porodním sále nebo na oddělení fyziologických novorozenců a dětské sestry pracující též na oddělení fyziologických novorozenců. Respondentky byly před zahájením sběru dat informované o tom, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní a neplynou z něj žádná rizika. Byly také informovány o ochraně osobních údajů (dle zákona č. 101/2000 Sb.) a o tom, že osobní údaje (sociodemografické data) budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES. V úvodu dotazníku byl respondentkám podán informovaný souhlas s průzkumem. Do celkového zpracování dat byly zařazeny jen ty účastnice, které souhlasily s účastí ve výzkumu a daly souhlas, aby jejich odpovědi byly zařazeny do výzkumného šetření. Výzkumný soubor obsahoval 204 respondentek.

3.5 Etické aspekty

Před zahájením výzkumu probíhalo schválení žádosti o výzkum etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (příloha č. 3). Při sběru dat byla dodržena všechna nutná opatření o ochraně osobních údajů a anonymitě. Ve výzkumu byla respektována svoboda národů, rasy i etnika jednotlivých respondentů. Účastníci nebyli zatíženi žádnou odpovědností či jiným zatížením.

3.6 Metody sběru dat

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvantitativního výzkumu. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný dotazník, který je doložen v přílohách (příloha č.1 a 2). Dotazník byl vytvořen kombinací otázek vlastní tvorby a otázek použity ve výzkumu Mgr. Lucie Mazúchové, PhD., která před zahájením sběru dat udělila souhlas s použitím (příloha č. 4). Dotazník byl v elektronické podobě (příloha č.2) a byl umístěn na facebookových a instagrainerových účtech s porodnickou a zdravotnickou tematikou. Celkový počet otázek v dotazníku byl 24 z nich bylo 21 otázek uzavřených a tři otázky byly otevřené. U dvou otázek měly respondentky také prostor, kde se mohly k dané odpovědi vyjádřit, svůj názor nebo napsat jinou variantu odpovědi, pokud se neztotožňovaly ani s jednou variantou odpovědi. Před ostrým sběrem dat byl proveden pilotní výzkum a to především z důvodu testování správného porozumění otázek a eliminace chyb ve znění otázek. Po celkové úpravě byla vytvořena finální verze, která byla respondentkám poskytnuta pomocí internetového nástroje Google dotazníku. Sběr dat probíhal v rozmezí měsíců březen 2024 – duben 2024. Po ukončení sběru dat byla provedena kontrola jednotlivých dotazníků a byly vyřazeny neúplně vyplněné.

3.7 Metoda zpracování dat

V první fázi zpracování byla data přepsána do tabulkového programu Microsoft Excel a jednotlivé dotazníky označeny identifikačním číslem. Celkový počet dotazníků byl 218. Z toho bylo vyřazeno 14 z důvodu neúplných odpovědí. K dalšímu zpracování dat bylo nakonec využito 204 odpovědí. Data, která byla získána z vyplněných dotazníků byla nejdříve zpracována v programu Microsoft Office Excel, pomocí něhož byly vytvořeny jednotlivé grafy. Data zde uložená byla následně pomocí programovacího jazyka Python načtena a využita k otestování jednotlivých hypotéz. K jejich ověření byl použit Fisherův exaktní test (konkrétně jeho jednostrannou alternativu) a analýza rozptylu

jednoduchého třídění (ANOVU), které jsou implementovány v knihovně `scipy.stats`, přičemž hladina testu, se kterou bylo pracováno, byla 5 %.

4 Výsledky výzkumu

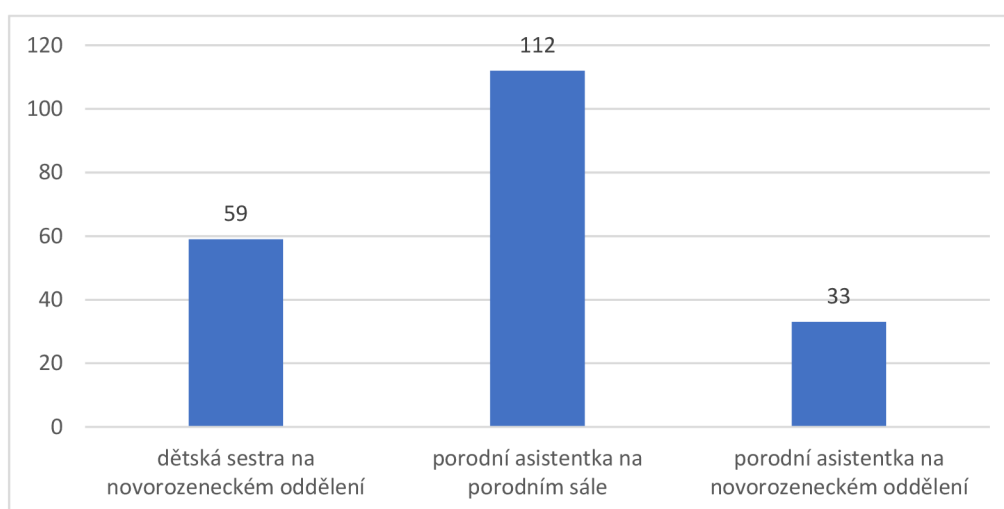
V této kapitole jsou interpretována vyhodnocená data, která byla získána pomocí dotazníkového šetření. Jednotlivé výsledky jsou z důvodu lepší přehlednosti sepsány do tabulek a znázorněny i graficky.

4.1 Statistické zpracování dat

Položka č. 1: Na jaké pracovní pozici pracujete?

Tabulka 1 Pracovní pozice

Odpověď	Relativní četnost (n)	Absolutní četnost (%)
Dětská sestra na novorozeneckém oddělení	59	28,9
Porodní asistentka na porodním sále	112	54,9
Porodní asistentka na novorozeneckém oddělení	33	16,2
Celkem	204	100,00



Obrázek 1 Četnost pracovní pozice

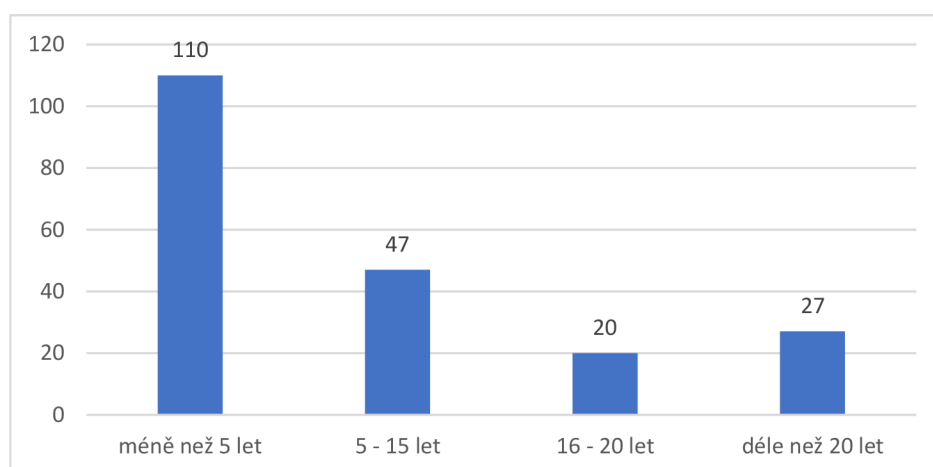
U otázky č. 1 označovaly respondentky pracovní pozici na které pracují v zaměstnání. Výzkumu se účastnily nejvíce porodní asistentky pracující na porodním sále (zastoupení

54,9 %), dále dětskými sestrami na novorozeneckém oddělení (28,9 %). Poslední skupinou byly porodní asistentky pracující na novorozeneckém oddělení (16,2 %).

Položka č. 2: Jaká je délka vaší praxe?

Tabulka 2 Délka praxe

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
méně než 5 let	110	54,0
5 - 15 let	47	23,0
16 - 20 let	20	9,8
déle než 20 let	27	13,2
Celkem	204	100,0



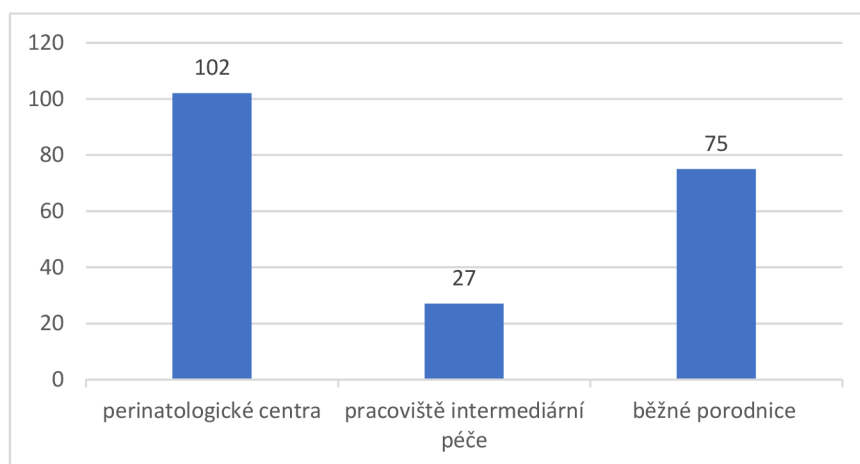
Obrázek 2 Délka praxe

Druhá otázka se zabývala délkou praxe jednotlivých respondentů na pracovišti. Největší zastoupení měly respondentky pracující méně než 5 let (54%), skupinu 5-15 let tvořila 24%, nejméně bylo respondentek s praxí dlouhou 16 – 20 let (9,8%). Zbytek respondentek označilo možnost délky praxe déle než 20 let (13,2%).

Položka č.3: Prosím uveďte porodnici, ve které pracujete a o jaký typ pracoviště se jedná (běžná nemocnice/intermediální/perinatologické centrum), dále uveďte kraj případně město, ve kterém pracujete.

Tabulka 3 Typ zdravotnického zařízení

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Perinatologické centra	102	50,0
Pracoviště intermediární péče	27	13,2
Běžná porodnice	75	36,8
Celkem	204	100,0

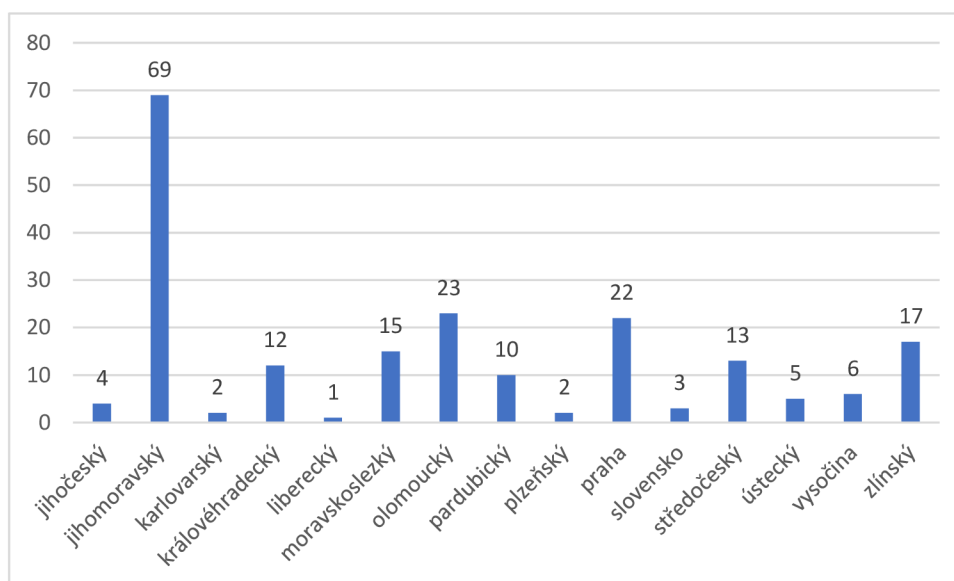


Obrázek 3 Typ zdravotnického zařízení

Ve třetí otázce měly respondentky napsat, v jakém typu, kraji, případně nemocnici pracují. Nejdříve je znázorněn typ pracoviště, následně kraj a následně nemocnice. Přesně polovina respondentek pracuje v perinatologických centrech (50%), dále 36,8% zdravotníků uvedli, že pracují v běžných porodnicích a zbylá část (13,2%) respondentek uvedla, že pracuje na pracovištích intermediární péče.

Tabulka 4 Kraj ve kterém respondenty pracují

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Jihočeský kraj	4	2,0
Jihomoravský kraj	69	33,8
Karlovarský kraj	2	1,0
Královéhradecký kraj	12	5,9
Liberecký kraj	1	0,5
Moravskoslezský kraj	15	7,4
Olomoucký okraj	23	11,3
Pardubický kraj	10	4,9
Plzeňský kraj	2	1,0
Praha	22	10,8
Slovensko	3	1,5
Středočeský kraj	13	6,4
Ústecký kraj	5	2,5
Kraj Vysočina	6	2,9
Zlínský kraj	17	8,3
Celkem	204	100,0



Obrázek 4 Kraj kde respondenty pracují

Dalším údajem, který respondentky udávaly byl kraj, ve kterém pracují. Z výsledků je patrné, že tři respondentky pocházely ze Slovenska a 201 respondentek pracovalo v českých porodnicích. Z území České republiky účastnice výzkumu uvedly celkem 14 krajů. Z toho je patrné, že z každého kraje v České republice byla aspoň jedna účastnice. Jednotlivé počty v krajích jsou však rozdílné. Nejvíce respondentek uvedlo Jihomoravský kraj (33,8%), nejméně pak kraj Liberecký (0,5%).

Tabulka 5 Město umístění nemocnice

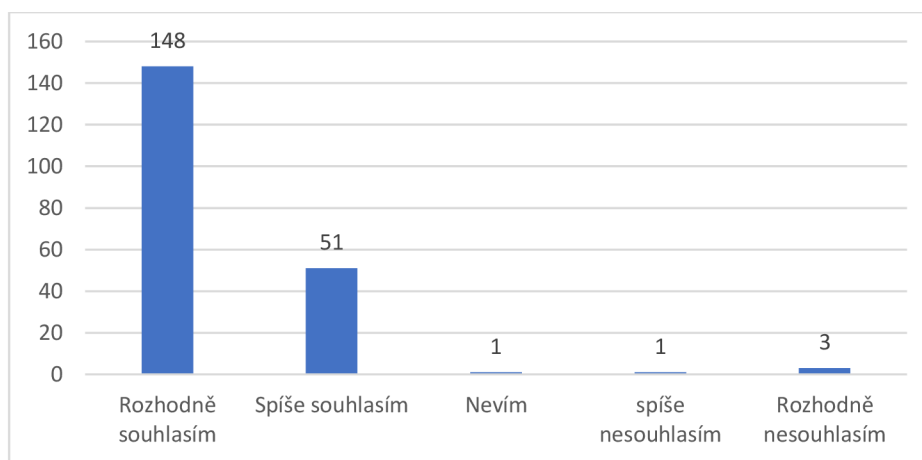
Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bánská Bystrica	1	0,6
Bratislava	1	0,6
Brno	59	38,3
Děčín	1	0,6
Havlíčkův brod	3	1,9
Hradec králové	5	3,2
Ivančice	2	1,3
Jičín	2	1,3
Kolín	3	1,9
Krnov	1	0,6
Martin	1	0,6
Mladá Boleslav	1	0,6
Náchod	1	0,6
Nové Město na Moravě	1	0,6
Olomouc	5	3,2
Ostrava	8	5,2
Písek	2	1,3
Plzeň	2	1,3
Praha	20	13,0
Prostějov	1	0,6
Přerov	2	1,3
Rakovník	2	1,3
Rychnov nad kněžnou	1	0,6
Strakonice	2	1,3
Šternberk	6	3,9
Šumperk	3	1,9
Trutnov	1	0,6
Uherské Hradiště	3	1,9
Ústí nad Labem	2	1,3
Ústí nad Orlicí	3	1,9
Vsetín	3	1,9
Zlín	6	3,9
Celkem	154	100,0

Posledním údajem, který respondentky uveřejnily bylo určení města, kde je porodnice umístěná. Ve znění otázky bylo uvedeno „případně město“. Proto konkrétní město uveřejnilo jen 154 respondentek. Největší počet zdravotníků byl z Brna, dále pak z Prahy a Ostravy. Všechny ostatní města, jsou uvedené v tabulce výše.

Položka č. 4: Máte přístup k informacím týkající se skin to skin kontaktu?

Tabulka 6 Přístup k informacím

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	148	72,5
Spíše souhlasím	51	25,0
Nevím	1	0,5
Spíše nesouhlasím	1	0,5
Rozhodně nesouhlasím	3	1,5
Celkem	204	100,0



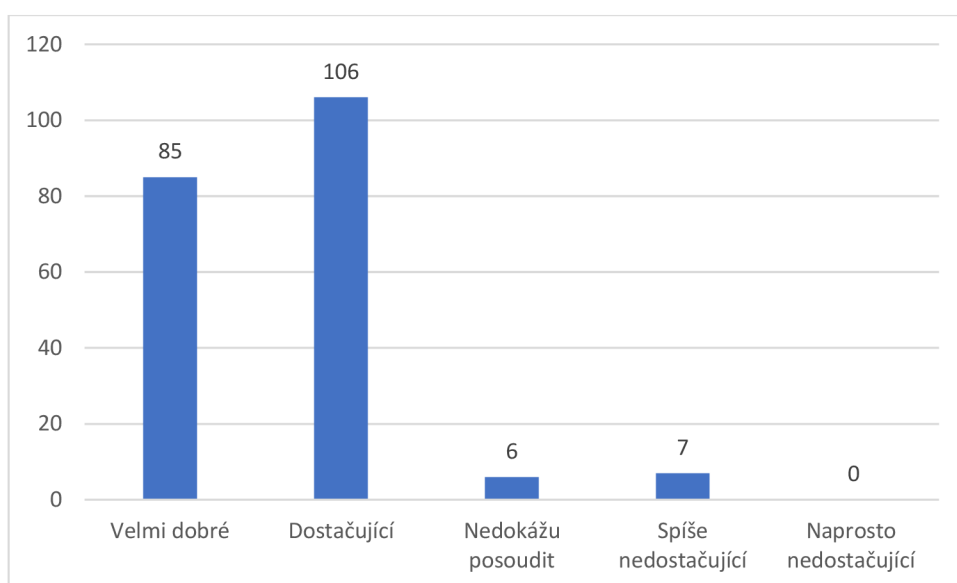
Obrázek 5 Přístup k informacím

V otázce číslo 4 měly respondentky určit, zda mají přístup k informacím, které se týkají skin to skin kontaktu. Nejčastější odpovědi byly „rozhodně souhlasím“, tu označilo 72,5% a „spíše souhlasím“, kterou uvedlo 25%. Tyto výsledky tedy ukazují, že porodní asistentky, nebo dětské sestry mají zdroje, ze kterých mohou čerpat informace týkající se skin to skin kontaktu.

Položka č. 5: Vaše informace o metodě skin to skin kontaktu jsou podle vás?

Tabulka 7 hodnocení vlastních znalostí

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Velmi dobré	85	41,7
Dostačující	106	52,0
Nedokážu posoudit	6	2,9
Spíše nedostačující	7	3,4
Naprostο nedostačující	0	0
Celkem	204	100,0



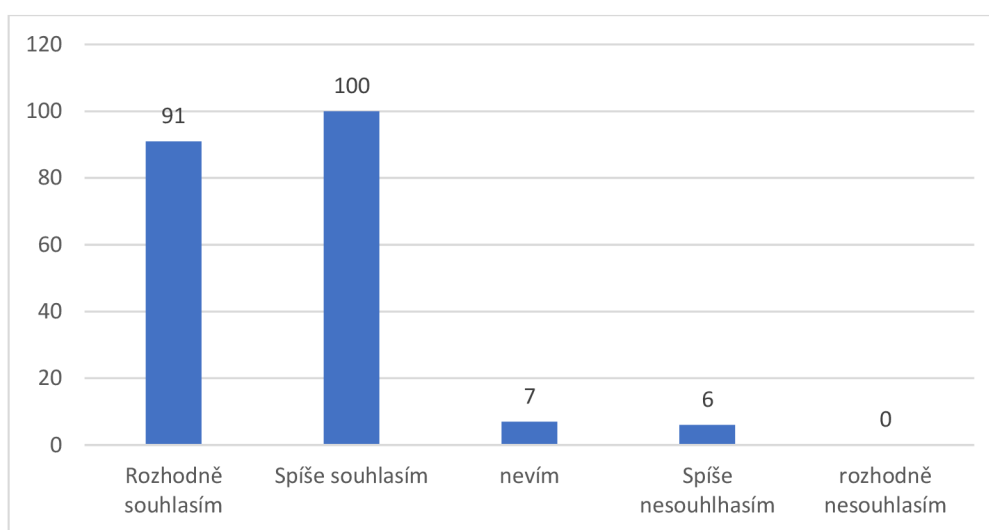
Obrázek 6 Hodnocení vlastních znalostí

V otázce číslo 5 měly respondentky posoudit mířu informovanosti. Více než 90% respondentek vnímá kladně svou informovanost o problematice. Svě povědomí jako dostatečné označilo 41,7% dotazovaných a odpověď „dostačující“ 52%. Jen 3,4% respondentek vnímají svou informovanost negativně a to „spíše nedostačující“.

Položka č. 6: Cítíte se v problematice skin to skin kontaktu orientována?

Tabulka 8 Orientace v problematice

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	91	44,6
Spíše souhlasím	100	49,0
Nevím	7	3,4
Spíše nesouhlasím	6	3,0
Rozhodně nesouhlasím	0	0,0
Celkem	204	100,0



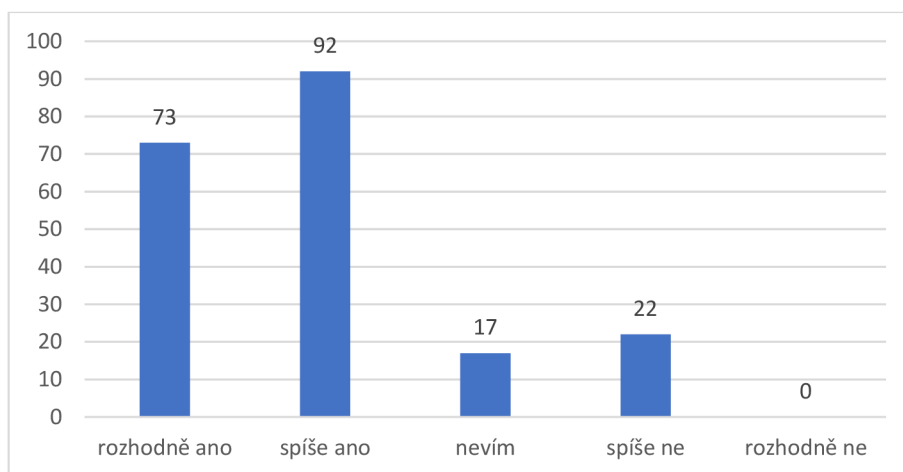
Obrázek 7 Orientace v problematice

V otázce číslo 6 bylo zjišťováno, zda si respondentky myslí že jsou orientovány v problematice skin to skin kontaktu. Stejně jako u předchozí otázky více než 90% dotazovaných odpovědělo kladně. Možnost „rozhodně souhlasím“ zvolilo 44,6% a možnost „spíše souhlasím“ zvolilo 49%. Negativní odpověď „spíše nesouhlasím“ uvedly 3% zdravotníků. Zbýlých 3,4% nedokáží posoudit svou orientaci v problematice.

Položka č. 7: Měla byste zájem o proškolení či seminář s trendy o této metodě?

Tabulka 9 Zájem o proškolení

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	73	35,8
Spíše ano	92	45,1
Nevím	17	8,3
Spíše ne	22	10,8
Rozhodně ne	0	0,0
Celkem	204	100,0



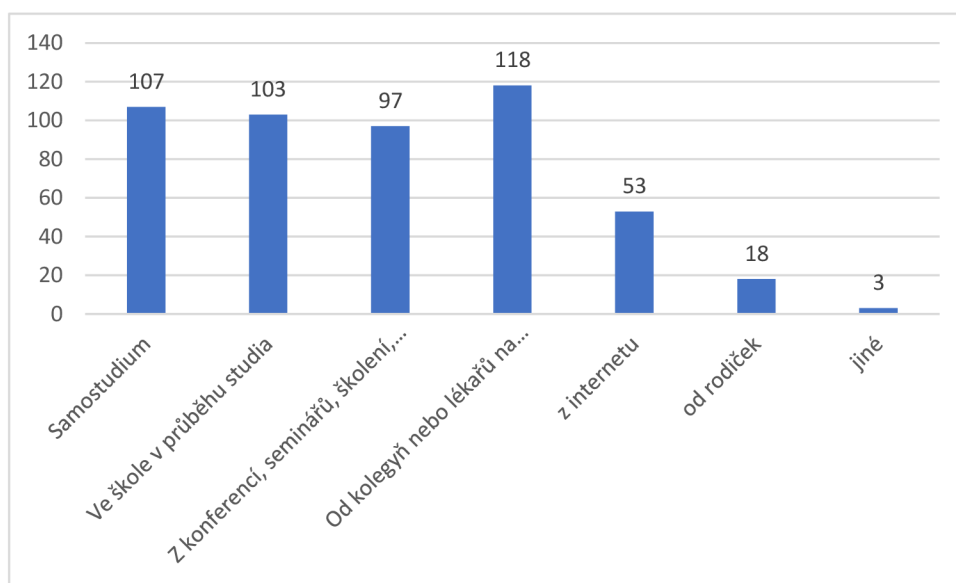
Obrázek 8 Zájem o proškolení

Otázka číslo 7 měla zjistit, zda mají porodní asistentky a dětské sestry zájem o proškolení či seminář obsahující trendy v praktikování skin to skin kontaktu. Většina respondentek odpověděla kladně, můžeme tedy říci že více než 80% má zájem o proškolení v této oblasti. Konkrétně 35,8% zdravotnic uvedlo odpověď „rozhodně ano“ a odpověď „spíše ano“ uvedlo 45,1%. Jedinou negativní odpověď a to „spíše ne“ uvedlo 10,8%. Odpověď rozhodně ne neuvedla ani jedna účastnice. Zbytek respondentek, čili 8,3%, uvedlo odpověď nevím.

Položka č. 8: Kde jste získala nejvíce informací v oblasti skin to skin kontaktu?

Tabulka 10 Zdroj informovanosti

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Samostudium	107	21,5
Ve škole v průběhu studia	103	20,7
Z konferencí, seminářů, školení, kurzů	97	19,4
Od kolegyň nebo lékařů na pracovišti	118	23,6
Z internetu	53	10,6
Od rodiček	18	3,6
Jiné	3	0,6
Celkem	499	100,0



Obrázek 9 Zdroj informovanosti

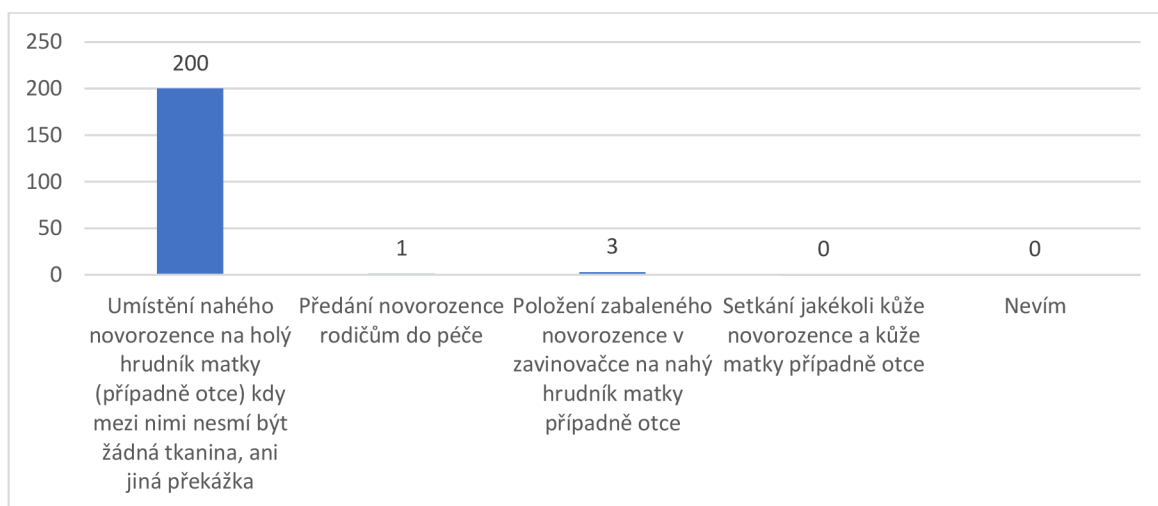
V této otázce bylo zjišťováno, ze kterých zdrojů porodní asistentky a dětské sestry získaly nejvíce informací z oblasti skin to skin péče. Tato otázka (jako jediná z dotazníku) dávala respondentkám možnost zaznačit více odpovědí. Nejčastěji uváděný zdroj informací byly „kolegyně, lékaři na pracovišti“ (23,6%). Dále celkem srovnatelně uváděný zdroj bylo „samostudium“ (21,5%), dále pak „ve škole v průběhu studia“ (20,7%) a o něco méně „z konferencí, seminářů, školení, kurzů“ (19,4%). Další odpověď

„z internetu“ uvedlo 10,6% a odpověď „od rodiček“ (3,6%). Poslední odpověď „jiné“ uvedly celkem tři respondentky. Mezi jiné uvedly „práce v zahraničí, praxe, vlastní porod“.

Položka č. 9: Bonding/ bezprostřední skin to skin kontakt po porodu podle Vás je

Tabulka 11 Popis bondingu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Umístění nahého novorozence na holý hrudník matky (případně otce) kdy mezi nimi nesmí být žádná tkanina, ani jiná překážka	200	98,0
Předání novorozence rodičům do péče	1	0,5
Položení zabaleného novorozence v zavinovačce na nahý hrudník matky případně otce	3	1,5
Setkání jakékoli kůže novorozence a kůže matky případně otce	0	0
Nevím	204	100



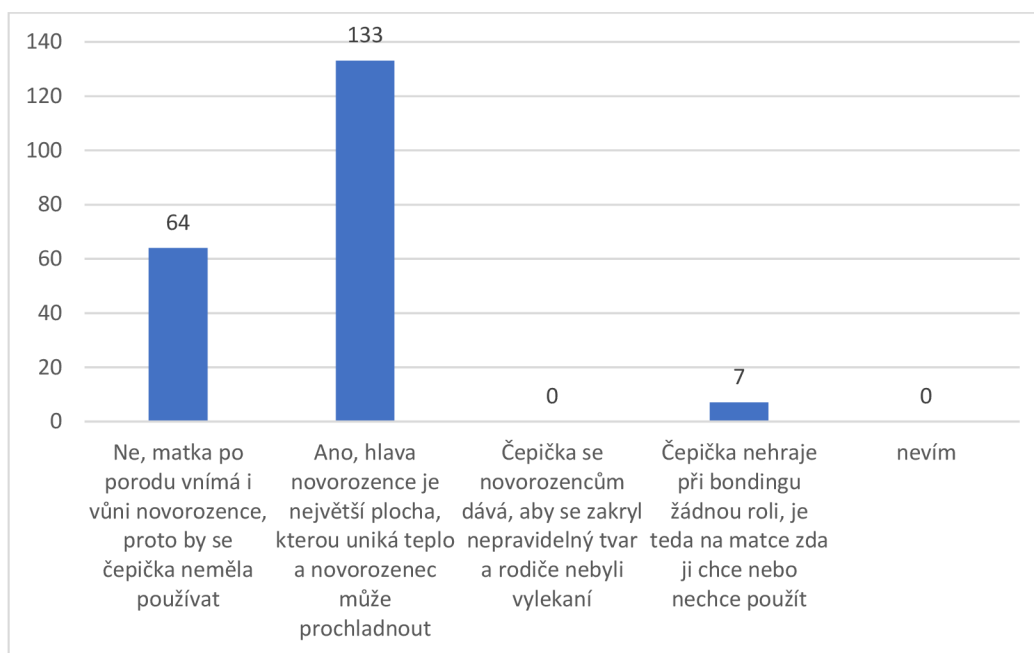
Obrázek 10 Popis bondingu

Otázka číslo 9 se věnovala popisu bezprostředního skin to skin kontaktu. Respondentky měly vybrat odpověď, která dle nich nejvíce vystihuje bonding. 98% dotazovaných zvolilo správnou odpověď „Umístění nahého novorozence na holý hrudník matky (případně otce) kdy mezi nimi nesmí být žádná tkanina, ani jiná překážka“. Zbylá 2% uvedlo chybnou odpověď.

Položka č. 10: Myslíte si, že je důležité, aby byla použita čepička u novorozence v průběhu bondingu po porodu?

Tabulka 12 Používání čepičky u bondingu

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ne, matka po porodu vnímá i vůni novorozence, proto by se čepička neměla používat	64	31,4
Ano, hlava novorozence je největší plocha, kterou uniká teplo a novorozenec může prochladnout	133	65,2
Čepička nehraje při bondingu žádnou roli, je teda na matce, zda ji chce nebo nechce použít	7	3,4
Čepička se novorozencům dává, aby se zakryl nepravidelný tvar a rodiče nebyli vylekaní	0	0,0
Nevím	0	0,0
Celkem	204	100,0



Obrázek 11 Používání čepičky u bondingu

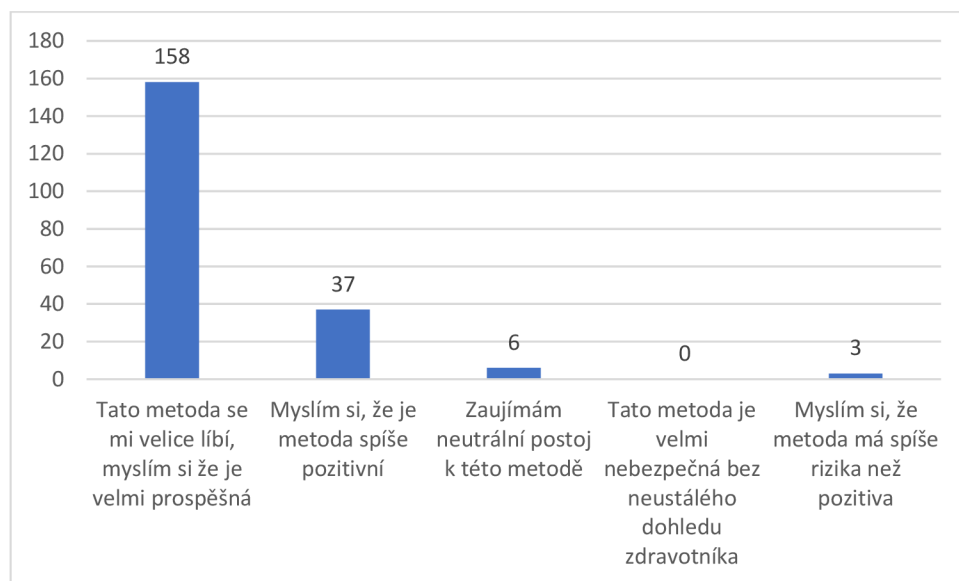
V otázce č. 10 měly respondentky uvést svůj názor na důležitost používání čepičky v průběhu bondingu. Jen 31,4% respondentek odpovědělo správně a to tím že označili odpověď „Ne, matka po porodu vnímá i vůni novorozence, proto by se čepička neměla používat“. Za částečně správnou odpověď by se dala považovat i odpověď „čepička nehraje při bondingu žádnou roli, je teda na matce, zda ji chce nebo nechce použít.“ Tuto odpověď zaznačilo 3,4%. Nejčastěji označovaná chybná odpověď byla „Ano, hlava

novorozence je největší plocha, kterou uniká teplo a novorozenec může prochladnout“ (65,2%).

Položka 11: Prosím ve stručnosti uveďte, jaký je váš názor na skin to skin kontakt

Tabulka 13 Názor na skin to skin kontakt

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Tato metoda se mi velice líbí, myslím si že je velmi prospěšná	158	77,5
Myslím si, že je metoda spíše pozitivní	37	18,1
Zaujímám neutrální postoj k této metodě	6	2,9
Myslím si, že metoda má spíše rizika než pozitiva	3	1,5
Tato metoda je velmi nebezpečná bez neustálého dohledu zdravotníka	0	0,0
Celkem	204	100,0



Obrázek 12 Názor na skin to skin kontakt

U této otázky respondentky uváděly svůj názor na skin to skin péči. Nejčastější odpovědi (77,5%) byla „Tato metoda se mi velice líbí, myslím si že je velmi prospěšná“. Druhou nejčastější (18,1%) pak byla vyjadřující také pozitivní vztah – „Myslím si, že je metoda spíše pozitivní“. Neutrální postoj zaujímá 2,9%. Poslední skupina respondentek (1,5%) pak uvedlo, že při skin to skin kontaktu vidí spíše rizika než pozitiva. Tato otázka měla i prostor pro následný komentář své odpovědi. Jestliže se dotazované neshodovaly

s žádnou odpovědí, měly zde vyjádřit svůj názor. Další komentář napsalo celkem 7 respondentek. Psaly následující:

- „*Super, dítě patří matce, ať živé či mrtvé, zdravé či nemocné....*“
- „*Bonding pokládá základ vztahu matka/dítě*“
- „*Má veľa výhod pre oboch, ale bonus, ktorý sa nespomína často je napríklad keď nejde placenta, tak dieťa tlačí svojou váhou na maternicu a svojou prítomnosťou na matke podporuje vylučovanie prirodzeného oxytocinu*“
- „*Záleží vždy na matce, je to její právo, ne povinnost*“
- „*Je to super, ale nemyslím si díky skin to skin se zaručí kvalitní vztah dítěte-rodíč, jak si ženy myslí*“
- „*Já osobně bych si nenechala položit dítě po porodu na hrudník. Mám za sebou 2 porody a ani u jednoho jsem to nechtěla*“
- „*Skin to skin je fyziologická potřeba matky a dítěte*“

Položka č.12: Podporujete po porodu použití bezprostředního skin to skin metody (pokud má novorozenec dobrou poporodní adaptaci a stav matky je též dobrý)?

Tabulka 14 Podpora bondingu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně ano	194	95,0
Spíše ano	4	2,0
Je mi to jedno, nechávám na matce jestli má zájem	3	1,5
Spíše ne	3	1,5
Rozhodně ne	0	0,0
Celkem	204	100,0



Obrázek 13 Podpora bondingu

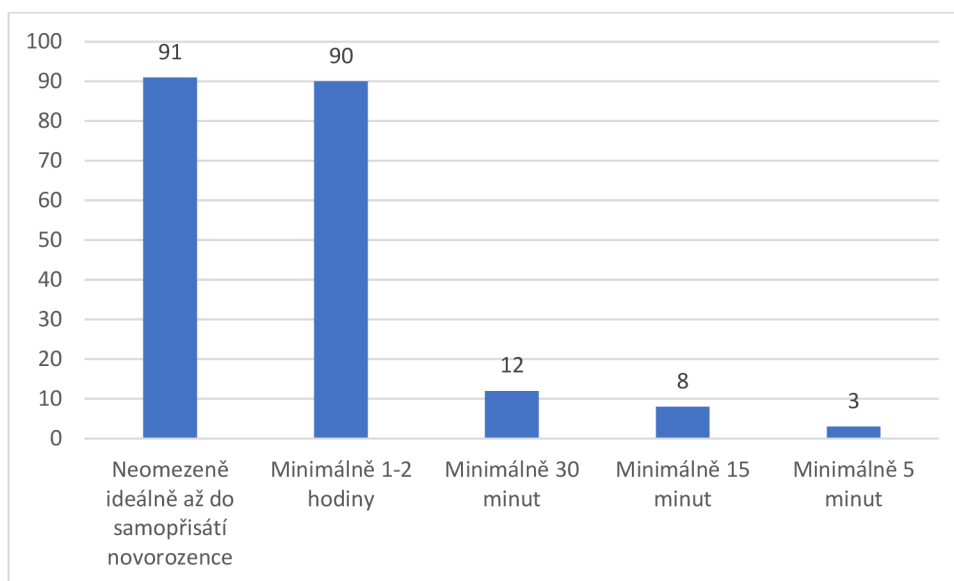
Otázka číslo 12 zjišťovala, zda porodní asistentky a dětské sestry podporují bezprostřední skin to skin kontakt po porodu. Z výsledků lze vyčíst že 95% rozhodně podporují skin to skin kontakt. 2% zdravotnic uvedlo že spíše podporují skin to skin kontakt. Odpověď „je mi to jedno, nechávám na matce jestli má zájem nebo ne“ a odpověď „spíše ne“ uvedl stejný počet respondentů a to 3%. I tato odpověď měla prostor pro vyjádření svého názoru. Dodatečný komentář připsalo celkem 6 respondentek. Psaly následující:

- „Dětské sestry jsou proti“
- „Je to krásný a z mého pohledu velmi důležitý moment pro rodičku. Je to její miminko, tak nevidím důvod, proč by mělo být jinde, než na jejím hrudníku. Samozřejmě pokud je vše a všichni zúčastnění v pořádku“
- „Určitě podporujeme skin to skin metodu u každého porodu, kde to jde. Ale převážně dáváme novorozencům po porodu čepice a to hlavně na přání neonatologů“
- „Ne každá maminka má o toto zájem. Mnohokrát jsem se setkala s odmítnutím, takže rozhodování nechám na mamince“
- „Skin to skin je dobré používat i v případě, že novorozenec potřebuje stimulaci po porodu“
- „Může dojít k prochlazení novorozence“

Položka č. 13: Jak dlouho by měl podle vás trvat bonding po porodu (pokud má novorozenec dobrou poporodní adaptaci a stav matky je též dobrý)?

Tabulka 15 Délka bondingu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neomezeně ideálně až do samopřísátí novorozence	91	44,6
Minimálně 1-2 hodiny	90	44,1
Minimálně 30 minut	12	5,9
Minimálně 15 minut	8	3,9
Minimálně 5 minut	3	1,5
Celkem	204	100,0



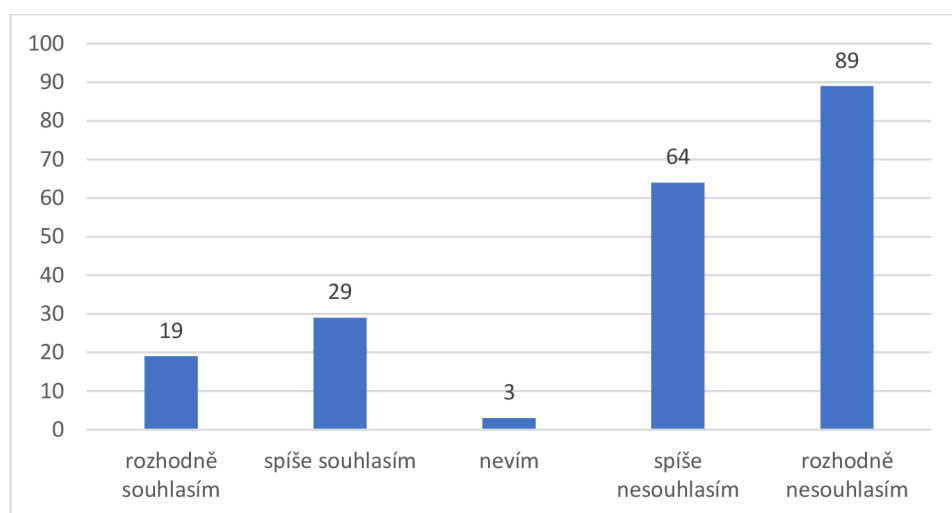
Obrázek 14 Délka bondingu

Otázka číslo 13 se věnovala délce bondingu. Respondentky měly určit čas, který je dle nich ideální pro trvání bondingu. Z dostupných zdrojů lze považovat za správnou odpověď „neomezeně, ideálně až do samopřísátí novorozence“ ale také časový údaj „1 – 2 hodiny“. 44,6% zdravotnic si myslí, že by bonding měl trvat do samopřísátí novorozence. Téměř stejný počet (44,1%) uvedlo čas 1-2 hodiny. Můžeme tedy říci, že 88,7% odpovědělo správně. 5,9% uvedlo minimálně 30 minut. 3,9% respondentek uvedlo minimálně 15 minut a zbylých 1,5% považuje za ideální čas 3%.

Položka č. 14: Myslíte si, že je potřebné, aby byl fyziologický novorozenec nejprve ošetřen (vážení, měření, kredeizace, zkrácení pupečního pahýlu, atd.) a až potom byl předán matce k bondingu?

Tabulka 16 Názor na načasování ošetření a předání novorozence matce

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	19	9,3
Spíše souhlasím	29	14,2
Nevím	3	1,5
Spíše nesouhlasím	64	31,4
Rozhodně nesouhlasím	89	43,6
Celkem	204	100,0



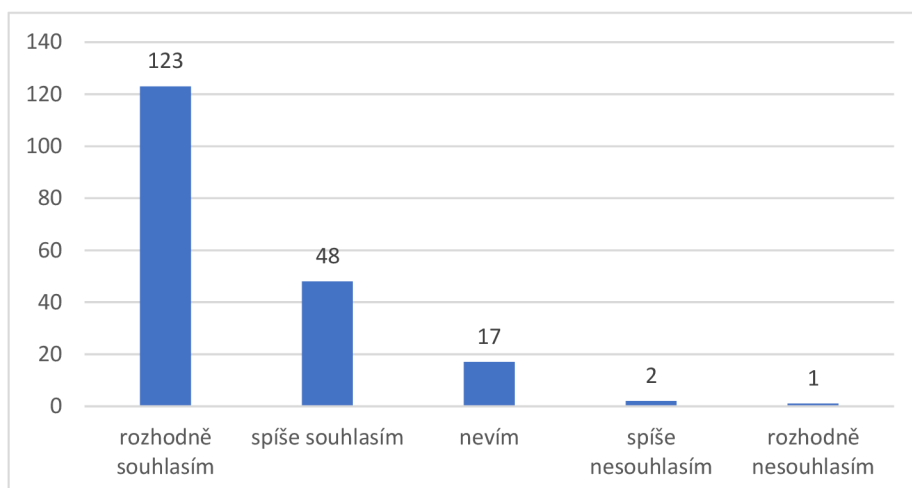
Obrázek 15 Názor na načasování ošetření a předání novorozence matce

U této otázky měly zdravotnice vyjádřit svůj názor, zda si myslí, že je nutné novorozence nejdříve po porodu ošetřit, a následně předat matce k bondingu. Nejčastější postoj byl negativní (75%) k předešlému tvrzení. Odpověď „rozhodně nesouhlasím“ se uvádělo ve 43,6% případech, „spíše nesouhlasím“ uvedlo 31,4%. Odpověď „nevím“ uvedlo 1,5%. s tvrzením „rozhodně souhlasilo“ 9,3% a spíše souhlasilo 14,2%.

Položka č.15: Myslíte si, že první ošetření u fyziologického novorozence s dobrou poporodní adaptací je možné provést ošetření (vážení, měření, kredeizace, zkrácení pupečního pahýlu, atd.) až po ukončení bondingu?

Tabulka 17 Ošetření po ukončení bondingu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	123	60,3
Spíše souhlasím	48	23,5
Nevím	14	6,9
Spíše nesouhlasím	17	8,3
Rozhodně nesouhlasím	2	1,0
Celkem	204	100,0



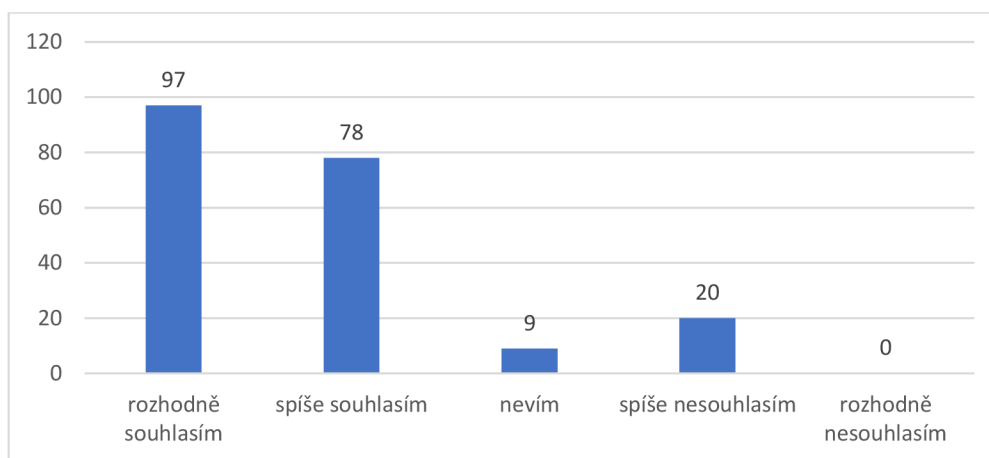
Obrázek 16 Ošetření po ukončení bondingu

Otázka číslo 15 zjišťovala, zda si respondentky myslí, že je možné novorozence ošetřit až po ukončení bondingu. Souhlasnou odpověď uvedlo 83,8% respondentek. Odpověď „rozhodně souhlasím“ uvedlo 60,3% dotazovaných a možnost „spíše souhlasím“ označilo 14,2% účastněných zdravotnic. S tvrzením, že je možné ošetřit novorozence až po ukončení bondingu nesouhlasilo celkem 9,3%. Možnost „spíše nesouhlasím“ uvedlo 8,3% a možnost „rozhodně nesouhlasím“ označilo 1%. Poslední možnost a to tvrzení „nevím“ uvedlo celkem 6,9%.

Položka č. 16: Myslíte si, že je možné provést první ošetření novorozence na těle matky a tím nepřerušovat kontakt skin to skin?

Tabulka 18 Ošetření na těle matky

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	97	47,5
Spíše souhlasím	78	38,2
Nevím	9	4,4
Spíše nesouhlasím	20	9,8
Rozhodně nesouhlasím	0	0,0
Celkem	204	100,0



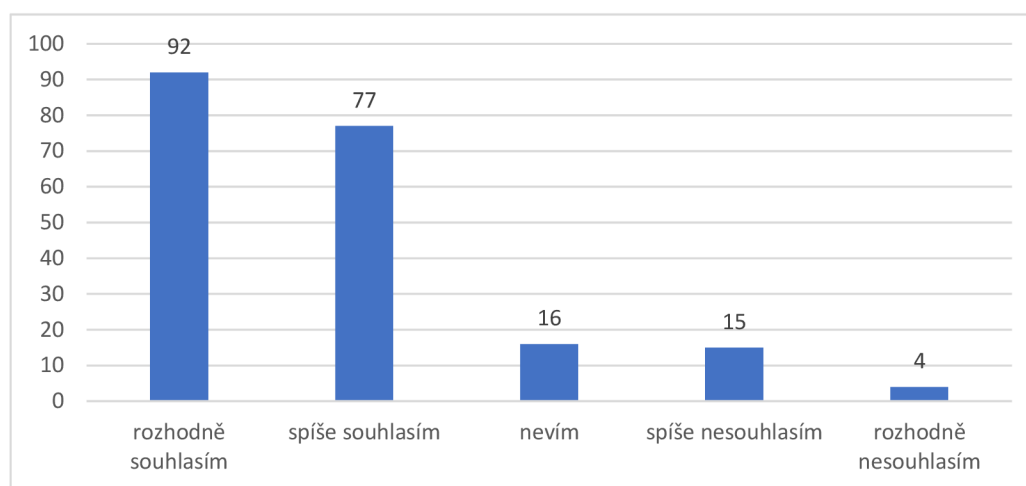
Obrázek 17 Ošetření na těle matky

V následující otázce respondentky vyjadřovaly svůj názor na ošetření novorozence na těle matky. Opět lze odpovědi rozdělit na souhlasné a nesouhlasné odpovědi. Mezi souhlasné odpovědi lze zařadit možnost „rozhodně souhlasím“ (označilo ji 47,5% respondentek) a možnost „spíše souhlasím“ (označilo 38,2% dotazovaných). Nesouhlasnou odpověď „spíše nesouhlasím“ uvedlo 9,8% a „rozhodně nesouhlasím“ neoznačila ani jedna respondentka. Možnost „nevím“ označilo 4,4% zdravotnic.

Položka č. 16: Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem je důležitý pro jejich následující vztah?

Tabulka 19 Důležitost bondingu na vztah matky s novorozencem

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	92	45,1
Spíše souhlasím	77	37,7
Nevím	16	7,8
Spíše nesouhlasím	15	7,4
Rozhodně nesouhlasím	4	2,0
Celkem	204	100,0



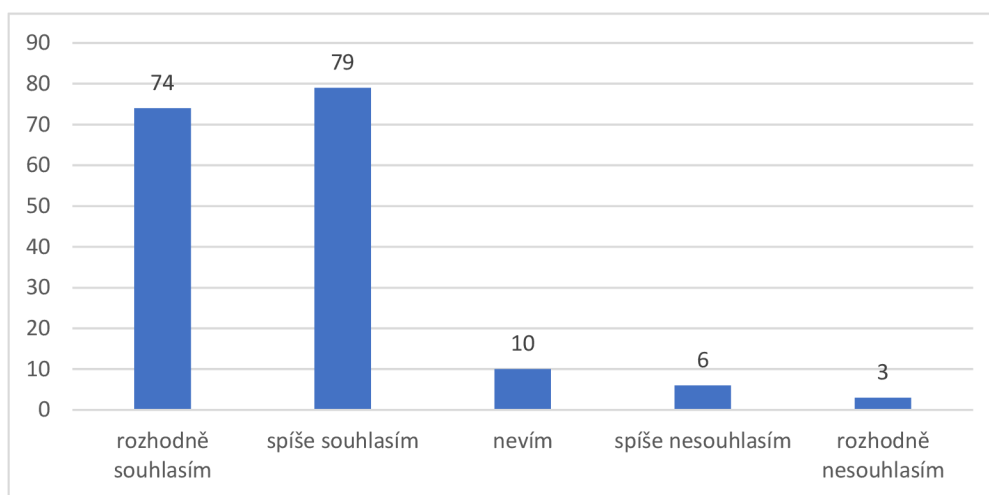
Obrázek 18 Důležitost bondingu na vztah matky s novorozencem

Otázka číslo 17 se věnovala názoru, zda je bonding důležitý pro jejich následující vztah. Celkem 82,8 % s tímto tvrzením souhlasilo. Možnost „rozhodně souhlasím“ uvedlo 45,1% a možnost „spíše souhlasím“ 37,7%. Lze tedy říci, že více než polovina tvrdí, že bonding je důležitý pro následující vztah mezi matkou a novorozencem. Celkem 9,4% s tímto tvrzením nesouhlasilo (7,4% spíše nesouhlasilo a 2% rozhodně nesouhlasilo). Odpověď „nevím“ uvedlo 7,8% respondentek.

Položka č. 18: Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem je důležitý pro psychické i fyzické zdraví novorozence?

Tabulka 20 Prospěšnost bondingu na fyzické zdraví novorozence

Odovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	97	47,5
Spíše souhlasím	79	38,7
Nevím	13	6,4
Spíše nesouhlasím	11	5,4
Rozhodně nesouhlasím	4	2,0
Celkem	204	100,0



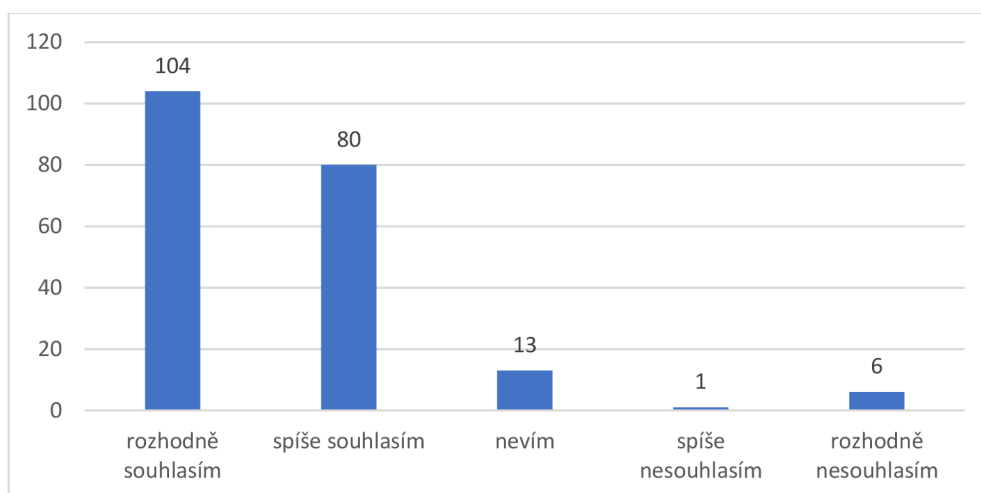
Obrázek 19 Prospěšnost bondingu na fyzické zdraví novorozence

Otázka číslo 18 zjišťovala, zda pociťují porodní asistentky a dětské sestry, že bezprostřední kontakt matky a novorozence po porodu je důležitý pro fyzické zdraví novorozence. Kladnou odpověď, čili souhlas označilo dohromady 86,2% respondentek. 47,5% uvedlo, že s tvrzením „rozhodně souhlasím“ a 38,7% označilo „spíše souhlasím“. Zápornou odpověď uvedlo 7,4% (celkem 5,4% odpovědělo „spíše nesouhlasím“ a 2% „rozhodně nesouhlasím“). Neutrální odpověď, čili odpověď „nevím“ uvedlo celkem 6,4%.

Položka č. 19: Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má význam ve vnímání a překonávání bolesti u rodičky?

Tabulka 21 Vliv bondingu na bolestivost matky

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
rozhodně souhlasím	104	51,0
spíše souhlasím	80	39,2
Nevím	13	6,4
spíše nesouhlasím	1	0,5
rozhodně nesouhlasím	6	2,9
Celkem	204	100,0



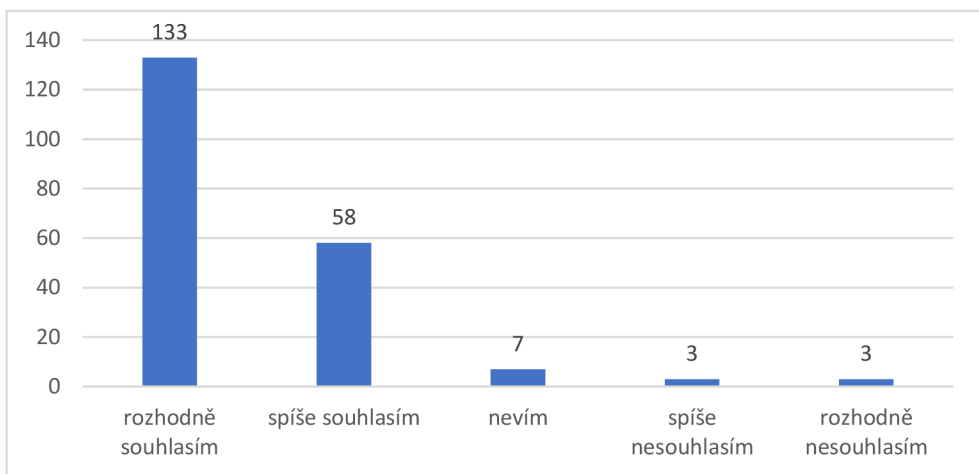
Obrázek 20 Vliv bondingu na bolestivost matky

V otázce č. 19 se respondenty vyjadřovaly k tomu, zda si myslí, že bezprostřední skin to skin kontakt po porodu dokáže ovlivnit bolestivost u matky. Stejně jako u předešlých otázek i zde lze rozdělit na odpovědi souhlasné, nesouhlasné a odpověď nevím. Celkem 90,2% dotazovaných napsalo odpověď se souhlasem. Což znamená, že přes 90% zdravotnic vnímá pozitivní účinek bondingu na bolest. Konkrétně odpověď „rozhodně souhlasím“ uvedlo 51% a odpověď „spíše souhlasím“ uvedlo 39,2%. Nesouhlas s tímto tvrzením napsalo 3,4% (spíše nesouhlasím 0,5% a „rozhodně nesouhlasím“ 2,9%. Odpověď „nevím“ uvedlo 6,4%.

Položka č. 20 Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má význam pro rozvoj laktace u rodičky?

Tabulka 22 Vliv bondingu na rozvoj laktace

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
rozhodně souhlasím	133	65,2
spíše souhlasím	58	28,4
Nevím	7	3,4
spíše nesouhlasím	3	1,5
rozhodně nesouhlasím	3	1,5
Celkem	204	100,0



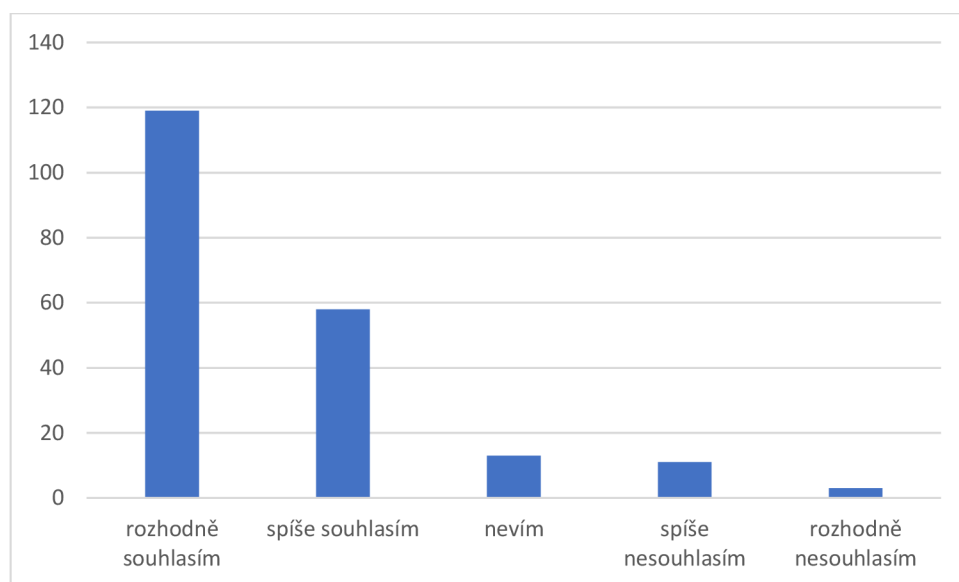
Obrázek 21 Vliv bondingu na rozvoj laktace

Otázka číslo 20 se věnovala tématice propojující bonding a rozvoj laktace. Respondentky měly napsat, zda si myslí, že bezprostřední kontakt skin to skin po porodu s matkou má vliv na rozvoj laktace. Skoro 95% (konkrétně 94,2%) s tímto tvrzením souhlasilo. Celkem 65,2% zdravotnic uvedlo odpověď „rozhodně souhlasím“ a 28,4% „spíše souhlasím“. 3% pak s tvrzením, že bonding má vliv na rozvoj laktace nesouhlasilo. Odpověď „spíše nesouhlasím“ byla uváděna v 1,5% a odpověď „rozhodně nesouhlasím“ též v 1,5%. odpověď nevím uvedlo v této otázce 3,4%.

Položka č. 21: Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má vliv na zavinování dělohy?

Tabulka 23 Vliv bondingu na zavinování dělohy

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně souhlasím	119	58,3
Spíše souhlasím	58	28,4
Nevím	13	6,4
Spíše nesouhlasím	11	5,4
Rozhodně nesouhlasím	3	1,5
Celkem	204	100,0



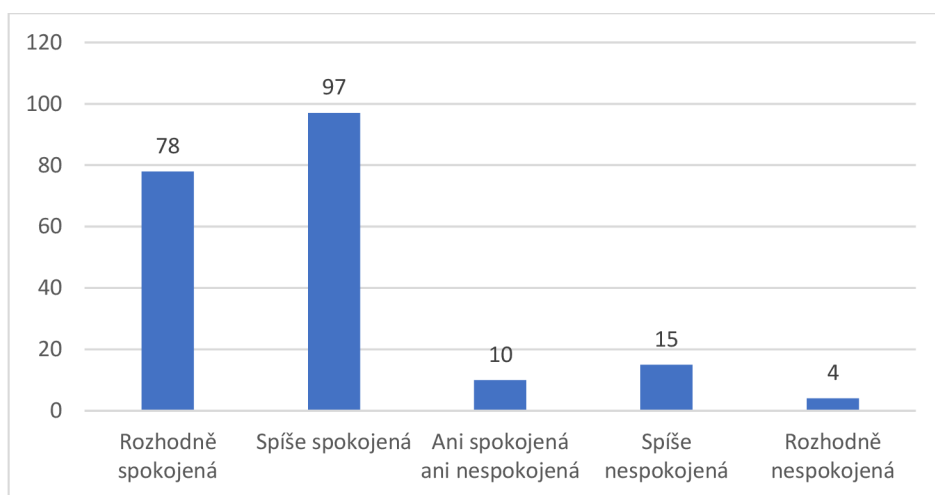
Obrázek 22 Vliv bondingu na zavinování dělohy

Otázka č.21 zjišťovala, zda vnímají respondentky spojitost mezi bezprostředním kontaktem skin to skin kontaktem a zavinováním dělohy. Souhlas označilo celkem 86,7%, z toho 58,3% označilo „rozhodně souhlasím“ a 28,4% „spíše souhlasím“. Nesouhlas označilo 13,3%, kdy 5,4% označilo „spíše nesouhlasím“ a 1,5% „rozhodně nesouhlasím“. Odpověď „nevím“ uvedlo 6,4%.

Položka 22: Jste spokojená se zavedenými postupy bezprostředního kontaktu matky a novorozence na vašem pracovišti?

Tabulka 24 Spokojenost se zavedenými postupy ve zdravotnickém zařízení

Jste spokojená se zavedenými postupy bezprostředního kontaktu matky a novorozence na vašem pracovišti?	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhodně spokojená	78	38,2
Spíše spokojená	97	47,5
Ani spokojená ani nespokojená	10	4,9
Spíše nespokojená	15	7,4
Rozhodně nespokojená	4	2,0
Celkem	204	100,0



Obrázek 23 Spokojenost se zavedenými postupy ve zdravotnickém zařízení

Tato otázka měla za cíl zjistit, zda jsou respondentky spokojeny se zavedenými postupy na pracovišti a nemocnici, kde pracují. I zde lze rozdělit na ty, které jsou se zavedenými postupy spokojené, dále pak nespokojené a kdo zaujímá negativní postoj. Se zavedenými postupy souhlasí celkem 85,7% dotazovaných zdravotníků. Nejčastější odpovědí bylo „spíše spokojená“, kterou označilo 47,5%. Další odpověď se souhlasem „rozhodně spokojená“ označilo 38,2%. Můžeme tedy říci, že skoro 90% dotazovaných respondentek je spokojené se zavedenými postupy týkající se bezprostředního skin to skin kontaktu po porodu. Nespokojených respondentů bylo 9,4% („spíše nespokojená“ uvedlo 7,4% a „rozhodně nespokojená“ uvedly 2% zdravotnic. Neutrální postoj, čili odpověď „ani spokojená, ani nespokojená“ označilo celkem 4,9% respondentek.

Položka 23: Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po vaginálním porodu? Prosím stručně popište.

Tato otázka měla následující komentář a příklad k vyplnění:

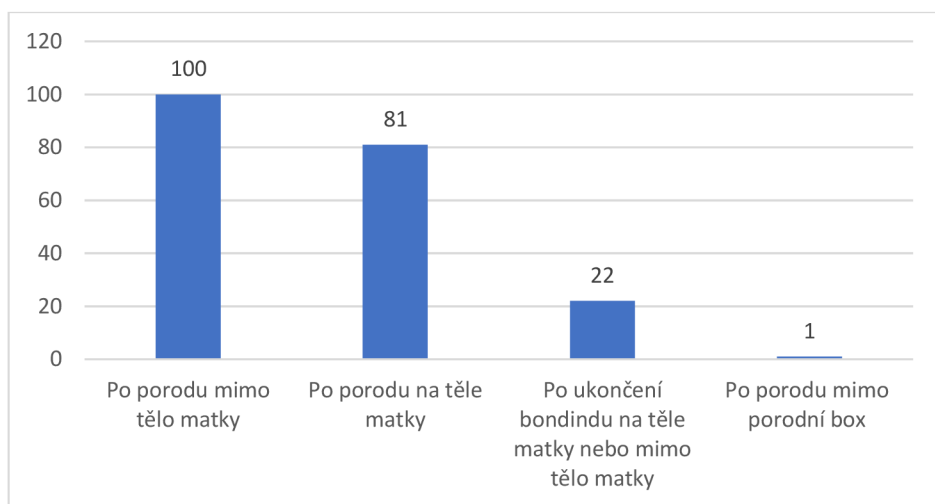
Příklad vyplnění: Ošetření dítěte na těle matky/ mimo tělo matky, Novorozenec nahý na nahou hrud' matky/zabalený, zabalení jako jedna jednotka/zabalen samostatně novorozenec a matka, používání čepičky při bondingu, nepřerušovaný bonding po dobu....., podpora samopřisátí, přiložení novorozence,....

Vyhodnocení proto bylo rozděleno do několika sekcí, kdy každá část se věnovala jedné oblasti.

Ošetření novorozence

Tabulka 25 Ošetření novorozence

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Po porodu mimo tělo matky	100	49,0
Po porodu na těle matky	81	39,7
Po ukončení bondingu na těle matky nebo mimo tělo matky	22	10,8
Po porodu mimo porodní box	1	0,5
Celkem	204	100,0



Obrázek 24 Ošetření novorozence

Tato část otázky obsahuje vyhodnocení první části otázky. Ta se věnovala ošetření novorozence. Respondentky měly napsat, kde je po vaginálním porodu zvyklost ošetřovat

novorozence. Z grafu i přiložené tabulky je patrné, že nejčastěji se novorozenec v nemocnicích ošetřuje ihned po porodu. Jen 10,8% dotazovaných uvedlo, že se novorozencec ošetřuje až po ukončení bondingu. Novorozenci, kteří byli ošetřeni ihned po porodu byli nejčastěji umístěni na toto ošetření mimo tělo matky 49%. Na těle matky ihned po porodu bylo ošetřeno 39,7% novorozenců. Jedna respondentka uvedla, že v jejich nemocnici je zvykem dítě ošetřovat mimo porodní box.

Zde jsou přiloženy i doplňující komentáře respondentek:

- *Standardně mimo tělo matky, na matce jen z moji vůle*
- *U nás je zakázané ošetřovat na těle matky, ale některé kolegyně to nedodrží...*
- *Záleží jak která dětská sestra, častěji mimo*
- *na vyžádání*
- *Dle personálu a přání rodičky*
- *Chtěla bych zavést i možnost ošetřit na těle, pokud je fyziologický novorozenec, ale nejsou k tomu naklonění všichni pracovníci*
- *Jen pokud si řekne*
- *Pokud si rodička nepřeje jinak, tak po dotepání a prestižní pupeční šňůry (cca 5 min) dochází k prvnímu ošetření novorozence mimo tělo matky za přítomnosti otce. Poté se již přikládá dítě v zavinovačce. Pokud si rodička přeje jinak, bonding z kůže na kůži se může protáhnout až na 2 hodiny*
- *Děti se často berou po pár minutách, úplně zbytečně.*
- *Bezprostředně po porodu pokládáme dítě na hrud' matky a čekáme než dotepe pupečník pokud je novorozenec fyziologický, čekáme než se porodí placenta a při kontrole poranění doktorem obvykle ošetřujeme novorozence za přítomnosti otce novorozence a po skončení šiti vracíme novorozence matce k skin to skin*
- *Záleží na postupech dětské sestry, které zcela respektují*
- *Jediný důvod, kdy se dítě odnáší je resuscitace. Vše ostatní se provádí při bondingu. Taktilní stimulace, sledování adaptace stetoskopem, ošetření pupíku, nalepení pulzního oxymetru, vykapání očí. Vše po domluvě s rodiči*
- *Štandardné ošetrenie na vyhrievanom lôžku vedľa matky, ak si ale matka želá, môže byť aj neprerušný bonding a vyšetrenie na jej tele*

- *Pokud je to možné je ošetření přímo na matce, pokud je riziko v poporodní adaptaci novorozence, je novorozenec ošetřených mimo tělo matky, ale dbá se na to, aby to bylo co nejrychleji a novorozenec byl hned vrácen na tělo matky*
- *Zůstává na těle matky cca hodinu, pak přijde dětská sestra dítě dovyšetřit, změřit, zvážit.*
- *Záleží na sloužící dětské sestře a PA*
- *Mimo matky, v jiné místnosti, většinou bezprostředně po pôrode (dieťa 2-3 minúty po pôrode odnesú do inej miestnosti na ošetrovanie, ktoré trvá 15-20 minút. Následne ho prinesú naspäť, avšak väčšinou už zabalené v perinke)*
- *Provádí jak která porodní asistentka*
- *Při dobré adaptaci nepřetržitý bonding 2 hodiny, dítě má připojené čidlo, hlídá saturaci a pulz, poté ošetření - vážení*
- *u rizikových novorozenců s dobrou adaptací ošetření i na matce "*
- *mimo tělo matky - taky musíme dělat svou práci kvalitně .*
- *"Dítě ihned po porodu umístěno na hrudník matky (pokud to jeho zdravotní stav dovolí a není třeba žádné intervence). Dítě lehce osušeno a přikryto dečkou. Označení náramek na těle matky + namotání čidla.*
- *Po přisátí novorozence na těle*

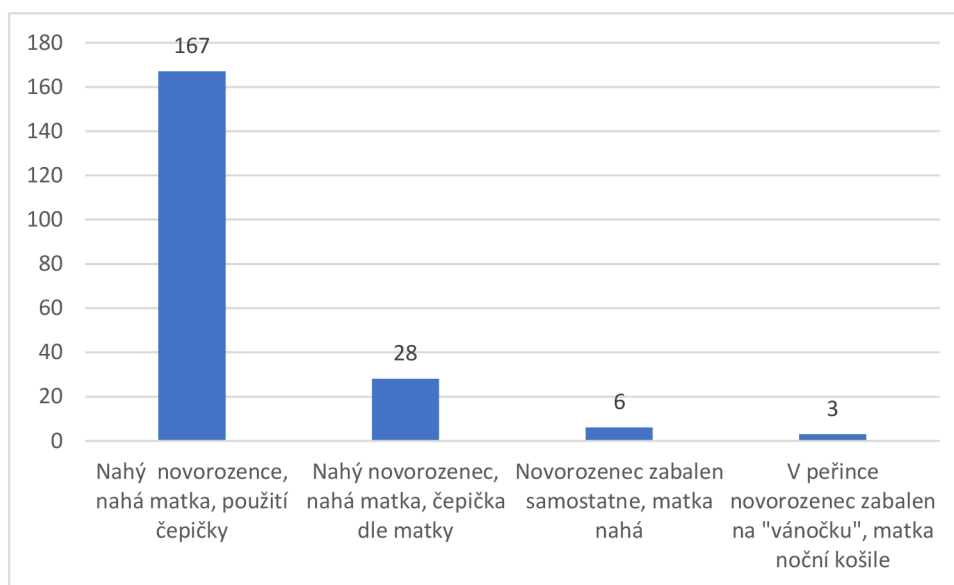
Z odpovědí lze vyčíst, že místo, kde bude novorozenec ošetřen je často v závislosti na sloužícím personálu a jeho ochotě. Dále jistě ovlivňuje přání a informovanost rodičky. Další fakt, který lze z komentářů vyčíst je ten, že je často bezprostřední skin to skin kontakt přerušován.

Způsob kontaktu

Další informace v této otázce se věnovaly způsobu skin to skin kontaktu a použití čepičky.

Tabulka 26 Způsob skin to skin kontaktu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nahý novorozenec, nahá matka, použití čepičky	167	81,9
Nahý novorozenec, nahá matka, čepička dle matky	28	13,7
Novorozenec zabalen samostatně, matka nahá	6	2,9
V peřince novorozenec zabalen na "vánočku", čepička použita, matka noční košile	3	1,5
Celkem	204	100,0



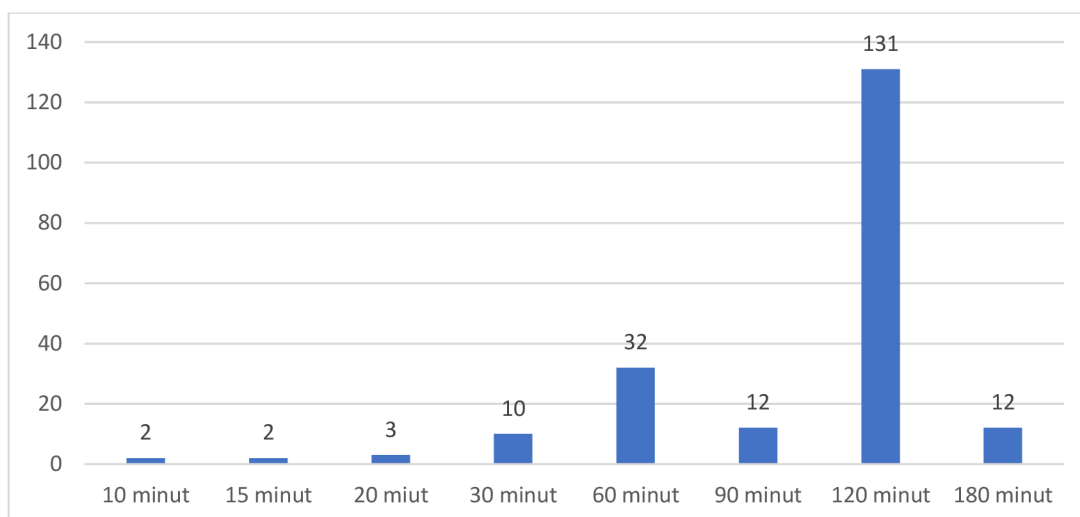
Obrázek 25 Způsob skin to skin kontaktu

Pokud se hodnotí způsob skin to skin kontaktu matky a jejího novorozence, i zde jsou mezi nemocnicemi významné rozdíly a každá nemocnice má své zvyklosti. Nejčastěji je nahý novorozenec položen na nahou hrud' matky. Tento proces provádí 81,9% dotazovaných. V odpovědích byl i postup kdy je dítě předáno matce v zavinovačce. Tento postup udaly 3 respondentky což je 1,5%.

Délka průměrného skin to skin kontaktu novorozence s matkou po porodu

Tabulka 27 Délka bondingu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
10	2	1,0
15	2	1,0
20	3	1,5
30	10	4,9
60	32	15,7
90	12	5,9
120	131	64,2
180	12	5,9
Celkem	204	100,0



Obrázek 26 Délka bondingu

Tato část vyhodnocuje výsledky na dotaz, jakou průměrnou délku má skin to skin kontakt po porodu matka se svým novorozencem. Nejčastější odpovědí byl časový údaj 120 minut (64,2%). Druhou nejčastější odpovědí byl údaj 60 minut. Ten byl uveřejněn v 15,7%.

Zde jsou komentáře respondentek k délce

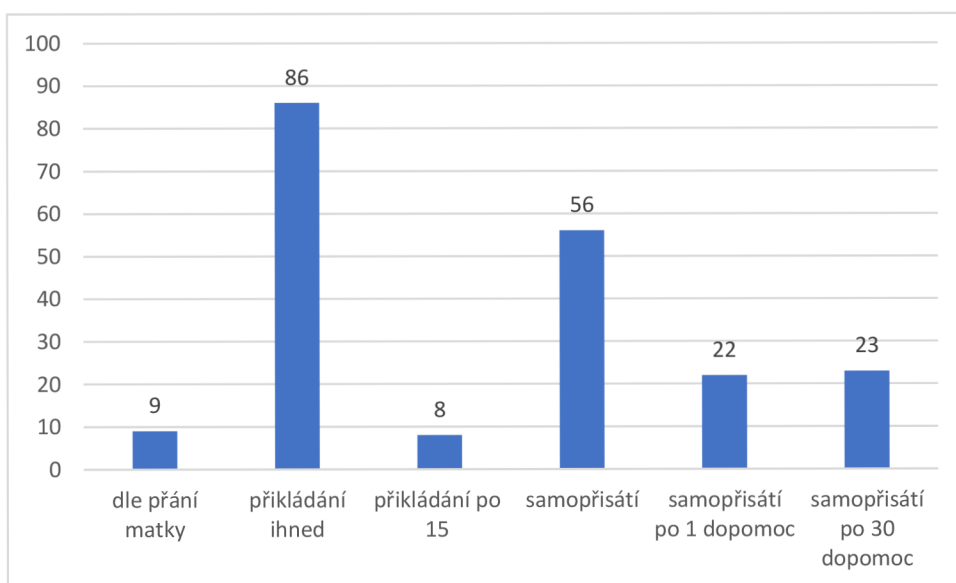
- *přerušovaný, ošetření po hodině (uveřejněno 2x)*
- *přerušovaný po 30 ošetření (uveřejněno 2x)*
- *alespoň do samopřisátí*

- *Nejméně 2 hodiny, pokud si rodiče přejí děle, dá se domluvit. 1) zůstat na porodním boxe děle, 2) přejít spolu skin to skin na pokoj (ano u nás si děti rodiče sami nesou, pokud chtějí) a pokračovat neomezeně*
- *edukuji i rodiče ať si to hlídají, a kdyby přišla dětská sestra pro dítě byť jen o 10 min dřív, že mají právo ji poslat pryč ať přijde později.*
- *Běžně 2 hodiny, ale pokud chtějí mohou děle*
- *Minimálně do přisátí*
- *Standard je hodinu, dále zabalené v zavinovače*
- *dle přání matky*
- *do samopřisátí (uveřejněno 3x)*

Kontakt novorozence s prsem

Tabulka 28 Podpora kontaktu novorozence s prsem

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dle přání matky	9	4,4
Přikládání ihned	86	42,2
Přikládání po 15	8	3,9
Samopřisátí	56	27,5
Samopřisátí po 1 dopomoc	22	10,8
Samopřisátí po 30 dopomoc	23	11,3
Celkem	204	100,0



Obrázek 27 Podpora kontaktu novorozence s prsem

V poslední části otázky měly respondentky zveřejnit, jak probíhá kontaktování novorozence s bradavkou a prsem matky. Zda podporují samopřisátí, či přikládají novorozence k prsu sami. I v této části jsou patrné rozdíly. Nejčastější odpověď byla „přikládání ihned“ (42,2%)

Pokud bychom hodnotili přikládání a samopřisátí (alespoň podpora samopřisátí na omezenou dobu), pak 46,1% respondentek uvedlo způsob přikládání a 49,3% uvedlo, že podporují samopřisátí, případně po určitém čase dítěti poskytnou pomoc.

Bližší komentář uvedly dvě respondentky

- „Priloženie dieťaťa na prsník detskou sestrou, s "násilným" tlačením bradavky do pusy. Počas prikladania je dieťa v perinke a v rukách sestry“
- „Dětská sestra chytá hlavu novorozence a cpe na prso matky do pusy“

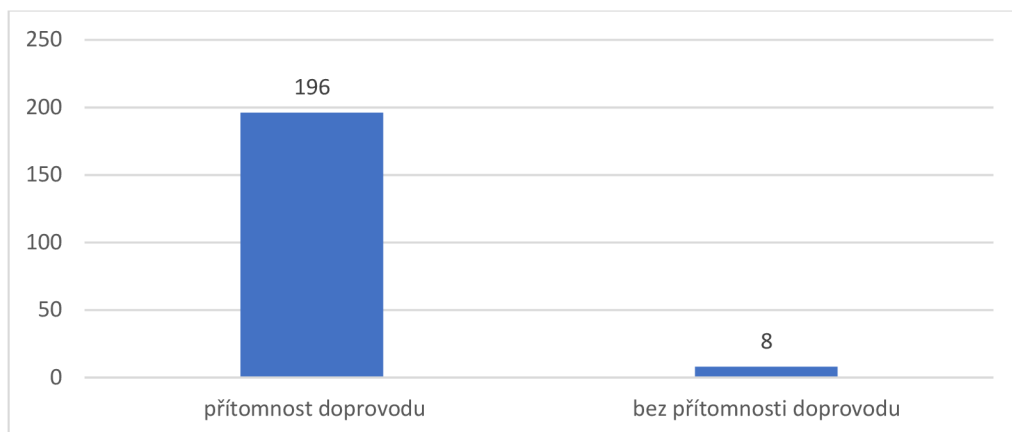
Položka č. 24: Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po císařském řezu.

Tato otázka též zjišťovala zvyklosti v jednotlivých nemocnicích o skin to skin kontaktu a to konkrétně zvyklosti u císařského řezu.

Ošetření novorozence po císařském řezu

Tabulka 29 Ošetření novorozence po císařském řezu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Přítomnost doprovodu	196	96,1
Bez přítomnosti doprovodu	8	3,9
Celkem	204	100,0



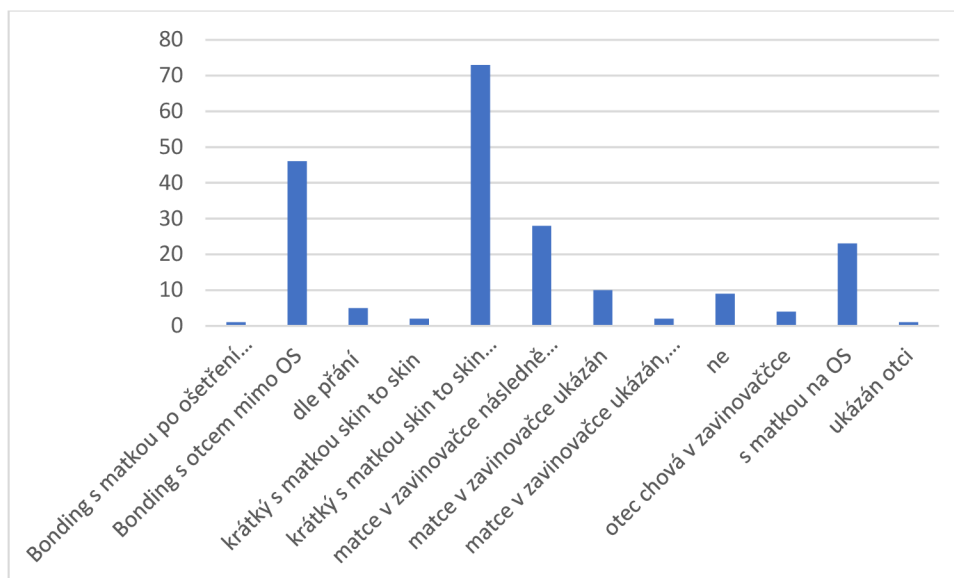
Obrázek 28 Ošetření novorozence po císařském řezu

V první části bylo zjišťováno, zda proběhlo ošetření novorozence v přítomnosti nebo bez přítomnosti doprovázející osoby. Výsledky ukazují, že v 96,1% případů proběhlo ošetření novorozence v přítomnosti otce, nebo doprovázející osoby.

Bonding bezprostředně po císařském řezu

Tabulka 30 Bonding bezprostředně po císařském řezu

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bonding s matkou po ošetření novorozence a v zavinovačce, skin to skin na přání otce s ním	1	0,5
Bonding s otcem mimo OS	46	22,5
dle přání	5	2,5
krátký s matkou skin to skin	2	1,0
krátký s matkou skin to skin dlouhý s otcem	73	35,8
matce v zavinovačce následně bonding s otcem	28	13,7
matce v zavinovačce ukázán	10	4,9
matce v zavinovačce ukázán, otci táž ukázán	2	1,0
Ne	9	4,4
otec chová v zavinovačce	4	2,0
s matkou na OS	23	11,3
ukázán otci	1	0,5
Celkem	204	100,0



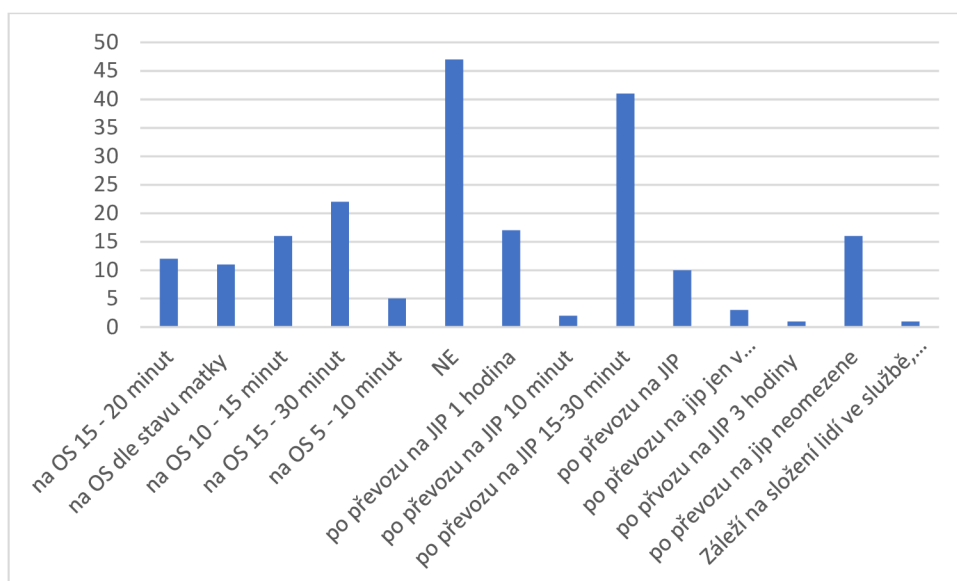
Obrázek 29 Bonding bezprostředně po císařském řezu

Další část otázky zjišťovala, zvyklosti v nemocnicích s bondingem po císařském řezu. Zjišťovala, zda v bezprostřední době bonding nebo nějaký způsob kontaktování probíhá, případně s kým. Z výsledků vyplývá, že nahého novorozence na nahou hrud' je matce umožněno jen v 48,1%. Otcí je bonding umožněn v 72%.

Bonding po císařském řezu s matkou (na operačním sále, po převozu na dospávací pokoj/JIP, jak dlouho probíhá)

Tabulka 31 Bonding po císařském řezu s matkou

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Na operačním sále 15 - 20 minut	12	5,9
Na operačním sále dle stavu matky	11	5,4
Na operačním sále 10 - 15 minut	16	7,8
Na operačním sále 15 - 30 minut	22	10,8
Na operačním sále 5 - 10 minut	5	2,5
NE	47	23,0
Po převozu na JIP 1 hodina	17	8,3
Po převozu na JIP 10 minut	2	1,0
Po převozu na JIP 15-30 minut	41	20,1
Po převozu na JIP	10	4,9
Po převozu na jip jen v zavinovačce 20 minut	3	1,5
Po převozu na JIP 3 hodiny	1	0,5
Po převozu na jip neomezene	16	7,8
Záleží na složení lidí ve službě, ale někdy se povede i tento bonding.	1	0,5
Celkem	204	100,0



Obrázek 30 Bonding po císařském řezu s matkou

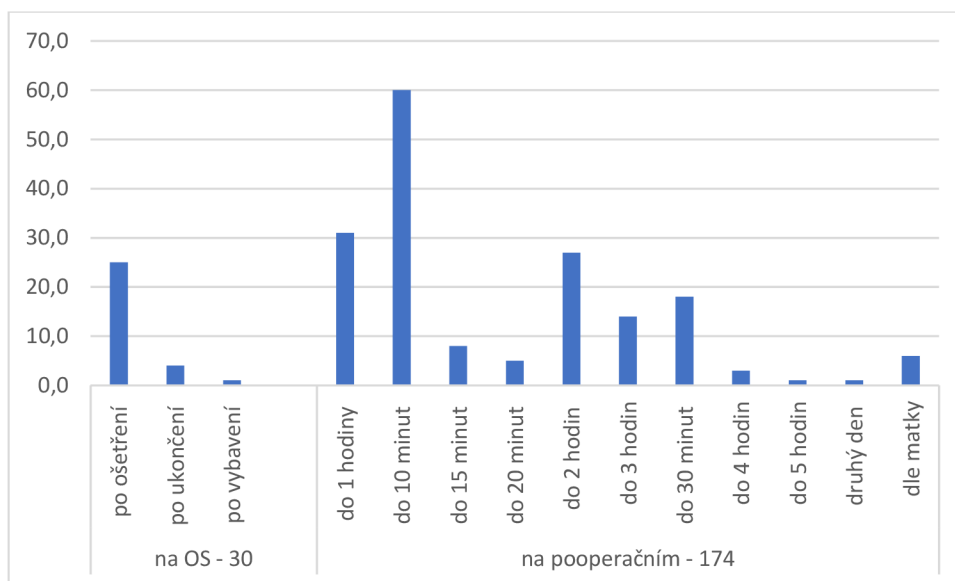
Tato část otázky uvádí výsledky dotazu na to, zda je umožněn matce bonding, případně kdy a na jak dlouho. Bylo zjištěno, že 32,4% matek má umožněno provést bonding již na operačním sále. Délka se pohybuje od 5 minut do 30 minut. Po převozu na JIP/pooperační pokoj je umožněn 44,1% matkám bonding. Čas se pohyboval od 15 minut do neomezeného času dle stavu matky.

První příložení novorozence po císařském řezu

Tabulka 32 Příložení novorozence po císařském řezu

Odpovědi		Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
na operačním sále	po ošetření	25,0	12,3
	po ukončení	4,0	2,0
	po vybavení	1,0	0,5
na pooperačním pokoji	do 1 hodiny	31,0	15,2
	do 10 minut	60,0	29,4
	do 15 minut	8,0	3,9
	do 20 minut	5,0	2,5
	do 2 hodin	27,0	13,2
	do 3 hodin	14,0	6,9
	do 30 minut	18,0	8,8
	do 4 hodin	3,0	1,5
	do 5 hodin	1,0	0,5

	druhý den	1,0	0,5
	dle matky	6,0	2,9
Celkem		204,0	100



Obrázek 31 První příložení novorozence po císařském řezu

V poslední části bylo zjišťováno, kdy je novorozenec nejčastěji přikládán po císařském řezu. Z výsledků lze vyčíst, že na operačním sále je novorozenec přikládán ve 14,8% (po ošetření novorozence pediatry 12,3%, po ukončení císařského řezu 2% a po vybavení 0,5%). Na pooperačním pokoji je pak přikládán v různých časech. Nejkratší čas byl uveden 10 minut (29,4%), nejdelší prodleva byla druhý den po císařském řezu (0,5%). Další časové údaje byly uváděny 15 minut (3,9%), 20 minut (2,5%), 30 minut (8,8%), do 1 hodiny (15,2%), do 2 hodin (13,2%), do 3 hodin (6,9%), do 4 hodin (1,5%), do 5 hodin (0,5%), nebo dle matky (2,9 %).

4.2 Výsledky statistického zpracování hypotéz

Sekce 1

V této první sekci budeme testovat následující hypotézu:

H_0 – Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají pozitivní přínosy skin to skin kontaktu stejně jako porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

H_A - Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají pozitivní přínosy skin to skin kontaktu více než porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru

Vyjdeme tedy z otázky číslo 2 z dotazníku, kde jsme se ptali na délku praxe porodní asistentky a dětské sestry. Pokud její odpověď byla, že délka její praxe je méně než 5 let, zahrneme ji do skupiny se stejnojmenným pojmenováním. Pokud zvolila některou jinou možnost (tedy její délka praxe je 5 – 15 let, 16 – 20 let nebo více než 20 let), zahrneme ji do druhé skupiny souhrnně označené jako délka praxe 5 let a více. Dále k otestování této hypotézy využijeme otázku číslo 11 z dotazníku, kde jsme se ptali porodních asistentek na jejich názor na metodu skin to skin. Pokud zvolily odpovědi:

- Tato metoda se mi velice líbí, myslím si že je velmi prospěšná
- Myslím si, že je metoda spíše pozitivní

označme tuto skupinu porodních asistentek a dětských sester jako skupinu s pozitivním vztahem k metodě skin to skin. Pokud ale vybraly některou z níže uvedených odpovědí:

- Zaujímám neutrální postoj k této metodě
- Myslím si, že metoda má spíše rizika než pozitiva
- Tato metoda je velmi nebezpečná bez neustálého dohledu zdravotníka

označme tuto skupinu porodních asistentek a dětských sester jako skupinu s neutrálním a negativním vztahem k metodě skin to skin.

Můžeme tedy sestavit následující kontingenční tabulku, kde hodnota na prvním řádku a v prvním sloupci udává počet porodních asistentek a dětských sester s délkou praxe méně než 5 let a s pozitivním vztahem k metodě skin to skin, hodnota na prvním řádku a ve druhém sloupci udává opět počet porodních asistentek a dětských sester s délkou praxe méně než 5 let ale nyní mají neutrální a negativní vztah k metodě skin to skin. Druhý řádek a první sloupec pak udává počet porodních asistentek a dětských sester s délkou praxe 5 let a více a s pozitivním vztahem k metodě skin to skin a konečně druhý řádek a druhý sloupec udává počet porodních asistentek a dětských sester s délkou praxe 5 let a více s neutrálním a negativním vztahem k metodě skin to skin.

Tabulka 33 Délka praxe a vztah k metodě skin to skin

Délka praxe / vztah k metodě skin to skin	Pozitivní	Neutrální a negativní	Suma
Méně než 5 let	108	2	110
5 let a více	87	7	94
Suma	195	9	204

K otestování této hypotézy použijeme Fisherův exaktní test pro jednostrannou alternativu. P-hodnota tohoto testu je 0,052, což je větší číslo než 0,05, což je hodnota, která odpovídá zvolené hladině testu, a tedy nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout. Jinými slovy naše data nejsou v rozporu s nulovou hypotézou. Přijímáme tedy nulovou hypotézu ve znění: Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají pozitivní přínosy skin to skin kontaktu stejně jako porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

Sekce 2

V této sekci budeme zkoumat danou dílčí otázku pomocí následující hypotézy:

H_0 – Zdravotníci pracující na novorozeneckém oddělení vnímají prospěšnost použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu po porodu stejně jako zdravotníci pracující na porodním sále.

H_A - Zdravotníci pracující na novorozeneckém oddělení vnímají prospěšnost použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu po porodu více než zdravotníci pracující na porodním sále.

Vydeme při tom z otázky číslo 1 z dotazníku a definujeme skupinu zdravotníků pracujících na novorozeneckém oddělení jako respondenty, kteří vyplnili odpověď b a c, tedy že pracují jako porodní asistentka na novorozeneckém oddělení nebo jako dětská sestra na novorozeneckém oddělení. Zbylí respondenti jsou ti, kteří zvolili možnost a,

tedy pracují na porodním sále. Jako zdravotníky vnímající prospěšnost použití čepičky označíme ty respondenty, kteří zvolili následující odpovědi:

- Ano, hlava novorozence je největší plocha, kterou uniká teplo a novorozenec může prochladnout
- Čepička se novorozencům dává, aby se zakryl nepravidelný tvar a rodiče nebyli vylekáni

Respondenty, kteří zvolili zbylé odpovědi, tedy odpovědi:

- Ne, matka po porodu vnímá i vůni novorozence, proto by se čepička neměla používat
- Čepička nehraje při bondingu žádnou roli, je teda na matce zda ji chce nebo nechce použít

označíme jako skupinu zdravotníků vnímající použití čepičky jako nepotřebné. Sestavili jsme tedy následující kontingenční tabulku.

Tabulka 34 Pracoviště a vnímání použití čepičky při bondingu

Pracoviště / vnímání použití čepičky	Prospěšné	Není potřebné	Suma
Novorozenecké oddělení	71	21	92
Porodní sál	62	50	112
Suma	133	71	204

K otestování této hypotézy opět použijeme Fisherův exaktní test pro jednostrannou alternativu. P-hodnota tohoto testu je 0,001, což je menší číslo než 0,05, které odpovídá zvolené hladině testu, a tedy nulovou hypotézu zamítáme. Prokazujeme platnost alternativní hypotézy, tedy že, zdravotníci pracující na novorozeneckém oddělení vnímají prospěšnost použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu po porodu více než zdravotníci pracující na porodním sále.

Sekce 3

H_0 – Podporu metody skin to skin kontaktu matky a novorozence vyjadřují porodní asistentky a dětské sestry v perinatologických centrech stejně jako v běžných porodnicích a pracovištích intermediární péče.

H_A - Podporu metody skin to skin kontaktu matky a novorozence vyjadřují porodní asistentky a dětské sestry v perinatologických centrech více než porodní asistentky a dětské sestry v běžných porodnicích a pracovištích intermediární péče.

Při zkoumání této hypotézy budeme vycházet z otázky číslo 3 z dotazníku, přičemž do jedné skupiny spojíme zdravotníky pracující v běžných nemocnicích a v pracovištích intermediární péče. Zdravotníky pracující v perinatologických centrech budeme uvažovat jako samostatnou skupinu. Dále uvažujme otázku číslo 12 z dotazníku a respondenty, kteří zvolili odpovědi:

- Rozhodně ano
- Spíše ano

zařadíme do skupiny zdravotníků podporujících použití metody skin to skin po porodu. Naopak respondenty, kteří zvolili odpovědi:

- Je mi to jedno, nechávám na matce jestli má zájem o tuto metodu
- Spíše ne
- Rozhodně ne

zařadíme do skupiny zdravotníků, kteří tuto metodu nepodporují nebo je jim to jedno. S využitím výše definovaných dat tak můžeme sestavit následující kontingenční tabulku.

Tabulka 35 Pracoviště a podpora skin to skin kontaktu

Pracoviště / podpora skin to skin kontaktu	Ano	Je mi to jedno a ne	Suma
Perinatologické centrum	99	3	102

Okresní nemocnice a pracoviště intermediární péče	99	3	102
Suma	198	6	204

I k otestování této hypotézy použijeme Fisherův exaktní test pro jednostrannou alternativu. P-hodnota tohoto testu je 0,66, což je mnohem větší číslo než 0,05, což je hodnota, která odpovídá zvolené hladině testu a tedy nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout, jinými slovy naše data nejsou v rozporu s nulovou hypotézou. Přijímáme tedy nulovou hypotézu ve znění: Podporu metody skin to skin kontaktu matky a novorozence vyjadřují porodní asistentky a dětské sestry v perinatologických centrech stejně jako v běžných porodnicích a pracovištích intermediární péče.

Sekce 4

Cílem této sekce je otestovat následující hypotézu:

H₀ – Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají nutnost proškolení v metodě skin to skin kontaktu stejně jako porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

H_A - Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají nutnost proškolení v metodě skin to skin kontaktu méně než porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

Stejným způsobem jako v sekci 1 vyjděme z otázky číslo 2 z dotazníku a uvažujme dvě skupiny zdravotníků podle délky praxe. Jedna skupina má délku praxe méně než 5 let, ta druhá 5 let a více. Dále uvažujme otázku číslo 7 z dotazníku, kde jsme se respondentů ptali, zda by měli zájem o proškolení či seminář s trendy o této metodě. Respondenty, kteří zvolili možnost:

- Rozhodně ano
- Spíše ano

zařadíme do skupiny zdravotníků, kteří mají o proškolení či seminář zájem. Naopak respondenty, kteří zvolili některou ze zbylých otázek:

- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

označme jako zdravotníky, kteří neví a nemají o proškolení či seminář zájem. Sestavme tedy následující kontingenční tabulku.

Tabulka 36 Délka praxe a zájem o proškolení či seminář

Délka praxe / zájem o proškolení či seminář	Ano	Nevím a ne	Suma
Méně než 5 let	97	13	110
5 let a více	68	26	94
Suma	165	39	204

K otestování této hypotézy opět použijeme Fisherův exaktní test pro jednostrannou alternativu. P-hodnota tohoto testu je 0,999, což je mnohem větší číslo než 0,05, což je hodnota, která odpovídá zvolené hladině testu a tedy nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout, jinými slovy naše data nejsou v rozporu s nulovou hypotézou. Přijímáme nulovou hypotézu ve znění: Porodní asistentky a dětské sestry s délkou praxe méně než 5 let vnímají nutnost proškolení v metodě skin to skin kontaktu stejně jako porodní asistentky a dětské sestry s delší praxí v oboru.

Sekce 5

V této předposlední sekci jsme se rozhodli danou dílčí otázkou otestovat pomocí následující hypotézy:

H_0 – Průměrná délka bondingu po vaginálním porodu je stejná u všech typů porodnických zařízení.

H_A - Průměrná délka bondingu po vaginálním porodu se liší u některých typů porodnických zařízení.

Při zkoumání této hypotézy jsme vyšli z otázky číslo 3 z dotazníku a uvažujeme tedy 3 různé skupiny zdravotníků podle typu jejich pracoviště a z otázky číslo 23, kde u každého respondenta uvažujeme jím vyplněnou délku bondingu v minutách.

Tuto hypotézu budeme testovat pomocí analýzy rozptylu jednoduchého třídění (ANOVY). V tabulce níže můžeme nalézt hodnoty výběrových průměrů jednotlivých skupin (připomeňme, že tyto hodnoty jsou udávány v minutách).

Tabulka 37 Výběrové průměry pro uvažované typy pracovišť

Skupina (pracoviště)	Hodnota výběrového průměru
Běžné porodnice	103
Pracoviště intermediární péče	110
Perinatologické centrum	104

Výsledkem analýzy rozptylu jednoduchého třídění je p-hodnota 0,69. Tato hodnota je mnohem větší než 0,05 což je hodnota, která odpovídá zvolené hladině testu a tedy nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout. Jinými slovy naše data nejsou v rozporu s nulovou hypotézou. Přijímáme tedy nulovou hypotézu: Průměrná délka bondingu po vaginálním porodu je stejná u všech typů porodnických zařízení.

Sekce 6

V této závěrečné sekci se budeme zabývat danou dílčí otázkou, která je reprezentována touto hypotézou:

H_0 – Perinatologické centrum a pracoviště intermediární péče nemá vliv na ošetření novorozence mimo tělo matky po vaginálním porodu.

H_A - Perinatologické centrum pracoviště intermediární péče zvyšuje šanci, že ošetření novorozence po vaginálním porodu bude provedeno mimo tělo matky.

Vydeme při tom z otázky číslo 3 z dotazníku a respondenty, kteří pracují v pracovišti intermediární péče a perinatologickém centru zařadíme do společné skupiny. Zdravotníky pracující v běžných nemocnicích budeme uvažovat jako samostatnou skupinu. Dále uvažujeme otázku číslo 23 a její část věnující se ošetření novorozence. Z ní sestavíme dvě skupiny zdravotníků. Jednu, která provádí ošetření novorozence na těle matky a druhou, která provádí toto ošetření mimo tělo matky. S takto připravenými daty můžeme sestavit následující kontingenční tabulku.

Tabulka 38 Pracoviště a místo ošetření novorozence

Pracoviště / ošetření novorozence	Mimo tělo matky	Na těle matky	Suma
Pracoviště intermediární péče a perinatologické centrum	80	49	129
Běžné nemocnice	21	54	75
Suma	101	103	204

K otestování této hypotézy použijeme Fisherův exaktní test pro jednostrannou alternativu. P-hodnota tohoto testu je $2,18 \cdot 10^{-6}$, což je mnohem menší číslo než 0,05, což je hodnota, která odpovídá zvolené hladině testu a tedy nulovou hypotézu zamítáme. Prokazujeme platnost alternativní hypotézy, tedy že, perinatologické centrum a pracoviště intermediární péče zvyšuje šanci, že ošetření novorozence po vaginálním porodu bude provedeno mimo tělo matky.

5 Diskuze

Kontakt novorozence s matkou je chápán jako základní právo novorozence a jeho matky. Je chápán také jako nejjednodušší a nejméně nákladný způsob péče, který s sebou nese pozitivní účinky jak na novorozence tak k matce. Skin to skin kontakt mezi novorozencem a matkou je stále více diskutovaným tématem nejen mezi zdravotníky, ale i mezi rodičkami. Autor Stoodley ve svém článku uvádí, že porodní asistentky a dětské sestry jsou významným článkem v podpoře skin to skin kontaktu matky a novorozence po porodu. Porodní asistentky a dětské sestry jsou mnohdy prvním zdrojem, které matce sdělí benefity skin to skin kontaktu se svým novorozencem. Uvádí také, že porodní asistentky a dětské sestry by se měly účastnit setkání se ženami před porodem, pořádat semináře a školení, kde by matky edukovaly o prospěšnosti a výhodách kontaktu skin to skin (Stoodley et al., 2023).

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký mají postoj porodní asistentky a dětské sestry, které jsou těmi, kteří rodiče o této praxi edukují, ukazují zásady používání a podporují. Výzkumné šetření, které bylo schválené etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, bylo realizováno pomocí dotazníkového šetření. Ten byl distribuován pomocí sociálních sítí a další rozšíření probíhalo pomocí metody sněhové koule.

V této kapitole jsou vyhodnoceny výsledky výzkumného šetření a srovnány s doporučeními světových zdravotnických organizací. Výsledky jsou srovnány i s aktuálně dohledatelnými vědeckými studiemi a výzkumy.

Výzkumného šetření se celkem účastnilo 204 porodních asistentek a dětských sester z celkem 14 krajů České republiky. Dílčím cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost porodních asistentek a dětských sester o skin to skin kontaktu. V dotazníku se objevilo několik otázek, které prověřovaly informovanost o praxi skin to skin kontaktu. Jednou z nich bylo například označit definici jak chápou bezprostřední kontakt skin to skin po porodu. Tuto otázku odpověděla většina (98%) respondentek správně. Další otázky, která prověřovaly míru informovanosti zdravotnic o správném provedení skin to skin kontaktu a bondingu byly otázky dotazující se na nutnost použití čepičky při bondingu nebo doporučená délka skin to skin kontaktu. U použití čepičky byla nejčastěji označovaná odpověď chybná. 65,2% respondentek uvedlo, že čepičku je nutné použít, aby novorozenec neprochladl. Z dostupných vědeckých článků je však patrné, že

čepička při bondingu není nutná, pokud je prostředí dostatečně vytopené. Naopak je uveřejňováno, že čepička brání matce ve vnímání svého novorozence. (Mrowetz & Peremská, 2013; Widström et al., 2019). Zde je tedy patrné, že jsou mezi zdravotníky tedy jisté mezery v informovanosti. Informovanost byla posuzována i v rámci jednotlivých pracovišť pomocí hypotézy nulové a následně alternativní. Dle statistického zpracování byla přijata alternativní metoda ve znění: Zdravotníci pracující na novorozeneckém oddělení vnímají prospěšnost použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu po porodu více než zdravotníci pracující na porodním sále. Z toho vyplývá, že nižší míra informovanosti o této problematice je mezi pracovníky pracující na novorozeneckém oddělení.

U posouzení správné délky bondingu byly nejčastější odpovědi respondentek 1-2 hodiny (44,1%) a neomezeně do samopřísátí (44,6%). Výsledky z výzkumu lze srovnat s výsledky výzkumu v roce 2016 autorky Mazúchové. Porodní asistentky a dětské sestry ze Slovenska uváděly za doporučenou délku údaj 1-2 hodiny ve 14,1% případů a možnost neomezeně do samopřísátí dítěte ve 42,4% (Mazúchová, 2017). Lze tedy říci, že porodní asistentky a dětské sestry z České Republiky mají v této oblasti lepší znalosti než ty slovenské. Odpovědi 1-2 hodiny a možnost ponechat dítě na hrudníku matky do samopřísátí se shodují i s doporučeními WHO i ostatními autory jako je například autor Rheinheimer, Hašto, nebo Mrowetz & Peremská, 2013. (Rheinheimer et al., 2022, Hašto, 2014, Mrowetz & Peremská, 2013). Možnost mít své dítě po vaginálním porodu po dobu 1-2 hodin uvedlo že je v možné (v porodnicích kde dotazované pracují) v 75,8%. Dítě po porodu ponecháno do samopřísátí na hrudníku matky ponechává jen 4 respondentky což odpovídá necelým 2 procentům.

U respondentek bylo mimo jiné zjišťováno, zda si myslí, že je nutné novorozence vyšetřit před bondingem. V následující otázce měli říct, zda si myslí, že je toto vyšetření možné provést až po ukončení bondingu. Tento postup je doporučován dle WHO a doporučují ho i autorky Mrowetz a Peremská (Mrowetz & Peremská, 2013). Více než 75% dotazovaných zdravotníků je přesvědčeno, že je možné nejdříve novorozence předat matce k bondingu, a po ukončení bondingu provést rutinní vyšetření (83,8%) Více než 85% účastnic výzkumu následně souhlasilo, že je možné provést základní vyšetření na těle matky. Ikdyž porodní asistentky projevíly dobré znalosti, přesto bylo dle výzkumu zjištěno, že vyšetření na těle matky je prováděno pouze v necelých 40% nemocnic a po ukončení bondingu pouze v 10% porodnic. Jedna respondentka uvedla, že na jejím

pracovišti je zaveden postup ošetření v jiné místnosti. Jako důvod, proč dítě nemůže být ošetřováno na těle matky, nebo po ukončení bondingu, byly udávány důvody jako: *u nás je to zakázané, vedení nedovoluje ošetřit na těle matky, záleží jak která dětská sestra ochotná, záleží na sloužící směně porodních asistentek, rodička si musí o tento postup říci, atd.* Tyto výsledky ukazují však lepší péči s ohledem na podporu skin to skin kontaktu proti jiným výzkumům. Daleko horší výsledky vykazuje výzkum Kurzové z roku 2015 na Slovensku, který říká, že přímo na těle matky bylo ošetřeno pouze 5% novorozenců, mimo tělo matky pak 40% novorozenců a nejvíce bylo dětí, které jsou odnášeny mimo porodní box. Těch bylo u autorky Kurzové 55% (Kurzová et al., 2015).

Dalším cílem bylo zjistit, kde porodní asistentky a dětské sestry získávají nejvíce informací o novinkách týkající skin to skin kontaktu. Jako nejčastěji udávaný zdroj byly zmiňované kolegyně, lékaři a pracoviště (23,6%), samostudium (21,5%) a studium na škole (20,7%). Ve výzkumu Mazúchové (Mazúchová, 2017) slovenské porodní asistentky a dětské sestry jako hlavní zdroj školu a vzdělání (34,8%) a následně informace od rodiček (28,2%). Campos však dodává, že porodní asistentka by měla být hlavním informátorem o provádění skin to skin kontaktu, jeho benefitech a prospěšnosti. Říká, že pokud žena slyší benefity o skin to skin kontaktu, je až třikrát větší pravděpodobnost, že tuto činnost bude praktikovat (Campos et al., 2020). Podobné myšlenky uvádí i autora Zwedberga ve svém článku. Zabýval se zkušenostmi a názory porodních asistentek o skin to skin kontaktu. V článku píše, že dle pozorování je patrné, že porodní asistentky jsou osoby, které musí mít nejvíce informací o skin to skin kontaktu. Musí mít však nejnovější informace podložené studiemi, díky kterým mohou argumentovat lékařům nebo rodičům. Právě lékaře a rodiče uvádí Zwedberg jako potencionálním rizikem pro neuskutečnění skin to skin kontaktu a to hlavně z důvodu neznalosti pozitivních účinků. Jeho zkoumání také ukazuje, že je potřeba vzdělávat veškerý zdravotnický personál, kteří se budou navzájem podporovat a doplňovat (Zwedberg et al., 2015). Jedním dílčím cílem diplomové práce bylo také zhodnotit, zda porodní asistentky a dětské sestry by měli zájem o proškolení či seminář, který by obsahoval trendy a novinky o skin to skin kontaktu. Celkem 80,9% porodních asistentek a dětských sester, které se zúčastnily dotazníkového šetření by měly o taková seminář zájem. Celkem 10,8% zúčastněných by o seminář zájem nemělo. Zbývá část respondentek nedokázaly říci zda by zájem měli či nikoli. Tato oblast byla zkoumaná i vzhledem k délce praxe respondentek. Díky statistickému vyhodnocení byla přijata nulová hypotéza ve

znění „*Porodní asistentky s délkou praxe méně než 5 let vnímají nutnost proškolení v metodě skin to skin kontaktu stejně jako porodní asistentky s delší praxí v oboru*“

Výzkumné šetření si dávalo mimo jiné za cíl zjistit, jak hodnotí porodní asistentky a dětské sestry své znalosti. Celkem 52% určilo své znalosti jako dostačující, 41,7% jako velmi dobré, 3,4% jako spíše nedostačující a necelé 3% své znalosti nedokázalo posoudit. Slovenské porodní asistentky a dětské sestry z novorozeneckých oddělení udávaly s největší převahou ve výzkumu v roce 2016, že jejich znalosti jsou dostatečné (46,7%), odpovědi velmi dobré a částečné obsadily stejnou pozici (16,3%). Svě znalosti jako nedostatečné posoudilo 2,2% a 18,5% řeklo že neví a nedokáží své znalosti posoudit (Mazúchová, 2017).

Při posuzování svého povědomí většina respondentek uvedla, že mají přístup k informacím o skin to skin kontaktu (97,5%). Následně 93,6% dotazovaných uvedlo, že jsou orientované v postupech a metodách skin to skin kontaktu. Respondentky ve výzkumu Mazúchové uvedly pouze v 79,3%, že mají dostatek informací, následně 14,1% uvedlo že informace nemá, a 6,5% neví, zda mají dostatek informací (Mazúchová, 2017).

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou porodní asistentky a dětské sestry spokojeny se zavedenými postupy týkající se skin to skin péče spokojeny či nikoli. Díky otázce „Jste spokojená se zavedenými postupy bezprostředního kontaktu matky a novorozence na vašem pracovišti?“ jsme zjistili následující. Nejčastější získaná odpověď byla „spíše spokojená“, kterou označilo 47,5%. Možnost „rozhodně spokojená“ uvedlo 38,2%. Z toho vyplívá, že více než 85% dotazovaných porodních asistentek a dětských sester jsou spokojené s péčí, které je zavedena u nich na pracovišti. 9,4% respondentek je nespokojených (spíše nespokojených 7,4% a rozhodně nespokojených 2%). Neutrální postoj zaujímají necelých 5% zdravotnic.

U respondentek bylo zjišťováno v několika otázkách, zda si myslí, že díky skin to skin kontaktu novorozence s matkou se objevují pozitivní účinky jak na matku, tak i na novorozence. Otázky na benefity se týkaly těchto oblastí: následující vztah dítěte a matky, fyzické a psychické zdraví novorozence, vnímání a překonávání bolesti u rodičky, na rozvoj laktace a zavinování dělohy u matky. Respondentky v posuzování jednotlivých benefitů nejvíce kladně hodnotily vliv na rozvoj laktace. Ten byl odsouhlasen v 93,6%. Následně vnímaly nejvíce pozitivní vliv na překonávání bolestí u rodičky (90,2%). Pozitivní účinek na lepší zavinování dělohy uvedlo 86,7% respondentek. Vliv na

psychické a fyzické zdraví novorozence pak 86,2% a nejméně udávaný byl vliv na následný vztah matky a novorozence, který byl uváděn v 82,8%. Podobné hodnoty lze najít i ve výzkumu z Jordánka, kde porodní asistentky uvedly taktéž v 83,3%, že bonding matky a novorozence má vliv na jejich následný vztah (Altwalbeh, 2021).

Posledním dílčím cílem bylo zjistit zvyklosti jednotlivých pracovišť v provádění skin to skin kontaktu. Autorky Mrowetz a Paremská a světová organizace Unicef ve spojitosti s bondingem doporučuje, aby byl novorozenec ihned po narození položen na břicho matky. Následně je doporučeno vyčkat na úplného dotepání pupečnicku. Tepelný komfort by měl být zajištěn teplou dečkou, kdy se nahý novorozenec zabalí s matkou jako jedna jednotka. Doporučení se týkají i ošetření novorozence. Měl by být ošetřen na břicho matky, a zde ponechán alespoň hodinu. Udávají i důležitost podpořit samopřisátí novorozence k prsu. (Mrowetz & Peremská, 2013; Unicef, UK, Januar, 2023).

Pokud by se hodnocení výzkum zaměřilo na všechny tyto kritéria je patrné, že tyto doporučení dodržuje pouze 94 respondentek což odpovídá 46,1%. Pokud bychom se věnovali jen novorozencům, u kterých byl praktikován skin to skin kontaktu se svou matkou minimálně první hodinu bylo jich ve výzkumu 91,7%. Podobné hodnocení bylo provedeno i v Turecku. Zde byl skin to skin kontakt po dobu minimálně jedné hodiny praktikován u 88,6% v roce 2021 a v roce 2022 se počet zvýšil na 93,8% (Koc et al., 2024). Na Slovensku v roce 2001 byl minimálně hodinový bonding po porodu dopřán jen 7,2% (Mazúchová et al., 2016). V Brazílii v roce 2019 byl po porodu proveden skin to skin kontakt v délce jedné hodiny u 60,1%. Byli i posuzováni novorozenci, kteří byli podporováni v samopřisátí. Výzkum v Brazílii ukazuje, že až 44,9% novorozencům bylo umožněno se přisát svépomocí. (Campos et al., 2020). Podobné hodnoty můžeme naléznout i v našem výzkumu. Z dotazování bylo totiž zjištěno, že samopřisátí (alespoň po dobu 30 minut – 1 hodině) podporuje 49,6% respondentek. Jiný výzkum uvedl, že v Brazílii v porodnici v Sao Paulo byl skin to skin po porodu proveden u 94,9% s délkou minimálně 30 minut (Kuamoto et al., 2021). Podobné výsledky lze pozorovat i v našem výzkumu. Bylo zjištěno, že 96,6% porodních asistentek a dětských sester podporuje skin to skin kontakt minimálně 30 minut a více.

Náš výzkum hodnotil také postupy při císařském řezu jednotlivých nemocnic. Pokud budeme hodnotit skin to skin kontakt bezprostředně po císařském řezu, pak lze z výsledků vyčíst, že skin to skin kontakt s matkou umožňuje 47,3% dotazovaných a

s otcem 72,5% zdravotnic. Naše výsledky je možné srovnat s praxí v Itálii. Zde byl proveden v roce 2012 výzkum, který zhodnotil, že matky dostávají své novorozence bezprostředně po císařském řezu v 57,5% a s otci je umožněn kontakt přibližně v 17,5% případů (Guala et al., 2017).

Limity výzkumu

Výsledky v diplomové práci jsou především z důvodu použití části otázek v dotazníku vlastní tvorby. Dalším limitem je také nesourodé vzorky porodních asistentek a dětských sester. Významné rozdíly ve výsledcích může také způsobit fakt, že z jednotlivých nemocnic nebyly stejné počty porodních asistentek a stejné počty dětských sester. Celkově kvůli omezenému počtu respondentů, nelze výsledky nijak zobecnit. Pro kvalitnější a přesnější výsledky by bylo nutné vzorek respondentů rozšířit o další respondentky a především docílit toho, aby se ze stejných nemocnic účastnil vždy stejný počet zdravotníků.

Použití pro praxi

Výzkumné šetření ukazuje, že porodní asistentky i dětské sestry mají pozitivní vztah ke skin to skin kontaktu mezi matkou a novorozencem. Vnímají prospěšnost i benefity, které tento postup s sebou přináší. Projevily ve velkém počtu dobrou informovanost o této praxi. Přesto jsou mezi nemocnicemi velké rozdíly v chápání podstaty a poskytování této péče. Většina respondentek uvedla, že by se rády účastnily semináře a byly proškoleny v novinkách a trendech ve skin to skin péči. Bylo by dobré, aby se tohoto semináře účastnili například i lékaři a vedení jednotlivých oddělení a nemocnic, aby provedly případné změny ve svých postupech a tak umožnili více rodičkám a novorozencům docílit kvalitního skin to skin kontaktu nejen bezprostředně po porodu, v průběhu hospitalizace, ale i během šestinedělí. V semináři by rozhodně měly zaznít doporučení světových zdravotnických organizací a výzkumníků, kteří své závěry mají doloženy zkoumáním a pozorováním.

6 Závěr

Diplomová práce se věnuje skin to skin kontaktu s matkou, případně s jinou blízkou osobou. Skin to skin kontakt se jeví jako jedna z nejjednodušších a nejméně nákladným způsobem praxe, která přispívá k několika benefitům jak u novorozence tak u matky. Téma skin to skin kontaktu je stále více propagovanou praxí mezi porodnicemi. Existují však rozdíly mezi způsobem praktikování mezi jednotlivými zařízeními. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit postoj porodních asistentek a dětských sester ke skin to skin kontaktu.

V teoretických východiscích byly popsány nejnovější dohledatelné poznatky v problematice skin to skin kontaktu. Tato část obsahovala popis instinktivních fází novorozence. Následně pak doporučení při používání skin to skin kontaktu u novorozenců po vaginálním porodu, po porodu císařským řezem, nebo u novorozenců narozených předčasně. Dále byly sepsány benefity, které se pojí s používáním této praxe.

Data v rámci výzkumného šetření byly sesbírány pomocí online dotazníku vlastní tvorby. Sběr dat byl proveden mezi porodními asistentkami a dětskými sestrami pracujícími na porodním sále a novorozeneckém oddělení v měsících březnu 2024 a dubnu 2024. Výzkumu se účastnilo celkem 204 respondentek.

Při zhodnocení sesbíraných dat bylo možné zjistit, že porodní asistentky a neonatologické sestry mají dostatečnou informovanost týkající se skin to skin kontaktu. Jediný nedostatek se projevil v informovanosti o použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu. Většina respondentek uvedla, že je nutné novorozenci čepičku po porodu nasazovat. Bylo na základě statistického zpracování dat přijata alternativní hypotéza, která říká, že zdravotníci pracující na novorozeneckém oddělení vnímají prospěšnost použití čepičky u novorozence v průběhu bondingu po porodu více než zdravotníci pracující na porodním sále. Díky dotazníkovému šetření lze také jednoznačně říci, že zdravotnice které se zúčastnily výzkumu nejvíce získávají díky informací od svých kolegyně nebo lékařů na pracovišti. I když vědomostní otázky týkající se skin to skin kontaktu porodní asistentky a dětské sestry v dotazníku uváděly spíše správně, přesto skoro 81% z nich uvedlo, že by měly zájem o proškolení či seminář s novými trendy. V rámci hypotézy bylo také konstatováno, že o seminář mají zájem jak porodní asistentky a dětské sestry s kratší délkou praxe, tak i s delší.

Při dotazování na spokojenost se zavedenými postupy na daném pracovišti bylo zjištěno, že většina porodních asistentek a dětských sester je spokojených se zvyklostmi. Jen 9,4 % uvedlo nespokojenost.

Během hodnocení zvyklostí jednotlivých pracovišť byl posuzován způsob provedení a dodržování doporučení k této praxi. Po vyhodnocení se ukázalo, že jen 46,1% zdravotníků umožňuje bonding dle těchto doporučení: ošetření na těle matky, setrvání nahého novorozence na nahém těle matky po dobu minimálně jedné hodiny a podpora samopřisátí novorozence k prsu. V rámci vyhodnocení hypotéz bylo zjištěno, že perinatologické pracoviště a pracoviště intermediální péče zvyšuje šanci na ošetření novorozence po vaginálním porodu na těle matky. Ve spojitosti s délkou trvání bondingu nebyly zjištěny rozdíly mezi typem pracoviště. Byla přijata tedy nulová hypotéza že průměrná délka bondingu po vaginálním porodu je stejná u všech typů porodnických zařízení. Při hodnocení hlavního cíle práce lze tedy konstatovat že postoj porodních asistentek ke skin to skin kontaktu je hodnocen kladně a pozitivně.

Citace

Altwalbeh, D. (2021). Breastfeeding Knowledge and Attitudes among Midwifery Diploma Students in Jordan: A Descriptive Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 9(4), 325-335. doi: 10.30476/ijcbnm.2021.88755.1542

Balatero, J. S., Spilker, A. F., & McNiesh, S. G. (2019). Barriers to Skin-to-Skin Contact after Cesarean Birth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(3), 137-143. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000521>

Bedaso, A., Kebede, E., & Adamu, T. (2019). Assessment of skin-to-skin contact (SSC) during the postpartum stay and its determinant factors among mothers at public health institutions in Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4176-5>

Bicking Kinsey, C., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314-1320. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>

Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., al Alfy, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R. J., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., et al. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica*, 112(8), 1633-1643. <https://doi.org/10.1111/apa.16842>

Campos, P. M., Gouveia, H. G., Strada, J. K. R., & Moraes, B. A. (2020). Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>

Cojocaru, L., Crimmins, S., Sundararajan, S., Goetzinger, K., Elsamadicy, E., Lankford, A., Turan, O. M., & Turan, S. (2022). An initiative to evaluate the safety of maternal bonding in patients with SARS-CoV-2 infection. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(18), 3540-3546. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1828335>

Cooijmans, K. H. M., Beijers, R., Brett, B. E., & de Weerth, C. (2022). Daily mother-infant skin-to-skin contact and maternal mental health and postpartum healing: a randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14148-3>

Cristóbal Cañadas, D., Parrón Carreño, T., Sánchez Borja, C., & Bonillo Perales, A. (2022). Benefits of Kangaroo Mother Care on the Physiological Stress Parameters of Preterm Infants and Mothers in Neonatal Intensive Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph19127183>

Forde, D., Fang, M. L., & Miaskowski, C. (2022). A Systematic Review of the Effects of Skin-to-Skin Contact on Biomarkers of Stress in Preterm Infants and Parents. *Advances in Neonatal Care*, 22(3), 223-230. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000905>

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E., & Finale, E. (2017). Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *The Scientific World Journal*, 2017, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2017/1940756>

Hašto, J. (2014). Diskusia o význame poporodného kontaktu matky a dieťaťa. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika*, (2), 39-41

Cho, Y. C., Gai, A., Diallo, B. A., Samateh, A. L., Lawn, J. E., Martinez-Alvarez, M., & Brotherton, H. (2022). Barriers and enablers to kangaroo mother care prior to stability

from perspectives of Gambian health workers: A qualitative study. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.966904>

Ionio, C., Ciuffo, G., & Landoni, M. (2021). Parent–Infant Skin-to-Skin Contact and Stress Regulation: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094695>

Kachlová, M., Kučová, J., & Petrášová, V. (2022). Ošetrovatelská péče v neonatologii. Praha: Grada Publishing.

Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>

Koc, H., Sengoz, T., & Koyak, H. (2024). Health quality standards evaluation of quality indicators of maternity services. *Medicine Science | International Medical Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.5455/medscience.2023.08.134>

Koreti, M., & Muntode Gharde, P. (2022). A Narrative Review of Kangaroo Mother Care (KMC) and Its Effects on and Benefits for Low Birth Weight (LBW) Babies. *Cureus*, 14(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.31948>

Kuamoto, R. S., Bueno, M., & Riesco, M. L. G. (2021). Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026>

Kurzová, K., Eliška Krondáková, E., Pokojová, P., & Janoušková, K. (2015). Bonding: Od historie po současnost. *Florence*, 11(9), 5-7.

Lanning, R. K., Oermann, M. H., Waldrop, J., Brown, L. G., & Thompson, J. A. (2019). Doula in the Operating Room: An Innovative Approach to Supporting Skin-to-Skin Care During Cesarean Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(1), 112-117. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12930>

Lenka Šulová, L., & Tomáš Fait, T. (2015). Chování novorozence a jeho psychosociální potřeby. *Prakt Gyn*, 19(2), 131-135.

Magee, S. R., Battle, C., Morton, J., & Nothnagle, M. (2014). Promotion of Family-Centered Birth With Gentle Cesarean Delivery. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(5), 690-693. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.140014>

Machold, C. A., O'Rinn, S. E., McKellin, W. H., Ballantyne, G., & Barrett, J. F. R. (2021). Women's experiences of skin-to-skin cesarean birth compared to standard cesarean birth: a qualitative study. *CMAJ Open*, 9(3), E834-E840. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200079>

Mazúchová, L., Kelčíková, S., & Kovačiková, M. (2017). Informovanost' pôrodných asistentiek a sestier o bondingu po pôrode. *Florence*, (7-8), 10-12.

Mazúchová, L., Kelčíková, S., & Vasil'ková, P. (2016). Informovanost' žien o bondingu. *Pediatric pro praxi*, 17(2), 122 - 125.

Mazúchová, L., Kelčíková, S., Maskalová, E., Malinovská, N., & Grendár, M. (2021). Mother-infant bonding and its associated factors during postpartum period. *Kontakt*, 23(2), 126-132. <https://doi.org/10.32725/kont.2021.018>

Mazúchová, L., Kelčíková, S., Porubská, A., Malinovská, N., & Grendár, M. (2020). Mother-infant bonding in the postpartum period and its predictors. *Central European*

Journal of Nursing and Midwifery, 11(3), 121-129.

<https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0022>

Mazúchová, L., Kelčíková, S., Vasilková, P., & Buchanec, J. (2016). Podpora bondingu po pôrode. *Československá pediatrie*, 71(4), 196 - 201.

Meder, U., Tarjanyi, E., Kovacs, K., Szakmar, E., Cseko, A. J., Hazay, T., Belteki, G., Szabo, M., & Jermendy, A. (2021). Cerebral oxygenation in preterm infants during maternal singing combined with skin-to-skin care. *Pediatric Research*, 90(4), 809-814.

<https://doi.org/10.1038/s41390-020-01235-2>

Mrowetz, M., & Peremská, M. (2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročiteľná norma – chiméra, či realita budúcnosti? *Pediatric pro praxi*, 14(3), 201-204.

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

RATISLAVOVÁ, K. (2015). Visual and haptic contact of women with a stillborn baby. *Journal of Nursing, Social Studies, and Public Health*, 6(3-4), 135-140.

Rheinheimer, N., Beijers, R., Cooijmans, K. H. M., Brett, B. E., & de Weerth, C. (2022). Effects of skin-to-skin contact on full-term infants' stress reactivity and quality of mother–infant interactions. *Developmental Psychobiology*, 64(7).

<https://doi.org/10.1002/dev.22308>

Sanchez-Espino, L. F., Zuniga-Villanueva, G., & Ramirez-GarciaLuna, J. L. (2019). An educational intervention to implement skin-to-skin contact and early breastfeeding in a rural hospital in Mexico. *International Breastfeeding Journal*, 14(1).

<https://doi.org/10.1186/s13006-019-0202-4>

Stoodley, C., McKellar, L., Ziaian, T., Steen, M., Fereday, J., & Gwilt, I. (2023). The role of midwives in supporting the development of the mother-infant relationship: a scoping review. *BMC Psychology*, *11*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01092-8>

Tvrzová, I., & Ratiborský, J. (2018). Metoda klokánkování u předčasně narozených dětí na jednotce intenzivní péče. *Pediatric pro praxi*, *19*(1), 57-59.

Unicef, UK. (Januar, 2023). *Skin-to-skin contact*. Unicef, United Kingdom, The baby friendly initiative. Retrieved April 11, 2024, from <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/>

Velemínský, M., & Šimečková, A. (2018). Forms and significance of the prenatal “attachment” for the mother and the child. *Journal of Nursing*, *9*(3-4), 85-92.

Velemínský, M., Fedor-Freybergh, P., Witzanyová, A., & Šťasná, I. (2019). Attachment of family to child with disability. *Neuroendocrinology Letters*, *40*(3), 119-124.

Vogl, J. L., Dunne, E. C., Liu, C., Bradley, A., Rwei, A., Lonergan, E. K., Hopkins, B. S., Kwak, S. S., Simon, C. D., Rand, C. M., Rogers, J. A., Weese-Mayer, D. E., & Garfield, C. F. (2021). Kangaroo father care: A pilot feasibility study of physiologic, biologic, and psychosocial measures to capture the effects of father–infant and mother–infant skin-to-skin contact in the Neonatal Intensive Care Unit. *Developmental Psychobiology*, *63*(5), 1521-1533. <https://doi.org/10.1002/dev.22100>

Widström, A. -M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, *108*(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

Zwedberg, S., Blomquist, J., & Sigerstad, E. (2015). Midwives' experiences with mother–infant skin-to-skin contact after a caesarean section: ‘Fighting an uphill battle’. *Midwifery*, *31*(1), 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.014>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pracovní pozice	38
Tabulka 2 Délka praxe	39
Tabulka 3 Typ zdravotnického zařízení	40
Tabulka 4 Kraj ve kterém respondentky pracují	41
Tabulka 5 Město umístění nemocnice.....	42
Tabulka 6 Přístup k informacím	43
Tabulka 7 hodnocení vlastních znalostí	44
Tabulka 8 Orientace v problematice	45
Tabulka 9 Zájem o proškolení.....	46
Tabulka 10 Zdroj informovanosti	47
Tabulka 11 Popis bondingu	48
Tabulka 12 Používání čepičky u bondingu	49
Tabulka 13 Názor na skin to skin kontakt.....	50
Tabulka 14 Podpora bondingu	51
Tabulka 15 Délka bondingu	53
Tabulka 16 Názor na načasování ošetření a předání novorozence matce	54
Tabulka 17 Ošetření po ukončení bondingu	55
Tabulka 18 Ošetření na těle matky	56
Tabulka 19 Důležitost bondingu na vztah matky s novorozencem.....	57
Tabulka 20 Prospěšnost bondingu na fyzické zdraví novorozence.....	58
Tabulka 21 Vliv bondingu na bolestivost matky.....	59
Tabulka 22 Vliv bondingu na rozvoj laktace	60
Tabulka 23 Vliv bondingu na zavinování dělohy	61

Tabulka 24 Spokojenost se zavedenými postupy ve zdravotnickém zařízení.....	62
Tabulka 25 Ošetření novorozence.....	63
Tabulka 26 Způsob skin to skin kontaktu	66
Tabulka 27 Délka bondingu	67
Tabulka 28 Podpora kontaktu novorozence s prsem.....	68
Tabulka 29 Ošetření novorozence po císařském řezu	69
Tabulka 30 Bonding bezprostředně po císařském řezu.....	70
Tabulka 31 Bonding po císařském řezu s matkou.....	71
Tabulka 32 Přiložení novorozence po císařském řezu	72
Tabulka 33 Délka praxe a vztah k metodě skin to skin.....	75
Tabulka 34 Pracoviště a vnímání použití čepičky při bondingu	76
Tabulka 35 Pracoviště a podpora skin to skin kontaktu.....	77
Tabulka 36 Délka praxe a zájem o proškolení či seminář.....	79
Tabulka 37 Výběrové průměry pro uvažované typy pracovišť	80
Tabulka 38 Pracoviště a místo ošetření novorozence	81

Seznam obrázků

Obrázek 1 Četnost pracovní pozice	38
Obrázek 2 Délka praxe.....	39
Obrázek 3 Typ zdravotnického zařízení.....	40
Obrázek 4 Kraj kde respondentky pracují.....	41
Obrázek 5 Přístup k informacím	43
Obrázek 6 Hodnocení vlastních znalostí.....	44
Obrázek 7 Orientace v problematice.....	45
Obrázek 8 Zájem o proškolení	46
Obrázek 9 Zdroj informovanosti.....	47
Obrázek 10 Popis bondingu	48
Obrázek 11 Používání čepičky u bondingu.....	49
Obrázek 12 Názor na skin to skin kontakt	50
Obrázek 13 Podpora bondingu.....	52
Obrázek 14 Délka bondingu	53
Obrázek 15 Názor na načasování ošetření a předání novorozence matce	54
Obrázek 16 Ošetření po ukončení bondingu.....	55
Obrázek 17 Ošetření na těle matky	56
Obrázek 18 Důležitost bondingu na vztah matky s novorozencem	57
Obrázek 19 Prospěšnost bondingu na fyzické zdraví novorozence.....	58
Obrázek 20 Vliv bondingu na bolestivost matky	59
Obrázek 21 Vliv bondingu na rozvoj laktace.....	60
Obrázek 22 Vliv bondingu na zavinování dělohy.....	61
Obrázek 23 Spokojenost se zavedenými postupy ve zdravotnickém zařízení	62

Obrázek 24 Ošetření novorozence	63
Obrázek 25 Způsob skin to skin kontaktu.....	66
Obrázek 26 Délka bondingu	67
Obrázek 27 Podpora kontaktu novorozence s prsem	68
Obrázek 28 Ošetření novorozence po císařském řezu	70
Obrázek 29 Bonding bezprostředně po císařském řezu	71
Obrázek 30 Bonding po císařském řezu s matkou	72
Obrázek 31 První přiložení novorozence po císařském řezu	73

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník v tištěné podobě	101
Příloha č.2 Dotazník v elektronické podobě	109
Příloha č. 3 Souhlasné stanovisko etické komise.....	116
Příloha č. 4 Souhlasné stanovisko Mgr. Lucie Mazúchové, PhD.	117

Příloha č. 1 Dotazník v tištěné podobě

Vážené porodní asistentky a dětské sestry,

Jmenuji se Hana Jakoubková a jsem studentkou magisterského oboru Intenzivní péče v porodní asistenci v Olomouci.

Ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé diplomové práce. Práce nese název **Postoje porodních asistentek a dětských sester ke skin to skin kontaktu**. Cílem mé práce je zjistit informovanost, názory, postoje a zkušenosti s metodou skin to skin kontaktu. Dotazník je anonymní. Prosím vás o pravdivé a úplné vyplnění dotazníku.

Pokyny k vyplnění: Dotazník je určen pro porodní asistentky pracující na porodním sále, porodní asistentky pracující na novorozeneckém oddělení a pro dětské sestry pracující na oddělení fyziologických novorozenců. Pokud není uvedeno jinak, prosím zvolte jednu odpověď.

Děkuji za Vaši spolupráci.

1. Na jaké pracovní pozici pracujete?

- a. Porodní asistentka na porodním sále
- b. Porodní asistentka na novorozeneckém oddělení
- c. Dětská sestra na novorozeneckém oddělení

2. Jaká je délka vaší praxe?

- a. Méně než 5 let
- b. 5 – 15 let
- c. 16 – 20 let
- d. Déle než 20 let

3. Prosím uveďte porodnici, ve které pracujete a o jaký typ pracoviště se jedná (běžná nemocnice/pracoviště intermediaální péče/perinatologické centrum), dále uveďte kraj případně nemocnici, ve které pracujete

.....
.....

4. Máte přístup k informacím týkající se skin to skin kontaktu?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím

- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

5. Vaše informace o metodě skin to skin kontaktu jsou podle vás?

- a. Velmi dobré
- b. Dostačující
- c. Nedokážu posoudit
- d. Spíše nedostačující
- e. Naprosto nedostačující

6. Cítíte se v problematice skin to skin kontaktu orientována?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

7. Měla byste zájem o proškolení či seminář s trendy o této metodě?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Nevím
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

8. Kde jste získala nejvíce informací v oblasti skin to skin kontaktu?

Je možné označit více odpovědí.

- a. Samostudium
- b. Ve škole v průběhu studia
- c. Z konferencí, seminářů, školení, kurzů
- d. Od kolegyně nebo lékařů na pracovišti
- e. Z internetu
- f. Od rodiček
- g. Jiné.....

9. Bonding/ bezprostřední skin to skin kontakt po porodu podle vás je

- a. Předání novorozence rodičům do péče

- b. Umístění nahého novorozence na holý hrudník matky (případně otce) kdy mezi nimi nesmí být žádná tkanina, ani jiná překážka
- c. Položení zabaleného novorozence v zavinovačce na nahý hrudník matky případně otce
- d. Setkání jakékoli kůže novorozence a kůže matky případně otce
- e. Nevím

10. Myslíte si, že je důležité, aby byla použita čepička u novorozence v průběhu bondingu po porodu?

- a. Ano, hlava novorozence je největší plocha, kterou uniká teplo a novorozenec může prochladnout
- b. Ne, matka po porodu vnímá i vůni novorozence, proto by se čepička neměla používat
- c. Čepička se novorozencům dává, aby se zakryl nepravidelný tvar a rodiče nebyli vylekáni
- d. Čepička nehraje při bondingu žádnou roli, je teda na matce zda ji chce nebo nechce použít
- e. Nevím

11. Prosím ve stručnosti uveďte, jaký je váš názor na skin to skin kontakt

- a. Tato metoda se mi velice líbí, myslím si že je velmi prospěšná
- b. Myslím si, že je metoda spíše pozitivní
- c. Zaujímám neutrální postoj k této metodě
- d. Myslím si, že metoda má spíše rizika než pozitiva
- e. Tato metoda je velmi nebezpečná bez neustálého dohledu zdravotníka

Pokud chcete svůj názor okomentovat, nebo se neztotožňujete ani s jednou variantou, zde je prostor pro Váš komentář

.....

.....

.....

.....

12. Podporujete po porodu použití bezprostředního skin to skin metody (pokud má novorozenec dobrou poporodní adaptaci a stav matky je též dobrý)?

- a. Rozhodně ano

- b. Spíše ano
- c. Je mi to jedno, nechávám na matce jestli má zájem o tuto metodu
- d. Spíše ne
- e. Rozhodně ne

Pokud chcete svůj názor okomentovat, nebo se neztotožňujete ani s jednou variantou, zde je prostor pro Váš komentář

.....

.....

.....

.....

13. Jak dlouho by měl podle vás trvat bonding po porodu (pokud má novorozenec dobrou poporodní adaptaci a stav matky je též dobrý)?

- a. Minimálně 5 minut
- b. Minimálně 15 minut
- c. Minimálně 30 minut
- d. Minimálně 1-2 hodiny
- e. Neomezeně ideálně až do samopřísátí novorozence

14. Myslíte si, že je potřebné, aby byl fyziologický novorozenec nejprve ošetřený (vážení, měření, kredeizace, zkrácení pupečního pahýlu, atd.) a až potom byl předán matce k bondingu?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

15. Myslíte si, že první ošetření u fyziologického novorozence s dobrou poporodní adaptací je možné provést ošetření (vážení, měření, kredeizace, zkrácení pupečního pahýlu, atd.) až po ukončení bondingu?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím

- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

16. Myslíte si, že je možné provést první ošetření novorozence na těle matky a tím nepřerušovat kontakt skin to skin?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

17. Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem je důležitý pro jejich následující vztah?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

18. Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem je důležitý pro psychické i fyzické zdraví novorozence?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

19. Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má význam ve vnímání a překonávání bolesti u rodičky?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

20. Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má význam pro rozvoj laktace u rodičky?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

21. Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má vliv na zavinování dělohy?

- a. Rozhodně souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Nevím
- d. Spíše nesouhlasím
- e. Rozhodně nesouhlasím

22. Jste spokojená se zavedenými postupy bezprostředního kontaktu matky a novorozence na vašem pracovišti?

- a. Rozhodně spokojená
- b. Spíše spokojená
- c. Ani spokojená ani nespokojená
- d. Spíše nespokojená
- e. Rozhodně nespokojená

23. Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po vaginálním porodu? Prosím stručně popište.

Příklad. Ošetření dítěte na těle matky/ mimo tělo matky, Novorozenec nahý na nahou hrud' matky/zabalený, zabalení jako jedna jednotka/zabalen samostatně novorozenec a matka, nepřerušovaný bonding po dobu....., podpora samopřisátí, přiložení novorozence,....

Ošetření novorozence

.....

.....

.....

Způsob kontaktu

.....

.....

.....
...

Délka bondingu (*uvedte maximální možnou délku*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

První přiložení novorozence

.....
.....
.....

24. Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po císařském řezu

Např. ošetření pediatry v přítomnosti otce, zabalení novorozence, bonding s matkou/otcem na operačním sále,....

Ošetření novorozence po císařském řezu (doprovod ano x ne)

.....
.....
.....
.....
.....

Bonding bezprostředně po císařském řezu (s matkou x otcem)

.....
.....
.....
.....

Bonding po císařském řezu s matkou (na operačním sále, po převozu na dospávací pokoj/JIP, jak dlouho probíhá)

.....
.....
.....

První příložení po SC – kdy?

.....

.....

.....

...

Příloha č.2 Dotazník v elektronické podobě

Postoj porodních asistentek a dětských sester pracujících na novorozeneckých odděleních ke skin to skin kontaktu

Vážené porodní
asistentky a dětské sestry,

Jmenuji se Hana
Jakoubková a jsem studentkou magisterského oboru Intenzivní péče v porodní
asistenci v Olomouci.

Obracím se na Vás se žádostí o
spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit znalosti a názory
porodních asistentek a dětských sester na metodu skin to skin kontaktu a
s tím spojené benefitech pro matku a novorozence. Pro sběr dat byl použit dotazník vlastní
tvorby. Ten obsahuje sérii otázek u kterých můžete vybírat
z nabídky odpovědí, nebo uveřejnit svou vlastní odpověď. Celkové délka
vyplnění je asi 30 minut – 40 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplyvají
žádná rizika.

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu *
mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a
postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky,
které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané
údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky
výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit,
měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro
mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a
srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od
spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci
výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu
a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob
v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o
zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném
souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka
výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto
informovaném souhlasu.

- Souhlasím se zařazením mých odpovědí do výzkumu
- Nesouhlasím se zařazením mých odpovědí do výzkumu

Na jaké pracovní pozici pracujete? *

- Porodní asistentka na porodním sále
- Porodní asistentka na novorozeneckém oddělení
- Dětská sestra

Jaká je délka Vaší praxe? *

- méně než 5 let
- 5-15 let
- 16-20 let
- Déle než 20 let

Prosím uveďte typ pracoviště ve které pracujete.(běžná porodnice/pracoviště intermediární péče/perinatologické centrum) *

Vaše odpověď _____

Uveďte prosím kraj ve kterém pracujete, případně město ve kterém se nachází porodnice. *

Vaše odpověď _____

Máte přístup k informacím týkající se skin to skin kontaktu? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Vaše informace o metodě skin to skin kontaktu jsou podle vás? *

- Velmi dobré
- Dostačující
- Nadokážu posoudit
- Spíše nedostačující
- Naprosto nedostačující

Cítíte se v problematice skin to skin kontaktu orientována? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím

Měla byste zájem o proškolení či seminář s trendy o této metodě? *

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

Měla byste zájem o proškolení či seminář s trendy o této metodě? *

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

Bonding/ bezprostřední skin to skin kontakt po porodu podle vás je *

- Předání novorozence rodičům do péče
- Umístění nahého novorozence na holý hrudník matky (případně otce) kdy mezi nimi nesmí být žádná tkanina, ani jiná překážka
- Položení zabaleného novorozence v zavinovačce na nahý hrudník matky případně otce
- Setkání jakékoli kůže novorozence a kůže matky případně otce
- Nevím

Myslíte si, že je důležité, aby byla použita čepička u novorozence v průběhu bondingu po porodu? *

- Ano, hlava novorozence je největší plocha, kterou uniká teplo a novorozenec může prochladnout
- Ne, matka po porodu vnímá i vůni novorozence, proto by se čepička neměla používat
- Čepička se novorozencům dává, aby se zakryl nepravidelný tvar a rodiče nebyli vylekáni
- Čepička nehraje při bondingu žádnou roli, je teda na matce zda ji chce nebo nechce použít
- Nevím

Prosím ve stručnosti uveďte, jaký je váš názor na skin to skin kontakt

- Tato metoda se mi velice líbí, myslím si že je velmi prospěšná
- Myslím si, že je metoda spíše pozitivní
- Zaujímám neutrální postoj k této metodě
- Myslím si, že metoda má spíše rizika než pozitivita
- Tato metoda je velmi nebezpečná bez neustálého dohledu zdravotníka

Pokud chcete svůj názor z předchozí otázky okomentovat, nebo se neztotožňujete ani s jednou variantou, zde je prostor pro Váš komentář

Vaše odpověď

Podporujete po porodu použití bezprostředního skin to skin metody (pokud má novorozenec dobrou poporodní adaptaci a stav matky je též dobrý)?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Je mi to jedno, nechávám na matce jestli má zájem o tuto metodu
- Spíše ne
- Rozhodně ne

Pokud chcete svůj názor z předchozí otázky okomentovat, nebo se neztotožňujete ani s jednou variantou, zde je prostor pro Váš komentář

Vaše odpověď

Jak dlouho by měl podle vás trvat bonding po porodu (pokud má novorozenec dobrou poporodní adaptaci a stav matky je též dobrý)? *

- Minimálně 5 minut
- Minimálně 15 minut
- Minimálně 30 minut
- Minimálně 1-2 hodiny
- Neomezeně, ideálně až do samopřísátí novorozence

Myslíte si, že je potřebné, aby byl fyziologický novorozenec nejprve ošetřený (vážení, měření, kredeizace, zkrácení pupečního pahýlu, atd.) a až potom byl předán matce k bondingu? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Myslíte si, že první ošetření u fyziologického novorozence s dobrou poporodní adaptací je možné provést ošetření (vážení, měření, kredeizace, zkrácení pupečního pahýlu, atd.) až po ukončení bondingu? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Myslíte si, že je možné provést první ošetření novorozence na těle matky a tím nepřerušovat kontakt skin to skin? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem je důležitý pro jejich následující vztah? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem je důležitý pro psychické i fyzické zdraví novorozence? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má význam ve vnímání a překonávání bolesti u rodičky? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má význam pro rozvoj laktace u rodičky? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Myslíte si, že nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem má vliv na zavinování dělohy? *

- Rozhodně souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím

Jste spokojená se zavedenými postupy bezprostředního kontaktu matky a novorozence na vašem pracovišti? *

- Rozhodně spokojená
- Spíše spokojená
- Ani spokojená ani nespokojená
- Spíše nespokojená
- Rozhodně nespokojená

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po vaginálním porodu? *

Prosím stručně popište postup ošetření novorozence (na těle matky/ mimo tělo matky)

Vaše odpověď

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po vaginálním porodu? *

Prosím stručně popište způsob kontaktu (Novorozenec nahý na nahou hruď matky/zabalený, zabalení jako jedna jednotka/zabalen samostatně novorozenec a matka)

Vaše odpověď

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po vaginálním porodu? *

Prosím napište délka bondingu (uveďte maximální možnou délku)

Vaše odpověď

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po vaginálním porodu? *

Prosím stručně popište první přiložení novorozence (podpora samopřísátí, přiložení novorozence)

Vaše odpověď

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po císařském řezu. *

Prosím stručně popište ošetření novorozence (v přítomnosti doprovodu ano x ne)

Vaše odpověď

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po císařském řezu. *

Prosím stručně popište bonding bezprostředně po císařském řezu na operačním sále (s matkou x otcem)

Vaše odpověď

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po císařském řezu. *

Prosím stručně popište bonding po císařském řezu s matkou (na operačním sále, po převozu na dospávací pokoj/JIP, jak dlouho probíhá)

Vaše odpověď

Jaké jsou zvyklosti ve vaší nemocnici při provádění metody skin to skin po císařském řezu. *

Prosím stručně popište kdy probíhá první přiložení k prsu po císařském řezu

Vaše odpověď

Odeslat

Vymazat formulář

Příloha č. 3 Souhlasné stanovisko etické komise



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-34722/1030S-2024

Vážená paní
Mgr. Hana Jakoubková

2024-01-30

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Postoje porodních asistentek a neonatologických sester ke skin to skin kontaktu**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotinská 3, 775 15 Olomouc

Mgr. Simona Dobešová Cakirpaloglu, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotinská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha č. 4 Souhlasné stanovisko Mgr. Lucie Mazúchové, PhD.

Souhlas p. Mgr Lucie Mazúchové, PhD s použitím dotazníku její tvorby k výzkumu.

Tento souhlas byl zaslán emailem z adresy lucia.mazuchova@uniba.sk

Text emailové zprávy:

Dobrý deň,

súhlasím s použitím dotazníka, ktorého cieľom bolo zistiť pohľad pôrodných asistentiek a neonatologických sestier na bonding po pôrode.

Dotazník skúma u pôrodných asistentiek/ sestier informovanosť, vedomosti, postoje a názory v súvislosti s bondingom po pôrode ako aj spôsob realizácie podpory bondingu po pôrode v nemocniciach na Slovensku.

S pozdravom

Mazúchová Lucia

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.

Odborná asistentka

Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Univerzita Komenského v Bratislave

Ústav pôrodnej asistencie

Malá hora 5, 036 01 Martin

+421 43 2633430

mazuchova1@uniba.sk