

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VAZBA MATKA - DÍTĚ
Mother – child bond



Bakalářská diplomová práce

Autor: Bc. Lada Zátopková
Vedoucí práce: Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

Olomouc
2013

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji,

že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Vazba matka - dítě*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 21. března 2013

.....

Bc. Lada Zátopková

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce *Prof. PhDr. Aleně Plhákové, Csc* za cenné rady, připomínky a poznámky a za vstřícný, ochotný a milý přístup.

Také bych ráda poděkovala klinické psycholožce *Mgr. Michaela Mrowetz* za ochotu a odbornou konzultaci k tématu podpory bondingu.

Dále pak moc děkuji ženám, kamarádkám, maminkám, které se se mnou podělily o své intimní vzpomínky na nejdůležitější okamžiky svého života.

V neposlední řadě děkuji své rodině, především svému muži a našim dětem za neuvěřitelnou trpělivost, podporu a lásku.

Obsah

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Mateřství	6
2. Těhotenství	7
2.1. Změny psychické	7
2.2. Změny fyzické	8
2.3. Změny sociální	9
3. Porod	10
3.1. Císařský řez –porod na přání	10
3.2. Předporodní příprava	11
3.2.1. Posttraumatická stresová porucha po porodu	13
4. Vazba matka - dítě	14
4.1.1. Teorie vazby	14
4.1.2. Vazebné chování	16
4.1.3. Separční úzkost	16
4.1.4. Bonding	18
4.1.5. Přirozený porod	19
4.1.5.1. Podpora bondingu	20
4.1.5.2. Deset kroků podpory bondingu	23
4.1.5.3. Otec u porodu	24
4.1.5.4. Podpora rané vazby po nefyziologickém porodu	25
VÝZKUMNÁ ČÁST	
5. Výzkumný problém, cíle práce	27
6. Výzkumné otázky	27
7. Metodologický rámec	27
7.1. Typ výzkumu	27
7.2. Metody získávání dat	27
7.3. Metody zpracování a analýzy dat	27
7.4. Etické problémy a způsoby jejich řešení	27
8. Zkoumaný soubor	29
9. Výsledky	29

9.1. Základní výstupy	30
9.2. Podpora bondingu v deseti krocích	40
9.3. Faktory ovlivňující utváření vazby	42
9.4. K výzkumným otázkám	44
10. Diskuze.....	46
11. Závěry	47
Souhrn.....	50
Bibliografie	
Seznam příloh	
Přílohy	

ÚVOD

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v prameni života.“

Dr. Federick Leboyer

Poprvé jsem byla vyděšená, nejistá a nepřípravená. Poznám, kdy TO začne? Zvládnu TO? Pomůže mi s TÍM někdo? Každý den, kdy ve mně děťátko rostlo, jsem se ubezpečovala, že TO zvládnou ženy přede mnou a tak, že to jistě zvládnu také. Ale pochybnosti a obavy z neznámého nemizely. Bylo mi pětadvacet, ale připadala jsem si jako malé dítě, které nutně potřebuje pevně chytit za ruku a cítit, že v TOM nebude samo. Měla jsem velké štěstí. Rodila jsem v malé milé porodnici, s chápavým personálem a za ruku mě držel milující muž. Narození syna se tak pro mě stalo nejúžasnějším zážitkem, kterému se vyrovnalo jen narození jeho mladších sourozenců. Nikdy nezapomenu na nádherně opojný okamžik nekonečné euforie, když se poprvé nadechl, stále cítím hebkost a vůni právě narozeného miminka a příjemné teplo radosti a štěstí, které se rozlévalo celým mým tělem.

Porod je pro každou ženu nezapomenutelným zážitkem, proto není divu, že sejdou-li se maminky na dámském dýchánku, dříve či později „začnou rodit“. A tak jsem i já měla možnost vyslechnout příběhy, které nebyly zdaleka tak idylické a něžné jako ty moje. Taková vyprávění často obsahují věty jako: „Bylo to strašné!“, „Už nikdy víc!“, „Nezvládla jsem to!“, „Vůbec jsem nevěděla, co mám dělat!“, „Nikdo si mě nevšímal“ nebo dokonce špitnutí: „...asi jsem špatná matka...“ Po takových zpovědích jsem byla vždy zmatená. Jak může jedna událost způsobit tolik naprosto rozdílných emocí?

TEORETICKÁ ČÁST

1. MATEŘSTVÍ

"Rozhodnutí stát se matkou je to nejjásadnější. Je to rozhodnutí, že vaše srdce bude navždy chodit mimo vaše tělo."

Elizabeth Stone

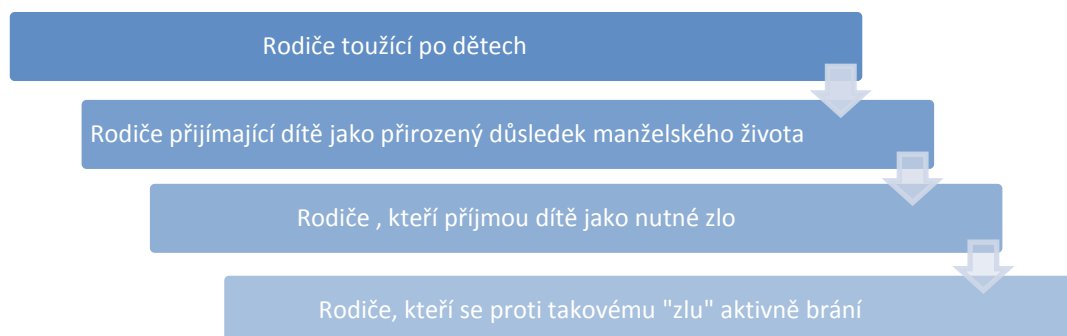
Mateřství je přirozeným údělem ženy. Každá žena se s tímto faktem vyrovnává jinak. Její pocity a vztah k mateřství ovlivňuje mnoho faktorů, jako jsou životní hodnoty a potřeby, zkušenosti z primární rodiny, společenské konvence, touhy, plány, zdraví, sociální situace. Podle průzkumu Univerzity Karlovy a Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí je 6–8 % žen, které se rozhodnou zůstat bezdětné (in Petrášová & Bartáková, 2009). Podle některých autorů se dle odůvodnění jejich rozhodnutí dělí tyto ženy do tří skupin. První skupina se vzdává mateřství kvůli náročné pracovní kariéře, případně se přizpůsobují rozhodnutí partnera, druhou skupinu pak tvoří ženy se specifickým vnitřním nastavením, například ženy s nejasnou sexuální identifikací, nebo ženy příliš úzkostné. Do poslední skupiny patří ženy, které mateřství z různých důvodů odložily a zatím nenašly vhodného partnera (Benešová, 2009).

Obecně je však toto období chápáno jako nejkrásnější a nejdůležitější v životě ženy. Na druhou stranu nutno dodat, že je také jedno z nejnáročnějších. Je to doba plná změn, očekávání, nejistot, pochyb a otázek. *Jsem dostatečně připravena na to, stát se matkou? Je můj současný partner ten pravý? Bude dobrým otcem? Co udělá těhotenství s mým tělem? Narodí se miminko zdravé? Zvládneme to finančně? Později: Jsem dobrá matka? Proč pláče, když mu nic nechybí? Dokážu z tohoto drobečka vychovat samostatného dospělého?*

Málokterá žena by se po náročném dni se svými dětmi nepodepsala pod italské přísloví „*Mateřská radost je to, co žena cítí, když všechny její děti spí.*“

I když máme nějakou představu o tom, jaké to je být rodičem, přesto nás realita všedního dne většinou zaskočí. Každý nastávající rodič má o svém potomkovi, jeho vlastnostech, vzhledu, budoucnosti, určité představy a očekávání, ne všechny se ale splní. Tyto naše představy podle Matějčka (2004) ovlivňují to, jak budeme své děti přijímat, jak se k nim budeme chovat. „*Vůbec není pravda, že když se dítě narodí, každá matka je miluje nade*

všechno na světě. Jsou i matky „nematěřské“ a ovšem i otcové „neotcovští“. Jsou děti „vymodlené“ a s vřelou láskou přijímané, ale jsou také děti nechtěné, zavržené i odvržené. (Matějček, 2004, str. 15) Bylo by krásné, kdyby se děti rodily jen lidem psychicky, fyzicky i sociálně připraveným. Realita je ale bohužel jiná. Těhotenství mnohdy zaskočí šestnáctiletou studentku, ženu bez sociálního zázemí, či ženu psychicky narušenou. V takové situaci je těžké radovat se z rostoucího břicha a připravovat se na příchod nového života. Matějček (2004) sestavil stupnici rodičovských postojů k ještě nenarozenému dítěti. Nejlépe si stojí rodiče přirozeně toužící po dítěti.



Na druhé straně jsou lidé po všech stránkách připravení, kteří po dítěti touží marně. Směřují ke svému snu veškeré své naděje. Člověk, který se musí vyrovnat s tím, že nikdy nebude vychovávat vlastního potomka, stojí před nelehkým úkolem - najít nový smysl života, naučit se být šťastný bez něj.

2. TĚHOTENSTVÍ

„Těhotenství je psychologického pohledu chápáno jako období psychické nestability postihující i jiné úrovně, sociální nebo somatickou.“

Aleš Roztočil

V okamžiku, kdy se ženě poprvé objeví druhý modrý proužek na těhotenském testu, roztočí se jí v hlavě roj myšlenek. Moje nejintenzivnější byla, že to devět měsíců nemohu vydržet. Teď, když už bylo jisté, že se ze mě stala nastávající matka, chtěla jsem jí být hned. Okamžitě jsem se chtěla tulit ke svému děťátku a připadalo mi nesmírně kruté, čekat na ten opojný okamžik celých dlouhých devět měsíců. Teprve později mi došlo, jak geniálně je to vymyšlené, jak důležité ty měsíce jsou. Na tak zásadní změnu se musí připravit nastávající rodiče hned v několika směrech. Musí přizpůsobit nejen bydlení, ale také myšlení. Vyrovnat se s faktem, že od této chvíle nebude až tak důležité co chtějí oni,

ale co potřebuje jejich potomek. Připravit se na probdělé noci, na nemoci, na spousty nových a neznámých věcí, které s narozením dítěte přijdou. Na co se ale nedá připravit je síla lásky k vlastnímu dítěti a ochromující strach o něj. Dvě emoce, které pocítí každý rodič téměř současně a které už budou jeho denním průvodcem, ať už bude jejich potomkovi pět nebo padesát.

2.1. Změny psychické

To, čeho si žena i její okolí u těhotné ženy všimne nejdříve, není kupodivu rostoucí břicho, ale změny v jejím chování. Časté střídání nálad, rozladěnost, zvýšená senzibilita a emoční labilita, související s hormonálními změnami, ale i s vyrovnáváním se s novou, zcela neznámou rolí. *„Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, tj. období výrazných změn, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát.“* (Slezáková & kolektiv, 2011, str. 137) Tyto psychické změny nesouvisí s tím, jak moc je ženino těhotenství chtěné či vítané. Neubrání se jim ani žena, která tento okamžik toužebně očekávala. *„Zejména první těhotenství znamená pro řadu žen velkou zátěž. Ženy bývají citlivé, touha po dítěti bývá provázena obavami (z porodu, z anomálií u dítěte, ze změn postavy, ze změn životního stylu, z narušení profesionální dráhy apod.)“* (Paulík, 2010).

Emoční nestabilita je zkrátka v období těhotenství naprosto normální. Cílená a vědomá snaha sebekontroly a pozitivní myšlení mohou ženě pomoci udržet se v těchto bouřlivých dnech v rovnováze.

2.2. Změny fyzické

Z rovnováhy ji naopak mohou vyvézt změny tělesné. Tělo nastávající maminky se začíná s postupujícím těhotenstvím měnit a zvětšovat, tak aby vyhovovalo potřebám rostoucího miminka. Zvyšuje se také hmotnost ženy a to v průměru o 10-12 kg. Nejvíce k tomu dochází ve druhé polovině těhotenství, kdy dochází k zadržování tekutin. Žena si může připadat ve svých očích nebo v očích partnera neatraktivní. Mnoho žen se obává, aby moc nepřibraly na váze, aby nevypadaly tlustě. K tomu všemu se přidávají fyzické příznaky těhotenství jako pálení žáhy, únava, častější močení, strie, nevolnosti, mnohdy velmi

úporné otoky končetin. Není divu, že se některé ženy cítí během tohoto období jako by ztrácely kontrolu nad svým tělem i životem.

S těmito změnami logicky přicházejí i změny v sexuálním životě, které souvisí jak s fyzickou, tak emoční stránkou.

V důsledku růstu mléčné žlázy se zvětšují prsa, která jsou citlivá a napjatá, dotek tak může být ženě nepříjemný. Nevolnost a únava mohou snížit sexuální apetit.

Partneři také mohou mít ohledně sexu smíšené pocity doprovázející to, jak se jejich mentální obraz sebe mění více na mateřský pohled a rodičovství. Na druhou stranu mohou zjistit, že mají větší chuť na sex než před početím, např. v důsledku odpadnutí obav z nechtěného těhotenství.

Líbalová (2010) uvádí, že z pohledu partnera se sexuální zájem o těhotnou partnerku v první polovině gravidity nemění, ale ve 3. trimestru výrazně klesá – důvodem je menší sexuální atraktivita ženy a obava z poškození plodu i jí samé.

Disharmonie v sexuální oblasti partnerského vztahu může negativně narušit vztah jak takový.

2.3. Změny sociální

S nadcházejícím rodičovstvím se u partnerů dostavuje i obava ze zhoršení ekonomické situace a s tím související změnou sociálního statusu. V době před těhotenstvím rodinu finančně zajišťují dva dospělí a všechny jejich prostředky mají k dispozici právě jen oni dva. Je to tedy dva na dva. Příchodem potomka se poměr sil rapidně mění. Matka nebo, v současné době stále častěji, otec pobírá pouze mateřský resp. rodičovský příspěvek, přibývá finančně náročný potomek a výdělečně činný je od této chvíle obvykle pouze jeden člen rodiny. Je to tedy tři na jednoho. I z finančně stabilního nezávislého páru se pak velmi často stává sociálně slabá rodina se všemi negativními důsledky, které taková změna přináší. Mateřství navíc významně ovlivňuje kariérní růst rodiče, který se rozhodne pečovat o dítě. Dostavuje se i strach, zda se bude moci po návratu z mateřské resp. rodičovské dovolené vrátit na stejnou pracovní pozici, kterou opustil.

Přelomovou událostí je pak dle Carkipaloglu (2012) samotné narození dítěte. Matka je mnohdy natolik zaujata novorozencem, že klesá její zájem o partnera a ten pak žárlí. *„Dítě je významným činitelem socializace svých rodičů: aktivuje jejich rodičovskou roli, zvyšuje zodpovědnost, altruismus a obětavost“* (Carkipaloglu, 2012, str. 56)

3. POROD

Již ve chvíli, kdy se žena rozhodne stát se matkou, uvědomí si, že než bude moci obejmout své miminko, bude muset projít porodem. Pro některé ženy je tato skutečnost natolik deprimující a nepříjemná, že se rozhodnou vlastní děti raději nemít. Jiné, využijí tlumících účinků epidurální anestezie, a další což je neblahý trend dnešní doby, se rozhodnou jít cestou někdejších královen a císařoven, rodit sekci.

3.1. Císařský řez – porod na přání

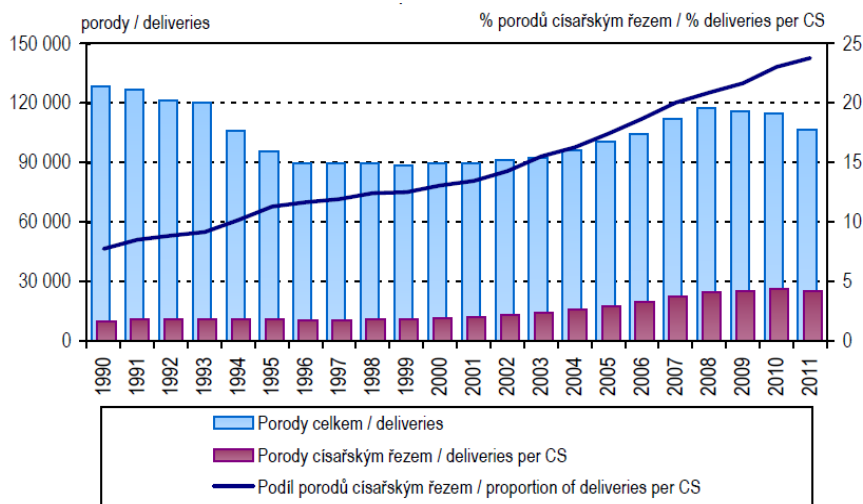
„Porod císařským řezem je jako střední škola bez maturity“

Milan Košťál

Ať už se císařský řez provádí z vážných zdravotních důvodů, nebo na přání ženy, vždy představuje významný zásah do organismu s nejrůznějšími možnými následky. *„Nekomplikovaný spontánní porod je bezpečnější než operačně vedený porod. Žena je fyziologicky uzpůsobena k tomu, aby přiváděla děti na svět“* (Calda, 2010). V posledních letech přesto stoupá v celém západním světě počet porodů sekci.

1. Vývoj počtu porodů a podílu porodů císařským řezem

Zdroj: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec>



Odborníci se shodují na tom, že důvodů je hned několik. Mezi nejčastější příčiny odborníci řadí snahu rodiček vyhnout se porodním bolestem. Dále pak bolesti při prvním poporodním sexuálním styku, nebo močové inkontinenci spojené se spontánním porodem či tendence některých porodníků naplánovat si porod své pacientky na

konkrétní hodinu a den. Z medicínských důvodů to pak jsou např. zvyšující se věk rodiček a v důsledku umělého oplodnění, také zvyšující se počet vícečetných těhotenství. Nelze zpochybnit význam porodu sekci v indikovaných případech. Co kdyby ale měla žena možnost rozhodnout se, jakým způsobem přivede na svět své dítě? Podle Košťála (2012) má děj, který trvá osm až dvanáct hodin, svůj smysl. Ukončení těhotenství císařským řezem, jako střední škola bez maturity, chybí tu konec. Dítě, narozené přirozenou cestou, je daleko více obranyschopné, má lepší poporodní adaptaci.

Dle Hellmers (2009) se chtějí těhotné ženy cítit během porodu především bezpečně. Mnohé pak chtějí родit plánovaně a bezbolestně a proto si přejí císařský řez. Většinou ani netuší, že podle některých studií děti, které nejsou porozené vaginálně, mají více alergií, ekzémů i astmatu. Dokonce se uvádí, že mají více psychických problémů, depresí, infarktů a mozkových mrtvic. Kossobudzka (2008) upozorňuje na výzkum švýcarských lékařů, kteří studovali téměř 3000 dětí, z nichž se 247 narodilo císařským řezem. Zjistili, že riziko vzniku astmatu u těchto dětí bylo o 80 procent vyšší než u dětí narozených vaginálně.

Jsou případy, kdy je císařský řez medicínsky indikován, kdy se jedná o život zachraňující úkon, to pak jdou úvahy o možných následcích samozřejmě stranou. Proč ale podstupovat toto riziko zbytečně? A jak tedy předejít obavám z porodu?

3.2. Předporodní příprava

„Nejstarší a nejsilnější emoci lidstva je strach, a nejstarším a nejsilnějším druhem strachu je strach z neznáma.“

Howard Phillips Lovecraft

Cesty, které vedou k odstranění úzkosti a strachu z porodu je mnoho a záleží jen na ženě, kterou se vydá. Pomoci mohou populární knihy s tematikou těhotenství a porodu nebo rozhovory s maminkou či s kamarádkami, které již zkušenost s porodem mají, i když tato cesta má jedno velké ALE. Je nutné dobře zvažovat, komu popřeje sluchu. Je dobré vybírat si maminky s pozitivními zkušenostmi a smýšlením a včas zarazit skeptické a úzkostné maminky, které by její obavy jen zvyšovaly.

Asi nejbezpečnější způsob přípravy na porod je vybrat si z pestré škály předporodních kurzů ten, který nám bude nejbližší. Existují kurzy, které vedou porodní asistentky, duly¹, porodníci či rehabilitační pracovníci. Všichni si kladou za cíl snížit obavy z porodu a získat k němu reálný postoj. Cílem většiny z nich není odstranění porodních bolestí, ani porodnických komplikací, ale naučení se způsobu, jak s nimi bojovat. Přesto existují předporodní kurzy, které již předem, svým názvem či zaměřením slibují, že vás porodních bolestí zbaví, jako např. kurzy či semináře bezbolestného porodu, orgasmického porodu, gravidjógy, ... Navštívila jsem webové stránky *Institutu pro bezbolestné porody* a poslechla jsem si výpovědi žen, které prošly kurzy tohoto institutu a podle jejich slov, rodily bezbolestně. Nejsem zrovna „nevěřící Tomáš“, ale nemohla jsem se zbavit dojmu, že tak jednoznačné to s tou bezbolestností přece jen nebylo. Ale nezkusila jsem si to, takže kdoví? Přestože mají tyto kurzy určitě svůj smysl, nejsou pro každého. Jednak proto, že jsou poměrně finančně náročné a také z toho důvodu, že žena musí myšlenice bezbolestného porodu zcela uvěřit a musí se během pěti setkání a následně dle instruktážních DVD naučit ovládat své tělo i svou mysl. Také jsem si na internetu vyhledala a shlédla několik nahrávek orgasmických porodů a z tváří maminek jsem také vyčetla spíše bolest, než vysoce erotický zážitek. Přesto měly všechny maminky něco společného. Porod si užily. Mluví o něm s nadšením a je pro ně nejmilejší vzpomínkou. Tyto maminky nebyly během svých porodů loutkami v rukou zdravotníků, ale měly svůj porod pod kontrolou. Já jsem po třech porodech přesvědčená, že porod bolí. Mě bolel hodně. Ale jakmile jsem poprvé pohládila své děťátko, okamžitě jsem na to zapomněla. Cítila jsem, že ta bolest měla smysl, že takový zázrak musí být něčím vykoupen, že si ho musím zasloužit. Ať už kurzy bezbolestných či orgasmických porodů naučí ženy cítit během porodu vzrušení, či rodit bezbolestně, jedno mají společné. Učí ženu mít ke svému porodu aktivní přístup, mít ho pod kontrolou. Každá žena je jiná, každé vyhovuje něco jiného, proto by se měla dozvědět, co ji čeká a zamyslet se nad tím, co by vyhovovalo právě jí. K tomuto účelu si následně vytvořit svůj vlastní plán porodu, navštívit porodnici, porodní dům, nebo se připravit na porod doma. Možností a cest, jak přivést dítě na svět je mnoho a záleží na

¹ "Dula" je starý řecký název, který se dnes používá pro speciálně vyškolenou ženu, jež poskytuje především psychickou (ale i fyzickou) oporu budoucí matce a ostatním členům rodiny; neposkytuje zdravotnické služby, nesupluje ani nedubluje práci porodních asistentek ani lékařů, ale spolupracuje s nimi (Kdo je dula?, 2013)

každé zvlášť, pro kterou z nich se rozhodne, která bude podle jejího názoru nejlepší pro ni i pro její dítě.

Roztočil (2008) shrnul výhody předporodní přípravy do osmi bodů:

1. Snižuje porodní bolesti a úzkost.
2. Snižuje nutnost aplikace léků, jako jsou uterokinetika, spazmolytika a jiné.
3. Zkracuje porod.
4. Zvyšuje sebekontrolu rodičky.
5. Psychologický přínos prožitku z porodu.
6. Žena prožívá radost ze spolupráce s manželem.
7. Vytváří se pozitivní vztah matky k novorozenci.
8. Jsou vytvořeny předpoklady pro zdárný průběh šestinedělí.

3.2.1. Posttraumatická stresová porucha po porodu

Jsou však ženy, kterým z různých důvodů, sebelepší předporodní kurz nepomůže. Taková situace může nastat například jako následek komplikovaného, ale i po zdánlivě neproblematickém porodu. Velmi často se objevuje po spontánním potratu či porodu mrtvého plodu. V takovém případě by žena měla vyhledat odbornou pomoc psychologa či psychiatra. Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - MKN-10(2013) patří posttraumatická stresová porucha mezi *duševní poruchy*, do kategorie F 43 *Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení*. Někdy se posttraumatická stresová porucha po porodu zaměňuje s „baby blues“, poporodní depresí, poporodní psychózou. Na místě je tedy tyto termíny od sebe odlišit.

Posttraumatická stresová porucha po porodu – vzniká po krátkodobém či dlouhodobém stresu, tato porucha může ženu potkat po porodu; rozvine se, pokud žena u porodu cítí, že nemá kontrolu nad tím, co se s ní děje (Mrowetz, 2010)

Poporodní deprese - vzniká následkem hormonálních změn a změn vnitřního prostředí, které v kombinaci se stresem mohou depresi vyvolat; podle závažnosti příznaků pak rozlišujeme poporodní blues, poporodní depresi, poporodní psychózu (Jedličková, 2008)

4. VAZBA MATKA - DÍTĚ

Ačkoliv dnes snad již nikdo nepochybuje o tom, že kvalita vztahu mezi matkou a dítětem do značné míry determinuje budoucí život dítěte, vědci se touto vazbou začali intenzivně zabývat docela nedávno.

Jedním z prvních lidí, kteří uznávají potřebu kojence a malého dítěte silného a stabilního vztahu s matkou (primárním pečovatelem) byl John Bowlby, zakladatel teorie attachmentu. V roce 1951 předložil Světové zdravotnické organizaci práci „Maternal care and mental health“, ve které Bowlby (1952) vyslovil hypotézu, že děti v raném dětství prožívají nepřetržitý, vřelý, intimní vztah se svou matkou (resp. pečující osobou) a nedostatek této zkušenosti může mít vážný a nezvratný dopad na jejich psychické zdraví. Bowlby se podle Slaměníka (2011) neopíral jen o své výzkumy, ale také o poznatky Williama Blatze o potřebě bezpečí jako o potřebě člověka v každém věku a o práce Reného Spitze o důsledcích separace dítěte od rodičů.

4.1. Teorie vazby

Na rozdíl od Freuda (1989), který vztah dítěte k matce odvozuje od uspokojování potřeby výživy, Bowlby (2010) tvrdí, že se blízkost k matce stává v určité fázi behaviorálních systémů, zodpovědných za citovou vazbu, stanoveným cílem.

„Říci o dítěti, že je citově připoutané nebo že má silnou citovou vazbu znamená, že má silou tendenci vyhledávat blízkost a kontakt s konkrétní osobou v určitých situacích, zejména je-li vylekané, unavené nebo nemocné“ (Bowlby, 2010, str. 318). Dále upozorňuje, že sklon k tomuto jednání se časem mění jen pomalu a není závislý na okamžité situaci. Bowlby (2010) popisuje pět vzorců chování, které přispívají k citové vazbě, což je sání, přidržení, následování, pláč a úsměv, které se *„zhruba mezi devíti až osmnácti měsíci obvykle začleňují do mnohem důmyslnějších systémů korigovaných k cíli. Tyto systémy jsou korigovány a usměrňovány tak, že udržují dítě v blízkosti matky“* (Bowlby, 2010, str. 163).

Potřebnost attachmentu Bowlby (2012) demonstruje na empirických důkazech vědců Levyho, Bowlbyho, Benerové a Yarnellové pro etiologický vztah mezi určitými formami psychopatické osobnosti a těžce narušeným vztahem matky a dítěte.

Bowlbyho teorie podpořila rozsáhlými výzkumy Mary Ainsworthová, která srovnávacími studii dětí ve Velké Británii a Ugandě dokázala, že vztah matky s dítětem je stejný napříč světadíly. Na základě pozorování pomocí metody „neznámá situace“ definovala Ainsworthová (1978) tři hlavní vzorce citové vazby:

- *dítě s jistotou připoutané k matce*

Dítě projevuje negativní emoce (pláč, neklid) po odchodu matky, po jejím příchodu je lehce utižitelné a brzy se vrací ke hře. Matčina blízkost a tělesný kontakt s ní mu tedy slouží jako zdroj útěchy, jistoty a bezpečí. Při odloučení přirozeně zažívá neklid a určitou míru stresu, ale díky převládajícímu vzorci přesvědčení o matčině dostupnosti a citlivosti je schopné tuto situaci relativně bez obtíží zvládnout.

- *dítě úzkostně připoutané k matce a vyhýbavé*

Dítě projevuje po odchodu matky negativní emoce jen minimálně a dál si hraje. Z matčina návratu však ani neprojevuje radost a vyhýbá se aktivnímu kontaktu s ní. Po předchozí zkušenosti s matkou, která mu neposkytuje útěchu a oporu, si dítě vytvořilo představu o její nedostupnosti. Vyhýbáním se jí tak předchází odmítnutí.

- *dítě úzkostně připoutané k matce a odmítavé*

Dítě reaguje na odchod matky velmi intenzívně. Po jejím odchodu pláče a při návratu lze jen těžko utišit. Při kontaktu s matkou vyjadřuje střídavě hněv a náklonnost - je u něho patrná potřeba blízkosti a současně však blízkost odmítá. Chování matek dětí s tímto typem citové vazby je špatně předvídatelné, takže odmítavé děti vynakládají značné úsilí na získání pozornosti a péče.

Main a Solomon (1986) později navrhly ještě čtvrtý vzorec:

- *dítě s dezorganizovanou citovou vazbou*

Dítě vykazuje nedostatek jasného vazebného chování. Jeho jednání a reakce na matku jsou často směs chování, včetně vyhýbání se nebo odporu. Tento typ vztahu je pozorován u dětí v útlém dětství týraných nebo zneužívaných.

Také Vaughn et al. (1979), po vzoru Ainsworthové, zkoumali vztah matka - dítě metodou „neznámá situace“ (sto dvojic matka-dítě), tentokrát v rodinách na nebo za hranicí chudoby a zjistili, že vysoká úroveň stresu a nestability v životní situaci může snadno narušit mateřské chování. Dítě musí bojovat o pozornost, což má negativní vliv na kvalitu vazby matka-dítě.

U nás na potřebu citové vazby jako jednu za základních psychických potřeb dítěte upozornili např. Lagmeier a Matějček (2011) v díle *Psychická deprivace v dětství*, které se zabývá otázkou psychického strádání v dětském věku a jeho následky v pozdějším životě.

4.1.1. Vazebné chování

Když Bowlby poprvé předložil svou teorii o citové vazbě, podnítilo to mnoho vědců k dalším empirickým výzkumům a bádání, ale ozvala se i spousta kritiků, kteří poukazovali na její nepřesnosti a nejasnosti. Proto v dalším vydání svého díla začal rozlišovat mezi *citovou vazbou (attachment)* a *vazebným chováním (attachment behavior)*.

Vazebným chováním Bowlby „označuje libovolnou z různých forem chování, které dítě běžně používá, aby získalo anebo udrželo žádoucí blízkost. V libovolném okamžiku může být nějaká forma tohoto chování buď přítomná, nebo nepřítomná, což do značné míry závisí na aktuálních podmínkách“ (Bowlby, 2010, str. 318) .

Bowlby (2010) se domnívá, že naše potřeba vazby je vrozená, instinktivní a že se vyskytuje v kritickém období mezi 1. a 3. rokem života. Svá tvrzení dokládá na příkladech vazebného chování v přírodě. Pozorováním zvířat v jarní přírodě dnes neobjevíme nic, na co bychom nebyli zvyklí. Uvidíme krávu s telátkem, hříbátko těsně klusající za klisnou, jehně opírající se o ovci, všechna mláďata v těsném kontaktu se svými zvířecími matkami. U těchto zvířecích druhů se mláďata rodí v takovém vývojovém stadiu, aby se mohla pár hodin po porodu volně pohybovat. Ve všech případech pak pozorujeme, že jakmile se matka někam vzdálí, mládě ji následuje. U jiných druhů, například šelem, hlodavců a člověka, je vývojové stádium novorozence mnohem méně pokročilé. Trvá pak týdny či měsíce, než je schopné samostatného pohybu, ale jakmile ji získá, má stejnou tendenci držet se matky. Tento typ chování je charakterizován dvěma hlavními rysy:

1. udržování blízkosti k jinému zvířeti a její obnovování, je – li narušena
2. výlučnost druhého zvířete

(Bowlby, 2010, str. 163)

4.1.2. Separační úzkost

„Jestliže (skoro) vždy někdo přijde, když dítě přepadne úzkost, trápení, nepohoda, jestliže se (skoro) vždy dovolá pomoci, pak je nasnadě, že bude něco takového očekávat i nadále – bude mít důvěru ve své lidi. Pak je velmi pravděpodobné, že dospěje i k prazákladnímu poznání, že jeho svět není zlý. A odtud je už jen krůček k vyššímu poznání, že svět sám o sobě, svět obecně není zlý – že je možno lidem věřit – a že je možno s důvěrou hledět

budoucnosti vstříc. A nic nám nebrání, abychom v této základní důvěře v lidi a svět hledali základy příštího životního optimismu.“

Zdeněk Matějček

Dítě se rodí s potřebou vyhledávat a udržovat těsný vztah s matkou (pečovatelskou osobou), při jejím vzdálení se dostavuje separační úzkost.

Separční úzkost se projevuje se především pláčem a rozrušením, ale také vztekem a zlostí a to ve chvíli, kdy je dítě odděleno od mateřské postavy (*attachment - figure*) nebo se nachází v neznámém prostředí či mezi neznámými lidmi. Ze slov Matějčka (2004) je patrné, že ačkoliv je úzkost dítěte, u nějž není přítomná mateřská osoba, běžná, nebude mít na dítě negativní vliv, dovolá – li se dříve či později pomoci.

Dle Bowlbyho (2012) jsou ale „přítomnost“ a „nepřítomnost“ relativní pojmy. Přítomností totiž myslí „pohotovou dostupnost“ a nepřítomností „nedostupnost“. Matka může být sice fyzicky přítomná, může však ignorovat touhu svého dítěte po mateřské péči, a tím pádem být tedy citově nepřítomná. Taková nevšímavost může být způsobena depresí, odmítáním, nebo také tím, že matka dává před dítětem přednost jiným aktivitám, patologicky můžou rovněž působit výhrůžky, že dítě opustí, nebo že ho nebude mít ráda, když nebude hodné, když se nepolepší.

V internetových diskuzích, ale i na maminkovských dýcháncích je častým tématem starost maminek, aby své dítě svojí pozorností nerozmazlily. Musím říct, že i zde mi je názor Bowlbyho velmi blízký. „*Když matka vnímá signály svého dítěte a reaguje na ně pohotově a přiměřeně, dítě prospívá a vztah se rozvíjí utěšeně*“ (Bowlby, 2010, str. 308) Věci se podle Bowlbyho (2010) mění k horšímu, až když matka není vnímavá a nedává dítěti to, co potřebuje. Připouští však, že existují i poruchy pramenící z nadměrné péče, ve které matka dítěti nenechává vlastní prostor, přebírá veškerou iniciativu a svou přítomností ho zahlcuje, ty jsou však méně běžné. V západním světě se mnohem častěji sekáme s poruchami způsobené nedostatečnou mateřskou péčí. I proto je třeba mateřskou vazbu všemožně podporovat.

4.2. Bonding

*„Asi jí nedali **včas** dítě do náruče. Jak to? No víte, když je nejhůř, když se matka nechová jako matka, dejte jí dítě do rukou, když má jednu své dítě v náručí, tak se uchytí, tedy většinou.“*

Adolf Branald, Vizita

To, jak významné jsou první společné chvíle po narození pro budoucí vztah matka – dítě, věděl i starý zkušený lékař z malého městečka Meziboří (i když jen románový). Nevychetl tuto starou moudrost z knih, ani neprováděl mnohaleté výzkumy, přesto nepochyboval. Jak se říká „život ho naučil“.

Není pochyb o tom, že vazba mezi matkou a dítětem patří k nejsilnějším, není – li zcela nejsilnější, jaké je člověk vůbec schopen. Ale i tento vztah, stejně jako všechny ostatní je třeba opečovávat, budovat a podporovat. A to hned od jejich počátků.

Ve spojení s budováním základů emočních vazeb mezi dítětem a matkou se i u nás vžívá pojem **bonding**, což v doslovném překladu znamená lepení nebo připoutání. *„Mateřské pouto se většinou začíná vyvíjet v průběhu těhotenství, ale k „hormonálnímu výbuchu“ dochází ve čtvrté době porodní, tedy hned po samotném porodu, kdy je dítě poprvé v jiném, než děložním kontaktu s matkou“* (Mrowetz, 2011). **Bonding** je tedy dalším konceptem, kterým vědci vysvětlují vztah mezi matkou a dítětem. „Klaus a Kennell (1995, in Hoskovcová, 2006) považují za nejdůležitější dobu, pro vytvoření kvalitní silné vazby mezi matkou a dítětem okamžiky následující bezprostředně po porodu, během senzitivní fáze mateřství. Jde o trvalou emocionální reakci, která je u matky přirozeně vyvolána kontaktem s novorozencem.“

V dobách, kdy se naše babičky a dědečkové rodili v posteli své maminky a byli s ní od prvních okamžiků v nepřetržitém kontaktu, usínali s ní, budili se s ní, vnímali neustále a nerušeně její vůni, teplo, hlas, doteky, vyvíjely se tyto vazby jaksi mimochodem, přirozeně. S příchodem institucionalizovaných porodů ztrácí ale narození svoji přirozenost. Rodička a dítě jako by byly v celém tom procesu rození tak nějak navíc, důležitý je porodník, případně zdravotní sestra. I ze zdravé rodičky se stává v očích nemocničního personálu pacientka, i na zdravé dítě je pohlíženo jako na pacienta. Před vytvářením emocionálních vazeb je dávana přednost mnohdy zbytečným rutinním vyšetřením. Dítě je matce přiváženo v pravidelných intervalech pouze na kojení, bez ohledu na jejich touhy a potřeby jsou od sebe nepochopitelně separováni. Budoucí otec

pak může maximálně sedět doma u telefonu a čekat na zprávu a pak poprvé na chvíli zahlédnout své dítě z místa pod okny porodnice. Doba, kdy se děti matkám vozily jako „housky na krám“ již naštěstí minula, přesto některé mechanismy z let minulých v mnohých porodnicích stále zůstávají. A jelikož má být pacient pouze trpělivým pasivním objektem medicíny, vede to dle Balinta (2000) ke ztrátě kontroly nad vlastním zdravím, k „rozpuštění zodpovědnosti“. A tak některé rodičky jsou-li konfrontovány s tímto přístupem, spoléhají raději na lékařské zásahy, jiné se ale naopak chtějí zcela vyhnout nemocničnímu prostředí a chtějí родit doma. To s sebou nese určitá rizika, která nelze podceňovat, a i lékaři prosazující koncepci přirozeného porodu často porody doma odmítají. Přirozený porod lze však zasadit i do prostředí porodnice. Vše záleží, nebo mělo by záležet, jen na přání a potřebách nastávající matky a jejího dítěte.

I proto se někteří porodníci i psychologové ve své praxi zaměřují na osvětu zdravotníků i budoucích rodiček.

4.2.1. Přirozený porod

Mezi první výrazné počiny v tomto směru můžeme myslím směle zařadit knihu porodníka a gynekologa Frédérica Leboyera *Porod bez násilí*, která provokuje svým sarkasmem, ale také snahou, prolomit léta zakořeněné mýty a předsudky týkající se porodu (Leboyer, 1995). Leboyer ale vlastně opakuje jen to, co už před ním vyslovil Bowlby a mnoho dalších po něm „*experimenty ukazují, že při narození dítěte, nebo velmi brzy po něm pracuje každý smyslový orgán*“ (Bowlby, 2010, str. 235)

Leboyer (1995) upozorňuje, jak nevhodně se z tohoto pohledu jeví obvyklý porod v nemocnici, při kterém porodník hlasitými pokyny nabádá rodičku, *aby pořádně zatlačila*, světla novorozeně oslňují sotva opustí bezpečné lůno matky a místo, aby se co nejrychleji dostalo zpět k hlasu a vůni, na kterou bylo zvyklé celých dlouhých devět měsíců, bere ho gumových rukavic zdravotní sestra a odnáší ho umýt a otřít, pro jeho citlivou pokožku, hrubou osuškou. Že se jeho názory nesetkaly u porodníků s jednoznačným přijetím, svědčí nejlépe slova Aleše Roztočila z knihy *Moderní porodnictví*: „*Na rozdíl od Leboyera jsme přesvědčeni, že porod je nebezpečný jak pro matku, tak pro plod. Proto je nevodné spoléhat se jen na rozum přírody.*“ A dále pak „*Není prokázáno, že po porodu novorozenci světlo skutečně vadí, stejně tak jako zvuky porodního sálu. Přestože je prokázáno*

senzorické vnímání stimulů plodem, úvaha o jejich nepříjemném prožívání je pouze spekulativní“ (Roztočil & kolektiv, 2008).

Leboyerovi poznatky a myšlenky uvedl do praxe mimo jiné Michel Odent, který založil nedaleko Paříže porodnici, která vychází s principů přirozeného porodu s minimalizací medikace. Odent (2003) uvádí, že lepší než „zjednodušit“ porodní proces za použití syntetického oxytocinu či epidurální anestezie, uvolnit ženu přirozenými prostředky jako jsou přitímní, bazénky s teplou vodou, mateřské porodní asistentky. Odstraní – li se strach, stres, napětí a úzkost, probíhá porod sám od sebe nepochybně jednodušeji.

Podle Hašková (2001) je vedení „přirozeného“ porodu založeno na důvěře v instinktivní a intuitivní chování ženy během porodu a je podle jeho zastánců díky odbourání strachu z porodu a komplikací způsobených preventivními zásahy bezpečný psychosomaticky komfortní.

4.2.2. Podpora bondingu

„Bonding – láska na první pohled existuje!“

Michaela Mrowetz

Američtí pediatři Klaus a Kennell (1971) popsali teorii vysvětlující význam prvního kontaktu matky s dítětem a tento kontakt nazvali **bonding**. Pozorováním a následnými standardizovanými rozhovory 28 prvorodiček, z nichž polovina měla obvyklý, a druhá polovina rozšířený, kontakt s dítětem zjistili, že maminky v druhé skupině byli ještě rok po porodu v interakci s dítětem trpělivější a ochotněji a rychleji reagovali na potřeby svého dítěte. Tyto studie naznačují, že jednoduchá modifikace péče krátce po porodu může změnit následné mateřské chování.

Bonding je proces, který následuje bezprostředně po porodu a při kterém dochází budování emočních vazeb mezi matkou a dítětem. Bonding nemůže být nebo nebýt, dochází k němu vždy, ať už uvědoměle či neuvědoměle, ale může být podporovaný nebo nepodporovaný. Pouto mezi maminkou a dítětem vzniká již během těhotenství, ale v prvních hodinách po porodu, kdy hypothalamus produkuje maximální množství oxytocinu, „*jsou matka a dítě skvěle a neopakovatelně hormonálně nastaveni na to, aby se do sebe navzájem zamilovali“ (Mrowetz, 2011) .*

Jak tedy podpořit bonding?

4.2.2.1. Deset kroků podpory bondingu

V České republice se problematikou bondingu zabývá klinická psycholožka Michaela Mrowetz. Pro potřeby porodníků, porodních sester i nastávajících maminek vytvořila desatero, které má navazování rané vazby optimálně podpořit.

10 kroků k podpoře bondingu

- položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu
 - podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin
 - otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek
 - matka a dítě jsou v kontaktu "skin to skin", kůže na kůži
 - umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte
 - pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti
 - zajištění pohodlné polohy pro matku
 - zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků
 - jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte provést na těle matky
 - eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu
-

(Mrowetz, Chrastilová, & Antalová, 2011)

Položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu

Z vlastní zkušenosti vím, jak nádherný pocit je, hladit vlastní právě narozené, neumyté miminko. Představím – li si situaci při klasickém medicínsky vedeném porodu bez podpory bondingu, vidím matku, jejíž dítě právě opustilo dělohu a je odnášeno sestrou k rutinnímu vyšetření. Maminka i dítě se musí chtít nechtít cítit zmateně a opuštěně. Přitom by stačilo tak málo.

I při porodu sekcí může být maminka v těsném kontaktu s dítětem, mělo by být přiloženo k tváři maminky.

Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin

Mrowetz (2011) zdůrazňuje, že dopad bondingu není pouze v emocionální, ale i ve fyziologické rovině. Dítě a matka jsou několik hodin po porodu neurohumorálně skvěle a

neopakovatelně nastaveni. Pokožka dítěte je navíc brzkým kontaktem s matkou obsazována jejími bakteriemi, ke kterým má matka imunologickou protisílu v mateřském mléce. K čemuž přizpívá i další krok podpory bondingu:

Otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek

Stejně jako dítě i maminka by se měla po porodu sprchovat co nejpozději a to pouze vodou. Dítě intenzivně vnímá její vůni.

Matka a dítě jsou v kontaktu "skin to skin", kůže na kůži

Není mnoho studií zkoumající vlivy různých přístupů v prvních fázích kojení. Jednou z nich je randomizovaná studie švédských a ruských vědců Bystrova, Widström, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Welles-Nyström, Vorontsov a Uvnäs-Moberg (2007) jejíž závěry jednoznačně dokládají pozitivní vliv kontaktu skin-to-skin. Matky, které prožily první minuty v přímém kontaktu s dítětem na kůži, mají menší problémy s kojením, kojí déle a častěji, matka navíc udržuje dítě v teple, matčino tělo se přizpůsobuje potřebám tepla novorozence a zajišťuje tak naprostý tepelný komfort, dítě je uvolněné a mnohem méně pláče. Studie také ukázaly, že rooming-in² a kojení na vyžádání jsou příznivé pro rozvoj laktace. WHO a UNICEF doporučuje, aby tyto poznatky vedly k ochraně mateřství a podpoře kojení po celém světě.

Při porodu sekci může kontakt kůže na kůži zastoupit tatínek, pro dítě jsou jeho bakterie zdraví přínosnější, než bakterie ošetřujícího personálu.

Umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte, se silou očního kontaktu se setkáváme neustále. Jeho účinek zkoumali Klaus a Kennell (1998) u na novorozencích. Potřebovali každodenní asistenci tří mladých studentek. Byli zoufalí, když slyšeli, že všechny tři nemají nějak obzvlášť rády děti a zejména novorozenci jim připadali nezajímaví a že neplánují mít někdy děti. Neustále si stěžovaly, že se musejí učit o vazebném chování (behavioral assessments). V průběhu průzkumu zažila každá z nich svůj první kontakt s dítětem v bdělém stavu, kdy dítě svými očima sledovalo její. Došlo k neuvěřitelné změně. Najednou byla každá z nich doslova nadšená „svým“ dítětem, chtěla

² Rooming-in - nemocniční pobyt matky s novorozencem po porodu v jedné místnosti

ho držet i později během dne a také další dny se vracela, aby „své“ dítě navštívila. Po večerech vyprávěly svým přátelům o těch báječných dětech, které testují. V několika následujících týdnech se všechny tři rozhodly, že by někdy v budoucnu chtěly mít dítě. Zážitek těchto tří žen je častý a ukazuje nepřekonatelnou přitažlivost novorozenců, kteří očima sledují oči dospělého.

I proto by měla být matce zajištěna možnost pohodlného vizuálního kontaktu, např. podložení hlavy matky, pokud rodí vleže. Musí-li být dítě v inkubátoru, je možné kontakt zprostředkovat pomocí webové kamery anebo fotek a videí v pravidelných intervalech.

Pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti

Klaus a Kennell (1998) poukazují na to, že kojení anebo olizování matčiny bradavky dítětem vede k uvolňování oxytocinu matkou, což urychlí děložní kontrakce a redukuje krvácení. Poté co již kojení probíhá, pohled nebo vzpomínka na dítě vedou k let-down reflexu³. Při každém sání se zvyšuje hladina oxytocinu, což má na matku zklidňující účinek a také se takto zpevňuje pouto, které je mezi matkou a jejím dítětem. Posledně zmíněný účinek je důvodem, proč se oxytocinu říká také „hormon mazlení“ (cuddle hormone). Vhodně naladěné na první přísátí může být podle Mrowetz (2011) dítě až do 30 minut kontaktu kůže na kůži, do té doby miminko i maminka odpočívají a seznamují se spolu. Dítě si mezitím strká pěstičky, na kterých má plodovou vodu, do úst, aby jej k bradavce dovedla, ta voní stejně jako plodová voda, olizuje si rty, proto není vhodné umývat dítěti ruce od plodové vody, či je balit do osušky či zavinovačky. Po medikovaných porodech je miminko chvíli unavené, je proto zapotřebí nechat jej odpočinout na kůži matky.

Zajištění pohodlné polohy pro matku

Porodní proces je pro matku extrémně fyzicky náročný. Aby měla dost sil věnovat se poté plnohodnotně dítěti, musí mít veškeré pohodlí, které ji mohou zajistit například křeslo, postel a polštáře a dítě v náručí.

Zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků

³ let-down reflex – ejekční, spouštěcí, uvolňovací reflex

Jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte /sejmutí skóre Apgarové⁴, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ provést na těle matky

Nezbytné ošetření pupečníku a zhodnocení Apgar skóre může být u novorozence realizováno přímo na těle matky. Vše ostatní, jako je měření, vážení, podávání vitamínu K a ošetření očí může být odloženo na později. U rizikového novorozence je třeba, aby zdravotní úkony probíhaly v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální. Největší problém, proč tomu tak není, vidím v tom, že není snadné měnit rutinní postupy, na které jsou zdravotníci zvyklí po dlouhá léta.

Eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu

Narození dítěte je neopakovatelný zážitek a v těchto chvílích, by jsme se neměli nechat rušit ani rozptylovat ničím jiným. Sebepovedenější fotografie ani videa nám tento jedinečný okamžik později nezprostředkují.

4.2.2.2. Otec u porodu

Dalším faktorem, který může podpořit bonding doprovázející osoba rodičky, u nás nejčastěji otec. Jeho vliv je mnohdy velice přínosný. Důležité ale je, aby to zda bude – či nebude, bylo dobrovolným a skutečným přáním obou rodičů. Na některé ženy totiž působí přítomnost jejího partnera rušivě, stydí se, nemohou se uvolnit. Naopak muži jsou často zúzkostněni neschopností ženě pomoci. V současné době je přítomnost otce na porodním sále běžná záležitost, někdy dokonce domnělá podmínka k tomu, aby mohl být označen známkou „dobrý otec“. Bez ohledu na to, že jeho přítomnost u porodu nemusí mít žádný vliv na jeho otcovskou roli. *„Muži nejsou od přírody vybaveni hladinou oxytocinu, spíše produkují ve stresu adrenalin a testosteron, který může celý proces porodu brzdit“.* Na druhou stranu *„muži, přítomni u porodu své partnerky, cítí ke své ženě úctu a zážitek porodu v nich většinou vzbudí velkou vlnu lásky ke své ženě a jsou na svou ženu pyšní. Pocity jako hrdost a úcta jsou velmi užitečné v období po porodu, která je pro novorozený rodičovský pár většinou křest ohněm“* (Mrowetz, Bonding? Bonding!, 2011).

⁴ Apgar skóre (skóre Apgarové) - metoda umožňující rychlé a srovnatelné zhodnocení poporodního stavu novorozence. Hodnotí pět faktorů - srdeční frekvence, dýchání, svalové napětí, reakce na podněty a barva kůže

Myslím si, že ať už je či není muž účasten zázraku zrození, tak jeho přítomnost u matky a dítěte během čtvrté doby porodní je minimálně velmi přínosná. Nerodí se totiž „jen“ dítě, ale rodí se celá nová rodina. A na rozdíl od prvních tří dob porodních může otec matku v průběhu té čtvrté plnohodnotně zastoupit.

4.2.2.3. Podpora bondingu u nefyziologického porodu

Podpora rané vazby, je důležitá nejen pro děti zdravé, ale je přímo nezbytná také u dětí nedonošených, nemocných či dětí narozených po vyvolávaném nebo operativním porodu. Chrastilová (2012) zdůrazňuje, že právě vzájemný kontakt mezi maminkou a jejím miminkem pomáhá léčit emoční i fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu. Maminka, která ze zdravotních důvodů porodí své dítě sekci, ztrácí kontrolu nad situací a mnohdy trpí pocity a výčitkami, že nezvládla porodit své dítě vaginálně. Podpora raného kontaktu pomáhá obnovit ztracenou rovnováhu u dítěte i matky a posiluje zdravé reakce obou. Podpora bondingu je přitom možná vždy a za všech podmínek, a to i po porodu císařským řezem. Není to jednoduché, ale zvládnout se to dá. Mrowetz (2011) předložila praktický návod:

- pro kontakt „skin to skin“ pokládat nahého novorozence pod prsa – horizontálně.
- operační pole se snížit pod hrudí matky.
- novorozence přidržuje další osoba, tedy otec nebo jiný doprovod u porodu, případně zdravotník tak, aby mohl efektivně hledat bradavku a přisát se
- kontakt kůže na kůži může na nezbytně dlouhou dobu (při dokončování operace a přemísťování matky na lůžko) zajistit místo matky otec

Mrowetz (2012) objasňuje, že podpora raného kontaktu po císařském řezu vyžaduje po zdravotnících velké množství empatie a také ochotu vyjít z rutiny. Jejich podpora rozvíjejících se rodičovských kompetencí je však pro společnost velmi důležitá a ozdravná. Jak lze provádět podporu bondingu po porodu císařským řezem ukazuje následující fotonáhled:



Obrázek 1 Podpora rané vazby mezi matkou a dítětem v Krnově u CS

1. Na operačním sále - miminko hned po operaci osušeno a položeno na hrudník; aby matka mohla rukama dítě objímat, má zajištěnu žílu na hřbetu ruky a né v ohbí; lékař v pozadí dokončuje operaci; rodiče do operačního pole nevidí
2. maminka dítě prohlíží a navazuje oční kontakt, pod ručníkem se dotýká nahého miminka, cítí jeho teplotu, vůni...
3. Miminko otevírá oči a začíná hledat bradavku, lékař ještě nedokončil operaci
4. Lékař dokončil operaci; transport dítěte na oddělení šestinedělí zajistil otec kontaktem kůže na kůži

Po přenesení na pokoj bylo dítě vráceno mamince zpět na hrudník. Takto v kontaktu kůže na kůži došlo i k samopřísátí miminka a měření a vážení proběhlo až po 4 hodinách.

(Čurdová, 2013)

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Výzkumný problém, cíle práce

Z prostudované literatury a internetových zdrojů je patrné, že okamžiky následující bezprostředně po porodu, mají obrovský význam pro vytvoření kvalitní silné vazby mezi matkou a dítětem.

Cílem práce je vytipovat, které momenty v utváření rané vazby mezi matkou a dítětem, jsou klíčové, zjistit jaký vliv má podpora bondingu na délku kojení, zjistit rozdíly v prožívání porodu podle způsobu podpory bondingu.

6. Výzkumné otázky

- Má podpora bondingu vliv na následný vztah matka – dítě?
- Které další faktory ovlivňují utváření vazby?
- Pomáhá podpora bondingu matce a dítěti po nefyziologickém porodu léčit emoční a fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu?
- Daří se porodnicím podporovat bonding po nefyziologickém porodu?
- Ovlivňuje podpora bondingu vliv na pocity rodičky týkající se porodu?
- Liší se prožívání a hodnocení porodu žen, které během porodu podporoval partner a od pocitů těch, které rodily bez něj?
- Má první přisátí do 30 min po porodu vliv na délku kojení?

7. Metodologický rámec

7.1. Typ výzkumu

Vzhledem k tomu, že naše studie má ráz předvýzkumu a s přihlédnutím k citlivému charakteru zvoleného tématu jsem se ve svém výzkumu rozhodla pro kvalitativní přístup, a to případovou studii. Utváření rané vazby mezi matkou a dítětem je vysoce intimní záležitost a i proto jsem přesvědčena, že by kvantitativní přístup nebyl tou správnou volbou. Kvalitativní přístup umožňuje získávat data přirozenějším způsobem a poskytuje tak lepší pochopení dané situace. Zároveň umožňuje získat od respondentů podrobnější a detailnější informace, ke kterým bych se pomocí kvantitativních metod vůbec nedostala.

Jak uvádí Miovský (2006) kvalitativní výzkum využívá principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky.

7.2. Metody získávání dat

V tomto výzkumu byla použita metoda strukturovaného a polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly v prostředí, které garantovalo dostatek soukromí, aby mohly ženy zcela volně hovořit o svých pocitech a intimních situacích souvisejících s porodem. Po krátkém neformálním rozhovoru, jehož cílem bylo vzájemné seznámení a uvolnění atmosféry, jsme přistoupily ke schématu strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Během jednotlivých odpovědí jsem se snažila ženy usměřňovat zcela minimálně. Snažila jsem se ponechat jim dostatečný prostor pro vyjádření vlastních pocitů a emocí. Po ukončení rozhovoru jsem ženám poděkovala za projevenou důvěru a čas, který mi věnovaly.

7.3. Metody zpracování a analýzy dat

Data získaná od žen, které se výzkumu zúčastnily, byla nejprve fixována formou audiozáznamu. Takto získaná data byla dále upravována tak, aby s nimi mohla být prováděna následná analýza. To znamená, že audiozáznam byl přepsán do podoby textu, proběhla tzv. transkripce (Miovský, 2006). Transkripce byla doslovná. *Třetím a posledním krokem před zahájením samotné analýzy byla tzv. systematizace kvalitativních dat. Další fází bylo kódování dat. Jednotlivé segmenty textu byly přiřazeny k jednotlivým výzkumným otázkám.*

7.4. Etické problémy a způsob jejich řešení

Před zahájením rozhovoru jsem zúčastněné ženy seznámila s průběhem a cílem výzkumu. Všechny ústně vyjádřily informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Získaná data byla použita pouze pro účely výzkumu k této bakalářské práci, zároveň byla zajištěna anonymita zúčastněných matek a bezpečnost jejich osobních údajů. Jména respondentek byla změněna.

Protože jsem si vědoma citlivosti tématu, přistupovala jsem ke všem respondentkám s maximálním taktem a empatií.

8. Zkoumaný soubor

V tomto výzkumu byly využity tři metody výběru, a to metoda záměrného (účelového) výběru, metoda sněhové koule a metoda příležitostného výběru výzkumného souboru. Metody výběru byly podřízeny cílům výzkumu.

První metodou byla metoda záměrného (účelového) výběru. Výzkumník cíleně vyhledává jedince, kteří splňují kritéria, jež si stanovil a zároveň jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Patton, 2002). Dle Miovského (2006) patří tato metoda k nejrozšířenějším metodám výběru při aplikaci kvalitativního výzkumu. Původně jsem chtěla sama vyhledat účastníky výzkumu, což se později ukázalo vzhledem k citlivosti tématu značně jako problematické. Jedna z účastnic výzkumu mi později sama nabídla, že osloví ženy, které poznala v období porodu a poporodní péče v Perinatologickém centru⁵ Fakultní nemocnici Ostrava. Zkombinovala jsem tedy metodu záměrného výběru s metodou sněhové koule. Díky kontaktům, které jsem získala od této respondentky, jsem oslovila další dvě ženy. Obě souhlasily s účastí na výzkumu.

Poslední metoda, metoda příležitostného výběru, využívá různých možností, které se v průběhu výzkumu naskytou, k tomu, aby byli získáni noví účastníci výzkumu (Patton, 2002). V případě tohoto výzkumu to byly například nově získané informace o nefyziologických porodech mých známých či kolegyň.

Konečný soubor účastníků souboru tvořilo 8 matek ve dvou skupinách, tedy čtyři v každé skupině. První skupinu tvořily ženy po nefyziologickém porodu, druhou po porodu fyziologickém.

Všechny ženy byly ve věku od 29 do 38 let, rodily pouze jednou, a to ve věku od 24 do 38 let, z toho dvě ve věku pod 30 let. Všechny respondentky pochází z Moravy z čehož sedm z Moravskoslezského kraje a jedna z kraje Zlínského. Všechny ženy porodily živé dítě, které je v současné době bez závažnějších zdravotních komplikací.

⁵ zajišťuje péči o novorozence, kteří se z velké části narodili matkám, které prodělaly rizikové či patologické těhotenství (Oddělení neonatologie, 2009)

9. Výsledky

9.1. Základní výstupy

1. skupina – Ženy po nefyziologickém porodu

ANNA

- křestní jméno: **Anna**
- věk: **34**
- stav: **vdaná**
- porod:
 - rok: **2008**
 - místo: **Fakultní nemocnici Ostrava**
 - týden těhotenství: **28**
 - způsob: **sekce, celková anestezie**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **ne**

Annino těhotenství nebylo idylické. Byla těhotná již podruhé. První těhotenství skončilo pozdním samovolným potratem⁶. Dlouho pak nemohla otěhotnět. Když se jí to konečně podařilo, bylo její těhotenství kvalifikováno jako rizikové. Ve 26. týdnu těhotenství (dále už jen TT) byla kvůli silným křížovým bolestem přijata k hospitalizaci na Porodnicko – gynekologickou kliniku Fakultní nemocnice Ostrava. Helenina dcera se narodila sekci ve 28 TT. *„Její stav byl po porodu stabilizovaný, vážila 1250g a měřila 42 cm. Byla napojena na přístroje podporující dýchání, ale nemusela být zaintubována⁷“*. Anna strávila 24 hodin na JIP, její stav byl *„po fyziologické stránce v pohodě, ale psychicky...no, děs, Celý pobyt na JIP jsem probřečela, byla jsem zoufalá, bezmocná a strašně zmatená. Císařský řez mi nevadil, родit přirozenou cestou jsem kvůli poloze plodu nemohla, s tím jsem byla smířená. Kdybych si mohla zvolit znova, tak bych opět volila císařský řez. Jen mě děsilo to, že dítě je nedonošené, že jsem ho neviděla, že prostě NEVÍM...“* Druhý

⁶ Samovolný (spontánní) potrat není vyvolán ani těhotnou ženou, ani druhou osobou. Podle toho, kdy nastal, rozlišujeme časný – v prvních 12. týdnech gravidity, a pozdní, mezi 13. a 28. týdnem gravidity. (Pařízek, 2009)

⁷ Intubace je pojem z lékařství. Týká se zavedení trubice do vnějšího nebo vnitřního otvoru v lidském těle. (cs.wikipedia, 2012)

den byla přestěhována na pokoj matek s dětmi, kde se její psychický stav ještě zhoršil. *„Řekla jsem jim, že pobyt na jednom pokoji s dětmi nedám, protože sama nevím, co je a bude s mým dítětem, jsem byla přestěhována na pokoj, kde ležely ženy pouze těhotné, pak už to bylo v pohodě.“* Anna nezažila v prvních hodinách po porodu ani nejmenší podporu navazování raného vztahu se svým dítětem. *„Po nezdařeném epidurálu, mi byla dána celková anestezie“.* Vytváření rané vazby mezi ní a její dcerou hodnotí Anna jako *„velmi složité a zdlouhavé...Pohled na nedonošené dítě byl pro mne stresující. Vypadla neskutečně malinká, při dýchání se jí propadal hrudník a vidět bušící srdíčko jen přes kůži ... mi na první setkání s Janičkou nedává zapomenout. Pocit, že jsem jako matka selhala, když jsem ji nezvládla ani donosit, mám vlastně dodnes.“* Při vyprávění o prvním setkání s dcerou má Anna ještě dnes, pět let po porodu, slzy v očích. *„Dívala se na ni a nevěřila jsem, že je to moje dítě. Nebyl tam pocit té mateřské lásky, jak jsem o ni slyšela, nepopsatelné pocity štěstí... To tam vůbec nebylo a to mě děsilo.“* Měla takový strach, že její dcera zemře, že cítila dokonce jakousi odtažitost. *„Nebyla jsem schopna pozitivně myslet“*, dodává Anna. Pozitivní myšlenky znesnadňovala i cedule, která visela na skleněných dveřích, které vedly do místnosti s inkubátory. Na ceduli stálo přibližně toto:

Poplatky za lůžko se platí vždy na konci měsíce. Platí se i za mrtvé děti!

Co taková cedule udělá s psychikou maminky, která těmito dveřmi vstupuje třikrát denně, si můžeme lehce domyslet. Někdy stačí zdánlivá maličkost. *„Pořád jsem chodila k inkubátoru se strachem, že tam nebude“.* Anna také vzpomíná na první impuls, který jí začal vracet naději. *„Pamatuji si na slova, která řekla sestřička. „nebojte, ona to zvládne“ je to pěkný živouš...To nám s mužem hodně pomohlo.“* Někdy stačí zdánlivá maličkost. Anna si díky oparům, které se jí objevili pravděpodobně vlivem stresu po porodu, mohla dceru poprvé pochovat až po pěti týdnech. *„V mých pocitech se objevovala žárlivost na muže, protože byl první, kdo Janičku viděl, kdo se jí první dotkl, kdo ji první choval... I dnes mám pocit, že mají vřelejší vztah než já a dcera. Obavy, jestli jsem dobrou mámou, mám pořád. Ale, pochyby jestli svou dceru budu milovat, nemám. Miluji ji...“*

NIKOLA

- křestní jméno: **Nikola**
- věk: **29**
- stav: **vdaná**
- porod:
 - rok: **2008**
 - místo: **Fakultní nemocnici Ostrava**
 - týden těhotenství: **32**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Nikolino těhotenství bylo první měsíce naprosto bezproblémové. První komplikace se objevily během standardních vyšetření. Lékař Nikole oznámil, že její genetické testy nebyli zcela v pořádku. Na základě výsledků biochemického screeningu ji tedy byla indikována amniocentéza⁸. Výsledky amniocentézy prokázaly, že vývoj plodu je normální. Nikola však dává právě tomuto vyšetření za vinu předčasný příchod na svět svého dítěte. Tadeáš se narodil v roce 2008 ve Fakultní nemocnici Ostrava, ve 32 TT poté, co Nikole spontánně odešla plodová voda. *„Bylo to nekonečné. Rodila jsem 18 hodin. Porod byl vyvolávaný, ale bohužel jsem se neotevírala. Pak když už jsem měla kontrakce, tak mi dali epidurální anestezii a stalo se to, že kontrakce se zastavily a vše začlo nanovo – infuze s vyvolávačkou, pak znovu anestezie v mírnější formě ještě 2x no a když byla půlnoc, tak mi doktorka po dohromady třetí epidurální anestezii řekla, že si mám lehnout na porodní lůžko a zkusit spát, že prý přijde ve dvě, a když nebudu otevřená, tak se domluvíme co dál. Nevěřila jsem tomu, ale opravdu jsem prý na hodinu usla. Po probuzení se kontrakce prohloubily a konečně jsem porodila.“* Nikola rodila vaginálně. Nebyla nijak zvlášť zneklidněná situací kolem předčasného porodu svého syna, k čemuž jistě nemálo přispěla podpora partnera Petra, který byl

⁸ Amniocentéza je lékařský diagnostický úkon prováděný na těhotné ženě. Spadá do skupiny výkonů prenatalně diagnostických, majících za úkol diagnostiku nenarozených dětí. Provádí se ambulantně. Podstatou amniocentézy je nabodnutí amniové dutiny plodu a nasátí plodové vody pod kontrolou ultrazvuku. (cs.wikipedia, 2012)

celému porodu přítomen. Nepřipouštěla si, že by se mohl zdravotní stav dítěte zhoršit. „Když nám říkali lékaři: „stav je kritický nevíme, jak to bude za pár hodin“ – vůbec mi nedocházelo, že mluví o tom, že můj syn může umřít – já byla v absolutním klidu a v pohodě, jako by to říkali o někom cizím... Když to tak vezmu, tak to že ke svému dítěti něco cítím, jsem si začala uvědomovat asi až po tom co jsem s ním týden ležela na pokoji a seznámili jsme se hlouběji.“

Jestliže podpora bondingu neproběhne mezi matkou a dítětem v prvních hodinách po porodu neznámá to, že je vše ztraceno. Utváření vazby mezi matkou a dítětem je dlouhodobý proces. V okamžicích následujících těsně po porodu jsou ale matka i dítě nastaveni k vytváření vazby naprosto jedinečně a neopakovatelně. Tuto možnost ale Nikola s Tadeášem neměli. Na otázky, které jsem směřovala ke konkrétním krokům podpory bondingu odpovídala Nikola větami, které zněly zcela jednoznačně Jako: Otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky? „Ne, tak to vůbec nehrozí“ Kontakt kůže na kůži? „Ne, matka nemá šanci se ho ani dotknout“ Přisátí? „Ano, ale až na jednotce intenzivní péče, tedy asi až za 1,5 měsíce po porodu...aj.“ Když jsme si vyprávěly o kojení, všimla jsem si, že jsem narazila na téma, které Nikolu dostává do „ráže“. „Pohodlné polohy pro matku i dítě, jo? Křeslo, polštáře??? No to jo! Nene, univerzální poloha v sedě, bez opření. Chtěla jsem se naučit kojit v leže, ale nedočkala jsem se. Na JIPce ležela další mimča, konkrétně na našem boxu jich bylo 5 a kojilo se v pořadníku, protože židle měli jen dvě!“ A co klokánkování? „Když byl ještě malej v inkubátoru, tak jsem o to několikrát žádala, ale říkali mi, že by to nebylo bezpečné, že není stabilizovaný. Jednou jsem se ale na malého přišla podívat a zrovna ho koupali, tak jsem řekla, jestli si ho můžu pochovat, tak ho zabalili do zavinovačky a dali mi ho, na pár minut. Bylo to měsíc a půl po porodu...“ Přesto o jejich současný vztah nemám strach. Její odpověď na moji otázku: „Jaký je tvůj vztah s Tadeáškem v současné době?“ Zazněla pevně a bez zaváhání: „**Miluji ho!**“

PAVLA

- křestní jméno: **Pavla**
- věk: **37**
- stav: **vdaná**

- porod:
 - rok: **2008**
 - místo: **Fakultní nemocnice Ostrava**
 - týden těhotenství: **31**
 - způsob: **sekce, epidurální anestezie**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **ano** (1. a 4. doba porodní)

Pavline těhotenství poznamenala vrozená anomálie. V 6 TT, na základě ultrazvukového vyšetření, diagnostikoval lékař Pavle uterus duplex – dvojitou dělohu⁹, její děloha je navíc asymetrická a vajíčko se uhnízdilo v menší části dělohy. Zpočátku to vypadalo, že miminko donosí v pořádku, v 31TT lékaři zjistili, že už je pro dítě děloha již malá a byl indikován porod sekci. „*Nebyla jsem na to připravená*“, vzpomíná teď po pěti letech Pavla, „*od porodu jsem neočekávala žádné komplikace, ani porod sekci.*“ Ačkoliv Pavla rodila pouze pod epidurální anestézií a stav malé Martinky byl stabilizovaný, přesto jim byl oční kontakt umožněn „*jen na pár sekund během šití*“ a kontakt kůže na kůži nebyl nabídnut matce ani otci dítěte. Martinku Pavla přiložila k prsu poprvé 14 dní po porodu, po propuštění miminka z inkubátoru. Těch 14 dní navštěvovala Pavla dceru 3 krát denně, ale ani jednou jim nebyl umožněn fyzický kontakt. Pavla dnes vzpomíná na porod a především následné „*odtržení od dítěte*“ jako na vysoce traumatický zážitek. „*Vzpomínka mi dodnes vyvolává pláč. Nikdo to se mnou neřešil. Ten běžný nemocniční proces manipulace s dítětem po porodu jsem brala jako nezbytnou nutnost a neměla jsem informace o jiných možnostech. Teď vzhledem ke své zkušenosti oceňuji snahu o změnu v zautomatizovaném chování zdravotníků*“. Také Pavla hodnotí v současnosti její vztah s dítětem jako velmi dobrý.

MARIE

- křestní jméno: **Marie**
- věk: **38**
- stav: **vdaná**
- porod:

⁹ dvojitá děloha – žena má na pochvu napojené v podstatě dvě dělohy. Dvojitá je totiž nejen děložní dutina, ale i kanál děložního krčku je dvojitý, přičemž samotný krček je jen jeden (Brenišin, 2010)

- rok: **2012**
- místo: **porodnice Vsetín**
- týden těhotenství: **36**
- způsob: **sekce, celková anestezie**
- otec (či jiná osoba) u porodu: **ne**

Marie už ani nedoufala, že se jí někdy podaří otěhotnět. Dlouhou dobu se s manželem snažili, ale první dítě se jim narodilo, až loni, v Mariiných třiceti sedmi letech. Celé těhotenství bylo i díky tomu poznamenáno obrovským strachem o dítě. Když jsem se ji zeptala na porod, mluvila z počátku opět především o strachu. Před porodem „*jsem měla šílený strach. Strašný, nepopsatelný – aby bylo miminko v pořádku.*“ Marie chtěla rodit spontánně, ale porod jí vyvolávali, chtěla rodit vaginálně, ale nakonec jí byla pro insuficienci placenty¹⁰ indikována akutní sekce, která proběhla v celkové anestezii. Potom ji vozili „*každé 3 hodiny na půl hodinu kojení a kamarádění.*“ Zaujal mě výraz, který Marie použila pro prvotní kontakty s dcerou. Podle mě tím zcela vystihla děj, který probíhá při navazování kontaktu, v případě, že byl z nějakého důvodu (př. porod při celkové anestezii) narušen kontakt matky a dítěte v prvních hodinách po porodu. Mrowetz (2011) hovoří v souvislosti s vytvářením rané vazby matka-dítě během prvních minut po narození o lásce na první pohled, o zamilovanosti, která je znásobena jedinečným a neopakovatelným hormonálním nastavením matky a dítěte. Je to „*doslova ohňostroj emocí*“ (Chrastilová, 2013). Marie si se svou dcerou budovala vztah pomaleji, krůček po krůčku. Ze začátku se nedostavila „*žádná vlna štěstí ani nic podobného. Strach zmizel. Snad vlivem anestetik, nevím, ale ty první 3 dny byly jakoby prázdné. Čtvrtý den, po přeložení na standard, mi teprve začalo docházet, že už je malá na světě. Snad to bylo ovlivněno i už „normálnějšími podmínkami*“. Přestože vnímá Marie, s odstupem několika měsíců, porodní a poporodní komplikace jako ránu, která už přebolela a výrazně neovlivnila její vztah s dcerou, i v jejich dalších výpovědích je patrná zvýšená úzkostnost, kterou si patrně i sama uvědomuje. „*Zatím mám problém půjčit malou tchýni byt jen povozit v kočárku. Jediný, komu naprosto věřím je moje mamina, která si s malou báječně rozumí. Nedovedu představit, že bych se od tohoto 3 měsíčního prcka odloučila. Nemusím ji mít pořád u sebe nebo na očích, ale „z*

¹⁰ placentární insuficience – funkční nedostatečnost placenty. Zasahuje několik funkcí placenty a způsobuje nutriční a respirační insuficienci plodu a má i hormonální důsledky (Velký lékařský slovník, 2013)

domu ji nedám“. Musím se upřímně přiznat, že mi není příjemné, když někdo na malou sahá (mimo rodinu), leze mi do kočáru. Věřím, že jak malá poroste, vše se upraví! Možná je to tím, že byla taaak drobounká.“ Když se Marie ptám na její vztah k dceři, s úsměvem odpovídá: *„Je to moje mimino, nejkrásnější na světě, nejhodnější na světě!*

2. skupina – Ženy po fyziologickém porodu

ŠÁRKA

- křestní jméno: **Šárka**
- věk: **34**
- stav: **vdaná**
- porod
 - rok: **2007**
 - místo: **porodnice Opava**
 - týden těhotenství: **40**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Když jsem si s Šárkou povídala o těhotenství a porodu, cítila jsem, že vzpomínání právě na toto období, je pro ni velmi příjemné. Během celého rozhovoru byla uvolněná, usmívala se, občas se zasníla. Její těhotenství probíhalo bez komplikací a také porodu se veškeré nesnáze vyhnuly. Všimla jsem si, že zatímco matky, po nefyziologickém porodu mluvili většinou o svém dítěti jako o miminku, dítěti, synovi či dceři, tak Šárka, která má na porod ty nejkrásnější vzpomínky používá ve výpovědích jméno své dcery. Mluví vždy o Elince či Elušce. Myslím si, že i toto obecnější pojmenovávání dětí v poporodním období, může souviset s tím, že v té době ještě nebyla vytvořena mezi matkou a dítětem tak pevná vazba. Šárka rodila v termínu, porod probíhal přirozeně, bez komplikací. *„Zdravotnický personál přispěl k vytvoření vazby pozitivně. Po narození mi Elinku položili na břicho. Mohla jsem ji hladit a koukat na ni. Ona mě také chvilinku pozorovala a při tom mírně mroukala. Celé to trvalo asi 10 min. Já i otec jsme si ji hladili.“* Škoda, že Šárka netušila, že tento krásný a neopakovatelný okamžik mohl trvat ještě déle, kdyby zdravotníci nepřistoupili k rutinnímu umývání novorozence. Podle vědeckých studií, je koupání

novorozence po porodu, z hlediska imunologického, psychologického i fyziologického nejen zbytečné, ale přímo škodlivé. A to hned z několika důvodů: smytím plodové vody, která zůstala na rukou miminka, novorozenci znesnadňujeme instinktivní nalezení bradavky a přísátí; jejím umytím narušujeme imunologickou rovnováhu a narušujeme jemnou pokožku miminka jako vstupní bránu pro infekce; umyté dítě také rychleji ztrácí teplotu než dítě neumyté. Během umývání navíc dítě separujeme od matky, což pro dítě představuje stres. (Chrastilová, 2013) Všechno má zkrátka svůj čas a tak koupání může počkat. Po umytí si už ale Šárka užívala dceru naplno. *„Osušenou a zabalenou Elušku mi po zašití přiložili k prsu a ona začala sát. Krásný a nepopsatelný pocit. U všeho byl přítomen tatínek. Poté nás tři nechali na sále úplně sami a v klidu.“* Šárka absolvovala předporodní kurz a také i tomu byla v klidu. Věděla, co ji čeká, cítila, že má porodní procesy pod kontrolou. *„Každou fázi porodu jsem vnímala. Cítila jsem se připravená, tudíž klidná, že vše probíhá jak má.“* První okamžiky po porodu vnímá Šárka jako nádherné. *„Hned po porodu jsem ji měla na pokoji a od té doby ji mám u sebe vlastně neustále. Dodnes spíme spolu v jedné posteli, všichni tři. Naše Eluška má ráda tělesné teplo a dotyk aspoň mé ruky vyžaduje dodnes.“*

RADKA

- křestní jméno: **Radka**
- věk: **32**
- stav: **vdaná**
- porod
 - rok: **2007**
 - místo:
 - týden těhotenství: **38**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

I Radka měla pohodové těhotenství zakončené bezproblémovým porodem. I během jejího porodu byli na porodním sále zdravotníci, připraveni podporovat bonding. Na rozdíl od Šárky však vnímala některé úkony podporující navazování rané vazby mezi matkou a dítětem jako nepatřičné. *„Dítě mi přiložili k pohlazení, já řekla, že dobrý a ať jdou*

chudáčka zabalit do deky. Trvali na pohlazení, tedy pohládila jsem, ale nerada, přišlo mi to nepřírozené. Přírozenější bylo zabalit mimčo do tepla a dokončit porod placenty.“ Dále už si ale první chvílky s miminkem užívala naplno. „Elišku umyli, podepsali, zabalili, přiložili k prsu a nechali nás tam dlouho odpočívat. Čas nedokážu odhadnout. Potom jsme přešli na pokoj a dítě bylo stále u mě. Nejčastěji v posteli.“ Radka na porod vzpomíná moc ráda. „Myslela jsem si, že to bude horší, tedy byla jsem spokojena, že porod jde takto zvládnout.“ Radka měla strach, „že se při porodu hodně potrhá“ a tak se dožadovala nástřihu hráze, „lékaři nechťeli, ale cítila jsem, že je to správné. Bylo by nedošlo k takovému poranění. Hlavně jsem měla pocit, že je to – prostě přirozené.“ Radka se, jako mnoho jiných žen stala obětí mýtu, že preventivní nástřih hráze zabrání většímu poranění. Jak ale uvádí Wagner (1991) všechny výzkumy ukazují, že porovnáme-li epiziotomii¹¹ a rupturu¹², epiziotomie způsobuje silnější krvácení, je bolestivější, způsobuje deformity vagíny a dočasné i dlouhodobé problémy při sexuálním styku. Odborná literatura uvádí, že anální poranění málokdy vznikají jinak, než samovolným pokračováním nástřihu. Nástřih hráze ve svém doporučení 10 kroků k optimální porodní péči zapovídá Mezinárodní iniciativa za porodní péči pro matku a dítě (International MotherBaby Childbirth Initiative, 2008) i Světová zdravotnická organizace (WHO), která tento zákrok řadí mezi praktiky problematické (H.A.M., 2013). Radka nástřihem neprošla, ale spokojená nebyla. Všechno ostatní, včetně vztahu mezi ní a její dcerou ale vnímala velmi pozitivně.

KLÁRA

- křestní jméno: **Klára**
- věk: **37**
- stav: **vdaná**
- **porod**
 - rok: **2011**
 - místo: **porodnice Krnov**
 - týden těhotenství: **38**
 - způsob: **vaginální**

¹¹ Epiziotomie - chirurgické nastřížení hráze (perinea) při porodu (Velký lékařský slovník)

¹² ruptura – lat. roztržení, trhlina, prasknutí (Velký lékařský slovník)

- otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Ačkoliv Klára svým prvním těhotenstvím spadala do kategorie *starší rodička*, těhotenství a následně i porod probíhal zpočátku téměř bez komplikací. V průběhu porodu se ale zjistilo, že má miminko omotanou pupeční šňůru kolem krku a navíc došlo při porodu ke zlomení klíční kosti miminka. Přes tyto komplikace strávila novorozená Adélka prvních 20 minut společně se svými rodiči. *„Pak malou zabalili do osušky a odnesli si ji na vážení, měření a ošetření. Po ošetření mi ji hned donesli a zkoušeli jsme přisátí, ale moc se nám nedařilo, moc pěkně se o nás starali a snažili se, abychom mohli být s malou o samotě.“* Klára rodila v krnovské porodnici, která bonding od roku 2010 podporuje (Krnovská nemocnice, 2013) a je to znát. *„Byla jsem na nadstandardním pokoji, takže jsem měla malou pořád u sebe a nemohla jsem z ní pustit oči. Adélce jsou teď dva roky a náš vztah je velmi krásný!“*

ALENA

- o křestní jméno: **Alena**
- o věk: **37**
- o stav: **vdaná**
- o porod
 - rok: **2006**
 - místo:
 - týden těhotenství: **40**
 - způsob: **vaginální**
 - otec (či jiná osoba) u porodu: **otec**

Když jsem si s Alenou povídala o jejích pocitech a vzpomínkách spojených s porodem, musela jsem se usmívat. *„Měla jsem strašněj hlad a chuť na kávu a na čokoládu.“* To bylo první, co ji napadlo. *„Sestřička říkala, že nemůžu jíst, takže jsem na jídlo myslela skoro furt. Když jsem konečně začala rodit, tak už jsem hlady skoro omdlívala.“* Po těchto slovech už jsem se neusmívala. Někteří lékaři doporučují rodičkám, aby před porodem a v průběhu porodního procesu nekonzumovali jídlo ani pití jako prevenci vdechnutí jídla

během případné celkové anestezie. WHO ale „upozorňuje, že dehydratace a hladovění je pro ženu zdrojem značného nepohodlí a stresu a může nežádoucím způsobem ovlivnit průběh porodu. A považuje odpírání jídla a pití rodičkám za neopodstatněné a je zbytečnou a neúčelnou praxí“ (H.A.M). Alena rodila spontánně a přirozeně. „Hned po porodu jsem se synem nebyla moc dlouho, asi 5 minut. Potom ho šli umýt, vážit, měřit a potom ho dali pochovat otci, ten ho držel asi hodinu, mezitím mě zašívali. Po zašití jsem se osprchovala a najedla, Vilík ležel vedle v postýlce, která stála vedle mé postele a spal. Jen jsem se na něj dívala a držela ho za ručičku“.

9.2. Podpora bondingu v deseti krocích

Osobně mě velmi zajímalo, jak probíhá podpora bondingu v jednotlivých porodnicích a jestli vůbec nějaká maminka po nefyziologickém porodu byla zdravotníky v bondingu podporována. Podporu bondingu jsem zjišťovala prostým výčtem.

Kolik maminek zažilo:

- položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu - **3**
- podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin - **4**
- otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky - **0**
- matka a dítě jsou v kontaktu "skin to skin", kůže na kůži - **3**
- umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí - **4**
- pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti - **8**
- zajištění pohodlné polohy pro matku - **5**
- zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků - **5**
- jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte provést na těle matky - **0**
- eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu – **0**

Porodnice se nejvíce vyhýbají úkonům, které probíhají na těle matky, jako je otření dítěte na těle a provedení veškerých vyšetření a ošetření na jejím těle. Při těchto ošetřeních nemá v běžné praxi dítě ani pod vizuální kontrolou.

Dále se zdravotníkům nechce do konfrontace s rodiči, kteří mnohdy už na porodním sále koukají na display mobilního telefonu, místo toho aby koukali do očí svého miminka.

Respondentky rodily v porodnici ve čtyřech různých porodnicích: Krnov, Vsetín, Opava a ve Fakultní nemocnici v Ostravě.

Kolik porodnic podporuje:

- položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu – **2**
- podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin – **2**
- otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky - **0**
- matka a dítě jsou v kontaktu "skin to skin", kůže na kůži – **3**
- umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí – **4**
- pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti - **4**
- zajištění pohodlné polohy pro matku - **3**
- zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků - **3**
- jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte provést na těle matky - **0**
- eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu – **0**

Kolik maminek zažilo podporu bondingu:

1. skupina		2. skupina	
Helena	1 krok z 10	Eva I.	7 kroků z 10
Monika	2 kroky z 10	Eva II.	6 kroků z 10
Nikol	1 krok z 10	Lucie	7 kroků z 10
Lada	5 kroků z 10	Kateřina	7 kroků z 10

Kolik porodnic podporuje bonding

Krnov	7 kroků z 10
Opava	7 kroků z 10
Vsetín	5 kroků z 10
Ostrava	2 kroky z 10

Uvědomuji si, že tato čísla jsou ovlivněna tím, že tato čísla jsou ovlivněna tím, že všechny ženy, které rodily v Ostravě rodily nefyziologicky a z toho dvě po celkovou anestezii a všechny děti, které se respondentkám narodily, byly po porodu umístěny do inkubátoru. Přesto si myslím, že i v těch případech byla větší podpora bondingu možná.

9.3. Faktory ovlivňující utváření vazby

Na základě rozboru získaných dat jsem zjistila, že utváření rané vazby mezi matkou a dítětem ovlivňuje 4 faktory. Z odpovědí respondentek jsem tedy vytvořila 4 trsy.

Fyzický stav dítěte po porodu

Určitě nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje vytváření vazby mezi matkou a jejím dítětem je jejich fyzický stav. Úplně nejdůležitější je pak stav dítěte. Mnohem hůře na tom v tomto případě byly matky po nefyziologickém porodu. Matky po fyziologickém porodu, odpovídaly většinou na otázku: **Jaký byl zdravotní stav Vašeho dítěte?**, jednoslovně či krátkou větou: *Dobry. Bez komplikací. Stav nás obou byl báječný.* Jedinou výjimku tvořila Lucie: *Dcera měla kolem krku pupeční šňůru, takže trochu byla namodralá a ještě měla zlomenou klíční kost.* Ale i ona se o této komplikaci zmínila jen okrajově a už se k ní nevracela. Při povídání s ženami po porodu nefyziologickém se otázka fyzického stavu jejich dítěte prolínala zcela přirozeně celým rozhovorem. *Pohled na nedonošené dítě byl pro mne stresující. Vypadla neskutečně malinká, při dýchání se jí propadal hrudník a bylo vidět bušící srdíčko jen přes kůži. Byla strašně maličká. Lékaři říkali: stav je kritický, nevíme, jak to bude za pár hodin. Hned po porodu ji odvezli, nemohla dýchat sama. Byl dlouho v inkubátoru. Všude byly samé hadičky. Bála jsem se, že umře. Měla jsem o ni strašnej strach.*

Psychický stav matky před porodem a po porodu

Zdravotní komplikace v těhotenství mají samozřejmě zásadní dopad na psychický stav rodičky, zvláště pak když tráví týdny a měsíce před porodem v nemocnici, sama prakticky izolovaná od svých blízkých. Proto i tady byly odpovědi maminek na otázku: **Jaké byly vaše pocity před porodem?** diametrálně odlišné. Ženy po nefyziologickém porodu cítily: *Šílený strach. Strašný, nepopsatelný - aby bylo mimino v pořádku. Strach o dítě. Byla jsem vyděšená, měla jsem obavy, neskutečný strach, zda bude dítě v pořádku.* I některé ženy po porodu fyziologickém popisovaly, že se u nich objevovaly: *Obavy, nejistota*, ale ne tak často a tak intenzitě. Převažovaly však emoce zcela odlišné. *Radost, že už nebudu mít velké břicho, zvědavost, co se narodí. Hlavně zvědavost jestli budeme mít kluka nebo holčičku, nenechali jsme si to říct.* **Po porodu** u matek po fyziologickém porodu

dominovaly jednoznačně pozitivní emoce. *Strašně velká úleva, že už je malá konečně na světě. Únava, štěstí, euforie, šok, dojetí, hrdost. Pocity radostné, šťastné. Úleva, radost, pocit euforie a obrovského štěstí. Slzy štěstí.* Po nefyziologickém porodu se většině maminek strach, který prožívaly před porodem, ještě znásobil, získal konkrétní podobu. Tři ze čtyř dětí strávily od dvou do šesti týdnů v inkubátoru. Dvě děti bojovaly o život. U jednoho z nich lékař prohlásil, že má 40% na přežití. *Co chvilku, jsem se ptala, kolik je hodin, chtěla jsem vědět, jak je dítěti, vidět ho. Neustále jsem si hladila břicho s pocitem, že je to jen sen, že dítě stále nosím. Bezprostředně po porodu únava, po návratu na pokoj neustálý strach o dítě. Žádná vlna štěstí ani nic podobného. Ty první dny byly jakoby prázdné. Asi neoptimističtěji na mě působila odpověď: Když jsem malého uslyšela plakat, tak jsem se uklidnila – věděla jsem, že žije, to mi v tu chvíli stačilo.*

Chování zdravotnického personálu

Porod je pro každou ženu extrémně citlivým a náročným procesem. I za situací, že vše probíhá v pořádku, bez patologie, potřebuje cítit podporu a úctu zdravotnického personálu. V případě jakýchkoliv těžkostí, které se před porodem, či během porodu objeví, to platí mnohonásobně víc. V otázce hodnocení **přístupu zdravotníků** byly obě skupiny matek vzácně jednotní. *Velice dobře se starali a snažili se, abychom mohli být s malou o samotě. Velmi vstřícné prostředí. Zdravotnický personál přispěl k vytvoření vazby jednoznačně pozitivně. Sestry se o nás pěkně staraly, vystlaly polštářema, tak, abychom mimino i já měly pohodlí. Všichni byli profesionální a příjemní.*

Kojení

Jedním z nejvýznamnějších činitelů navazování emoční vazby mezi matkou a dítětem je kojení. Umožňuje pravidelný intimní tělesný kontakt, vnímání vzájemné vůně a tepla a uvolňování oxytocinu - hormonu lásky. Proto mě **kojení**, jeho podpora a délka velmi zajímala. Ani maminky po fyziologickém porodu neměly kojení zcela bezproblémové. *Poprvé mi přiložili miminko k prsu hned po narození. Kojení v porodnici podporovali, učili nás to. Kojila jsem 4. měsíce, protože potom jsem dostala salmonelózu, musela jsem do nemocnice a bylo po kojení.*

S kojením jsme měli docela boj. Když se malá narodila a byla přidušená, tak hned po ošetření mi ji přiložili k prsu, ale moc se nepřisála. V porodnici mi ji pak nosili ke kojení, ale málo se přisála, tím pádem málo přibírala. Musela jsem malou krmit přes hadičku, přes klobouček a nakonec už to šlo i bez něj. Malá byla kojena do 4 měsíců.

V porodnici nám sestřička pěkně pomáhala, ale malá vůbec nepřibírala. Doma jsem ji kojila nejdřív svým mlíkem a pak jsem ji přes stříkačku a hadičku, kterou jsem přiložila na svůj prs, abych podpořila její saní a u mě tvoření mlíčka, kojila mlíkem jiné maminky. Vydrželi jsme to 4 měsíce. Malá pak už ale vůbec nepřibývala, tak jsme museli přejít na Nutrilon.

Překvapilo mě, že pouze jedna maminka neměla s kojením ani nejmenší problém. Od prvního přiložení na sále kojila dceru celkem 25 měsíců.

Maminky po porodech nefyziologický, a to mě taky překvapilo, mají statistiku podobnou. Všechny krmily své dítě mateřským mlékem minimálně 4 měsíce. Dvě z nich museli svým dětem mlíčko celé ty měsíce odsávat, protože neměly sílu sát. Jedna kojila 2 roky a jedna svou tříměsíční dceru stále kojí.

9.4. K výzkumným otázkám

Má podpora bondingu vliv na následný vztah matka – dítě?

Na tuto výzkumnou otázku je možné odpovědět kladně. V rámci výzkumného šetření byly zaznamenány výrazné rozdíly v prožívání a hodnocení porodu ženami v souvislosti s tím, zda –li jim byl či nebyl, v okamžicích následujících těsně po porodu, umožněn fyzický a vizuální kontakt s jejich dítětem, a to nejlépe kontakt kůže na kůži a po dobu ne kratší než 20 minut. Všechny děti, které se narodily respondentkám, byly chtěné a toužebně očekávané. Maminky si s dětmi budovaly vazbu již během těhotenství. Bylo – li však utváření vazby porodem přerušeno, trpí matky pocitem ztráty mateřských kompetencí, pocitem prázdnoty.

Které další faktory ovlivňují utváření vazby?

Utváření rané vazby ovlivňuje spousta dalších faktorů. Dle našich zjištění je to především fyzický stav dítěte po porodu a psychický stav matky.

Pomáhá podpora bondingu matce a dítěti po nefyziologickém porodu léčit emoční a fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu?

Vzhledem ke zjištěním, které jsem prezentovala v první otázce, jsem přesvědčena, že poporu bondigu potřebují **především** matky po nefyziologickém porodu. Ani jedna z maminek po nefyziologickém porodu neměla v prvních okamžicích po porodu tělesný ani vizuální kontakt se svým dítětem. Žádné z maminek nedonošeného dítěte nebylo

umožněno klokánkování, veškerý kontakt s dítětem byl v prvních týdnech omezen na nefyzický kontakt třikrát denně. Všechny maminky tuto skutečnost považují za zásadní v utváření vztahu ke svému dítěti.

Daří se porodnicím podporovat bonding po nefyziologickém porodu?

Nefyziologicky rodily čtyři respondentky. Porod tří žen probíhal ve Fakultní nemocnici v Ostravě a jeden v nemocnici ve Vsetíně. V ostravské porodnici měly maminky, pokud nebyly po CA, krátce po porodu umožněn pouze velmi krátký vizuální kontakt s dítětem. Fyzický kontakt jim nebyl ani nabídnut a mnohdy ani umožněn. Výhody klokánkování jim nikdo nevysvětlil ani neumožnil. Ve vsetínské nemocnici umožňovaly mamince kontakt v pravidelných intervalech na kojení, vždy na půl hodiny. Tato situace je způsobena především zažitými rutinními přístupy, jejichž změna je velmi náročná.

Ovlivňuje podpora bondingu vliv na pocity rodičky týkající se porodu?

Maminky, které zažily intenzivní tělesný kontakt kůže na kůži v prvních okamžicích po porodu, popisují tento okamžik jako nádherný, krásný, jedinečný. Všechny shodně po této zkušenosti hodnotí porod jako jedinečný zážitek, na který velmi rády vzpomínají a který by si rády zopakovaly. Naopak maminky bez tělesného kontaktu hodnotí porod jako zážitek, který by nerady opakovaly a na který by raději zapomněly.

Liší se prožívání a hodnocení porodu žen, které během porodu podporoval partner a od pocitů těch, které rodily bez něj?

Během výzkumu jsem nezaznamenala výraznější odchylky ve vnímání porodu ve výpovědích žen, u kterých byl během porodního procesu přítomen otec dítěte od těch, které rodily bez partnera.

Má první přisátí do 30 min po porodu vliv na délku kojení?

Všechny maminky krmily své děti minimálně do čtvrtého měsíce věku dítěte bez ohledu na to, kdy byly jejich děti k prsu poprvé přiloženy. Vliv prvního přiložení se mi tedy vzhledem rozsáhlosti a rozmanitosti výzkumného vzorku potvrdit nepodařilo.

10. Diskuze

V našem výzkumu jsme hledali odpověď na otázku, zda podpora navazování rané vazby mezi matkou a dítětem ovlivňuje následný vývoj této vazby. Snažili jsme se zjistit, se kterým z kroků podpory bondingu se setkají maminky nejčastěji a vytipovat, které další faktory ovlivňují vytváření rané vazby. Výzkumné otázky směřovaly jednak k prožívání porodu, pocitům před po a během porodu a dále k roli zdravotního personálu na vnímání porodu. Zajímalo nás, jak první okamžiky po porodu ovlivňují následné kojení. Naším dalším úkolem bylo porovnat vnímání porodu a navazování vazby ve skupinách žen po porodu fyziologickém a nefyziologickém porodu.

Ačkoliv nám výsledky výzkumu částečně zkresloval fakt, že ani jedna maminka neprošla všemi deseti kroky podpory bondingu, ukázalo se, že ženy, kterým bylo dítě přiloženo hned po porodu na nahé tělo a měly možnost prožívat s ním první společné nerušené okamžiky, jsou ve vztahu ke svému dítěti méně úzkostné a jejich vzpomínky na porod jsou radostné a příjemné.

Naše poznatky mohlo však do značné míry ovlivnit to, že děti žen, které neměly možnost vytvářet ranou vazbu v okamžicích následujících okamžitě po porodu, měly vážné zdravotní problémy. Tento fakt mohl do značné míry jejich vztah ovlivnit. Jsem však přesvědčena, že podpora navazování rané vazby by dopad na psychiku matky i dítěte, po komplikovaném vstupu na svět, zmírnila.

Zjistili jsme tedy, že dalším faktorem, který má vliv na utváření rané vazby matky a dítěte, je fyzický stav dítěte.

Dalším faktorem ovlivňujícím rodící se mateřský vztah je psychický stav matky před porodem a po něm. Žádná z respondentek neměla obavy z porodních procesů a bolestí tak veliký, aby jim způsoboval problémy psychického rázu. U většiny se ale objevovaly obavy o život a zdraví dítěte. Tyto obavy měly u různých matek různou intenzitu. U maminek, u nichž byl indikován nefyziologický porod a rodily pod CA, vyvolávají vzpomínky na porod dodnes pláč a obě ohodnotily svůj vztah k dítěti v určité fázi jako problematický. Obě tyto maminky měly první fyzický kontakt s dítětem díky anestezii až hodinu resp. dvě hodiny po porodu a ani jedna na toto první setkání nevzpomíná moc ráda. U maminek po fyziologickém porodu je vnímání porodu spojeno s euforií, radostí, úlevou u maminek po nefyziologickém porodu převládá jednoznačně strach a pocit prázdnoty. Zásadní roli v porodním procesu a jeho prožívání mají zdravotníci.

Utváření mateřské vazby je dlouhodobý proces a je – li znesnadněno navazování rané vazby v okamžicích bezprostředně po porodu, je mnoho způsobů, jimiž můžeme utváření vazby podpořit následně. Jedním z nejdůležitějších je **kojení**. Matka, která dlouhodobě kojí své dítě, získává své kompetence zpět pod kontrolu, má pravidelný intenzivní tělesný kontakt se svým dítětem, během kojení se uvolňuje „hormon lásky“... Kojení navíc zvýrazňuje jedinečnost matky. Po nefyziologickém porodu kojila dlouhodobě pouze jedna z našich respondentek, dvě předávaly své mateřské mléko svým dětem alespoň prostřednictvím zdravotnického personálu, což ale psychickou újmu způsobenou následky nefyziologického porodu zmírní jen částečně.

Na rozdíl od výzkumů Michaely Mrowetz (2012), která uvádí, že podle jejího výzkumu a pozorování pouze asi třetina rodiček a jejich dětí v České republice zažije alespoň částečnou podporu bondingu ze strany zdravotníků, můj výzkum ukazuje, že částečný bonding zažily všechny ženy po fyziologickém porodu a čtvrtina žen po porodu nefyziologickém, tedy téměř tři čtvrtiny všech žen. Tyto optimistické výsledky ale mohou být způsobeny mým mírným hodnocením. Do svých výsledků jsem započítala byť jen sebemenší náznak podpory.

11. Závěry

Cílem výzkumu bylo zjistit rozdíly v utváření rané vazby podle způsobu, jakým byl jejich porod veden (fyziologický, nefyziologický porod), vytipovat, které další faktory v průběhu porodu ovlivňují rané utváření vazby.

Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo celkem osm žen. Respondentky byly rozděleny do tří dvou po čtyřech účastnicích, podle způsobu jejich porodu. Metodou použitou k zodpovězení výzkumných otázek byl strukturovaný a polostrukturovaný rozhovor

Na základě získaných dat jsem dospěla k těmto zjištěním:

- Budování vazby matka – dítě probíhá již během těhotenství. Tato vazba byla ale u první skupiny žen narušena komplikacemi v závěru těhotenství a v období porodu. Vzhledem k tomu, že ze strany zdravotnického personálu nebyly učiněny téměř žádné kroky k **podpoře bondingu**, měly ženy intenzivní pocit ztráty kontroly nad situací a mateřských kompetencí. Že se staly matkami, začínají vnímat až několik

dní po porodu. Dvě z žen hodnotí i dnes vazbu s dítětem jako úzkostnou. Na rozdíl od nich ženy po porodu fyziologickém vnímaly utváření vazby velmi pozitivně a intenzivně. Tyto pocity byly umocněny tělesným a vizuálním kontaktem v průběhu prvních okamžiků po porodu.

- Pocit ztráty mateřských kompetencí a s tím spojené bezproblémové **utváření rané vazby** ovlivňuje navíc fyzický stav dítěte po porodu a psychický stav maminky před porodem a po něm. Obě maminky, které vykazují ve vztahu k dítěti největší nejistotu, měly problémy s otěhotněním a průběh těhotenství byl ovlivněn strachem z předčasného ukončení těhotenství, obě rodily sekci pod CA a fyzický kontakt s dítětem jim byl umožněn až několik hodin resp. týdnů po porodu.
- Na otázku, zda pomáhá **podpora bondingu** matce a dítěti **po nefyziologickém porodu** léčit emoční a fyzická zranění vzniklá v důsledku porodu nelze na základě našeho výzkumu jednoznačně odpovědět.
- **Nefyziologické porody** našich respondentek probíhaly v ostravské resp. vsetínské porodnici. Všechny ženy byly od svých dětí ihned po porodu na desítky minut odloučeny. Fyzický i vizuální kontakt s jejich dětmi byl minimální.
- Další otázka, která nás zajímala, zněla, může-li mít, **podpora bondingu vliv na pocity rodičky týkající se porodu**. Maminky, které zažily intenzivní tělesný kontakt kůže na kůži v prvních okamžicích po porodu, hodnotí porod jako jedinečný zážitek, na který velmi rády vzpomínají a který by si rády zopakovaly. Naopak maminky bez tělesného kontaktu hodnotí porod jako zážitek, který by nerady opakovaly a na který by raději zapomněly.
- Šest žen z osmi respondentek **podporoval během porodu otec dítěte**. Ženy vnímaly tuto okolnost jako velmi příjemnou. Užívali si mimo radosti z miminka i pocit sounáležitosti a radost z utváření nové rodiny. Výraznější změny ve vnímání porodu jsem ale nezaznamenala.

- Všechny respondentky uvedly, že byly podporovány v kojení od prvního možného okamžiku, jakmile bylo dítě připraveno a umožňoval to jeho zdravotní stav, tj. děti bez zdravotních komplikací do půl hodiny po porodu, děti nedonošené v prvních týdnech po porodu. Vliv prvního přiložení na délku kojení nelze tedy na základě našeho výzkumu prokázat.

Souhrn

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku vlivu podpory bondingu na vztah matka-dítě.

Teoretická část pojednává o utváření mateřské vazby, o psychologických aspektech průběhu porodu, o rozdílech ve vnímání porodu fyziologického a nefyziologického. Pojednáno je zde o těhotenství, o rodičovské roli a přípravě na tuto náročnou životní a sociální situaci, předporodní přípravě, o porodu, bondingu, separační úzkosti. Věnovala jsem se problematice negativních psychologických jevů souvisejících s porodem jako jsou poporodní deprese, poporodní psychóza a posttraumatický stresový syndrom.

Teoretická část je rozdělena na čtyři hlavní kapitoly: mateřství, těhotenství, porod a vazba matka – dítě.

První kapitola „*Mateřství*“ je věnována především přirozenému údělu ženy a jejímu rozhodnutí naplnit či nenaplnit tento úděl.

Přirozeným pokračováním kladného rozhodnutí je druhá kapitola „*Těhotenství*“, která se zabývá především změnami, které s sebou těhotenství přináší. Jsou to změny v několika oblastech. Já jsem se zabývala změnami fyzickými, tj. změnami hormonálními, rostoucímu bříšku, ranními nevolnostmi aj., dále psychickými, které s fyzickými úzce souvisí, jako jsou obavy ze ztráty atraktivity, ztráta sexuálního apetitu, ale také obavy z nové role či porodních bolestí, a nakonec změnami sociálními. Nástup na mateřskou resp. rodičovskou dovolenou je často spojeny se zhoršením finanční situace rodiny, obavy ze ztráty zaměstnání, změna sociálního statusu.

Další kapitola je zaměřena na „*Porod*“. Především na současný trend, zvyšující se počty císařských porodů v souvislosti s lékařsky mnohdy neindikovanými, ale přesto prováděnými operačními porody, jako prevencí proti porodním bolestem. Dále pak na předporodní přípravu, předporodní kurzy a porodní plán. A nakonec na psychické problémy jako následek hormonální změn po porodu či stresu v průběhu porodního procesu.

Poslední, nejdůležitější kapitola teoretické části má název „*Vazba matka - dítě*“ a je věnována mateřské vazbě, vazebnému chování, separační úzkosti, navazování rané vazby a podpoře bondingu.

Výzkum prezentovaný v praktické části má ráz kvalitativního výzkumu, založeného na případových studiích osmi žen ve dvou skupinách (po porodu fyziologické a

nefyziologickém). Jako základní metoda sběru dat byl použit strukturovaný a polostrukturovaný rozhovor. Otázky směřovaly jednak k prožívání a hodnocení porodu ženami, zaměřila jsem se na rozdíly ve vnímání porodu ženami po fyziologickém a nefyziologickém porodu a na podporu bondingu v kontextu různých průběhů porodů.

Cílem studie bylo zjistit rozdíly v prožívání porodu ženami podle průběhu porodu, vytipovat, které další faktory, které mají vliv na utváření rané mateřské vazby. Analýzou dat bylo zjištěno, že nejlépe vnímají svůj vztah s dítětem matky po fyziologickém porodu, jejichž dítě bylo po porodu bez zdravotních komplikací a zažily v prvních okamžicích tělesný kontakt. Nejhůř naopak vnímají porod i vztah s dítětem matky po nefyziologickém porodu, které rodily sekci při celkové anestezii.

Základními východisky mé diplomové práce byla výzkumy a práce Johny Bowlbyho, Johny Kennela a Marshalla Klause a z výzkumů a pozorování Michaly Mrowetz.

Bibliografie

1. (2013). Načteno z <http://www.szzkrnov.cz>
2. Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Vaters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
3. Balint, M. (2000). *The Doctor, His Patient And The Illness*. London: Churchill Livingstone.
4. Benešová, J. (12. Srpen 2009). *Zůstanu bezdětná. Protože to chci*. Získáno 27. Prosinec 2012, z Maminka: <http://www.maminka.cz>
5. Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. Získáno 13. Leden 2013, z <http://whqlibdoc.who.int>
6. Bowlby, J. (2012). *Odloučení*. Praha: Portál, s.r.o.
7. Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál, s.r.o.
8. Branald, A. (1988). *Vizita*. Praha: Melantrich.
9. Brenišin, P. (16. Listopad 2010). *Vady dělohy*. Získáno 17. Březen 2013, z Máma a já: <http://www.mamaaja.cz>
10. Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Vorontsov, I., a další. (8. Květen 2007). *Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg*. Získáno 2013, z International breastfeeding journal: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com>
11. Cakirpaloglu, P. (2012). Vývoj osobnosti. V P. Cakirpaloglu, *Úvod do psychologie osobnosti* (stránky 52-63). Praha: Grada Publishing a.s.
12. Calda, P. (29. Červenec 2010). Porodník Pavel Calda: Císařský řez na přání je věc diskutabilní. (P. Hátlová, Tazatel)
13. cs.wikipedia. (28. Prosinec 2012). *Intubace*. Získáno 2013, z cs.wikipedia: <http://cs.wikipedia.org>
14. ČR, Ú. (2012). *Rodička a novorozenec*. Získáno 25. Únor 2013, z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <http://www.uzis.cz>
15. Čurdová, J. (14. Březen 2013). *FOTOpříběh - Podpora rané vazby mezi matkou a dítětem v Krnově u CS*. Získáno Březen 2013, z Centrum aktivního mateřství: <http://dulyservis.webnode.cz>
16. Foellbach, H. (Listopad 2010). *Frühe Stimulation der kindlichen Bindung in der Geburtsklinik/Early promotion of infant bonding in the maternity clinic*.

Kinderkrankenschwester: Organ der Sektion Kinderkrankenpflege / Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde, str. 470.

17. Freud, S. (1989). *An outline of psycho-analysis*. New York · London: W.W.Norton & Company, Inc.
18. H.A.M. (nedatováno). *Porod*. Získáno 13. Leden 2013, z Hnutí za aktivní mateřství (H.A.M.): <http://iham.cz>
19. Hašková, H. (12. Srpen 2001). *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví*. Získáno 7. Leden 2010, z Sociologický ústav Akademie věd České republiky: <http://www.soc.cas.cz>
20. Hellmers, C. (23. Prosinec 2009). *Porträt: Die erste Professorin für Geburten*. Získáno Leden 2013, z Newsline Westdeutsche Zeitung: <http://www.wz-newsline.de>
21. Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing a.s.
22. Chrastilová, G. (3. 18 2013). *Koupání novorozence po porodu: Potřebná rutina, nebo škodlivá praktika?* Získáno 3. 18 2013, z Babyweb: <http://www.babyweb.cz>
23. Chrastilová, G., & Mrowetz, M. (19. Listopad 2012). *Podpora rané vazby po porodu císařským řezem*. Získáno 8. Březen 2013, z Babyweb: <http://www.babyweb.cz>
24. in Petrášová, L., & Bartáková, T. (3. Srpen 2009). *Osm procent žen nechce být matkou. Ubývá i těch, které plánují druhé dítě*. Získáno 27. Prosinec 2012, z i DNES/ Zprávy: <http://zpravy.idnes.cz>
25. International MotherBaby Childbirth Initiative, I. (Září 2008). *10 kroků k optimální porodní péči*. Získáno 15. Březen 2013, z International MotherBaby Childbirth Initiative: <http://www.imbci.org/>
26. Jedličková, M. (2. 28 2008). *Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického*. *Praktická gynekologie*, stránky 87-90.
27. *Kdo je dula?* (2013). Získáno 13. Únor 2013, z Česká asociace dul: <http://www.duly.eu/>
28. Klaus, H. M., Kennell, H. J., & Klaus, H. P. (1995). *Bonding: building the foundations of secure attachment and independence*. Boston, Massachusetts: Addison-Wesley Pub. Co.
29. Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1998). *Bonding: recent observations that alter perinatal care*. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics*, stránky 4-12.
30. Klaus, M. H., Jerauld, R., Krege, N. C., McAlpine, W., Steffa, M., & Kennell, J. H. (2. Březen 1972). *Maternal Attachment — Importance of the First Post-Partum Days*. Získáno 2013, z The New England Journal of Medicine: <http://www.nejm.org>
31. Klaus, M., & Kennell, J. (1971). *Maternal-infant Bonding*. St. Louis: CV. Mosby, Inc.

32. Kossobudzka, M. (2. Prosinec 2008). *Cesarka zwiększa ryzyko astmy*. Získáno Únor 2013, z Gazeta Wyborcza: <http://wyborcza.pl>
33. Košťál, M. (7. Únor 2012). Gynekolog: Porod císařským řezem je jako střední škola bez maturity. (D. Půlpán, Tazatel)
34. Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
35. Leboyer, F. (1995). *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.
36. Líbalová, Z. (2010). Sexualita v těhotenství a v laktaci. V P. Weiss, *Sexuologie* (stránky 295-304). Praha: Grada Publishing, a.s.
37. Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized / disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behaviour. V T. B. Brazelton, & M. W. Yogman, *Affective Development in Infancy* (stránky 95-124). New York: Ablex Publishing Corporation .
38. Matějček, Z. (2004). *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada Publishing, a.s.
39. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. (7. Leden 2013). Získáno 18. Březen 2013, z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <http://www.uzis.cz>
40. *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10.revize*. (7. Leden 2013). Získáno 19. Březen 2013, z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: <http://www.uzis.cz>
41. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
42. Mrowetz, M. (2011). Bonding? Bonding! (Z. Těšínská, Tazatel)
43. Mrowetz, M. (21. Srpen 2011). Polidštili jsme opici - a co porodnictví?
44. Mrowetz, M. (27. Leden 2010). Stresová porucha jako následek porodu. *Betyнка* .
45. Mrowetz, M., Chrastilová, G., & Antalová, I. (2011). *Bonding - porodní radost*. Praha: DharmaGaia.
46. *Oddělení neonatologie*. (2009). Získáno 2013, z Fakultní nemocnice Ostrava: <http://www.fno.cz>
47. Odent, M. (2003). *Matka Země*. Praha: Rodiče s.r.o.
48. Pařízek, A. (2009). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén.
49. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. London: Sage Publications Ltd.
50. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.

51. Roztočil, A., & kolektiv, a. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
52. Slaměník, I. (2011). *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing a.s.
53. Slezáková, L., & kolektiv. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
54. slovník, V. I. (nedatováno). Získáno 17. Březen 2013, z Velký lékařský slovník:
<http://lekarske.slovníky.cz>
55. Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, I. A., & Waters, E. (prosinec 1979). Individual Differences in Infant-Mother Attachment at Twelve and Eighteen Months: Stability and Change in Families under Stress . *Child Development* , stránky 971-975 .
56. Wagner, M. (5. Červen 1991). *Episiotomy: a form of genital mutilation*. Získáno 18. Březen 2013, z The Lancet: <http://www.thelancet.com>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Schéma strukturovaného a polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 4: Rozhovor s Annou (1. skupina)

Příloha č. 5: Rozhovor s Šárkou (2. skupina)

Příloha č. 6: 10 kroků k optimální porodní péči

Příloha č. 7: 10 kroků k úspěšnému kojení

Příloha č. 8: Péče v průběhu normálního porodu – praktická příručka WHO

PŘÍLOHA Č. 1

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. ZÁTOPKOVÁ Lada	Slezský Kočov 114, Moravskoslezský Kočov	I10291

TÉMA ČESKY:

Vazba matka-dítě

NÁZEV ANGLICKY:

Mother-child bond

VEDOUcí PRÁCE:

Prof. PhDr. Alena Plháková, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium relevantní české a zahraniční literatury zabývající se vztahem mezi matkou a dítětem
2. Zpracování teoretické části, zaměřené na problematiku vytváření raného vztahu mezi matkou a dítětem po nefyziologickém porodu
3. Příprava kvalitativního a kvantitativního výzkumu
4. Realizace výzkumu se 4 ženami po nefyziologickém porodu a se stejným počtem žen po přirozeném porodu, výzkumná metoda: polostrukturovaný rozhovor, dotazník
5. Evaluační rozbor výsledků a jejich interpretace
6. Zpracování závěru a souhrnu

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Mrowetz, M., Antalová I., Chrástilová, G. (2011). Bonding - porodní radost. Praha. DharmaGaia.
Bowlby, J. (2010). Vazba. Praha. Portál.
Matějček, Z., Langmeier, J. (1986) Počátky našeho duševního života. Praha. Panorama
Klaus, M., Kennell, J. (1996). Bonding: building the foundations of secure attachment and independence. Boston, Massachusetts. Addison-Wesley Pub. Co.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

PŘÍLOHA Č. 2

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vazba matka - dítě

Autor práce: Bc. Lada Zátopková

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Alena Plháková, Csc

Počet stran a znaků: 51 / 91 834

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 56

Abstrakt: Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku vlivu podpory bondingu na vztah matka-dítě. Teoretická část pojednává o utváření mateřské vazby, o psychologických aspektech průběhu porodu, o rozdílech ve vnímání porodu fyziologického a nefyziologického. Pojednáno je zde o bondingu, o sexualitě v souvislosti s těhotenstvím, o předporodní přípravě, o rodičovské roli a přípravě na tuto náročnou životní a sociální situaci o porodu. Rozebrána je problematika negativních psychologických jevů souvisejících s porodem (poporodní deprese, poporodní psychóza a posttraumatický stresový syndrom). Studie prezentovaná v praktické části má ráz kvalitativního výzkumu, založeného na případových studiích osmi žen. Jako základní metoda sběru dat byl použit strukturovaný a polostrukturovaný rozhovor. Cílem studie bylo zjistit rozdíly v prožívání porodu ženami podle průběhu porodu, vytipovat další faktory, které mají vliv na utváření rané mateřské vazby. Analýzou dat bylo zjištěno, že nejlépe vnímají svůj vztah s dítětem matky po fyziologickém porodu, jejichž dítě bylo po porodu bez zdravotních komplikací a zažily v prvních okamžicích tělesný kontakt. Nejhůř naopak vnímají porod i vztah s dítětem matky po nefyziologickém porodu, které rodily sekci při celkové anestezii.

Klíčová slova: Vazba, bonding, porod, císařský řez, vaginální porod, žena, novorozenec, vnímání porodu, mateřské kompetence, porodní bolesti, životní změna

ABSTRACT OF THESIS

Title: Mother – child bond

Author: Bc. Lada Zátopková

Supervisor: Prof. PhDr. Alena Plháčková, Csc

Numberofpages and characters: 51 / 91 834

Numberofappendices: 8

Numberofreferences: 56

Abstract: This work deals with problem of bonding in mother-infant relation. Theoretic part cover the formation of mother's bonding, psychological aspects during the birth, and differences between the perceptions of physiological and non physiological birth. This work deals with bonding, sexuality in connection with pregnancy, prenatal preparation, parents' role and preparation to difficult personal and social situation connected to giving birth. Furthermore this work examines negatives of psychological aspects related to birth (post-natal depression, post-natal psychosis and post traumatic stress syndrome). The case of study, which is presented in the practical part of this work, is based on qualitative research of eight women. Structured and semi-structured interviews were used for collecting data. The objective was to discover the differences between woman's birth experiences according to the development of birth, and search for other factors which influence the formation of early mother bonding. Once the collected data were analysed, it was discovered that the best relation is established between mother and child if the physiological birth has no health complications and the child is in close physical contact with mother immediately after the birth. Contrary, the birth itself as well as the relationship with newborn, is perceived by the worst means after non physiological birth which has been delivered under general anaesthesia.

Key words: relation, bonding, birth, caesarean section, vaginal childbirth, woman, newborn, birth perception, mother authority, birth pain, live change

PŘÍLOHA Č. 3

Schéma rozhovoru k bakalářské práci na téma *Vazba matka - dítě*

- **Údaje o participantovi a jeho rodinném zázemí**

- křestní jméno:
- věk:
- stav:
- porod v roce:

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- **Údaje týkající se porodu**

- Kde proběhl porod?
- Ve kterém měsíci (týdnu) těhotenství jste rodila?
- Jaký byl stav dítěte a matky po porodu?
- Byl u porodu přítomen otec či jiná osoba?
- Podporoval zdravotnický personál vytváření vazby mezi vámi a novorozeným dítětem? **Rozved'te prosím s pomocí následujících bodů:**

- *položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekcí k tváři maminky)*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin*

Ano – Ne, jak dlouhá byla doba nepřerušovaného kontaktu

- *měl otec možnost být v tělesném kontaktu s dítětem?*

Ano – Ne, jak byl kontakt dlouhý

- *otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek, aniž by se maminka ihned musela osprchovat*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *matka a dítě jsou v kontaktu kůže na kůži*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (pokud musí být dítě v*

inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech)

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *pomoc s přisátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky)*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte /sejmutí skore Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální) nebo mimo (byť jen vizuální) kontakt s matkou*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *V průběhu porodu a krátce po něm byla zapojena technika (videokamera, mobilní telefon, fotoaparát)*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

- *Kdy jste začala přijímat a odesílat první SMS zprávy?*

- *Bylo dítě v inkubátoru?*

- *Měla jste možnost klokánkování, t.j. zahřátí nedonošeného dítěte na svém vlastním těle?*

Ano – Ne (rozved'te případně podrobněji)

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- *Jak vypadaly v této době kontakty mezi vámi a dítětem?*
- *Jaké byly vaše pocity před porodem?*
- *Jaké byly vaše pocity během porodu?*
- *Jaké byly vaše pocity po porodu?*
- *A jaké jsou dnes?*
- *Jak byste celkově zhodnotila vytváření vazby mezi vámi a dítětem?*
- *Jaký je váš vztah s dítětem vztah s dítětem v současné době?*

PŘÍLOHA Č. 4

ROZVOR S ANNOU

- **Údaje o participantovi a jeho rodinném zázemí**
 - křestní jméno: **Anna**
 - věk: **34**
 - stav: **vdaná**
 - porod v roce: **2008**

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Údaje týkající se porodu

- Kde proběhl porod? **FN, OSTRAVA**
- Ve kterém měsíci (týdnu) těhotenství jste rodila? **28TT**
- Jaký byl stav dítěte a matky po porodu? **Její stav byl po porodu stabilizovaný, vážila 1250g a měřila 42 cm. Byla napojena na přístroje podporující dýchání, ale nemusela být zaintubována. Já jsem zůstala 24 hodin na po fyziologické stránce v pohodě, ale psychicky...no, děs. Po JIP mě přestěhovali na pokoj s dětmi. Řekla jsem jim, že pobyt s dětmi na jednom pokoji nedám, protože sama nevím, co jke s mým dítětem. Jsem pak byla přestěhována na pokoj, kde byly ženy teprve těhotné, pak už to bylo v pohodě...relativní**
- Byl u porodu přítomen otec či jiná osoba? **NE**
- Podporoval zdravotnický personál vytváření vazby mezi vámi a novorozeným dítětem? **Rozved'te prosím s pomocí následujících bodů:**
 - *položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekcí k tváři maminky)*
NE
 - *podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin*
NE
 - *měl otec možnost být v tělesném kontaktu s dítětem?*
NE
 - *otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek, aniž by se maminka ihned musela osprchovat*
NE
 - *matka a dítě jsou v kontaktu kůže na kůži*

NE

- *umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (**pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech**)*

NE

- *pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti*

NE

- *zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky)*

NE

- *zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků*

NE

- *jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte /sejmutí skore Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální) nebo mimo (byť jen vizuální) kontakt s matkou*

NE

- *V průběhu porodu a krátce po něm byla zapojena technika (videokamera, mobilní telefon, fotoaparát)*

NE

- *Kdy jste začala přijímat a odesílat první SMS zprávy?*
- *Bylo dítě v inkubátoru?*

ANO

- *Měla jste možnost klokánkování, t.j. zahřátí nedonošeného dítěte na svém vlastním těle?*

NE

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- Jak vypadaly v této době kontakty mezi vámi a dítětem?
Byla jsem vyděšená, měla OBAVY, NESKUTEČNÝ STRACH, ZDA BUDE DÍTĚ ZDRAVÉ.
- Jaké byly vaše pocity před porodem?
Co chvíli, jsem se ptala, kolik je hodin, chtěla jsem vědět, jak je dítěti, vidět ho. Neustále jsem si hladila břicho s pocitem, že je to jen sen, že dítě stále nosím.
- Jaké byly vaše pocity během porodu?
Po nezdařeném epidurálu, mi byla dána celková anestezie. Bez pocitů..

- Jaké byly vaše pocity po porodu?
Celý pobyt na JIP jsem probrečela, byla zoufalá, bezmocná a strašně zmatená. Po fyziologické stránce bez problémů. Císařský řez mi nevadil, rodit přirozenou cestou jsem kvůli poloze plodu nemohla, s tím jsem byla smířená. Kdybych si mohla zvolit znova, tak bych opět volila císařský řez. Jen mě děsilo to, že dítě je nedonošené, že jsem ho neviděla, že prostě NEVÍM...
- A jaké jsou dnes? Jak byste celkově zhodnotila vytváření vazby mezi vámi a dítětem? **Velmi složitě a zdlouhavě...Pohled na nedonošené dítě byl pro mne stresující. Vypadla neskutečně malinká, při dýchání se jí propadal hrudník a vidět bušící srdíčko jen přes kůži mi na první setkání s Janičkou nedává zapomenout. Měla jsem odtazitý pocit, dívala se na ni a nevěřila jsem, že je to moje dítě. Nebyl tam pocit té mateřské lásky, jak jsem o ni slyšela. Nepopsatelné pocity štěstí. To tam vůbec nebylo a to mě děsilo. Dokážu své dítě milovat, bude v pořádku, budu dobrou mámou, když jsem ji takto hned na začátku zklamala a nedokázala donosit???** Pociť, že jsem jako matka selhala, když jsem ji nezvládla ani donosit, mám vlastně dodnes ... Nedokázala jsem to, co dokázalo spoustu maminek přede mnou. A dala jí takový složitý start do života. Mé pocity odtazitosti, pramenily z obavy, ze strachu, že umře...Nebyla jsem schopna pozitivně myslet. Pořád jsem chodila k inkubátoru se strachem, že tam nebude. Stála tam hodiny a dívala se na ni. A viděla úžasnou bojovnici, která se s životem pere. Pamatuji si na slova, která řekla sestřička. „nebojte, ona to zvládne“ je to pěkný živouš...To nám s mužem hodně pomohlo. Včera mi zrovna vyprávěl, jaké měl on první pocity ze setkání. Když Janičku viděl, byl neskutečně šťastný a vůbec mu nepřipadla maličká. Ale na co nerad vzpomíná je fakt, že ošetřující lékař mu sdělil, že má 40% šanci na přežití. S touto informací se šel na svou dceru poprvé podívat.
- Jaký je váš vztah s dítětem vztah s dítětem v současné době?
Poprvé jsem si dceru pochovala po 5ti týdnech. Nemohla jsem, měla jsem opary. V mých pocitech se objevovala žárlivost na muže, neboť byl první, kdo dceru viděl, kdo se jí první dotkl, kdo ji první choval. I dnes mám pocit, že mají vřelejší vztah než já a dcera. Obavy, jestli jsem dobrou mámou, mám neustále. Ale, pochyby jestli svou dceru budu milovat, nemám. Miluji ji...

PŘÍLOHA Č. 5

ROZVOR S ŠÁRKOU

- **Údaje o participantovi a jeho rodinném zázemí**
 - křestní jméno: **Šárka**
 - věk: **34**
 - stav: **vdaná**
 - porod v roce: **2007**

- **Údaje týkající se porodu**
 - Kde proběhl porod? **V porodnici v Opavě**
 - Ve kterém měsíci (týdnu) těhotenství jste rodila? **Přesně na termín, 40.týden**
 - Jaký byl stav dítěte a matky po porodu? **Bez komplikací.**
 - Byl u porodu přítomen otec či jiná osoba? **Otec byl přítomen.**
 - Podporoval zdravotnický personál vytváření vazby mezi vámi a novorozeným dítětem? Rozved'te prosím s pomocí následujících bodů: **Zdravotnický personál přispěl k vytvoření vazby pozitivně. Rodila jsem, když se střídala noční s ranní směnou, takže při samotném porodu jsem v místnosti měla spoustu bílých pláštů. Při narození mi Elinku položili na břicho. Mohla jsem ji hladit a koukat na ni. Ona mě také chvíli pozorovala a při tom mírně mroukala. Celé to trvalo asi 10 min. Já i otec jsme si ji hladili. Poté došlo k umývání a podepisování. U všeho byl přítomen tatínek, který ji řádně podepsal, jako závodníka (velkým písmem přes celou nohu až na břicho). Osušenou a zabalenou Elušku mi po zažití přiložili k prsu a ona začala sát. Krásný a nepopsatelný pocit. U všeho byl přítomen tatínek. Poté nás tři nechali na sále úplně sami a v klidu. Mohli jsme zasílat sms, telefonovat a kochat se našim zlatíčkem. Jen občas na mě a mimi koukla zdravotní sestra a kontrolovala stahování dělohy. Celou dobu jsem ležela na lůžku s podepřenou hlavou. Měla jsem větší ztrátu krve, tak jsem omdlávala. I přesto jsme si miminko celých pár hodin užili o samotě a v klidu. Tatínek choval spokojenou a zabalenou Elušku, která spinkala.**
 - *položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu (při porodu sekcí k tváři maminky)*
Ano
 - *podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin*
Ano
 - měl otec možnost být v tělesném kontaktu s dítětem?

Ano

- *otření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek, aniž by se maminka ihned musela osprchovat*

Ne

- *matka a dítě jsou v kontaktu kůže na kůži*

Ano

- *umožnění a podporování vizuálního kontaktu - pohledu z očí do očí matky a dítěte, podložení hlavy matky, pokud rodí vleže (**pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webové kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech**)*

Ano

- *pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti*

Ano

- *zajištění pohodlné polohy pro matku (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náručí matky)*

Ano

- *zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotníků*

Ano

- *jakékoliv vyšetření a ošetření dítěte /sejmutí skore Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry/ na těle matky (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální) nebo mimo (byť jen vizuální) kontakt s matkou*

Ne

- *V průběhu porodu a krátce po něm byla zapojena technika (videokamera, mobilní telefon, fotoaparát)*

Ano

- Bylo dítě v inkubátoru? **Naštěstí ne.**
- Jaké byly vaše pocity před porodem? **Radost, že už nebudu mít velké břicho, zvědavost, co se narodí, obavy, jestli to zvládnou.**
- Jaké byly vaše pocity během porodu? **Velmi dobré. Absolvovala jsem přípravný kurz před porodem, tak jsem byla v klidu. A každou fázi porodu jsem vnímala. Cítila jsem se připravená, tudíž klidná, že vše probíhá jak má.**
- Jaké byly vaše pocity po porodu? **Úleva, radost, pocit euforie a obrovského štěstí. Slzy štěstí.**
- A jaké jsou dnes? **Šla bych do toho znovu.**
- Jak byste celkově zhodnotila vytváření vazby mezi vámi a dítětem? **Myslím, že vazba byla úspěšná, Neměla jsem pocit, že mě někdo o miminko ochuzuje. Hned po porodu jsem ho měla na pokoji a od té doby ho mám u sebe vlastně neustále. Dodnes spíme spolu v jedné posteli všichni tři. Naše Eluška má ráda tělesné teplo a vždy aspoň dotyk mé ruky vyžaduje dodnes. Kojila jsem ji celé dva roky.**
- Jaký je váš vztah s dítětem vztah s dítětem v současné době? **Myslím, že pevný a pěkný. Nevyměnila bych ji za nic na světě!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!**



MEZINÁRODNÍ INICIATIVA ZA PORODNÍ PÉČI PRO MATKU A DÍTĚ*

CELOSVĚTOVĚ ZNÁMÁ POD ZKRATKOU ANGLICKÉHO NÁZVU
IMBCI - THE INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH INITIATIVE
WWW.IMBCI.ORG

10 KROKŮ K OPTIMÁLNÍ PORODNÍ PÉČI

INICIATIVA MEZINÁRODNÍ ORGANIZACE ZA PORODNÍ PÉČI PRO MATKU A DÍTĚ
(IMBCO- INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH ORGANIZATION)

PŘEKLAD LUCIE SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, OLGA VON POHL, VLASTA JIRÁSKOVÁ
ZÁŘÍ 2008

SOUHRN 10 KROKŮ INICIATIVY IMBCI

Poskytovatel optimální porodní péče o matku a dítě má vypracovanou písemnou strategii, na jejímž základě uplatňuje následující principy při vzdělávání a v praxi:

KROK 1 Jedná s každou ženou s úctou a respektem.

KROK 2 Zná a běžně využívá odborné poznatky a dovednosti, které podporují a optimalizují fyziologii těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí.

KROK 3 Informuje matku o přínosech nepřetržité podpory po celou dobu porodu a umožňuje jí podporu poskytovanou osobami dle jejího výběru.

KROK 4 Nabízí rodičce nefarmakologické způsoby úlevy a tišení bolesti, objasňuje jí jejich přínos pro usnadnění normálního porodu.

KROK 5 Uplatňuje vědecky podložené postupy, které jsou prokazatelně přínosné.

KROK 6 Vyhýbá se potenciálně škodlivým postupům a praktikám.

KROK 7 Zavádí opatření, která přispívají k dobré zdravotní pohodě a předcházejí onemocněním a ohrožujícím situacím.

KROK 8 Zajišťuje přístup k vědecky podložené pohotovostní léčbě.

KROK 9 Zajišťuje spektrum možností návazné zdravotní péče o matku a dítě – spolupracuje přitom s jednotlivci, institucemi i organizacemi.

KROK 10 Snaží se naplňovat 10 bodů iniciativy pro podporu úspěšného kojení „Baby-Friendly Hospital Initiative“.

* Matka a dítě tvoří v těhotenství, při porodu a v kojeneckém období vzájemně spjatou jednotku, proto se v originálu používá termínu MotherBaby.

DESET

KROKŮ



K ÚSPĚŠNÉMU KOJENÍ

Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:

- 1** mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
- 2** školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
- 3** informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
- 4** umožnit matkám zahájit kojení do jedné hodiny po porodu
- 5** ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
- 6** nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
- 7** praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
- 8** podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
- 9** nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
- 10** povzbuzovat zakládání podpůrných skupin kojících matek pro podporu kojení



PŘÍLOHA Č. 8

Péče v průběhu normálního porodu – praktická příručka WHO

Tento dokument vytvořila pracovní technická skupina Světové zdravotnické organizace (WHO) pro normální porod. WHO jej vydala v roce 1996. Text má osm kapitol:

1

2

Bibliografie

PŘÍLOHA Č. 6

PŘÍLOHA Č. 7

Péče v průběhu normálního porodu

– praktická příručka WHO

Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu

Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány

Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány

Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní

Praktiky, které se často používají nevhodně

Český překlad celého dokumentu zajistila Česká asociace porodních asistentek. Elektronickou podobu textu zveřejnilo v roce 2001 občanské sdružení Hnutí za aktivní mateřství a najdete ji na internetové stránce: <http://www.iham.cz>. Originál textu v angličtině můžete získat na internetové stránce WHO:

http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html.

V příručce je mnohokrát zmiňován základní princip:

Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.

Postupy, které WHO doporučuje resp. nedoporučuje, příp. nemá pro jejich doporučení či nedoporučení dostatek objektivních informací, jsou shrnuty v kapitole 6, jejíž plné znění (včetně odkazů na číslo kapitoly v příručce, která blíže vysvětluje důvody) je uvedeno níže.

Klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu

Tato kapitola klasifikuje postupy, které se běžně využívají při vedení normálního porodu, do čtyř kategorií, v závislosti na jejich užitečnosti, účinnosti a škodlivosti. V klasifikaci se odrážejí názory Technické pracovní skupiny pro normální porod. Argumentace pro takovéto rozdělení zde není uvedena, čtenář se odkazuje na předchozí kapitoly příručky WHO – Péče v průběhu normálního porodu, které jsou výsledkem úvah a diskusí pracovní skupiny a které se zakládají na nejhodnotnějších důkazech dostupných v dnešní době (čísla kapitol jsou uvedena v závorkách).

KATEGORIE A:

Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány

1. Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi / partnerovi případně i její rodině (1.3).
2. Vyhodnocení rizikovosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu (1.3).
3. Sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech porodních dob (2.1).
4. Poskytnutí tekutin (orálně) během porodu (2.3).
5. Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení (2.4).
6. Poskytování péče při porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kde se žena cítí jistě a bezpečně (2.4, 2.5).
7. Respektování práva ženy na soukromí v místě porodu (2.5).
8. Empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu (2.5).
9. Respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte (2.5).
10. Poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (2.5).
11. Neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky (2.6).
12. Monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace (vyšetření poslechem) (2.7).
13. Použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu (2.8).
14. Použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při zacházení s placentou (2.8).
15. Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu (3.2).
16. Podpora jiné polohy než vleže na zádech (3.2, 4.6).
17. Pozorné sledování vývoje porodu, například pomocí partografu WHO (3.4).
18. Profylaktická (preventivní) aplikace uterotonik (léků posilujících napětí dělohy, např. kontrakce) ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve (5.2, 5.4).

19. Sterilita při přestřihování pupeční šňůry (5.6).
20. Prevence hypotermie (podchlazení) u novorozence (5.6).
21. Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení (5.6).
22. Rutinní vyšetření placenty a vaku blan (5.7).

KATEGORIE B:

Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány

1. Rutinní provádění klystýru (2.2).
2. Rutinní oholení pubického ochlupení (2.2).
3. Rutinní intravenózní (nitrožilní) infúze během I. doby porodní (2.3).
4. Rutinní profylaktické (preventivní) zavedení intravenózní kanyly (2.3).
5. Rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu (3.2, 4.6).
6. Vyšetření per rectum (konečníkem) (3.3).
7. Použití rentgenové pelvimetrie (měření velikosti pánve rentgenem) (3.4).
8. Aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován (3.5).
9. Rutinní využití polohy na porodním lůžku s nebo bez podpěrek během porodu (4.6).
10. Zaměřené úsilí na tlačení se zadržným dechem (Valsalvův manévr) během II. doby porodní (4.4).
11. Masáž a roztahování perinea (hráze) v II. době porodní (4.7).
12. Aplikace orálních tablet ergometrinu ve III. době porodní jako prevence nebo kontrola krvácení (5.2, 5.4).
13. Rutinní aplikace ergometrinu parenterálně (do žíly nebo svalu) ve III. době porodní (5.2).
14. Rutinní výplach dělohy po porodu (5.7).
15. Rutinní vyšetření (manuální kontrola) dělohy po porodu (5.7).

KATEGORIE C:

Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní

1. Nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace (2.6).
2. Rutinní provedení časně amniotomie (protržení vaku blan) v I. době porodní (3.5).
3. Tlak na fundus (horní pól dělohy) během porodu (4.4).
4. Zásahy na ochranu perinea a vedení hlavy novorozence v okamžiku narození (4.7).
5. Aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození (4.7).
6. Rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během III. doby porodní (5.2, 5.3, 5.4).
7. Časné podvázání pupeční šňůry (5.5).
8. Stimulace bradavek ke zvýšení intenzity děložních stahů během III. doby porodní (5.6).

KATEGORIE D:

Praktiky, které se často používají nevhodně

1. Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu (2.3).
2. Mírnění bolesti léčivými pro celkovou aplikaci (2.6).
3. Mírnění bolesti epidurální analgezií (2.6).
4. Elektronické sledování plodu (2.7).
5. Použití roušek a sterilních oděvů při péči během porodu (2.8).

6. Opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je prováděné více než jedním poskytovatelem péče (3.3).
7. Urychlení porodu oxytocinem (3.5).
8. Rutinní převoz rodičky do jiné místnosti na počátku II. doby porodní (4.2).
9. Cévkování močového měchýře (4.3).
10. Povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace (otevření) děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tláčit (4.3).
11. Rigidní snaha o dodržení stanoveného trvání II. doby porodní, například 1 hodiny, v případě, že stav matky i plodu je dobrý a porod pokračuje (4.5).
12. Operativní porod (4.5).
13. Liberální nebo rutinní užívání episiotomie (nástřih hráze) (4.7).
14. Manuální kontrola dělohy po porodu (5.7).