



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotní sociální fakulta

Bonding ó názory zdravotnického personálu a matek

bakalářská práce

Autor práce: Tárka K. Ivanová, DiS.

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

ABSTRAKT

Bonding je proces, při kterém je vytvářen vztah mezi matkou a dítětem. Budují si mezi sebou základy emocionálních vazeb, základy láskyplného vztahu. V jeho průběhu se snažíme docílit maximálního kontaktu matky s jejím novorozeným dítětem, a tím zlepšit jeho start do života. Správná podpora bondingu je nejen přínosem pro stránce psychické a emocionální, ale i imunologické (Mrowetz a kol., 2011).

V teoretické části se zabývá hlavně popsáním bondingu, dále popsáním porodu bez podpory bondingu i účástí blízkých osob u porodu i psychikou ženy a perinatální psychologií.

Výzkumná část této práce se zabývala zjištěním názoru na bonding jako celek ve třech skupinách respondentek. První skupinu tvořilo šest porodních asistentek, pracujících na porodních sálech v různých nemocnicích na území České republiky. Druhá skupina byla sestavena ze čtyř dšských sester, které pracují na novorozeneckém oddělení a ošetřují novorozence po porodu. Byly osloveny též sestry z různých nemocnic České republiky. Do poslední skupiny bylo zahrnuto šest t hotných žen v různém stadiu těhotenství. Po kolikáté byly ženy těhotné, nebylo v těchto rozhovorech rozhodující.

Před zpracováním této bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda porodní asistentky a novorozenecké sestry na porodních sálech ví, co je bonding a jak ho využít ve prospěch novorozence a k navázání prvního vztahu mezi matkou a dítětem. Druhým cílem bylo zjistit, do jaké míry je žena v graviditě informovaná o možnostech zlepšení startu novorozence do života pomocí bondingu. Z těchto stanovených cílů vplynuly tři výzkumné otázky, dvě pro zdravotnický personál (Má zdravotnický personál vhodné a dostatečné podmínky pro bonding? Věm zdravotnický personál vidí přínos bondingu?) a jedna pro matky (Co si představujete pod pojmem bonding a věm vidíte jeho význam?) Na tyto výzkumné otázky byly hledány odpovědi při získávání a zpracovávání jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů.

Pro zpracování výzkumu byla využita kvalitativní metoda. S porodními asistentkami, novorozeneckými sestrami a matkami byly vedeny individuální polostrukturované rozhovory. Tyto rozhovory byly následně zpracovány metodou obsahové analýzy.

Účast na výzkumu byla naprosto dobrovolná. Informovaný souhlas od všech respondentek byl získán ústně. Oslovené respondentky souhlasily se svou účastí při rozhovorech a byly informovány o naprosté anonymitě prováděných rozhovorů. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon se souhlasem respondentek. Z hlasového záznamu byly následně všechny rozhovory doslovně přepsány. Poté byly upraveny do podoby spisovné češtiny. Každá skupina rozhovorů byla zvlášť zpracována a porovnána mezi sebou. Pro lepší přehlednost této práce byly výsledky výzkumu zpracovány do tabulek a schémat. Jednotlivé rozhovory v každé skupině byly označovány R1 až R6. Pro popis každé otázky byly použity příjmení citace respondentek získané při provedených rozhovorech.

První otázky u všech skupin respondentek byly identifikační. Další otázky ve všech skupinách jich směřovaly k zjištění názoru a v domostí o využití bondingu při porodu. Poslední otázka vedla respondenty k doplnění zjištěných informací, které byly následně při zpracování zpracovány pod jednotlivé otázky rozhovoru, aby byly snáze zpracovatelné (Disman; dotaznik-online.cz).

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že zdravotnický personál nemá dostatečné informace o využívání bondingu při porodu. Na základní otázky odpovídal sice ve shodě s uvedenou literaturou, ale jednotlivé prvky bondingu zcela neovládal. Porodní asistentky a novorozenecké sestry se domnívají, že nemají dostatek personálu pro plnohodnotnou podporu bondingu. Přesto jsou ochotné bonding podporovat při projeveném přání rodiček. U císařského řezu jim tak věci nejsou. V tomto případě uvádí, že nemají k jeho podpoře vyhovující podmínky, jak personální, tak časové a prostorové. Na druhou výzkumnou otázku byla dána tato odpověď. Přínos bondingu vidí zdravotnický personál ve vzniku pozitivní vazby mezi matkou a dítětem a dobrou adaptací dítěte na nové prostředí. Bonding dle jejich názoru přináší pozitivní zážitky

z porodu a zlepšení přijetí dítěte matky, méně stresu pro matku a dítě a rychlejší poporodní adaptaci.

Matky si představují pod pojmem bonding kontakt matky s dítětem. Význam bondingu vidí ve vytvoření psychické pohody a celkového zklidnění matky i jejího dítěte, dosažení lepšího vztahu mezi matkou a dítětem a rychlejší spuštění laktace.

Z výsledků z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že se bonding pomalu ale jistě dostává v prvních chvílích po porodu do popředí zájmu zejména ze strany matek. Myslím si, že zdravotnickému personálu bude ještě nějaký čas trvat, než bonding přijme mezi běžnou péčí o rodičku a novorozence a stane se standardním postupem v péči o ně. Při výzkumu též vyplynulo, že pokud žena přijde k porodu s vypracovaným porodním plánem, kde má zapsán i požadavek k vyuffití bondingu, je zdravotnický personál ochotný vyhovět maximálně jejím požadavkům, pokud je matka i novorozenec ve fyziologickém stavu. Respondentky z této skupiny matek v provedených rozhovorech jednoznačně potvrdily, že mají o vyuffití bondingu velký zájem.

Je nutné nadále pokračovat v osvětlení ohledně bondingu. Dle mého názoru je potřeba uskutečnat více přednášek a školení o přínosu bondingu, zejména ze strany psychologů, aby byl vyuffit pozitivní přínos bondingu ve prospěch rodiček a novorozenců.

Klíčová slova:

bonding

rooming-in

podpora laktace

porodní asistentky

Abstract

Bonding is a process by which is created a relationship between mother and child. The foundations of emotional bonds are built, foundations of a loving relationship. In its course we try to aim a maximal contact between mother and her newborn child and so improve its start to life. Right support of bonding contributes not only to psychological and emotional site, but to immunologic as well (Mrowetz a kol., 2011).

The theoretical part is concerned mainly with bonding description, further description of a delivery without bonding support and the participation of nearby persons by the delivery or the woman psychic and prenatal psychology.

Research part of this thesis was concerned with investigation about bonding as a whole by 3 groups of respondents. The first group was built by six midwives working in delivery rooms in different hospital in the area of Czech Republic. Second part was put together from six children's sisters, who work with at newborn department and came to care for newborns after delivery. Sisters form different hospitals were approached in this case too. To the last group were six women integrated in various stage of pregnancy. What pregnancy was it for the woman was not decisive for interviews.

Before processing of this thesis were set two goals. First goal was to find out, if midwives and children's sisters at delivery room know, what it is bonding and how to use it with advantages for the newborn and how to establish the first contact between mother and child. Second goal is to find out, to what extend is a pregnant woman informed about possibilities to improve the start of the newborn to life with the help of bonding. From these two goals emerged tree research questions, from which two were for medical staff (Does the medical staff have suitable and adequate conditions for bonding? In what does medical staff see the contribution of bonding?) and one for mothers (What do you imagine under the term bonding and in what do you see its sense?). For these research questions were seeked answers by getting and processing of each half structured interviews.

For the research process was used the qualitative method. With midwives, newborn's sisters and mothers were hold individual half structured interviews. These interview were later processed by the method of contain analysis.

The participation on the research was fully voluntary. From all respondents was the informed agreement gained only verbally. All respondents agreed with their attendance by interviews and were informed about of theirs fully anonymity. All interviews were recorded also with the agreement of respondents. From the record were later all interviews word for word transcribed. Then they were adjusted to the form of standard Czech. Each group of interviews was processed individually and compared among others. For clearer arrangement of this thesis were the research results processed to tabs and schemes. Particular interviews in each group were numbered from R1 to R6. For the description of each question were used direct quotations of respondents get by done interviews.

First questions by all groups were identifying. Further questions in all groups were aimed to finding out meanings and knowledge about the use of bonding by delivery. Last question encouraged respondents to complete discovered information, which was afterwards put to other questions of the interview for better processing. (Disman, dotaznik-online.cz)

From the results of the research emerged, that medical staff does not have sufficient information about bonding usage by delivery. They answered identically to given bibliography to the basic questions, however they did not fully master particular elements of bonding. Midwives and newborn's sister believe they do not have enough staff for adequate bonding usage, however they are willing to support bonding on mother-to-be wishes. They are not so obliging by the C-section. In this case they present unsatisfactory conditions for its usage like not enough staff, time and space. To the second research question was given this answer. The contribution of bonding sees the medical staff in the creation of positive bond between mother and child and in god adaptation of the child to new environment. According their meaning does bonding bring a positive experience form the delivery and improving of mother role admission, less stress for mother and child and even quicker after-delivery adaptation.

mothers imagine under the term bonding a contact of a mother with her child. The meaning of bonding they see in the building of psychic contentment and general soothing of mother and her child, in reaching better relationship between mother and child and in quicker lactation start.

From the done research was clear, that bonding surely gets after first whiles after delivery to the fore interest mostly on the mother's site. I think medical staff will still last a while till they accept bonding to standard procedures in the care for mother and newborn baby. And yet showed the research that if a women comes to the delivery with a fulfilled delivery plan, where is noticed a claim form bonding, is the medical staff willing to fully satisfy all demands, if is the mother and child in physiological state. Respondents from third group of mothers definitely confirmed they are very interested in bonding.

It is necessary to continue in raising of public awareness concerning bonding. In my opinion is necessary to realize more lectures and trainings about bonding contributions, especially from the site of psychologist so the contributions of bonding to the benefit of mothers and newborns can be used.

Keywords:

Bonding

Rooming-in

Lactation support

Midwives

Překlad:

Mgr. Jitka Fialová

výuka jazyků, překlady, odborné texty

IČ: 01561936





Prohlá-ení

Prohla-uji, že svoji bakalá skou práci jsem vypracovala samostatn pouze s použitím pramen a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohla-uji, že v souladu s § 47b zákona . 111/1998 Sb. v platném zn ní souhlasím se zve ejn ním své bakalá ské práce, a to ó v nezkrácené podob ó v úprav vzniklé vypu-t ním vyzna ených ástí archivovaných fakultou ó elektronickou cestou ve ve ejn p ístupné ásti databáze STAG provozované Jiho eskou univerzitou v eských Bud jovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifika ní práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéfl elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona . 111/1998 Sb. zve ejn ny posudky -kolitele a oponent práce i záznam o pr b hu a výsledku obhajoby kvalifika ní práce. Rovn fl souhlasím s porovnáním textu mé kvalifika ní práce s databází kvalifika ních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysoko-kolských kvalifika ních prací a systémem na odhalování plagiát .

V eských Bud jovicích dne 6. 5. 2013

.....

(jméno a p íjmení)



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Pod kování

Ráda bych touto cestou pod kovala všem, kteří mi při vypracování mé bakalářské práce pomáhali. Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad a připomínek během odborných konzultací.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 11 |
| 1 Současný stav | 12 |
| 1.1 Bonding | 12 |
| 1.1.1 Vlastní provedení bondingu | 14 |
| 1.1.2 Průběh porodu bez využití bondingu | 16 |
| 1.1.3 Porodní plán k podpoře bondingu | 17 |
| 1.1.4 Rooming-in | 18 |
| 1.1.5 Podpora kojení | 19 |
| 1.2 Psychika ženy v průběhu těhotenství, porodu a odstředění | 21 |
| 1.3 Prenatální psychologie | 23 |
| 1.3.1 Vliv porodu na další život dítěte | 24 |
| 1.4 Doprovázející osoba u porodu | 25 |
| 1.4.1 Otec u porodu | 26 |
| 1.4.2 Důla u porodu | 28 |
| 2 Cíle práce a výzkumné otázky | 30 |
| 2.1 Cíle práce | 30 |
| 2.2 Výzkumné otázky | 30 |
| 3. Metodika | 31 |
| 3.1 Použité metody | 31 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru | 32 |
| 4. Výsledky | 33 |
| 4.1 Rozhovory o porodní asistentky | 33 |
| 4.2 Rozhovory o novorozenecké sestry | 40 |
| 4.3 Rozhovory o matky | 48 |
| 5 Diskuze | 54 |
| 6 Závěr | 60 |
| 7 Seznam informací zdrojů | 62 |
| 8 Seznam příloh | 66 |

Úvod

Jako téma této bakalářské práce jsem zvolila "Bonding". Bonding je v dnešní době často sklovaná téma především v porodních plánech, které nám rodičky předkládají přímo v jízdě na porodní sál. Během posledních dvou let jsem se s požadavkem na vyuffití bondingu během porodu setkala několikrát. Toto téma mě zaujalo, a chtěla bych ho tedy prostřednictvím své bakalářské práce podrobně prostudovat a pochopit hlavní důvody, proč si stále více žen přeje proffit svůj porod právě tímto způsobem, a vytvořit si tak vlastní názor na toto téma.

Ráda bych se v bakalářské práci vnovala vyuffití bondingu přímo utváření vhodného vztahu mezi matkou a dítětem, jejich prvním kontaktem, i bondingu jako předstupně dnešního rooming-in, kdy si matka s dítětem mezi sebou budují základy emocionálních vazeb a základy láskyplného vztahu během pobytu ve společném pokoji. V průběhu bondingu se snažíme docílit co nejvčasnějšího kontaktu matky s jejím novorozěným dítětem, a tím zlepšit jeho start do života. Správná podpora bondingu je nejen přínosem pro stránce psychické a emocionální, ale i imunologické.

V současnosti není bonding ve všech porodnicích standardem péče o matku a dítě po porodu, ale pokud má matka zájem o jeho vyuffití přímo po porodu, je jí toto přání splněno.

Cílem mé práce je zjistit, jak jsou matky i zdravotnický personál informovány o bondingu. Respondentky budou rozděleny do těchto skupin - na matky, porodní asistentky a novorozenecké sestry, které ošetří novorozence bezprostředně po porodu. Kvalitativním výzkumem pomocí polostrukturovaných rozhovorů se pak pokusím zjistit jejich názory na vyuffití bondingu přímo po porodu.

Předpokládám, že výsledky bakalářské práce budou vyuffity na porodních sálech ve prospěch matek i novorozenců. Porodní asistentky a novorozenecké sestry si uvědomí význam bondingu v prvních chvílích po narození dítěte a budou více ochotny bonding začít mezi běžnou činností v prvních hodinách po porodu.

1.1 Bonding

Nejprve si definujme, co vlastně slovo bonding znamená. ŠV 70. letech minulého století američtí pediatři Marshall Klaus a John Kennell přišli s teorií vysvětlující význam prvního kontaktu matky s dítětem. Tento kontakt nazvali bonding (větině šlepení / připoutání) či šopatrovateľská připravenost) a výsledky zkoumání publikovali v knize *Maternal Infant Bonding*. Domnívali se, že existuje biologicky naprogramované období šopatrovateľské připravenosti, které začíná hned po porodu a trvá dalších asi 12 hodin. Během této nejdelší doby budují matky a novorozenci základy svých emočních vazeb (Mrowetz, 2009a, s. 22)".

Bonding je proces, při kterém je vytvářen vztah mezi matkou a dítětem. Budují si mezi sebou základy emočních vazeb, základy láskyplného vztahu, který se naplno projeví v hormonálně nabitě situaci při porodu. V jeho průběhu se snažíme docílit maximálního kontaktu matky s jejím novorozeným dítětem, a tím zlepšit jeho start do života. Správná podpora bondingu je nejen přínosem pro stránce psychické a emoční, ale i imunologické (Mrowetz a kol., 2011). Novorozenec je v náruči matky ve stavu blaha, dítě se cítí bezpečně a šťastně. V ochranné náruči matky se lépe vyrovnává se svými prožitky během porodu (Liedloff, 2007). Vášná interakce probíhá na základě bezděčného vzájemného vcítění, přináší matce i dítěti radost a uspokojení. Není vhodné matky do takovéto interakce nutit, naší snahou je vytvořit dobré podmínky a povzbuzovat je k těsnému kontaktu a komunikaci s novorozencem (Ratislavová, 2008a).

V knize *Bonding - porodní radost* je uveden termín sociální dloha. Je jí méně než veškerý prostor, který novorozence bezprostředně obklopuje. ŠD loha je delší orgán, v němž roste a vyvíjí se nový život. Dloha je chráněným a bezpečným prostředím pro nenarozené dítě. Porodem dítě dlohu opouští. Ale potěba bezpečného a chráněného prostoru přetrvává. Novorozené dítě není fyzicky ani psychicky připraveno na přímý

vstup do světa. Prostor, který chrání dvojici dítě a matka a je svým uspořádáním podobný dloze, i s celou její fyziologickou funkcí, můžeme chápat jako sociální dlohu. V této dloze pak kontakt dítěte s matkou zraje a vyvíjí se (Mrowetz a kol., 2011, s. 125)".

Mrowetz ve své knize zdrazuje, že dítě patří k matce, nezáleží na tom, zda je zdravé, či nemocné, zda je živé, či mrtvé. Každá matka se na své dítě nájímá způsobem navzájem, má ho ráda, i když je po porodu nevidí hodně dlouho (Mrowetz a kol., 2011).

V doporučení Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) je uvedeno: "Šťastný kontakt s matkou je nejlepším prostředkem k udržování tělesné teploty dítěte. Tento kontakt je doporučen i z důvodů psychologických: podněcuje vzájemné seznámení matky a dítěte a poskytuje dítěti důležitý pocit bezpečí. Pro zdravotní stav novorozence je výhodné, když se setkává s bakteriemi na kůži své matky, nikoliv s bakteriemi poskytovatel péče. Dítě by mělo být v těsné blízkosti své matky ve dne i v noci a mělo by k ní mít neustále neomezený přístup (Strategické dokumenty WHO)". WHO radí omezení kontaktu matky a dítěte po porodu mezi praktiky prokazatelně škodlivé, které by se měly vyloučit (Strategické dokumenty WHO).

Problematika navázání citového vztahu mezi matkou a dítětem není ani u nás novinkou. Už v roce 1986 se jí ve své knize zabývali Matjek a Langmeier. Zdrazňuje tohoto vztahu se stává pozitivní stránkou jejich úvah. Věchny podněty, které se mezi rodiči a dítětem odehrávají, tvoří základnu budoucího vztahu dítěte k okolnímu světu. Pro matku i otce je porod jejich dítěte nezapomenutelným zážitkem. Pro dítě je ale daleko závažnější, nebo podmiňuje, jakým se stane člověkem a jak bude vnímat své okolí (Matjek, Langmeier, 1986).

1.1.1 vlastní provedení bondingu

Vlastní provedení bondingu zahájíme ihned po porodu. Novorozenec je položen nahý a neumytý, na nahou hrudi matky, nejlépe k levému prsu. Dítě se tím zklidní, nebo slyší dříve známý tlukot matčina srdce. Při operativním porodu císařským řezem položíme dítě k tváři maminky. Tento kontakt kůže na kůži by neměl být přerušován alespoň dvě hodiny. Ideálně dvanáct hodin. Při porodu sekcí zastoupí roli matky otec dítěte. Kontakt kůže na kůži s otcem je pro dítě přínosnější, nežli kontakt se zdravotnickým personálem, který při své práci používá rukavice a různé dezinfekce. Dítě je na hrudi matky osušeno, je provedeno základní ošetření. Poté je zabaleno. Je vhodné mu obléci šlepu a ponožky. Při ošetřování se musíme vyhnout kontaktu s jeho rukama. Jsou na nich zbytky plodové vody, která má stejnou viskozitu jako mají podle výzkumu i matčiny bradavky. Novorozenec má dobře vyvinutý reflex, který vyvolá při hledání bradavky. Pomocí takzvaného breast crawl, plazení k prsu, samo dospěje k prsu. Má dobře vyvinuté svaly pro potřeby pohybu k doplazení se k bradavce. Pupečník přestane ihned po jeho dotepání (Mrowetz a kol., 2011; Ratislavová, 2008a).

Aby mohl být bonding plně využit, je nutné zajistit určité podmínky. Porodní asistentka pomůže matce a dítěti najít a vytvořit pohodlnou polohu k vzájemnému kontaktu. Zajistit vizuální kontakt matky a dítěte mezi sebou například i při porodu vleže, kdy stačí matce podložit hlavu. Je zajímavé, že se novorozenci lidem upřeně dívají na oči, nikoliv na ústa (Teusen a kol., 2003). V případě, že musí být novorozenec v inkubátoru, je vhodné též podpořit tento kontakt přes webové kamery nebo videa a fotografie v pravidelných intervalech.

Personál porodního sálu by měl též dbát na zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí během poporodní adaptace. Veškerá nutná vyšetření a ošetření dítěte, jako je sejmutí Apgar skóre, poslech stetoskopem nebo přerušování pupečníku, je možné provést na hrudi matky. Pokud tato možnost není, tak je provádíme v matčině blízkosti. Během podpory bondingu je nutná trpělivost, která přispívá ke lepší pohodě matky i novorozence. Je vhodné omezit používání videokamer, fotoaparátů a mobilů,

kteře mohou být tuřivým momentem tohoto jedine něho okamřiku budování vzájemněho vztahu (Mrowetz a kol., 2011; Mrowetz, 2009b).

Jakmile miminko dořoka otev e o i a snařř se strkat si p sti ky do ůst, olizuje si rty a otá ř hlavi ku, pom řeme mu s p isáním se k bradavce. Do té doby novorozenec v třinou odpo řívá po porodu a je mén ř aktivní. Musíme mu dát dostatek řasu, n který novorozenec se m ře p isát řfl po p ti hodinách po porodu (Mrowetz a kol., 2011; Ratislavová, 2008a).

N kterým řenám není pot eba ohledn ř vyuffit ř bondingu radit. Tyto řeny jednařř zcela intuitivn ř, v t řhto p řpadech mluvíme o intuitivním rodi ovstv ř, cofl je bezd řné chování, kdy se řeny chovářř ke sv řm d řtem zcela p řirozen ř bez toho, abyhom je nejprve pou řili. Soust e ůj ř se na jeho reakce, reaguřř i na sebemen ř zm řny v chování d řte, udrřluj ř o n ř kontakt, napodobuj ř reakce d řte a nev domky zvyřaz ůj ř svou mimiku v komunikaci s novorozenecm (Ratislavová, 2008a). Na druh ř stran ř jsou i matky, kter ř bezprost edn ř po porodu nepoci ůj ř ke sv řmu d řti láskyplně pocity. Cít ř se zahanben ř a jsou svou reakc ř polekan ř. Takov řto pocity rad ři nesd luj ř sv řmu okolí. V t řhto p řpadech by se porodn ř asistentka nem řla snařřt násil řm kladně pocity vyvolávat. M řla by nechat situaci voln ř p řb řh, n kter ř matky pot ebuřř k vyvolání pocitu řt řst ř po porodu sv ř j řas. Takovou řenu je pot eba psychicky podpo řit, nechat ři se vypov řdat a ujistit ři, ře není řpatnou matkou (Teusen a kol., 2003).

Bonding nemus ř být vyuffíván jen p ři standardním porodu ři porodu císa řským ezem. Je s v řhodou vyuffíván ři ve specifick řch situac řch, jak řmi m ře b řt porod nedono řen řho d řte. Na neonatologick řch jednotk řch resuscita n ři a intenzivn ř p ře je p ře stále v řce sm ována ke snaze zabezpe řit dobr ř podmínky pro dal ř řvoj nedono řen řch d řt ř (Fendrychová, Borek, 2007). Vy řkolen ř pracovníci se zam ůj ř na podporu rodi řa vysv řtlen ř jejich role, aby se co nej řasn ři zapojili do p ře o novorozence. Rodi e t řfl motivuj ř k řast řm náv řt řm jejich d řte. V dne řn ř dob ř jsou řasto matky t řhto d řt ř hospitalizovány spolu s nimi, aby m řly moflnost b řt sv řmu d řti co nejv řce nabl řzku. Nejbl řř ř kontakt k ře na k řfl neboli klokánkování je ů t řhto nedono řen řch d řt ř velmi řasto pouřříván. Miminka si tak lépe udrřluj ř t řlesnou

teplotu a zlepšuje to i její průběh (Dittrichová a kol., 2004; Mrowetz a kol., 2011; Magurová a kol., 2009).

Další specifickou situací, kdy je možné bonding využít, je použití při porodu mrtvého plodu. V tomto případě musí porodní asistentka k ženě postupovat velice citlivě a otevřeně. Porod je většinou medikamentózně vyvolán. Je třeba před porodem je vhodné s ženou pečlivě naplánovat průběh porodu, promluvit s ní o možnosti analgezie a o možnosti a způsobu rozloučení se s dítětem. Samozřejmostí je umožnění přítomnosti blízké osoby v průběhu porodu i bezprostředně po něm.

Porodní asistentka ženě k němu nenutí, rozhodnutí ponechává na ní s tím, že je možné ho kdykoliv změnit. Pokud žena chce, umožní jí se s dítětem rozloučit, pochovat si ho, zhotovit fotografie. Po porodu je vhodné ženě ujistit a ocenit, že svou úlohu zvládla. Na některých pracovištích automaticky dítě vyfotí, eventuálně provedou otisk nohy mrtvého dítěte, i pokud si to matka nepřeje. Kdyby si po úvodu domila, že by měla jakou památku přece jen chtít mít, porodnice jí tyto věci vydá (Ratislavová, 2008a).

1.1.2 Průběh porodu bez využití bondingu

Ve většině zdravotnických zařízení není bonding součástí běžných postupů při porodu. Pokud není vyžadován ze strany matky, je průběh porodu zaměřen více medicínsky, kdy se využívá vdeckého pokroku v tomto oboru - čím dál více se zasahuje do přirozeného porodu. Porod je lékařem urychlován, ať už dirupcí vaku blanu nebo posílením dlofních stahů infuzí s Oxytocinem. Častěji jsou používána analgetika. Po porodu a přerušení pupečníku je dítě standardně odneseno k prvnímu ošetření, zjištěny Apgar skóre a zvážení (Fendrychová, 2007). V lepším případě je toto prováděno v blízkosti matky. Poté je novorozenec oblečen, zabalen do zavinovačky a položen do vyhátého lůžka eventuálně inkubátoru vedle matky. Novorozenec je přikládán k prsu většinou do několika minut po porodu. Pokud je potřeba delší ošetření porodních poranění matky, může být interval delší. V některých porodnicích je běžné, že je dítě ihned odneseno na novorozenecké oddělení, což znamená, že ho matka znovu spatří až dv

hodiny po porodu, kdy je také převezena na oddělení –estined lí. Dítě je p itom koupáno ařl dv ě hodiny po porodu (Mrowetz a kol., 2011; Pa ízek, 2008; ech, 2006).

š'Ne–etrný' porod není nic jiného neřl následek metafyzické představy o nenarozeném dítěti jako o 'tabula rasa', ignorace předporodního dění a v neposlední řad ě nedostatek kultury a etiky v porodnictví (Fedor-Freybergh, 2008, s. 26)".

1.1.3 Porodní plán k podpo ě bondingu

N které ženy přicházejí do porodnice s vlastním vypracovaným porodním plánem, který je dostupný na internetu nebo ho ženám dávají n které porodnice p i předporodních kurzech. Dobré je, aby ho vypracovaly s porodní asistentkou nebo s doulou, která je srozum ěna s prací na porodnickém odd ělení, kde se žena rozhodla porodit své dítě. Stává se totiž, že si n které rodi ky porodní plán stáhnou z internetu jen proto, aby n jaký porodní plán m ěly a moc o n m nep emý–lí. ěsto v n m pak mají i pojmy, kterým v ěbec nerozumí, a nejsou si je tedy schopny obhájit v pr ěběhu porodu.

Pokud mají budoucí matky n jaké specifické požadavky o zp ěsobu vedení porodu, je vhodné nav–tívit porodnice ve svém okolí je–t ě před př íjmem na porodní sál. Zde je mohou zkonzultovat s personálem a zjistit, zda jim daná porodnice vyjde v jejich předáních vst ěíc. Nedojde pak k tomu, že je žena zklamaná, že ur ěité požadavky není schopné splnit v–echny její požadavky.

P i př íjmu na porodní sál je vhodné předložit předipravený porodní plán předijímajícímu léka ři, porodní asistenci a novorozenecké sest ě, která bude novorozence o–et ovat. Tento plán se ulořlí do dokumentace rodi ky, aby byl voln ě k dispozici celému porodnímu týmu.

ěstá předání rodi ek jsou ohledn ě předipraveny k porodu. Nej ěstěji si ženy nepř ejí klystýř, n kdy si př iná–ejí s sebou do porodnice Yal. Jsou ale i ženy, které klystýř naopak vyřladují, nebo se obávají úniku stolice p i porodu. V poslední dob ě pom ěrn ě dost žen př ichází k porodu již oholených, jiné naopak oholit necht ějí. Také problematika lékař ských zásah ě do porodu je v porodních plánech ěstá. Mnohé ženy

odmítají jakýkoliv lékařský zásah do porodu, včetně medikamentózního tlumení bolestí. Pofladavky na neomezení pohybu během porodního děje se vyskytují téměř vždy. Rodičky také popisují různé porodní polohy, o které mají zájem, a tělní polohy při samotném tlačení. Nástih hráze, neboli episiotomie, je často striktně odmítán, přesto existují i rodičky, které si uvědomují, že v některých případech je právě nástih vhodnější, než samovolné natržení hráze. Ve svých porodních plánech proto vyslovují přání, aby (pokud to je možné) nebyl proveden, ale konečné rozhodnutí nechávají na porodníkovi. Pokud si žena přeje využít bondingu během svého porodu, je vhodné toto přání co nejkonkrétněji popsat. Některé rodičky vyslovují i ne zcela obvyklá přání, jako je možnost ponechat si placentu nebo kus pupečníku.

Je vhodné, pokud je rodička připravena na vznik možných komplikací (například je srozumitelná s možností akutního císařského řezu), aby je také zahrнула do svého porodního plánu. Není úplně obvyklé, aby žena měla vypracovaný plán i v případě plánovaného císařského řezu. Pokud tomu tak je, v tichou si vybírá způsob anestezie. Pokud chce využít bonding po císařském řezu, tak se upřednostňuje pofladavek, aby bylo dítě po ošetření přiloženo na hrudotce nebo také možnost přiložení k prsu (Mrowetz a kol., 2011).

1.1.4 Rooming-in

Celodenní režim rooming-in, kdy je novorozenec s matkou stále na pokoji, je v dnešní době již zcela běžný téměř ve všech porodnicích. Jeho využití je vhodné k následné podpoře bondingu. Má pozitivní vliv na laktaci a na časnou interakci, utváření vzájemného citového pouta matky a novorozence. Je zde značný prostor pro plnění individuálních, a zpočátku značně nepravidelných, potřeb dítěte, na které se matka učí správně reagovat. Konzistentní a synchronizované chování matky vyvolává v novorozenci prvotní pocity bezpečí, důvěry, satisfakce. Dle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje jsou to pocity potřebné k vytvoření pocitu důvěry ve své,

pozitivnímu nastavení osobnosti a k nacházení postupného smyslu v interakci pomocí jednoduchých forem učení (Ratislavová, 2008a, s. 87)".

Během pobytu na oddělení –estinedlí mohou matky vyvíjet metody klokánkování, píkldání novorozence na své tělo, jemných doteků, masáží. Tyto techniky u novorozence stimulují senzomotorický vývoj a zároveň ho uklidní. U matky se tím posilují rodičovské kompetence a sebevědomí (Ratislavová, 2008b; Ratislavová, 2008a).

Za pínosný považují rooming-in i audio knihy Poátky na–eho du–evního flivota. Odloučení novorozence od matky považují za frustraci pirozených du–evních potřeb, která může později vyústit aflu k psychické deprivaci jedince. Dítě se lépe adaptuje na příjem potravy, má lepší rytmus spánku a bdění (Matjek, Langmeier, 1986).

1.1.5 Podpora kojení

Kojení má nezastupitelnou úlohu ve vývoji novorozence, kojence a batolat. "Dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Matka a dítě mají pak právo na odpovídající péči před porodem i po porodu v etných podmínkách, které usnadní kojení. Právo dítěte na kojení je zakotveno v Úmluvě o právech dítěte, která u nás vstoupila v platnost v roce 1991, sbírka zákonů č. 104/1991, článek 24. Kojení je součástí národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století (MaMiTa, 2002, s. 12)".

Složením mateřského mléka ideálně odpovídá specifickým potřebám kojence. Významné jsou zejména jeho nutriční a imunologické vlastnosti, které nelze umělým mlékem plně nahradit. Kojení je pro dítě i matku jedinečným citovým zážitkem, dítě má pocit bezpečí, lásky a kojení tvoří mezi matkou a dítětem pevnou citovou vazbu (Bowlby, 2010). Uspokojivými zážitky i kojení se dá smazat mnohé, co mohl vyvolat nepřijemný porod. O výhodách kojení by měla být žena poučena již v těhotenství, avšak má i právo nekojit. V dnešní době, kdy je kojení velmi propagováno a informace o něm není problémem zajistit, se převládá v těhotné ženě rozhoduje, že kojit bude. Výlučné

kojení je doporučováno do 6 měsíců, poté jsou postupně zaváděny doplňkové potraviny (Nagy, Vinklerová, 2011; Teusen a kol., 2003). Důležitým předpokladem úspěšného kojení je zdraví matky a dítěte i správné hormonální vybavení, a také poskytování dítěte podle jeho potřeb. Při kladení je vhodné provádět tak, aby bylo pohodlné pro matku i dítě. Čím více dítě sají, tím více se mléka tvoří. Porodní asistentky a novorozenecké sestry nemají ženám v rozvoji laktace bránit nevhodným řečením. Pokud se matka nebo dítě setkají s nějakým problémem, měly by poskytovat skutečné odborné rady (Pařízek, 2008; Stauberová, 2008).

Jedna z překážek kojení může být nepřesná a nedostupná instrukce matek ze strany porodní asistentky nebo novorozenecké sestry. V rozvojových zemích mají mladé ženy v této přítomnosti k uzení nápodobou, pozorují své matky a sestry při kojení, navíc je kojení v těchto kulturách důležitou sociální událostí - na rozdíl od západních zemí, kde je kojení vlastního dítěte často první zkušeností mladé ženy s kojením. Proto je nutné podávat přesné informace a pomoci ženám s přilnavím dítěte k prsu.

V průběhu kojení by měla být maminka v klidu. Dítě je velmi citlivé na náladu své matky a je tedy potřeba, aby byla v psychické pohodě (Ratislavová, 2008b; Ratislavová, 2008a).

Je vhodné informovat všechny tyto ženy o výhodách a správné technice kojení již během prenatální péče, zaměřit svou pozornost zejména na primárníky a ženy s předchozí patnou zkušeností s kojením. Obvodní gynekolog nebo porodní asistentka v jeho ordinaci by měla již v průběhu těhotenství vyšetřit prsy, zda žena nemá ploché nebo dokonce vpáčené bradavky. Těmto ženám lze doporučit používání formovací braidek. Těmto ženám lze doporučit používání formovací braidek. Těmto ženám lze doporučit používání formovací braidek. Těmto ženám lze doporučit používání formovací braidek.

Věchna zdravotnická zařízení, která používají titul baby friendly hospital, poskytují péči a služby matkám a novorozencům. Tato zařízení by měla mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, je-li je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu. Veškerý personál je potřeba školit v dovednostech nezbytných k provádění této strategie. Je třeba nezbytně informovat všechny tyto ženy o výhodách a technice kojení. Dále je důležité umožnit matkám zahájení kojení do 1 hodiny po porodu. Důležité je také matkám vysvětlit a ukázat způsob kojení a udržení laktace i

pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí. Dalším důležitým předpokladem je nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou léků a sky indikovaných v případě. Je třeba nezbytně praktikovat rooming-in, umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně. Podpora kojení podle potřeby dítěte, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu je jedním z nejdůležitějších prvků úspěšného kojení. Nedávat kojencům žádné náhražky, dudlíky a podobně je samozřejmostí. Je třeba vhodné povzbuzovat zakládání skupin dobrovolných matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice (MaMiTa, 2002).

ŠZ psychologického hlediska je kojení klasickou situací interakce mezi matkou a dítětem, kde jedna i druhá strana dává a přijímá, jedna druhou stimuluje, jedna i druhá prožívá intimitu těsného vztahu tělesného a citového (Matjek, Langmeier, 1986, s. 174)".

1.2 Psychika ženy v období hotenství, porodu a těhotenství

Těhotenství a porod patří mezi významné vývojové krize v životě ženy, porod sám mezi náročné životní situace. Vývoj psychických změn je podmíněn osobností těhotné ženy, v němž zralostí osobnosti, jejím postojem k těhotenství a porodu, i tím, jak je připravena na novou roli matky. Záleží i na sociálním a ekonomickém zázemí. Každou ženu musíme brát jako individualitu, protože má každá jiný způsob adaptace.

V každém případě potřebují ženy v tomto období významnou podporu ze strany partnera, rodiny i přátel. V těhotenství dochází ke značným emocionálním prožíváním, kdy jsou ženy plně rozporuplných pocitů. Na jedné straně jsou pozitivní pocity jako štěstí, naděje, vděčnost, avšak na straně druhé stojí strach, nejistota, obavy i pochybnost. Časté jsou změny nálad (Ratislavová, 2008a).

ŠZa porodu se vylučuje celý šokující hormon, které ovlivňují fyziologický děj i chování a psychiku matky a plodu (Ratislavová, 2008a, s. 17)". Proto nyní nomenklatury, které z těchto hormonů budou popsány.

Oxytocin umocňuje vyvolání dloňních kontrakcí a ovlivňuje i matino chování. Dloňtý je též p i kojení. Jeho p sobení je dopl ováno úinky prolaktinu. Endorfíny, t lu vlastní opiáty, jsou uvol ovány p i porodních bolestech, ímfl m ní vnímání matky, která tak m fle proflít afl extatické stavy. Z stávají v t le matky a dít te je-t i n jakou dobu po porodu, ímfl p íspívají k pe ovatelskému a láskyplnému chování a ke vzniku správné vazby mezi matkou a dít em (Ratislavová, 2008a).

Problematika psychické zát fle feny b hem porodu souvisí i s problematikou adaptace a maladaptace na danou situaci. Ideální je adaptivní chování, které vede k reálnému, úelnému a cílenému e-ení. Neadaptivní chování naopak situaci komplikuje, jde o výraz bezradnosti. fiena cítí, fle situace je nad její síly, a chce se jí bránit. Toto jednání m fle být i nev domé. Mezi nej ast j-í obranné mechanismy pak pat í útok, únik i volání o pomoc. Správným p ístupem k rodi ce, respektováním jejich p ání a vyflitím bondingu p i porodu, m fleme t mto situacím zabránit nebo alespo omezit jejich negativní dopad na pr b h porodu.

Produktivní chování porodní asistentky b hem porodu by se m lo vyzna ovat vysokou dávkou empatie, m la by být velice tolerantní k projev m a chování rodi ky. Svým chováním se snaflit p íspívat k zlep-ení pr b hu porodu, být rodi ce oporou. Asistentky by m ly dbát na zaji-t ní intimního, klidného a tichého prost edí. Ideální je individuální pé e jedné porodní asistentky o jednu rodi ku, proto fle se tak lépe vybuduje vzájemná d v ra (Ratislavová, 2008a; Mrowetz a kol., 2011).

Po porodu m fle fiena proflívat poporodní blues nebo poporodní depresi. Tyto problémy jsou zp sobeny výkyvy hormonálních hladin a také d di ností. Psycholog nebo psychiatr je schopen tyto poruchy rozli-it. Ob poruchy se mohou téfl objevit sou asn . Je nutné odli-it posttraumatickou stresovou poruchu vyvolanou porodem od poporodní deprese. Mrowetz uvádí, fle dle výzkumu trpí po porodu posttraumatickou stresovou poruchou afl 30 % fen. Porucha se objevuje zejména po porodu, kdy fiena cítí, fle nemá kontrolu nad tím, co se s ní d je, a má pocit, fle není d leflitá. Tato porucha se m fle objevit jak u nekomplikovaného porodu, tak i p i porodu s komplikacemi. asto po spontánním potratu a jednozna n po porodu mrtvého plodu.

řeny pocitů jako smutek, bolest, nenávisť, lítost a vztek. Tyto řeny jsou neustále ve stěhu, jsou podrážděné, vyčerpány. Porod pro ně byl velice závažnou situací. Mají pocit, že ztratily kontrolu nad svým porodem, tedy i nad sebou a svým dítětem. Tento problém je tím umocněn fakt, že v nich kterých porodnicích jsou na první noc odděleny od svého dítěte. Mají tak obavy, že něco není s dítětem v pořádku. Posttraumatická stresová porucha je navíc velice rychle a dobře psychoterapeuticky léčitelná. Při léčbě se nepoužívají léky, ale psychoterapeutický rozhovor (Mrowetz a kol., 2011; Juříková, 2007).

Období těsně po porodu je pro řeny velkou psychickou záležitostí. Je to způsobeno hormonálními změnami v organismu po porodu, fyzickými změnami, adaptací na novou roli matky i změnou životního stylu. Žena je unavená, vyčerpaná, nemá dostatek spánku a musí být v neustálé pohotovosti v péči o dítě. Změny psychiky také závisí na osobnosti matky, jejích zkušenostech s péčí o dítě a v neposlední řadě na vlivu partnera a zdravotnického personálu. Porodní asistentky na oddělení těsně po porodu by měly být v tomto složitém období plně pro matku velkou oporou. A to hlavně, když žena po porodu zná vyčerpaná, nemůže usnout, v představách opětvně prožívá celý porod nebo porovnává své vlastní představy o porodu se skutečností. Také je nutné si uvědomit, že se žena dále vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné jednotky, existující nezávisle na jejím těle.

Během prvních dnů po porodu matka upevňuje svůj citový vztah k novorozenci péčí o něj, kojením a celkově tím, že začíná být plně v zajetí myšlenek na dítě. Roste u ní pocit odpovědnosti za dítě, za jeho zdraví a výchovu. Stupňuje se však i únava a fyzická vyčerpanost, nebo je ve stálé pohotovosti a nemá dostatek spánku. Na tuto novou situaci si musí žena postupně zvykat a ujistit se, že je schopna se o dítě sama postarat (Ratislavová, 2008a; Ezrová, Ratislavová, 2011).

1.3 Prenatální psychologie

Prenatální psychologie je poměrně nová v dnešní disciplína, která čerpá z oborů jako je medicína, psychologie, antropologie, etologie, sociologie, filosofie a další. Zabývá se

prenatálními prvky, vlivem emocí matky na plod, prožívání těhotenství a sociálními vztahy v širokých souvislostech. Také tím, jak to vše působí na další vývoj a život dítěte. V dnešní době již nikoho nepřekvapí tvrzení, že psychický vývoj jedince začíná uhlazením intrauterinního života plodu. Výzkumy v této oblasti se posunuly dál hlavně díky moderní technice umožňující zjištění aktivity a reakcí plodu. Dítěti je třeba věnovat více pozornosti nejen z hlediska medicínského, ale i často opomíjeného hlediska psychologického (Ratislavová, 2008a).

Matka a její nenarozené dítě žijí od oplození ve vzájemné symbióze. Každá žena, každé těhotenství a porod jsou jedinečné. Musíme k nim přistupovat zcela individuálně. Dítě – plod je velmi citlivé k veškerým podnětům, ať už ze strany matky nebo z vnějšího světa. Tato senzitivita nezáčíná až po porodu dítěte, ale je třeba na ni myslet již prenatálně a zvláště perinatálně. Prenatální fáze vývoje plodu je velmi důležitá pro jeho další život jak z pohledu psychologického, tak fyzického, kdy se tvoří všechny orgány a základ jeho osobnosti (Fedor-Freybergh, 2008). Dítě na sebe upozorňuje již v děloze před svým narozením. Například když matka cítí pohyby nebo dítě kope, automaticky pohladí své břícho, mluví na něj klidným hlasem, čímž se dítě v těle uklidní. Pokud je rodič chtivý, vycítí to a je celkově klidnější. Mnohé děti jsou po narození spokojené a tolik nepláčí při určitých hudbách, kterou byly zvyklé poslouchat ještě v děloze (Teusen a kol., 2003).

Při normálních psychických a fyzických okolnostech porod představuje pokračování v životě dítěte, mění se pouze jeho dynamika. Z hlediska psychologie a fyziologie je porod normální vývojovou fází života člověka. Primárním životním prostředím je stále matka, přidává se k tomu i okolní svět, který už sice dítě vnímalo skrze matku, ale nyní na něj působí přímo (Fedor-Freybergh, 2008).

1.3.1 Vliv porodu na další život dítěte

Vliv porodu na další život jedince bychom neměli nikdy podceňovat. Je třeba zvážit veškeré okolnosti, které by mohly vést ke zlepšení kvality života dítěte. Dítěti je třeba věnovat více pozornosti nejen z hlediska medicínského, ale i často opomíjeného hlediska

psychologicko. P edejit následným komplikacím m flíme práv využitím bondingu b hem porodu (Mahler a kol., 2006). V dne-ní dob je toto téma sou ástí mnoha výzkum . N které výzkumy uvád jí, flé je ur itá souvislost mezi um le vyvolanými d lofními kontrakcemi, kle- ovým porodem i jinými komplikacemi za porodu a zanedbáváním pé e ze strany matky, i asným odlou ením dít te od matky a následným sklonem dít te k násilným trestným in m. Jiné výzkumy uvád jí, flé p i podávání ur itých analgetik u porodu je dít v dospívání vystaveno vy-ímu riziku užívání drog. Dal-í v dci p i-li na to, flé porod císa ským ezem m flé vyvolat u dít te astma.

M. Odent se zabýval vlivem porodnických komplikací a léka ských zásah do porodu na psychiku a sociabilitu lov ka. I pouhé nevhodné chování a jednání matky a p edev-ím její vnit ní nep íjetí dít te, m flé být p í inou r zných du- evních poruch a negativních postoj v dal-ím flivot dít te. Deprivace zp sobené v d tství se stávají nedílnou sou ástí jeho následného vývoje. Pokud rodi e projevují svému nenarozenému dít ti od po átku svou lásku, posilují tím jeho d v ru v sebe sama a své okolí (Ratislavová, 2008a; Mat j ek, Langmeier, 1986; Liedloffová, 2007; Teusen a kol., 2003).

V knize Psychologie budoucnosti se Grof zmi uje, flé traumatická vzpomínka na ur ité aspekty porodu p edstavuje pro dal-í flivot jedince významnou slofku psychogenních symptom . ŤZda se emo ní a psychosomatické poruchy skute n vyvinou a jakou budou mít podobu, závisí na síle vlivu traumatických událostí v postnatálním období, anebo naopak na zmír ujících ú incích r zných p íznivých flivotních faktor (Grof, 2004, s. 84)".

1.4 Doprovázející osoba u porodu

P i p esouvání porod do zdravotnických za ízení za aly fleny poci ovat odosobn ý styl vedení porod a vyfladovaly podporu blízké osoby. Touto osobou byl pro rodi ku nej ast jí její partner, budoucí otec dít te (Odent, 2004). Mnoho budoucích matek v-ak pot ebuje spí-e p ítomnost jiné fleny, v nejlep-ím p ípad té, která jífl rodila.

in které ženy dávají přednost dule nebo vlastní porodní asistentce (Bláhová, 2003). Přítomnost matky je vždy výhodou. Doprovázející osoba u porodu by měla vždy být dobře obeznámena s potřebami rodičky ohledně porodu, aby jí mohla plně podpořit i v průběhu bondingu (Mrowetz a kol., 2011).

Méně často si žena přivádí k porodu jako doprovázející osobu jiné členy rodiny než je otec dítěte. Když ufl se tak stane, v tětinou si rodička vezme k porodu vlastní matku, sestru nebo blízkou kamarádku, výjimkou jsou tchyni. Přítomnost některých z těchto členů může být pro rodičku přínosem, protože tato doprovázející osoba přenáší na právně probíhající porod své vlastní pozitivní zkušenosti ze svého porodu. Problém však může nastat, pokud tato žena prožila během svého porodu nějakou komplikaci, a ufl před vlastním narozením dítěte nebo bezprostředně po něm. Vlastní porod byl pro ni stresující a sama se s ním ještě nemusela vyrovnat. Její přítomnost na porodním sále pak může být spíše na obtíž, jelikož by mohla na ženu přenést pocity úzkosti a strachu, a tím její porod zkomplikovat (Ratislavová, 2008a; Mrowetz a kol., 2011; Klaus a kol., 2004).

1.4.1 Otec u porodu

Mít otce svého dítěte u porodu je v současné době běžné, nikdo se nad vysloveným přáním rodičky nepozastavuje. Není tomu ale tak dávno, kdy tato možnost nepředávala v úvahu. Zpočátku se jevila jako zvláštní výstřednost a budoucí rodiče o tuto výsadu museli bojovat. Muži, kteří jsou přítomni u porodu své partnerky, cítí ke své ženě úctu a zážitek porodu v nich v tětinou vzbudí velkou vlnu lásky, hrdosti a úcty k ženě, která porodila. Tyto pocity jsou velmi ufliténé v období po porodu, který je pro novorozený rodičovský pár v tětinou klíčovým. Příchod nového člena rodiny převrátí všechny zážitky a dynamiku v rodině. Vzájemná úcta a hrdost a vyjadřovaná láska mezi partnery je pro novorozené dítě nejlepším možným startem do života (Mrowetz a kol., 2011, s. 69)".

V dnešní době ufl bývá na místě otázka, zda se jedná o společné rozhodnutí partnerů, nebo jde víc o módní záležitost, afl nutnost. Mnoho mužů totiž svou

přítomnost u porodu považuje za nutnost, protože je od nich společností tak nějak očekáváno, že k porodu přijdou. Společnost pak zhodnotí, zda je dobrý, či špatný otec pouze na základě toho, zda byl, či nebyl u porodu. Vždy by se mělo jednat o vzájemnou domluvu partnerů (Stackeová, Böhmová, 2010). Špokud by na sebe společnost od otců žádala, aby byli u porodu matkám hlavní oporou, kladla by na ně velmi obtížně splnitelné nároky. Je to, jako bychom od muflů požadovali, aby hráli v profesionálním fotbalovém družstvu po absolvování pouhých několika lekcí, navíc bez tréninku a cvičných zápasů (Klaus a kol., 2004, s. 17)".

Snaha o humanizaci porodů vedla k umocnění přítomnosti otce na porodních sálech. Předpokládalo se, že jejich přítomnost kladně ovlivní samotný průběh porodního děje a následnou péči otce o dítě. Ukázalo se však, že přítomnost otce u porodu nemusí mít jen pozitivní dopady. V dnešní době proto existují skupiny zastánců i odpůrců přítomnosti otce u porodu. Zastánci porodů za přítomnosti otce zdrazují kladný vliv na porod a budoucí vztah otce k dítěti. Odpůrci argumentují komplikacemi, kdy otec může svým nevhodným chováním, kterým do porodu zasahuje, jeho průběh zkomplikovat nebo z pohledu na porodní děj omdlí.

K potlačení negativních dopadů na porod je zejména vhodná předporodní příprava, při které muž získá reálné představy o průběhu porodu a o možných komplikacích, které mohou nastat. Přínosem může být i osvojení si dovedností, které by mohly ženě pomoci při zmírování bolesti a zlepšení průběhu porodního děje. Během předporodní přípravy je i vhodné analyzovat jeho motivaci k účasti u porodu a očekávání obou partnerů zjistit, zda se nejedná pouze o přizpůsobení se společenským požadavkům. Muž musí přijmout fakt, že je u porodu kvůli své partnerce (Stackeová, Böhmová, 2010).

Mrowetz si pokládá otázku, zda vůbec patří muži k porodům. V historii, zejména v křesťanské společnosti, byl porod výhradně v rukách žen, nebo rodičů ženy byla považována za nečistou, díky čemuž nebyla doprovázena mužem. U předrodních národů jsou porody též ženskou záležitostí. V moderní společnosti je porod přesunut do zdravotnických zařízení, kde je svěřen do rukou porodníků, v tichou mužů. Ženy si své

partnery k porodu p tvad ji zejména proto, fle od nich o ekávají podporu b hem porodu a pro pocit jistoty v neznámém prost edí (Mrowetz a kol., 2011).

1.4.2 Dula u porodu

Nejprve si op t vysv tleme, kdo je a byla dula. šPojem šdulaõ pochází z antického ecka; ozna oval nejd lefit j-í sluflebnou v domácnosti, která pomáhala paní domu p i porodu a mate ství. Dnes se tak íká flenám, které poskytují kontinuální podporu matce v p edporodní, porodní i poporodní fázi (Bláhová, 2003, s. 24)".

Dulou se m fle stát flena, která ufl alespo jednou rodila, musí absolvovat kurs pro duly, který trvá p iblifn rok. B hem n ho projde teoretickou i praktickou pr pravou. Podmínkou je téfl mít zku-enost alespo dvou doprovodných náv-t v u porodu (Bláhová, 2003).

Dula je zku-ená porodní spole nice, která poskytuje flen a jejímu partnerovi citovou a fyzickou podporu v pr b hu celého porodu. Je schopna poskytovat pé i i v -estined lí. Má základní -kolení o vedení porodu a zná r zné o-et ovatelské postupy. Za pr b h porodu nemá fládnou zodpov dnost, pouze morální (Klaus a kol., 2004; Ratislavová, 2008a).

Správná dula nezasahuje do odborné pé e p i porodu, ale je rodi ce po celou dobu nablízku. Dle výzkumu kanadských léka dokáfle pé e duly výrazným zp sobem omezit medikaci a pouflití invazivních metod v pr b hu porodu. U nás je dula v dne-ní dob jifl pom rn známá profese. V západních zemích fungují duly jifl adu let a o jejich kladném vlivu na pr b h porodu se pí-í studie. Dula pomáhá p i porodu rodi ce se více uvolnit, cofl má nemalý vliv na pr b h porodu. M fle také fungovat jako šmluv iõ nastávajících matek p i komunikaci s personálem. Rodi ky by si mnohdy netroufly pofladovat n co, na co mají právo. Výhodou dul je p edev-ím to, fle na rozdíl od zdravotnického personálu mohou být rodící flen neustále nablízku. Nabízejí r zné mofnosti ke zvý-ení flenina pohodlí a praktickou pomoc. Napomáhají lep-ímu rozvoji vazby mezi matkou a dít tem. Jsou flenám emo ní podporou, zdrojem informací a rad



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

netekáské povahy, usnadňují a zprostředkovávají komunikaci s personálem porodního sálu. Finanční za jejich služby platí (Bláhová, 2003; Ratislavová, 2008a; Klaus a kol., 2004).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V rámci bakalářské práce "Bonding ó názory zdravotnického personálu a matek" byly stanoveny dva cíle.

Cíl 1: Zjistit, zda porodní asistentky a novorozenecké sestry na porodním sále ví, co je bonding a jak ho vyúflít ve prospích novorozence a navázání prvního vztahu mezi matkou a dít em.

Cíl 2: Zjistit, do jaké míry je žena v graviditě informovaná o možnostech zlepšení startu novorozence do flivota pomocí bondingu.

2.2 Výzkumné otázky

Ze stanovení těchto cílů vyllynuly tři výzkumné otázky, z toho dvě pro zdravotnický personál.

Výzkumná otázka 1: Má zdravotnický personál vhodné a dostatečné podmínky pro bonding?

Výzkumná otázka 2: V čem zdravotnický personál vidí pínos bondingu?

Výzkumná otázka pro matky:

Výzkumná otázka 3: Co si matky představují pod pojmem bonding a v čem vidí jeho význam?

3. Metodika

3.1 Použití metody

Pro zpracování výzkumu byla využita kvalitativní metoda, která pracuje s malým souborem respondentek bez nároku na statistickou reprezentativnost. S porodními asistentkami, novorozeneckými sestrami a matkami byly vedeny individuální polostrukturované rozhovory v průběhu měsíce února a března 2013. Tyto rozhovory byly následně zpracovány metodou obsahové analýzy.

Účast na výzkumu byla naprosto dobrovolná. Po nastínění průběhu výzkumu bylo na rozhodnutí respondentek, zda se výzkumu zúčastní, či nikoliv. Informovaný souhlas od všech respondentek byl získán pouze ústně. Všechny oslovené respondenty souhlasily se svou účastí při rozhovorech a byly informovány, že výsledky rozhovoru budou využity pouze pro účely bakalářské práce na téma "Bonding-názory zdravotnického personálu a členů".

Rozhovor byl anonymní, v práci je zpracován pouze pod identifikačním číslem. Rozhovory byly nahrávány na diktafon pouze v případě, že s tím respondenty souhlasily. V opačném případě byly zaznamenány pouze písemně. Rozhovor se mohl kdykoliv přerušit a bylo možné odstoupit od svého souhlasu (Hendl, 2005).

První otázky u všech skupin respondentek byly identifikační. Pro porodní asistentky a novorozenecké sestry zněly: "Jak dlouho pracujete na porodním sále / na novorozeneckém oddělení?". Otázky pro matky: "Kolik je Vám let?" a "Kolikrát jste uflorodila?" Další otázky ve všech skupinách jifišovaly k zjištění názoru a povdomí o využití bondingu při porodu. Poslední otázka vedla respondenty k doplnění zjištěných informací, které byly následně při zpracování záznamy pod jednotlivé otázky rozhovoru, aby byly snáze zpracovatelné (Disman; dotaznik-online.cz).

Všechny respondenty souhlasily s nahráním průběhu rozhovoru na diktafon. Z hlasového záznamu byly následně všechny rozhovory doslovně přepsány. Poté byly upraveny do podoby spisovné češtiny. V každém rozhovoru byly barevně označeny hlavní myšlenky jednotlivých odpovědí pro lepší přehlednost. Každá skupina

rozhovory byla zvlášť zpracována a porovnána mezi sebou. Pro lepší přehlednost této práce byly výsledky výzkumu zpracovány do tabulek a schémat. Všechny následující tabulky a schémata jsou proto přehlednější. Jednotlivé rozhovory v každé skupině byly označeny R1 až R6. Pro popis každé otázky byly použity přímé citace respondentek získané při provedených rozhovorech.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořil zdravotnický personál, který ošetřuje matku a novorozence po porodu, pracuje s nimi a je přímým zodpovědným za možné vyuffití nebo nevyuffití bondingu při porodu. Do tohoto výzkumného souboru byly zahrnuty porodní asistentky a novorozenecké sestry z různých porodnic v České republice a matky. Respondentky byly rozděleny do tří skupin podle profese. První skupinu tvořily porodní asistentky pracující na porodním sále. Ve druhé skupině byly novorozenecké sestry, které ošetřují novorozence bezprostředně po porodu. Třetí skupina zahrnovala přítelkyně. Rozhovory s porodními asistentkami a novorozeneckými sestrami byly prováděny individuálně v předem dohodnutých prostorách. Rozhovory s přítelkyněmi byly vedeny během jejich hospitalizace na oddělení gynekologie nebo na porodním sále.

4. výsledky

4.1 Rozhovory o porodní asistentky

Délka praxe na porodním sále

Tabulka 1: Délka praxe

| Respondentka | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 |
|--------------|--------|--------|-------|--------|-------|-------|
| Délka praxe | 14 let | 2 roky | 8 let | 27 let | 6 let | 7 let |

Nejkratší praxi na porodním sále má respondentka 2, pracuje zde 2 roky. Naopak nejdéle 27 let pracuje respondentka 4. Respondentka 1 pracuje 14 let, respondentka 3 8 let, respondentka 5 pracuje již 6 let a respondentka 6 má odpracováno na porodním sále 7 let.

Pojem bonding

Schéma 1: Pojem bonding

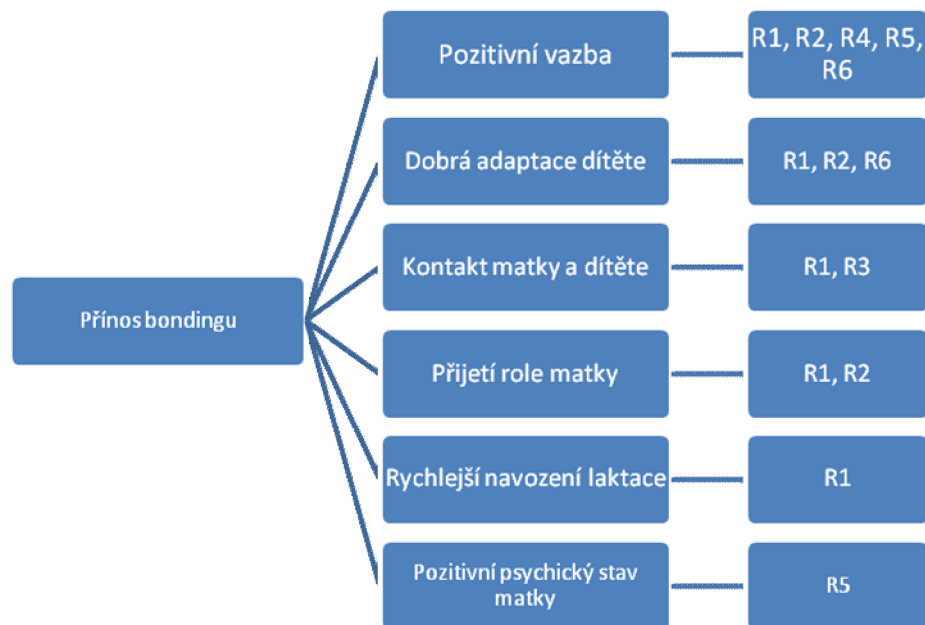


Pod pojmem bonding si dvě respondentky představují položení dítěte na nahé břicho matky (R3, R4). R4 přímou uvádí: *š položení nahého miminka matce ihned po porodu na břicho. Ono by mělo samo dolézt k prsu a začít sát.* Další dvě respondentky

v bondingu vidí vytvoření vztahu mezi matkou a dítětem (R5, R6). R6: *š Vytvoření vztahu, pouta mezi matkou a dítětem po porodu.* Další respondentka uvedla, že se jedná o kontakt skin to skin. R1: *š Já si konkrétně představuji první kontakt matky s dítětem skin to skin, což je to hned po porodu kdy dítě leží na křídle matky.* R2 říká, že bonding je navázání spojení mezi matkou a jejím dítětem: *š Bonding je těsné navázání spojení matka-dítě, popřípadě nepřerušování kontaktu bezprostředně po porodu.*

Přínos bondingu

Schéma 2: Přínos bondingu

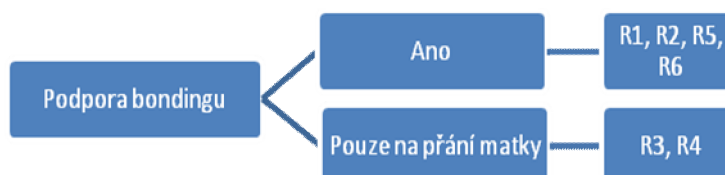


Nejvýše přínos bondingu vidí respondentky z řad porodních asistentek v navázání pozitivní vazby mezi matkou a jejím dítětem (R1, R2, R4, R5, R6). R1 uvedla: *š Hlavním přínosem bondingu je zaručení navození pozitivní vazby matka - dítě.* Tyto respondentky uvedly lepší adaptaci dítěte na nové prostředí (R1, R2, R6). Respondentka 6 uvedla: *š Jako hlavní přínos bondingu vidím dobrou adaptaci dítěte po porodu.* R1 a R2 uvedly, že přínosem bondingu je dobré přijetí role matky. R2: *š Již si snáze zvykne na svou novou roli matky, snáze se naučí s dítětem manipulovat a pečovat o něj.* Respondentka 1 uvádí, že vidí jako přínos rychlejší navození laktace *ší po stimulaci*

braaavek abcazi κ τυσηει=ima navození laktace u fleny.ō a pozitivní záflitek z porodu
 š í mají men-í strach z následující gravidity a porodu. í v dal-ích graviditách se fleny
 vrací na na-e pracovi-t s pozitivním záflitekem z minulého porodu.ō Respondentka 5
 uvedla pozitivní psychický stav matky.

Podpora bondingu

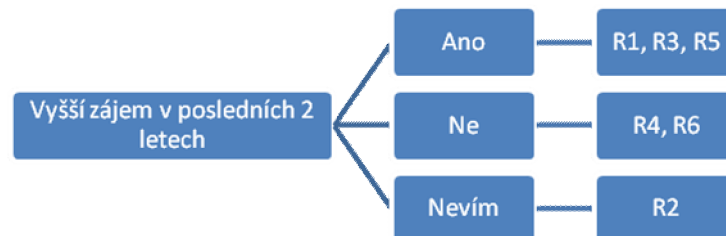
Schéma 3: Podpora bondingu



ty i z respondentek na svém pracovi-ti bonding podporují (R1, R2, R5, R6). R1:
*š Na-e pracovi-t bonding u fyziologického porodu a novorozence podporuje a myslím
 si, fl po pozitivních zku-enostech matek a d tí u toho ur í z. stanemeō. R2: š Dít
 ihned po porodu pokládáme matce na b icho, afl poté p eru-ujeme pupe ní – ru í ō
 Dv z nich uvedly, fl polofení nahého dít te na b icho matky a odlofení p eru-ení
 pupe níku je na jejich odd lení b flná praxe (R1, R2). Dal-í dv respondentky uvedly,
 fl bonding podporují pouze na výslovné p ání matky (R3, R4). R4: š U nás bonding
 nepodporujeme, ale pokud je to p ání matky, snaflíme se jí vyjít vst íc.ō*

vyšší zájem o využití bondingu v posledních 2 letech

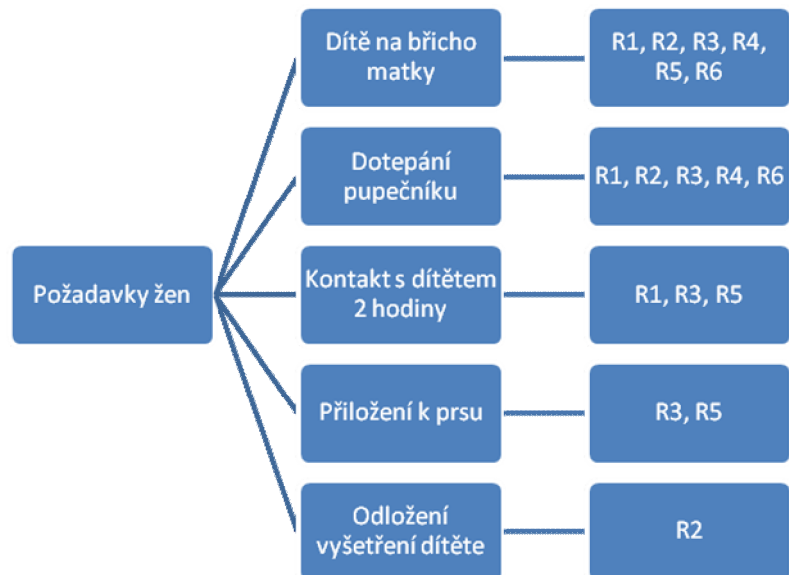
Schéma 4: Vyšší zájem v posledních 2 letech



Tři respondentky uvedly, že během posledních dvou let zaznamenaly vyšší zájem o bonding ze strany rodiček (R1, R3, R5). R1: *Šurit jsem v té zájem zaznamenala. Je to dáno v té informovaností rodiček, předporodními kurzy a jísti v tím prostudováním literatury a internetu.* R3: *ŠAno, nebo ženy jsou více informované. Bonding je v t-inou sou částí porodních plán .* R5: *ŠUr it ano. Ale jsou i matky, a není jich málo, které bez mrknutí oka nechají své dítě celé dvě hodiny po porodu v péči sester s tím, že jsou po porodu moc unavené.* Dvě respondentky R4 a R6 konstatovaly, že se s vyšším zájmem o bonding nesetkaly. R4: *ŠB hem mých slufleb se s pořadavky na bonding moc často nesetkávám.* R6: *ŠZájem vyšší není. Po et rodiček, které bonding vyžadují, je pomrn stálý.* Respondentka 2 uvedla, že neví, má totiž pomrn krátkou praxi: *ŠNevím, jaký zájem o bonding byl předtím.*

nejast jím požadavky žen v rámci bondingu

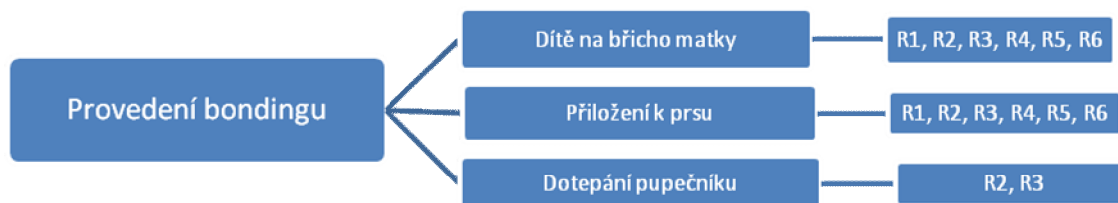
Schéma 5: Požadavky žen



Všechny respondenty se shodly, že nejast jím požadavkem žen v rámci bondingu je položení dítěte ihned po porodu na břicho matky. R1: *š Nejast ji si p eji polofit dit ihned po porodu na b icho.õ* Druhým nejast jím požadavkem bylo dotepání pupe níku p ed jeho p eru-ením (R1, R2, R3, R4, R6). R2: *š í nep eru-ovat pupe ník p ed jeho dotepáním.õ* T íkrát se v odpovídách respondentek objevil požadavek na možnost mít dítě u sebe po celé dv hodiny po porodu (R1, R3, R5). R1: *š V sou asné dob se stále více setkáváme s p áním rodi o setrvání dítěte spolu s nimi ve tvrté dob porodní na porodním sále.õ* R5: *š í , fle je cht jí mít celé dv hodiny na sále u sebe.õ* Dv respondentky uvedly, že si ženy p eji asné p ilofení novorozence k prsu (R3, R5). R3: *š Dal-ím z astých požadavk rodi ek je v asné p ilofení miminka k prsu.õ* Respondentka 2 uvedla, že pom rn astým p áním rodi ek je odložení vy-et ení novorozence na pozd jí dobu.

viastim provedením bondingu

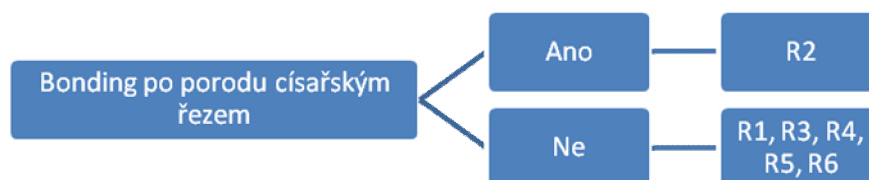
Schéma 6: Provedení bondingu



Věchny respondentky odpovědly, že se snaží všechny novorozence, pokud to dovolí stav matky a dítěte, přiložit matce k prsu do první hodiny po porodu. Přít respondentek uvedlo, že při vyústění bondingu pokládají nahé dítě na nahé břicho matky (R1, R2, R3, R5, R6). Dvě respondentky ekly, že nechávají dotepat pupečník před jeho přerušením (R2, R3). R3 př kn shrnula, jakým způsobem praktikují bonding na jejím pracovišti: *š ídíme se přáním matky, pokud je to možné a není známa žádná kontraindikace, splníme řen všechny přání vyplněná v porodním plánu. Položíme matce dítě na břicho, necháme dotepat pupečník. Poté je novorozenec odnesen na první ošetření, kde je přitomen i otec dítěte. Poté je způsobem položen na tělo matky, oblečený nebo nahý podle jejího přání.*

Podpora bondingu po porodu císařským řezem

Schéma 7: Bonding po porodu císařským řezem

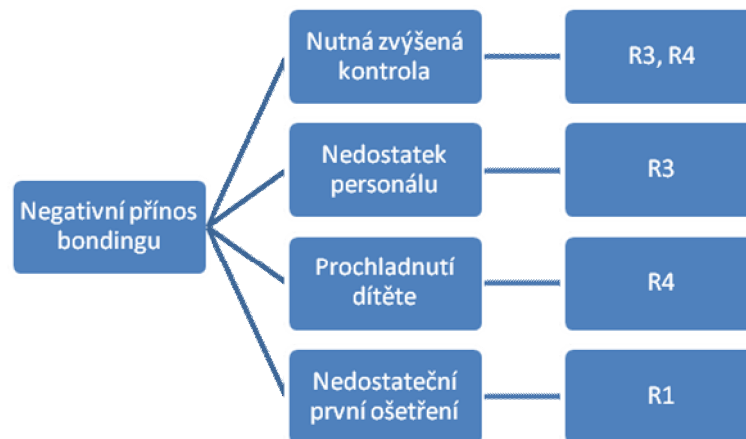


Většina respondentek odpověděla, že bonding po porodu císařským řezem nepodporují (R1, R3, R4, R5, R6). R1: *š Bohužel při císařském řezu na našem pracovišti není bonding možný. Dítě je ale co nejdříve přiloženo a je v pravidelných*

intervalech dona-eno ke kojení. R3: šDít je pouze p i spinální anestezii matce ukázáno, ta si ho m fle pohladit, poté je odneseno na novorozenecké odd lení. S p áním otce mít dít na nahé hrudi jsem se b hem své praxe nesetkala. R5: šPo sekci je novorozenecké sestry nosí každé t i hodiny p íkládat k prsu, a když matka chce, tak jí ho chvilku nechají. Respondentka 2 uvedla, fle bonding po tomto opera ním porodu podporují. šAno, jakmile je matka probuzena z anestezie nebo jakmile je schopna po spinální anestezii, novorozenec je u ní. P íloží se k prsu, z stane u ní v náru í, dokud matka chce. R3: šDít je pouze p i spinální anestezii matce ukázáno, ta si ho m fle pohladit, poté je odneseno na novorozenecké odd lení. S p áním otce mít dít na nahé hrudi jsem se b hem své praxe nesetkala. R5: šPo sekci je novorozenecké sestry nosí každé t i hodiny p íkládat k prsu, a když matka chce, tak jí ho chvilku nechají. Respondentka 2 uvedla, fle bonding po tomto opera ním porodu podporují. šAno, jakmile je matka probuzena z anestezie nebo jakmile je schopna po spinální anestezii, novorozenec je u ní. P íloží se k prsu, z stane u ní v náru í, dokud matka chce.

Negativní p ínos bondingu

Schéma 8: Negativní p ínos bondingu



P esto fle v-echny respondentky uvád ly mnoho pozitiv jako p ínos bondingu, n které z nich ve využití bondingu vidí i n jaká ta negativa, která je podle jejich slov mnohdy odrazují od podpory bondingu u v-ech porod . Respondentka 2 íká, fle je n kdy tém nemofné p esv d it rodi e, aby nechali své dít vy-et it a o-et it v jejich blízkosti. Domnívá se, fle o-et ení novorozence na t le matky je nedosta ující: šOb as bývá problém s prvním o-et ením novorozence, pon vadfl ho matka odmítá, je t flké ji p esv d it o prosp -nosti nap íklad kredeizace. Respondentka 3 uvedla, fle je p i využití bondingu pot eba zvý-ená kontrola novorozence a matky, pro cofl je pot eba

více personálu, pokud je na porodním sále více rodiček: *šPokud se mám plnohodnotně v novat více rodičkám a novorozencem a pítom je – udlat mnoho administrativy, nezbyvá mi dostatek času na matky, které chtějí mít novorozence v kontaktu na křítak, jak bych si představovala.* Respondentka 4 vidí velký problém v prochladnutí novorozence. *šMyslím si, že pokud není dítě obléčeno a zabaleno do zavinovačky, rychleji prochladne.*

4.2 Rozhovory o novorozenecké sestry

Délka praxe na novorozeneckém oddělení

Tabulka 2: Délka praxe

| Respondentka | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 |
|--------------|--------|--------|--------|-------|--------|-------|
| Délka praxe | 15 let | 29 let | 20 let | 5 let | 10 let | 6 let |

Délka praxe respondentek se pohybovala mezi 5 a 29 lety na novorozeneckém oddělení. Nejméně tedy 5 let praxe udala respondentka 4. Nejdelší praxi 29 let má respondentka 2. R1 pracuje na novorozeneckém oddělení 15 let, R3 odpracovala 20 let. Respondentka 5 je v pracovním poměru 10 let a respondentka 6 má –estiletou praxi.

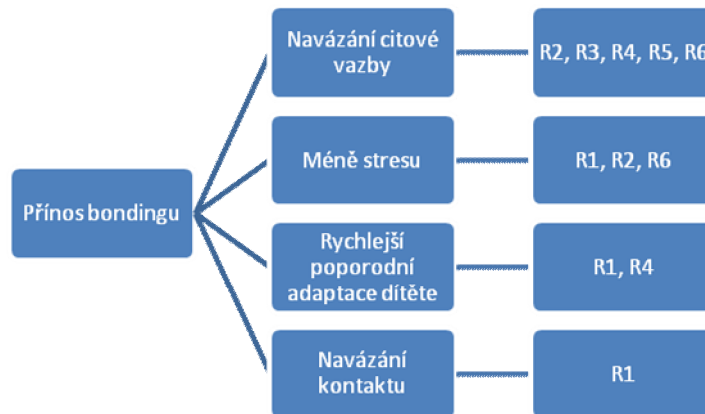
Pojmem bonding

Schéma 9: Pojem bonding



Nejvíce respondentek uvedlo, že si pod pojmem bonding představují vytvoření pozitivního vztahu mezi matkou a dítětem (R3, R4, R5, R6). R3: *š Pozitivní vztah mezi matkou a dítětem, který začne užívat v prvních týdnech po porodu, umocní se tím, že novorozence položíme matce na nahé břicho a necháme mu čas, aby se v klidu adaptovalo na nové prostředí.š* Dvě respondenty odpověděly, že je to kontakt matky a dítěte (R2, R5). R5: *š í nepřerušovaný kontakt bezprostředně po porodu.š* Respondentka 1 si představuje pod tímto pojmem navázání spojení matky a dítěte: *š Co nejvčasněji a nejlépe spojení matky a dítěte těsně po porodu.š*

Schéma 10: Přínos bondingu



Tém všichni respondentky uvedly, že hlavním přínosem bondingu je navázání citové vazby mezi matkou a dítětem (R2, R3, R4, R5, R6). Respondentka 5 uvedla: *š í prospívá dalšímu rozvoji citové vazby mezi matkou a dítětem, i otcem, je-li přítomen u porodu.* Další respondentky odpověděly, že přínos bondingu je ve snížení stresu pro matku i dítě (R1, R2, R5, R6). R1: *š í mén stresových situací pro matku a dítě.* R5: *š Matka i dítě jsou klidnější.* Respondentky 1 a 4 vidí přínos v rychlejší poporodní adaptaci novorozence. R4: *š Hlavním přínosem bondingu je dobrá adaptace dítěte mimo d lohu.* Respondentka 1 ještě dodala, že při bondingu dochází k navázání pozitivního kontaktu.

Podpora bondingu

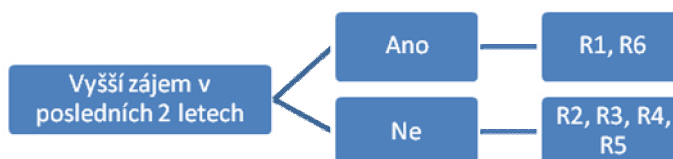
Schéma 11: Podpora bondingu



T i respondentky na svém pracovišti bonding podporují (R4, R5, R6). R4: *š Ze strany nás, d tských sester, ano, ale ze strany léka není tak podporován.õ* R6: *š Ano, asto. I pokud si fena nep eje p ímo bonding, nabízíme kařdã rodi ce, pokud to stav dít te dovoluje, polofení dít te ihned po porodu na její nahã b icho. Ne kařdã rodi ka to chce.õ* Respondentka 1, 2 a 3 uvedly, Ťe bonding podporují pouze na p ání matky. R3: *š Bohuřel b řn ho nepodporujeme, pouze na p ání matky a za podmínky, Ťe je novorozenec naprosto v po ádku.õ*

Vyší zájem o využití bondingu v posledních 2 letech

Schéma 12: Vyší zájem v posledních 2 letech

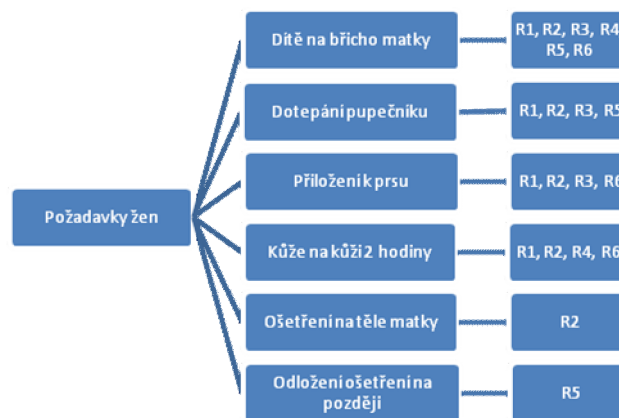


Nej ast jí odpov ě byla, Ťe nezaznamenaly vyší zájem o využití bondingu b hem posledních dvou let. Takto odpov d ly ty i respondentky (R2, R3, R4, R5). R3: *š Ani ne, zájem mají spí-e p írodn lad né řeny.õ* R5: *š Nezdã se mi, Ťe by v posledních dvou letech byl vyší zájem o bonding. as od asu p ijde n jakã rodi ka s porodním plãnem, kde bonding vyřaduje.õ* Vyší zájem vidí pouze respondentky 1 a 6. R6: *š Ur it ano,*

...ie jsou i matky, které raay p enechají své dít celé dv hodiny po porodu u nás, d tských sester, s tím, fle jsou p íli-unavené.õ

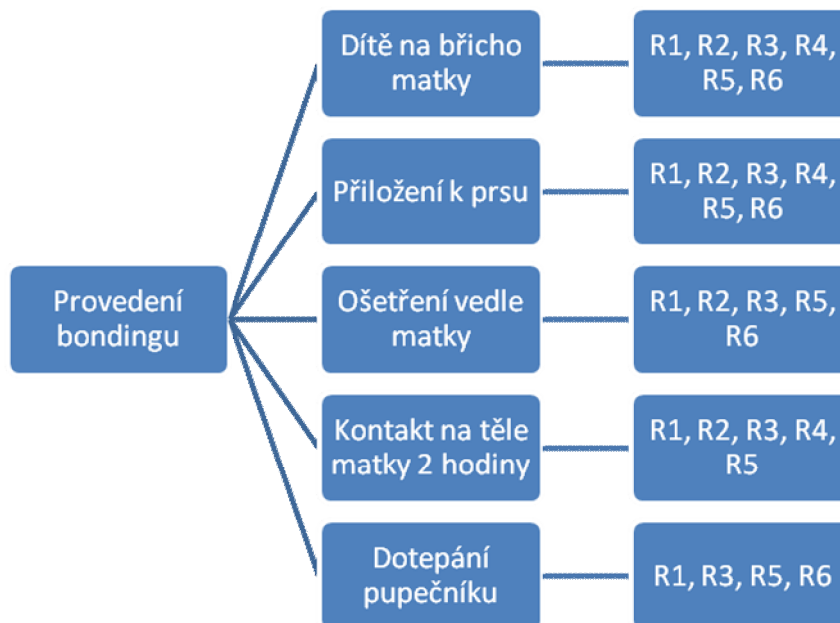
Nej ast j-í pofladavky flen v rámci bondingu

Schéma 13: Požadavky žen



V-echny respondentky uvedly, fle nej ast j-í pofladavek flen je poloflit dít ihned po porodu na nahé b icho matky. R6: *š U nás mají nejv t-í zájem o to, aby dostaly své miminko ihned po porodu na své b icho.õ* Druhým nej ast j-ím p áním je dle respondentek dotepání pupe níku (R1, R2, R3, R5) R5: *š í necht jí p eru-ovat pupe ník p ed jeho dotepáním.õ*, dále pak asné p iloflení k prsu (R1, R2, R3, R6) R1: *š í p iloflení dít te k prsu, nejlépe ihned po dotepání pupe níku.õ* a ponechání dít te na t le matky po celé dv hodiny po porodu (R1, R2, R4, R6). R1: *š Ponechání nahého novorozence na t le matky nejlépe celé dv hodiny po porodu.õ* Respondentka 1 ekle, fle se setkává s výslovným p áním o-et ení dít te na t le matky. Respondentka 5 odpov d la, fle sou ástí pofladavk flen je i odlofení vy-et ení a o-et ení novorozence na pozd j-í dobu: *š í , p ejí si odlofit vy-et ení novorozence na pozd j-í dobu.õ*

Schéma 14: Provedení bondingu



Ve všech případech respondentky odpověděly, že pokládají novorozence ihned po porodu na nahé břicho matky a přikládají ho k prsu co nejdříve po porodu. R3: *š Je to vždy na základě dohody, kompromisu mezi rodiči a zdravotnickým personálem. V t-inou rodičům vyhovíme, pokud to stav dítěte dovozuje.* R1, 2, 3, 5 a 6 uvedly, že dítě odnáší pouze na nezbytně dlouhou dobu na první ošetření novorozence, které je prováděno v blízkosti matky, nebo pod dohledem otce dítěte. R2: *š Pokud je u porodu zúčastněn otec, je vždy přítomen u ošetření novorozence na výše uvedeném místě.* Jinak se po celou dobu dvou hodin snaží dítě nechat buď na těle matky, nebo v postýlce hned vedle ní podle jejího přání (R1, R2, R3, R4, R5). R1: *š í dítě je ponecháno přikryté na matčině hrudi.* Dotepání pupečníku před jeho přerušením uvedly čtyři respondentky (R1, R3, R5, R6).

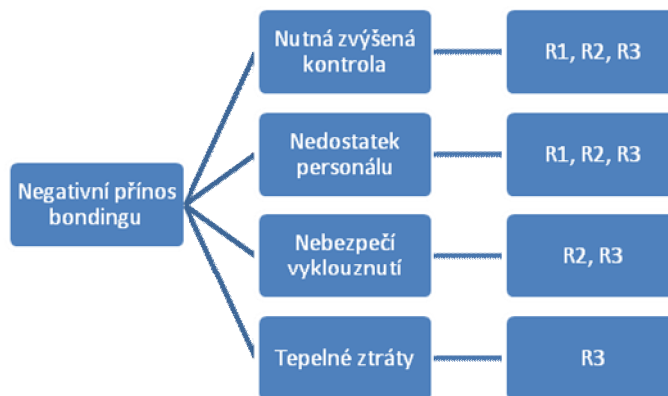
Podpora bondingu po porodu císařským řezem

Schéma 15: Bonding po porodu císařským řezem



Kladn odpov d la pouze respondentka 5: *š Pokud je matka ve spinální anestezii, tak dít vidí ihned po porodu, m fle si ho pohladit, a po dokon ení operace je dít v její náru i a je p ilofeno k prsu, dokud matka chce. Pokud je v celkové anestezii, tak podporujeme tento proces po jejím probuzení. õ* Ostatní respondentky uvedly, fle bonding po porodu císařským řezem nepodporují, nemají k tomu podmínky. R2: *š Nejsou na pracovi-ti podmínky. Pouze u spinální anestezie matce po porodu hned dít ukáfleme a m fle si ho pohladit.õ* R3: *š Nemáme k tomu podmínky ani asový prostor.õ* R6: *š Novorozence nosíme pouze ke kojení v pravidelných t íhodinových intervalech.õ*

Schéma 16: Negativní přínos bondingu



Dvě respondentky nevidí v bondingu pouze pozitiva, ale uvedly během rozhovoru i negativa. R1: *š Je nutná intenzivní kontrola fyziologických funkcí dítěte, provádí se velmi obtížně a sestra k tomu nemůže plnohodnotně vykonávat další potřebnou práci, jako například vyplnění dokumentace po porodu a péči o další novorozence.* R2 má podobný názor jako R1 a je to udává: *š í nebezpečí, že matka dítěte z náručí vyklouzne.*

4.5 KOZNOVORY O MATKY

Identifikační údaje o věku a počtu porodů

Tabulka 3: Identifikační údaje

| Respondentka | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Věk | 27 let | 29 let | 29 let | 30 let | 30 let | 34 let |
| Porody | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 3 |

Nejmladší respondentce je 27 let (R1), dvě respondentky udaly věk 29 let (R2, R3), další dvě 30 let (R4, R5). Nejstarší respondentce je 34 let (R6).

Pouze jedna respondentka zatím nerodila (R5), tři respondentky rodily jedenkrát (R1, R3, R4). Respondentka 2 rodila dvakrát. Poslední respondentka rodila třikrát (R6).

Pojem bonding

Schéma 17: Pojem bonding

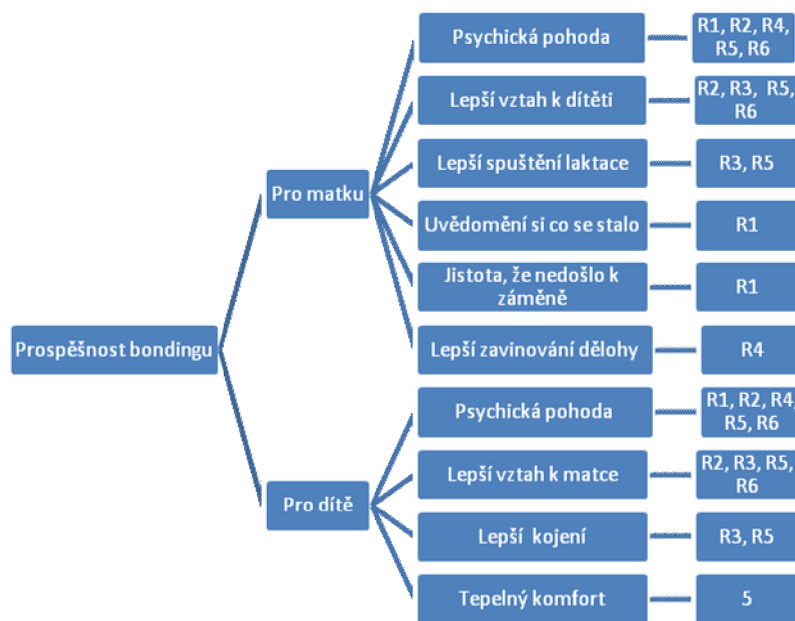


Na otázku, co si představuje pod pojmem bonding, odpověděla respondentka 1: *ŠKdyfl jsem se poprvé dozvěděla o bondingu, zjistila jsem, že je to přesně to, co jsem tak*

... jak po porodu a hlavně o prvního setkání s dítětem o ekávala. V té době ženy odpovídaly, že si představují pod pojmem bonding kontakt matky a dítěte hned po porodu (R2, R3, R4, R5). R2: *ŠCo nejbližší kontakt maminky s miminkem ihned po narození.* R3: *ŠMyslím si, že je to navazování kontaktu matky s dítětem po porodu.* Mezi další představy žen o bondingu patily také přiložení k prsu (R1, R4, R5), polohování novorozence na břicho jeho matky (R1, R5), dotepání pupku (R4) a přivítání dítěte do rodiny (R6). R5 odpovídaly, že její představa je: *ŠTo, že matka a dítě nejsou po porodu odděleny, dítě je poloeno matce na břicho a tím je jim umožněn první oční kontakt a kontakt kůže na kůži.* R6: *ŠPředstavuji si, že to přivítání dítěte matkou, kdy dochází k posílení vazby.*

K čemu je bonding po porodu prospěšný?

Schéma 18: Prospěšnost bondingu

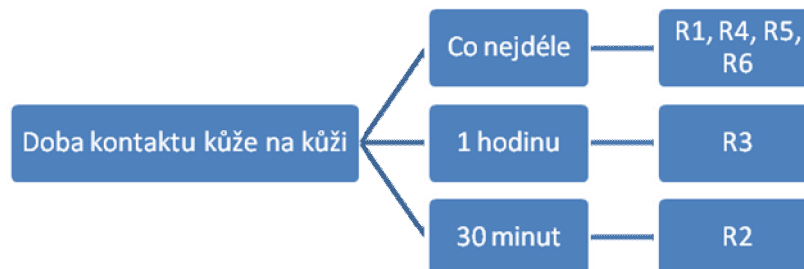


Respondentka 1 vysvětlila svou představu o prospěšnosti bondingu těmito slovy: R1: *ŠBonding po prvním porodu mi pomohl uvědomit si, že už se to opravdu stalo – dala mi jistotu, že mi ho nikdo omylem nevymanil.* Mimo respondentky 3 všechny

odpovědí, že je bonding prospěšný zejména pro zlepšení psychické pohody matky a dítěte. R5: *šBonding je prospěšný pro dítě, aby se lépe adaptovalo na nové podmínky. Pokud bych byla od svého dítěte po porodu oddělena, asi by mi to dost psychicky rozhodilo.* R6: *šPři bondingu dochází k pozvolné, nenásilné adaptaci novorozence na nové prostředí. Dítě je po porodu klidnější.* Téměř ve všech odpovědích se objevilo, že je bonding vhodný k navození a utužení vazeb mezi matkou a dítětem (R2, R3, R5, R6). R6: *šDle mého názoru je prospěšný zejména k navázání pozitivních emocionálních vazeb mezi mnou a svým dítětem.* Dvě respondenty uvádějí, že dochází k lepšímu spuštění laktace (R3, R5). R5: *šÍ aby nemlo problém se sáním.* Jedna z respondentek uvedla, že výhodou bondingu je lepší zavínání dítěte do lohy (R4) a respondentka R5, že bonding zlepšuje tepelný komfort novorozence, dle jejího názoru nedochází k takovým ztrátám tepla.

Doba kontaktu kůže na kůži

Schéma 19: Doba kontaktu kůže na kůži

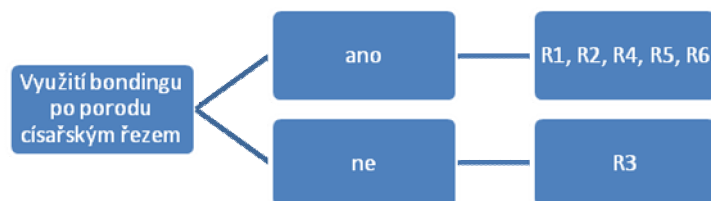


Respondentky 1,4,5,6 by chtěly své dítě mít v kontaktu kůže na kůži co nejdéle. Tyto z nich R1, R5 a R6 upesnily, že by ho nechtěly ani odnést na první ošetření. R1: *šChtěla bych, aby mi dceru na mém těle i omyli, abych se jí nemusela vzdávat.* R4 naopak upesnily, že žádné první ošetření a zkontrolování novorozence: *šChtěla bych s ním být v kontaktu určitě do doby dotepání pupínku, pak bych si přála, aby byl ošetřen a zkontrolován, abych měla jistotu, že je vše v pořádku. Poté bych ho chtěla vrátit zpět.* Jedna z respondentek uvádí, že by chtěla mít své dítě u sebe alespoň 30

minut, pak by si p ara, aby bylo oble eno a lefelo v postýlce vedle ní (R2). Respondentka 3 chce mít dít v kontaktu k fle na k fli asi hodinu: *š ekla bych, fle tak asi hodinu, pak bych si nejspí-, podle náro nosti porodu a denní doby, cht la na chvíli odpo inout. Po prvním porodu jsem za n kolik hodin neru-eného spánku byla ráda.*

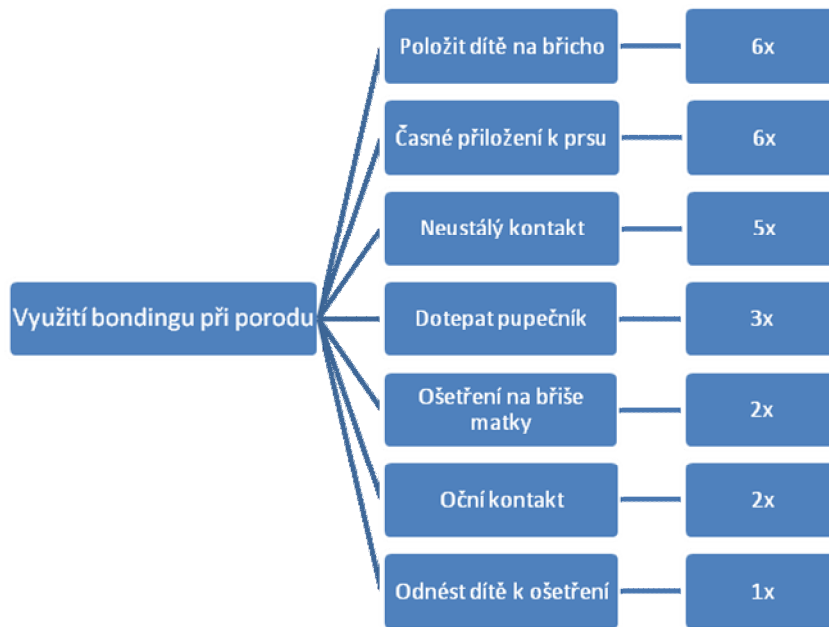
Využití bondingu po porodu císa ským ezem

Schéma 20: Využití bondingu po porodu císařským řezem



Mimo respondentky 3 v-echny odpov d ly, fle je dobré bonding vyufflít i p i operativním porodu císa ským ezem. R3: *š Nedokáflu si to p edstavit vzhledem k náro nosti -ítí po císa ském ezem.* Ostatní respondentky odpovídaly nap íklad takto. R1: *š Neumím si p edstavit, fle bych m la rodit císa em, být v narkóze a dít dostat, afl nevím kdyí Mám pocit, fle bych pak to dít snad m la i n jak mí ráda, kdyby mi ho hned nedali.* R2 udává, fle by se bonding m l podporovat, a pokud nem fle flena, tak vyufflít i t lo otce k bondingu. R4: *š P edstavuji si, fle by mi bylo hned ukázáno a poté by ho sest i ka dala otci.* R5: *š Myslím si, fle je to dobrá a ufflíte ná v c, pomáháme k tomu, aby miminko bylo v lep-í pohod .* V-echny tyto respondentky se shodly, fle by byly rády, aby se do bondingu zapojil otec dít te.

Schéma 21: Využití bondingu při porodu



Všechny respondenty odpověděly, že by chtěly využít bonding během svého porodu. Nejastěji odpovídá na otázku, co konkrétně by využily při porodu, bylo položení nahého novorozence na tělo matky bezprostředně po porodu. Tento prvek chtěly využít všechny respondenty. R1 odpověděla: *šChci, aby mi Amálku dali je-t vlhkou na břicho, tentokrát se snad uflneleknú jako p i prvním porodu.õ* R2: *šPolofení dít te na mé t lo a zabalení nás obou v jeden celek.õ* R3 odpověděla takto: *šD lat si s ním co chci, po ádn si ho prohlédnout, o uchat ho.õ* Časné přiložení k prsu bylo práním všech respondentek. Respondentka 4 řekla: *šP ála bych si, abych ho m la co nejd íve u prsu.õ* R5: *šIdeální je kojení podle pot eb mého dít te. T ím se, afl uvidím, jak se doplazí k mému prsu. U prvního porodu jsem si to neuffila.õ* Respondentka 6 odpověděla, že: *ší nechat ho, aby samo š ekloõ, kdy bude mít chu sát.õ* Všechny respondenty krom R4 uvedly, že chtějí být se svým dítětem v neustálém kontaktu. R4 uvedla, že: *šPo dotepání pupe níku bych chtě la, aby ho odnesli na první o-et ení,*



PDF Complete

Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

abych měla jistotu, že je mě d átko v po ádku.õ Dotepání pupe níku uvedly respondentky 4, 5 a 6. O-et ení na b i-e matky si výslovn p ály respondentky 5 a 6. O ní kontakt s novorozencem si p ály dv respondentky 3 a 6. R6: š Dívát se mu do o í, pozorovat jeho reakce. õ

5 DISKUZE

Téma této bakalářské práce je šBonding ó názory zdravotnického personálu a flen". Bonding je totifl v dne–ní dob ásto sklo ované téma p edev–ím v porodních plánech, které rodi ky p edkládají p i p íjmu na porodní sál. Bonding je proces, p i kterém je vytvá en vztah mezi matkou a dít tem. Budují si mezi sebou základy emo ních vazeb, základy láskyplného vztahu, který se naplno projeví v hormonáln nabité situaci p i porodu. V jeho pr b hu se snaříme docílit maximálního kontaktu matky s jejím novorozeným dít tem, a tím zlep–it jeho start do flivota. Správná podpora bondingu je nejen p ínosem po stránce psychické a emo ní, ale i imunologické (Mrowetz a kol., 2011). Novorozenec je v náru i matky ve stavu blaha, dít se cítí bezpe n a cht né. V ochranné náru i matky se lépe vyrovnává se svými profítky b hem porodu (Liedloffová, 2007). V asná interakce probíhá na základ bezd ného vzájemného vcít ní, p iná–í matce i dít ti radost a uspokojení. Není vhodné matky do takovéto interakce nutit, na–í snahou je vytvo it dobré podmínky a povzbuzovat je k asnému kontaktu a komunikaci s novorozencem (Ratislavová, 2008a).

Výzkumná ást této práce se zabývala zji– ováním názor na bonding jako celek u t ech skupin respondentek. První skupinu tvo ilo –est porodních asistentek, pracujících na porodním sále v r zných nemocnicích na území eské republiky. Druhá skupina byla sestavena z –esti d tských sester, které pracují na novorozeneckém odd lení a o–et ují novorozence po porodu. Byly osloveny téfl sestry z r zných nemocnic eské republiky. Do poslední skupiny bylo za azeno –est t hotných flen v r zném stadiu t hotenství. Po kolikáté byly fleny t hotné, nebylo v t chto rozhovorech rozhodující.

Pouze dv porodní asistentky se shodly s definicí bondingu podle Mrowetz (2011), fle se jedná o utvá ení vztahu mezi matkou dít tem. Ve skupin novorozeneckých sester se výsledek více shodoval s literaturou, stejný názor vyslovily ty i respondentky. Ostatní odpov di byly spí–e zam eny na jednotlivé prvky provád né v rámci bondingu.

P ínos bondingu byl ze strany porodních asistentek zhodnocen jako vznik pozitivní vazby mezi matkou a dít tem a dobrá adaptace dít te na nové prost edí. Mrowetz ve své knize uvádí stejný p ínos (2011). Pom rn zajímavé odpov di byly, fle bonding p iná–í

pozitivním zaměrem z porodu a zlepšení přijetí role matky. Překvapivé bylo, že si porodní asistentky vímly při své praxi i takových podrobností, které je pravděpodobně natolik zaujaly, že je neopomenuly připomenout během rozhovoru. Novorozenecké sestry jako hlavní přínos nejvíce uváděly těžiště navázání kladné citové vazby mezi matkou a dítětem. Za druhý nejvyšší přínos označily méně stresu pro matku a dítě a rychlejší poporodní adaptaci.

V otázce podpory bondingu na jejich pracovišti bylo zjištěno, že ty i zěště porodních asistentek podporují bonding na svém pracovišti, byť jen částečně. Přesto je to dobrý pokrok ve zkvalitnění péče o matku a dítě. Žádné pracoviště nebylo výrazně proti vyústění bondingu, jen dvě porodní asistentky uvedly, že bonding podporují pouze na přání matky. Pokud si ho rodičky vyloženě neřádně, tak postupují podle standardizovaného postupu, který je uveden v kapitole šPrůběh porodu bez vyústění bondingu. Podpora bondingu ze strany novorozeneckých sester byla v úplně stejném poměru jako u první skupiny porodních asistentek. Pouze dvě uvedly, že podporují bonding na výslovné přání rodičky.

Podle mých zkušeností se zájem o bonding v posledních dvou letech zvýšil. Proto mě zaujalo, že pouze tři porodní asistentky jej pozorují také. Jako doprovod vyší poptávky uvádějí v této informovanost rodiček ohledně této problematiky. Během zpracovávání této bakalářské práce jsem sama zjistila, že v posledních čtyřech letech bylo poměrně dost literatury a článků na toto téma. V první řadě kniha šBonding ó porodní radostě (Mrowetz, 2011), šVazba z roku 2010 (Bowlby, 2010), a mnohé články s touto tematikou (Ezrová a kol., 2011; Mrowetz, 2009a a 2009b). Na internetových stránkách se těžiště vygeneruje mnoho odkazů a diskuzí při zadání hesla bonding do vyhledávacího. V odpovědi na tuto otázku se novorozenecké sestry s porodními asistentkami neshodují. Vyší zájem zaznamenaly pouze dvě zěště novorozeneckých sester.

Respondentky z obou skupin zdravotnického personálu se shodly, že nejvyšší pořadavek řen v rámci bondingu je polořit jeť nahého novorozence na nahé břicho matky ihned po porodu. Tento pořadavek řen je poměrně častý i v případech, kdy rodičky neví, co vlastně bonding znamená. Dotepání pupečníku uvedly respondentky

jako první nejast ji požadavek matek. V literatu e je uvedeno, že je vhodné po dotepání pupe níku položit novorozence nejlépe k levému prsu matky, nebo sly-í d v rn známý tlukot mat ina srdce. Tento zvuk ho zklidní, protože jej zná z doby t hotenství (Mrowetz a kol., 2011; Ratislavová, 2008a). Tento fakt nevedla ve svých odpov dích fládná z respondentek. Jedna z novorozeneckých sester navíc odpov d la, že jedním z požadavk ůfen v rámci bondingu je o-et ení novorozence na t le matky.

Vlastní provedení bondingu je popsáno v literatu e Mrowetz a kol., 2011; Ratislavová, 2008a a Teusen a kol., 2003. Tyto autorky se ve svých knihách shodují na stejném vyuffltí bondingu a vytvo ení podmínek k jeho plnohodnotnému provedení. Porodní asistentky i novorozenecké sestry uvedly, že p i vyufflvání bondingu na svém pracovi-ti pokládají novorozence na nahé b icho matky, p íkládají ho asn po porodu k prsu. V otázce dotepání pupe níku po porodu uvedly toto porodní asistentky pouze ve dvou p ípadech, zatímco novorozenecké sestry zastávají názor nechat dotepat pupe ník ast ji. V odpov dích to popsaly ty i respondentky. Z provedených rozhovor ů se m fláme domnívat, že je to pravd podobn dáno nedostatkem trp livosti z jejich strany i ze strany léka ů. Snafí se rad ji o brzké o-et ení novorozence, obávají se o zdravotní stav dít te a nepovaflují první o-et ení novorozence na t la matky za plnohodnotné ve srovnání s o-et ením na vyh ívaném l flku.

Podpora bondingu po císa ském ezu vy-la v odpov dích respondentek z obou skupin naprosto stejn . Pouze jedna z kaflde skupiny odpov d la, že bonding na jejich porodním sále podporují i po operativním porodu císa ským ezem. A se v tomto p ípad nejedná o plnou podporu bondingu v pravém slova smyslu, je toto zji-t ní pozitivní. Dle Dittrichové (2004) a Mrowetz (2011) je i v tomto p ípad vyufflvání bondingu p ínosné vzhledem k lep-í adaptaci novorozence a jeho zklidn ní po operativním porodu. V této literatu e je uvedeno, že pokud není schopna vyufflt bonding matka dít te, je vhodné položit nahého novorozence na nahou hru ů otce dít te. Podpo í se tím jeho tepelný komfort. Jedna z porodních asistentek uvedla, že se s požadavkem rodi ů na mořnost podpory bondingu s otcem ve své praxi nesebkala. Ostatní se o mořnosti p íloření novorozence na hru ů otce v bec nezmínily, o této mořnosti nev d ly. P t dal-ích respondentek, které uvedly, že bonding po císa ském ezu

nepodporují, se snoulo, ne pro jeho provádění v tomto případě nemají personální ani prostorové vybavení. Tím byla částečně zodpovězena první výzkumná otázka.

Po ukončení rozhovorů jsme je společně s respondentkami shrnuly hlavní body rozhovoru. Během toho vyplynulo i několik věcí, které respondentky vnímají jako negativa bondingu pro personál a novorozence. Porodní asistentky si myslí, že mezi negativa patří nutná zvýšená kontrola novorozence, což je dle jejich názoru problém, nebo pro takovou kontrolu nedisponují dostatkem personálu. Další problém, kterého se obává jedna z porodních asistentek, je prochlazení dítěte, přestože v doporučení světové zdravotnické organizace je uvedeno, že tělesný kontakt s matkou je nejlepším prostředkem k udržování tělesné teploty dítěte. Jedna respondentka se domnívá, že ošetření na těle matky je nedostatečné, a pokud literatura uvádí, že je zcela postačující (Mrowetz a kol., 2011). Novorozenecké sestry uvedly kromě výše uvedených negativ navíc nebezpečí vyklouznutí dítěte z náruče matky. A Mrowetz tento argument ve své knize nejenom vyvrací, nebo udává, že matky, pokud jsou v blízkém kontaktu se svým dítětem, jsou sami aktivnější a bdělejší, než matky, které jsou od svého dítěte odděleny (2011). Toto shrnutí odpovídá též na první výzkumnou otázku, že zdravotní personál dle svého názoru udává, že nemá dostatečné podmínky pro bezpečné vyuffití bondingu v praxi.

Těto skupiny matek byly kladeny během rozhovoru trochu pozmeněné otázky. Proto se nyní budeme této skupině respondentek v novat zvláště.

Skupině matek byly na začátku rozhovoru položeny dvě otázky z ad identifičních údajů. Poté byl již rozhovor zaměřen na vlastní téma této bakalářské práce. Nejvíce žen si myslí, že pojem bonding zahrnuje kontakt matky s dítětem. Věchny ostatní představy žen tvořily spíše jednotlivé aspekty péče při vyuffití bondingu. Každá z odpovědí žen se neshodovala s definicí bondingu dle Mrowetz (2011).

Prospěšnost bondingu vidí přitom respondentky ve vytvoření psychické pohody a celkového zklidnění matky i jejího dítěte. Podobně to uvedly i tyto respondentky z ad zdravotnického personálu. Podle Ratislavové (2008a) a Mrowetz (2011) je to jeden z pozitivních efektů bondingu, kterého chceme při jeho vyuffití dosáhnout. Pomrn

asto se v odpov dích objevily i dosažení lepšího vztahu mezi matkou a dítětem a rychlejší spuštění laktace. Velice zajímavě charakterizovala prospěšnost bondingu jedna z respondentek, která uvedla, že právě díky bondingu během předchozího porodu si byla schopna uvědomit, co se vlastně stalo. Je právě porodila své dítě, že jí ho nikdo neviděl. A to, že ho viděla, mohla se ho dotknout bezprostředně po porodu, jí utvrdilo v tom, že je vše v pořádku.

Výsledky odpovědí na otázku „Jakou dobu po porodu byste si přála být s dítětem v kontaktu kůže na kůži“ byly velice překvapující. Předpokládali jsme totiž, že všechny respondenty odpoví, že chtějí být se svým dítětem co nejdéle. Ale takto odpověděly pouze tři respondenty. Jedna uvedla, že by jí stačilo pouze 30 minut a poté by si přála, aby bylo dítě oblečeno a leželo vedle ní v postýlce. Další z respondentek prohlásila, že chce mít dítě v kontaktu kůže na kůži asi hodinu, poté by si ráda odpočinula. Řekla, že podobnou zkušenost má z prvního porodu, kdy jak sama říká, byla za nerušený spánek ráda. V literatuře je uváděno, že kontakt skin to skin by neměl být přerušeno alespoň dvě hodiny a je potřeba zajistit dostatečný tepelný komfort novorozence po následném osušení jeho těla. Toho je dosaženo obléčením dítěte do pleny a ponožek a následným přikrytím na těle matky (Mrowetz a kol., 2011; Ratislavová, 2008a).

Ve využití bondingu po porodu císařským řezem se skupina matek naprosto rozchází s názorem zdravotnického personálu, který uvádí, že pro toto využití bondingu mají nedostatek personálu a nedostatečné prostorové vybavení. U využití bondingu u tohoto typu operativního porodu by vyuffilo pouze tři z matek. V literatuře je též popisována prospěšnost jeho využití při porodu císařským řezem (Mrowetz, 2011).

Využít bonding během svého porodu by chtěly všechny respondenty ze skupiny matek. Dokonce se všechny shodly, že chtějí, aby jim byl novorozenec položen na jejich břicho ihned po porodu a brzy přiložen k prsu. Mezi konkrétní přání uvedly v první řadě neustálý kontakt se svým dítětem. Dotepání pupku a ošetření na těle matky patřilo též mezi časté požadavky matek. Na rozdíl od odpovědí zdravotnického personálu, který se o omezení kontaktu ani jednou nezmiňoval, dvě matky uvedly, že by ho rády vyuffily se svým dítětem. Jedna z matek vysloveně uvedla, že by si přála, aby bylo

její dítě a dala mu své jméno na vybraném místě, a ona měla jistotu, že je naprosto v pořádku.

Z rozhovorů s matkami vyplynulo, že mají celkem konkrétní představy o bondingu, vědí, jaký má pro ně a jejich dítě význam, ale ještě v nich některých případech nejsou zcela připraveny ho plně využít.

Na základě provedených rozhovorů se ukázalo, že dle slov zdravotnického personálu nejsou dostatečné personální podmínky pro bonding. Jinak jsou ale porodní asistentky a novorozenecké sestry za podmínek fyziologického porodu schopny bonding podporovat. Opakovaný přístup má zdravotnický personál v případě císařského řezu. V tomto případě uvádí, že nemá k jeho podpoře vyhovující podmínky, jak personální, tak časové a prostorové. Tím bylo odpovězeno na druhou výzkumnou otázku. Přínos bondingu vidí zdravotnický personál ve vzniku pozitivní vazby mezi matkou a dítětem a v dobré adaptaci dítěte na nové prostředí. Bonding dle jejich názoru přináší pozitivní zážitky z porodu a zlepšení přijetí role matky, méně stresu pro matku a dítě a rychlejší poporodní adaptaci.

O Závěr

Bonding je proces, při kterém je vytvářen vztah mezi matkou a dítětem. Budují si mezi sebou základy emocionálních vazeb, základy láskyplného vztahu. V jeho průběhu se snažíme docílit maximálního kontaktu matky s jejím novorozěným dítětem, a tím zlepšit jeho start do života. Správná podpora bondingu je nejen přínosem pro strážce psychické a emocionální, ale i imunologické (Mrowetz a kol., 2011).

Cílem výzkumné části této práce bylo zjistit názory zdravotnického personálu a matek na bonding jako celek. Pro zpracování této bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum. Na počátku výzkumu byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda porodní asistentky a novorozenecké sestry na porodním sále ví, co je bonding a jak ho využít ve prospěch novorozence a navázání prvního vztahu mezi matkou a dítětem. Druhým cílem bylo zjistit, do jaké míry je žena v graviditě informovaná o možnostech zlepšení startu novorozence do života pomocí bondingu. Z těchto stanovených cílů vyplynuly tři výzkumné otázky, z toho dvě pro zdravotnický personál, kde bylo zjištěno, zda má dostatečné podmínky pro bonding a v čem vidí jeho přínos. A jedna výzkumná otázka pro matky, co si představují pod pojmem bonding a v čem vidí jeho význam. Na tyto výzkumné otázky byly hledány odpovědi při získávání a zpracovávání jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že zdravotnický personál nemá dostatečné informace o využívání bondingu při porodu. Na základní otázky odpovídal sice ve shodě s uvedenou literaturou, ale jednotlivé prvky bondingu zcela neovládal. Porodní asistentky a novorozenecké sestry se domnívají, že nemají dostatek personálu pro plnohodnotnou podporu bondingu. Přesto jsou ochotné bonding podporovat při projeveném přání rodičů. U císařského řezu jifi tak vstřícné nejsou.

Matky si představují pod pojmem bonding kontakt matky s dítětem. Význam bondingu vidí ve vytvoření psychické pohody a celkového zklidnění matky i jejího dítěte, v dosažení lepšího vztahu mezi matkou a dítětem a v rychlejším spuštění laktace.

Bonding se pomalu, ale jistě dostává v prvních chvílích po porodu do popředí zájmu zejména ze strany matek. Myslím si, že zdravotnickému personálu bude je-

ii jaký čas trvat, než bonding přijme mezi b fínou pé i o rodi ku a novorozence a stane se standardním postupem v pé i o n . I p esto p i výzkumu vyplynulo, že pokud žena p ijde k porodu s vypracovaným porodním plánem, kde má zapsán i požadavek k využití bondingu, je zdravotnický personál ochotný vyhov t maximáln jejím požadavk m, pokud je matka i novorozenec ve fyziologickém stavu. Respondentky z t etí skupiny v provedených rozhovorech jednozna n potvrdily, že mají o využití bondingu velký zájem.

Je nutné nadále pokračovat v osv t ohledn bondingu. Dle mého názoru je potřeba uskute čovat více p edná-ek a -kolení o p ínosu bondingu, zejména ze strany psycholog , aby byl využit pozitivní p ínos bondingu ve prosp ch rodi ek a novorozenc .

/ Seznam informatických zdrojů

MONOGRAFIE:

1. BOWLBY, John, 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 356 s. ISBN 978-807-3676-704.
2. ECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP, 2006. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 544 s. ISBN 80-247-1303-9.
3. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
4. DITTRICHOVÁ, Jaroslava, Mechthild PAPOUŠEK, Karel PAUL a Bedřich SRP, 2004. *Chování dítěte raného v kůle a rodičovská péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 188 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-247-0399-8.
5. FEDOR-FREYBERGH, Peter G, 2008. *Psychosomatické charakteristiky prenatálního a perinatálního období ako prostredia dieťaťa*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alfiba. ISBN 978-80-89271-32-0.
6. FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2007. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 1. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
7. GROF, Stanislav a Ivo BOREK, 2004. *Psychologie budoucnosti: poznatky a poučení z moderního v domě*. V českém jazyce vyd. 1. Předklad Jaroslav Goráček. Praha: Perla, 366 s. ISBN 80-902-1566-1.
8. HATKOVCOVÁ, Helena a Ivo BOREK, 2002. *Lékařská etika: poznatky a poučení z moderního v domě*. 3. rozšířené vyd. Předklad Jaroslav Goráček. Praha: Galén, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.
9. HENDL, Jan a Ivo BOREK, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Předklad Jaroslav Goráček. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

10. KLAUS, Marshall H, Phyllis H KLAUS a John H KENNELL, 2004. *Porod s
dulou: rádce pro rodi e a doprovázející osoby p i porodu*. 1. vyd. P eklad
Vlasta Jirásková. Praha: One Woman Press, 277 s. ISBN 80-863-5634-5.
11. LIEDLOFF, Jean, Phyllis H KLAUS a John H KENNELL, 2007. *Koncept
kontinua: hledání ztraceného – stí pro nás i na-e d ti*. 1. vyd. P eklad Bora
Berlinger. Praha: DharmaGaia, 174 s. Nová éra. ISBN 978-808-6685-793.
12. MAHLER, Margaret S, Fred PINE a Anni BERGMAN, 2006. *Psychologický
zrod dít te: hledání ztraceného – stí pro nás i na-e d ti*. Vyd. 1. P eklad Slavoj
Titl, Jana Malcová, Jaromír Teichman. V Praze: Triton, 375 s. Psyché (Triton),
sv. . 37. ISBN 80-725-4722-4.
13. MAT J EK, Zden k a Josef LANGMEIER, 1986. *Po átky na-eho du-evního
fívota*. Praha: Panorama.
14. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ,
2011. *Bonding ó porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení
porodnictví a spole nosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 279 s., [64] s. obr. p íl.
TMastné dít . ISBN 978-807-4360-145.
15. PA ÍZEK, Antonín, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ,
2008. *Kniha o t hotenství a dít ti: podpora rodiny jako cesta k ozdravení
porodnictví a spole nosti?*. 3. vyd. Praha: Galén, 685 s. TMastné dít . ISBN 978-
80-7262-594-9.
16. RATISLAVOVÁ, Kate ina, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ,
2008a. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie t hotenství, porodu a
-estined lí : psychosomatická medicína : u ební texty pro porodní asistentky]*. 1.
vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 106 s. TMastné dít . ISBN 978-80-254-2186-
4.
17. WHO. *Strategické dokumenty (3) : Praktické p íru ky pro porodní asistentky:
pé e v pr b hu normálního porodu, poporodní pé e o matku a novorozence*.
Praha: Ministerstvo zdravotnictví R, 2002. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.
18. TEUSEN, Gertrud, Iris GOZE-HÄNEL a Ivana ANTALOVÁ, 2003. *Prenatální
komunikace: [psychologie t hotenství, porodu a -estined lí : psychosomatická*

medicina . u evni texty pro porodní asistentky]. Vyd. 1. Praha: Portál,, 79 s.
Pr vodce výchovou v rodin . ISBN 80-717-8753-1.

PERIODIKA:

19. BLÁHOVÁ, Iva, 2003. Dula: kdyfi rodi ka pot ebuje pomoc zku-ené fleny. *Zdravotnické noviny: orgán ministerstva zdravotnictví a ROH - úst edního výboru Svazu zam stnanc ve zdravotnictví*. Ro . 52, . 43, s. 24. ISSN: 1805-2355; 1214-7664.
20. EZROVÁ, Magdaléna, RATISLAVOVÁ, Kate ina, 2011. Podpora vztahu matky a novorozence po porodu. *Sestra : odborný dvoum sí ník pro zdravotní sestry*. Ro . 21, . 3, s. 36-37. ISSN: 1210-0404.
21. JU ÍKOVÁ, Lenka, 2007. Psychologické proflívání porodu. *Sestra : odborný dvoum sí ník pro zdravotní sestry*. Ro . 17, . 12, s. 28-29. ISSN: 1210-0404.
22. LAKTA NÍ LIGA, 2002. Kojení: Metodické doporu ení pro R. *MaMiTa*. 2002, . 1, s. 12-13. ISSN 1214-1690.
23. MAGUROVÁ, Dagmar, BODÍKOVÁ, Jana, 2009. Kangaroo Care a jeho uplatn ní v o-et ovatelské praxi. *Sestra: odborný dvoum sí ník pro zdravotní sestry*. Ro . 19, . 5, s. 40-42. ISSN: 1210-0404.
24. MROWETZ, Michaela, 2009a. D ti cht jí být p ipoutány k matkám. *Zdravotnické noviny: orgán ministerstva zdravotnictví a ROH - úst edního výboru Svazu zam stnanc ve zdravotnictví*. Ro . 58, . 3, s. 22. ISSN 1210-9940
25. MROWETZ, Michaela, 2009b. Bonding neboli d ti cht jí být p ipoutány k matkám! *Sestra: odborný dvoum sí ník pro zdravotní sestry*. Ro . 19, . 11, s. 30-31. ISSN: 1210-0404.
26. STACKEOVÁ, Daniela, BÖHMOVÁ, Michaela, 2010. Psychologické aspekty p ítomnosti otc u porodu. *PsychoSom : bulletin zájemc o psychosomatickou problematiku v medicín* . Ro . 8, . 4, s. 253-278. ISSN: 1214-6102.



27. STAUBEROVÁ, Michaela, 2008. Význam laktace pro matku a dítě. *Sestra : odborný časopis pro zdravotní sestry*. Ročník 18, číslo 9, s. 43. ISSN: 1210-0404.

WEBOVÉ STRÁNKY:

28. NAGY, Ildiko, VINKLEROVÁ, Viktorie, 2011. Význam kojení ve výživě dítěte. *as.lék. es.; 150: 94696*, www.prolekare.cz
29. RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008b. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičství*. 15. Tento text se nachází na stránkách WWW.LEVRET.CZ. Moderní babičství 15, 2008
30. http://www.evalabusova.cz/rozhovory/m_mrowetz3.php
31. Úmluva o právech dítěte. In: *104/1991*, 1991, číslo 24.
32. Základy tvorby dotazníku. In: *Dotaznik-online.cz* [online]. 2007 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/zaklady-dotazniku.htm>



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

8 Seznam příloh

Příloha . 1: Seznam tabulek a schémat

Příloha . 2: Otázky rozhovoru se zdravotnickým personálem

Příloha . 3: Otázky rozhovoru s matkami

Priloha 1: Seznam tabulek a schémat

| | |
|---|----|
| Tabulka 1: Délka praxe | 33 |
| Tabulka 2: Délka praxe | 40 |
| Tabulka 3: Identifika ní údaje | 48 |
| Schéma 1: Pojem bonding | 33 |
| Schéma 2: P ínos bondingu | 34 |
| Schéma 3: Podpora bondingu | 35 |
| Schéma 4: Vy í zájem v posledních 2 letech | 36 |
| Schéma 5: Požadavky fien | 37 |
| Schéma 6: Provedení bondingu..... | 38 |
| Schéma 7: Bonding po porodu císa ským ezem..... | 38 |
| Schéma 8: Negativní p ínos bondingu | 39 |
| Schéma 9: Pojem bonding | 41 |
| Schéma 10: P ínos bondingu | 42 |
| Schéma 11: Podpora bondingu | 43 |
| Schéma 12: Vy í zájem v posledních 2 letech | 43 |
| Schéma 13: Požadavky fien..... | 44 |
| Schéma 14: Provedení bondingu..... | 45 |
| Schéma 15: Bonding po porodu císa ským ezem..... | 46 |
| Schéma 16: Negativní p ínos bondingu | 47 |
| Schéma 17: Pojem bonding | 48 |
| Schéma 18: Prosp nost bondingu..... | 49 |
| Schéma 19: Doba kontaktu k fle na k fli..... | 50 |
| Schéma 20: Vyufití bondingu po porodu císa ským ezem..... | 51 |
| Schéma 21: Vyufití bondingu p i porodu..... | 52 |

Priloha 2: Otázky rozhovoru se zdravotnickým personálem

1. Jak dlouho pracujete na porodním sále?
2. Co si představujete pod pojmem bonding?
3. Věm si myslíte, že je hlavní přínos bondingu?
4. Podporujete na Vašem pracovišti bonding?
5. Zaznamenala jste větší zájem o využití bondingu během posledních dvou let?
6. Jaké jsou nejvyšší požadavky člen v rámci bondingu?
7. Jakým způsobem praktikujete na Vašem oddělení bonding? Můžete prosím uvést příklady?
8. Podporujete bonding i po porodu císařským řezem, pokud ano jakým způsobem?
9. Chtěla byste ještě něco k tomuto rozhovoru doplnit?

Priloha 3: Otázky rozhovoru s matkami

1. Kolik je Vám let?
2. Kolikrát jste již rodila?
3. Co si představujete pod pojmem bonding?
4. K čemu je bonding po porodu prospěšný?
5. Jakou dobu po porodu byste si přála být s dítětem v kontaktu kůže na kůži?
6. Co si myslíte o možnosti vyúflití bondingu po porodu císařským řezem?
7. Chtěla byste vyúflit bonding během svého porodu, co konkrétně byste vyúflila?
8. Chtěla byste ještě něco k tomuto rozhovoru doplnit?