

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**Ústav porodní asistence**

Mgr. Hana Petrošová

**Vliv bondingu na délku kojení**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Věra Šibravová

Olomouc 2021

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

Olomouc 17. května 2021

-----

podpis

Mé poděkování patří především Mgr. et Mgr. Věře Šibravové za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady při zpracování mé práce.

## ANOTACE

<b>Typ práce:</b>	Diplomová práce
<b>Téma práce:</b>	Podpora kojení a bonding
<b>Název práce:</b>	Vliv bondingu na délku kojení
<b>Název práce v AJ:</b>	Effect of bonding on duration of breastfeeding
<b>Datum zadání:</b>	2018-01-29
<b>Datum odevzdání:</b>	2021-05-17
<b>VŠ, fakulta, ústav:</b>	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
<b>Autor práce:</b>	Mgr. Petrošová Hana
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. et Mgr. Věra Šibravová
<b>Oponent práce:</b>	

### Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se věnuje bondingu a jeho vlivu na délku kojení. Práce předkládá poznatky o výhodách kontaktu matky a dítěte kůže na kůži během raného poporodního období a jeho důležitost pro úspěšné zahájení prvního kojení. Popisuje také správné a bezpečné provedení bondingu nejen po vaginálním porodu, ale i po porodu císařským řezem. Zmiňuje také některé studie, které se zabývají kontaktem kůže na kůži mezi matkou a dítětem a jeho vlivem na délku kojení. Výzkumné šetření probíhalo v období prosinec 2020 až březen 2021. Ke sběru dat byl použit anonymní dotazník, který byl distribuován v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v Přerově. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 150 respondentek, přičemž polovinu souboru tvořily ženy jejichž děti byly bondované ihned po porodu (n=75) a druhou polovinu tvořily ženy, kterým bylo dítě po porodu nejprve ošetřeno a zabaleno (n=75). Bylo potvrzeno, že bondované děti byly úspěšnější v prvním samopřisátí než děti, které byly rutinně ošetřeny a zabaleny do peřinky. Bondované děti byly o 2 měsíce déle výlučně kojeny a také celková délka kojení byla delší o 4 měsíce. Také bylo zjištěno, že bondované děti měly menší potřebu dokrmů během pobytu v porodnici než rutinně ošetřené děti. Avšak míra plného kojení při propuštění z porodnice byla stejná. Výsledky potvrzují možnost využití časného kontaktu kůže na kůži matky a dítěte bezprostředně

po porodu jako vhodný způsob, který podporuje instinkt dítěte k prvnímu samopřisátí a rovněž prodlužuje celkovou délku kojení.

**Abstrakt v AJ:**

The diploma thesis focus on effect of early skin to skin mother and infant contact after birth on duration of breastfeeding. The work presents knowledge about the benefits of mother-baby skin contact during the early postpartum period and its importance for the successful initiation of the first breastfeeding, also describes the correct and safe bonding not only after vaginal delivery, but also after caesarean section. Some studies have also been presented that look at skin-to-skin contact between mother and baby and its effect on breastfeeding duration. The research survey took place in the period from December 2020 to March 2021. An anonymous questionnaire was used to collect data, which was distributed in the 's offices for children and adolescents in Přerov. The research sample consisted of a total of 150 respondents, half of which were women whose children were in skin-to-skin contact immediately after birth (n = 75) and the other half were women whose child was routine care birth (n = 75). Infant were in skin-to-skin contact with mother immediately after birth were more successful in the first breast-crawl than children who were routine care. Infant were in skin-to-skin contact with mother immediately after birth were exclusively breastfed for 2 months longer and also the total duration of breastfeeding was 4 months longer. It was also found that bonded children had less need for food during their stay in the hospital than infant with routine care. However, the rate of exclusive breastfeeding on discharge from the hospital was the same. The results confirm the possibility of using early skin-to-skin contact mother and baby immediately after birth as an option that supports the baby in the first breast-crawl and prolong the total duration of breastfeeding.

**Klíčová slova v ČJ:** kontakt kůže na kůži, bonding, matka a dítě, porod, délka kojení, laktace

**Klíčová slova v AJ:** skin to skin contact, bonding, mother and infant, birth, duration breastfeeding, lactation

**Rozsah práce:** 88 stran / 4 přílohy

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1 Popis rešeršní činnosti .....	9
2 Bonding .....	11
2.1 Bezpečné provedení poporodního bondingu .....	16
2.2 Vaginální porod a bonding .....	17
2.3 Císařský řez a bonding .....	20
2.4 Primitivní vrozené novorozenecké reflexy během bondingu v první hodině po porodu .....	21
2.5 Faktory negativně ovlivňující bonding .....	25
2.6 Edukace rodičů o významu bondingu a jeho bezpečnosti .....	27
3 Bonding a jeho vliv na délku kojení .....	29
3.1 Fyziologie laktace .....	30
3.2 Bonding a zahájení kojení .....	32
3.4 Bonding a sebedůvěra matky v oblasti kojení .....	33
3.5 Bonding a délka kojení .....	34
4 Metodika výzkumu .....	36
5 Výsledky výzkumu .....	39
5.1 Vyjádření výsledků výzkumu popisnou statistikou .....	39
5.2 Analýza výzkumných hypotéz .....	50
6 Diskuse .....	58
ZÁVĚR .....	66
REFERENČNÍ SEZNAM .....	67
SEZNAM ZKRATEK .....	77
SEZNAM TABULEK .....	78
SEZNAM GRAFŮ .....	80
SEZNAM PŘÍLOH .....	81
PŘÍLOHY .....	82

# ÚVOD

Význam kojení a benefity mateřského mléka jsou nezpochybnitelné. Kojení je nejpřirozenější a nejvhodnější výživa novorozence a kojence. Kojení má pro dítě význam nejen z hlediska výživového, ale i imunologického a psychologického. Je to prostředek sociální interakce mezi dítětem a jeho matkou. Nezanedbatelné je i hledisko ekonomické. Kojení je přínosem nejen pro dítě a matku, ale i pro celou společnost ve smyslu snížení výskytu nemocí a s tím souvisejících nákladů na léčbu. Z dostupných dat ÚZIS je patrné, že počet kojených dětí při odchodu z porodnice v ČR v posledních letech dlouhodobě klesají. V roce 2002 bylo kojeno 90 % dětí a v roce 2015 počet kojených dětí klesají na 81 %. Také významně klesají počty kojených dětí v šesti týdnech. V roce 2015 byla v šesti týdnech věku kojeno jen 34 % dětí oproti roku 2002, kdy bylo kojeno 64 % dětí. Ve třech měsících věku dítěte v roce 2015 je kojeno jen 23 % dětí oproti roku 2002, kdy bylo kojeno 60 % dětí (Langerová Wiesnerová, 2016, s. 112-113).

Většina žen je schopna úspěšně kojit své dítě. Hlavním úkolem poporodní péče by mělo být ženu v kojení podpořit vhodnou péčí. Existuje mnoho faktorů, které mají pozitivní vliv na rozvoj laktace. Jedním z nich je bonding neboli časný kontakt matky a dítěte kůže na kůži bezprostředně po porodu (Černá, Kollárová, 2015, s. 26, 28-29).

Diplomová práce předkládá poznatky o bondingu, popisuje výhody kontaktu matky a dítěte kůže na kůži během raného poporodního období a jeho důležitost pro úspěšné zahájení prvního kojení. Zabývá se správným a bezpečným provedením bondingu nejen po vaginálním porodu, ale i po porodu císařským řezem. Také jsou uvedeny některé studie, které se věnují časnému kontaktu kůže na kůži mezi matkou a dítětem a jeho vlivu na délku kojení. Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zjistit do jaké míry ovlivňuje bonding délku kojení.

### **Jako vstupní literatura byly použity následující zdroje**

- ČERNÁ, Marcela a KOLLÁROVÁ, Jana. Donošený novorozenec pro sestry z novorozeneckých oddělení. Díl III, Kojení. První vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 84 stran. ISBN 978-80-87023-50-1.
- ČERNÁ, Marcela a KOLLÁROVÁ, Jana. Laktační minimum pro pediatry. První vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 86 stran. ISBN 978-80-87023-47-1.
- DUŠOVÁ, Bohdana. Laktační poradenství. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 65 s. ISBN 978-80-7368-838-7.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 621 stran. ISBN 978-80-247-5753-7.
- MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri a ANTALOVÁ, Ivana. Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. 279 s., [64] s. obr. příl. Šťastné dítě. ISBN 978-80-7436-014-5. ODENT, Michel. Znovuzrozený porod. 1. vyd. Praha: Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2



# 1 Popis rešeršní činnosti

## ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

- **klíčová slova v ČJ:** skin-to-skin, bonding, délka kojení, dítě a matka, porod
- **klíčová slova v AJ:** skin-to-skin, bonding, duration breastfeeding, mothetr and infant, birth
- **jazyk:** český, slovenský, anglický
- **období:** 1990-2020
- **další kritéria:** recenzovaná periodika, dostupnost plného textu

### DATABÁZE

Medline, PubMed, EBSCO, GOOGLE Scholar,

**NALEZENO 254 článků**

### VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

duplicitní články, nerecenzovaná periodika, závěrečné práce, články nespĺňující kritéria

### SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

- Medline: 9
- Pubmed: 19
- EBSCO: 4
- GOOGLE Scholar: 16
- knižní publikace: 9
- další zdroje: 4

### SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK

Acta Paediatrica (6), African Health Sciences (1), Anesthesiology (1), Birth (4), Česká gynekologie (2), Česko-Slovenská Pediatrie (1), Early Human Development (1), E-psychologie (1), Indian Journal of Public Health (1), International Breastfeeding Journal(1), International Journal of Medical Research and Review (1), International Journal of Pediatrics (1), Iran Journal

of Nursing (1), Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research (1), Journal Midwifery and womens' Health(1), Journal of Human Lactation (2), Journal of Nursing Education and Practice (1), Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan (1), Maternal and Child Nutrition (2), MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing (1), Midwifery (3), Neonatologické listy (4), Neonatology (1), Newborn and Infant Nursing Reviews (1), Pediatria pre prax (1), PEDIATRICS (1), Pediatrie pro praxi (4), PLOS ONE (1), Scandinavian Journal of Social Medicine (1), Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology (1), *Women and Birth* (1)

**Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 61 dohledaných zdrojů**

## 2 Bonding

Poporodní bonding je přirozený proces utváření vzájemného láskyplného pouta mezi matkou a novorozencem v období bezprostředně po porodu. Pojem bonding v doslovném překladu znamená připoutání, spojování či lepení. Bonding lze chápat jako časný a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu mezi matkou a dítětem (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201). WHO definuje bonding jako umístění nahého novorozence na matčino břicho či hrudník v přímém kontaktu kůže na kůži okamžitě po porodu nebo do 10 minut po porodu nebo brzy poté. WHO doporučuje umožnit kontakt kůže na kůži alespoň po dobu 60 minut. Tento kontakt by měl být umožněn bezprostředně po porodu a po celou dobu trvání by neměl být přerušován (Abdulghani, Edvardsson, a Amir, 2018, s. 2).

Ačkoliv kontakt kůže na kůži definuje WHO, definice se v současné odborné literatuře velmi liší. Kontakt kůže na kůži je popisován jako navázání úzkého kontaktu mezi matkou a novorozencem během prvních 2 hodin po narození nebo jako položení novorozence do matčina klína ihned po porodu po dobu první hodiny života. Může být také popsán jen jako první kontakt matky a dítěte či kontakt mezi matkou a dítětem ihned po narození nebo také jako položení dítěte na břicho matky ihned po porodu. Někteří autoři uvádí, že matka je nahá při prvním kontaktu s dítětem nebo také, že dítě je nahé na nahém těle matky. Jiní autoři zdůrazňují, že dítě je během kontaktu kůže na kůži nahé s výjimkou čepice, plenky a ponožek nebo nahé dítě je položeno na nahou kůži matky, jsou přikryti suchým ručníkem nebo přikrývkou. Je také popsáno, že matka přidržuje dítě na své hrudi během prvních 30 minut po porodu a je jí nabídnuta pomoc s kojením nebo nahé zdravé novorozené dítě je položeno nahé břicho či hrudník matky bezprostředně po porodu v poloze, která dítěti umožňuje snadný přístup k bradavce matky, matka i dítě by měly být přikryté zahřátou přikrývkou. Kontakt kůže na kůži může být také definován jako položení dítěte na hrudník matky bezprostředně po vaginálním porodu či do jedné hodiny po porodu císařským řezem nebo jako položení nahého dítěte na hrud' matky do 30 minut po porodu nebo také, že dítě je umístěno v kontaktu kůže na kůži do 5 minut po porodu po dobu nejméně jedné hodiny bez ohledu na způsob porodu (Abdulghani, Edvardsson, a Amir, 2018, s. 6).

Neonatologie je rychle se vyvíjející obor, a proto je nezbytné upravovat a revidovat postupy péče. Poskytovaná péče musí být v souladu nejen s potřebami dítěte a přáním matky,

ale hlavně s moderními doporučeními. Některé současné postupy v péči o fyziologického novorozence v posledních letech doznávají změn. Péče o novorozené dítě začíná jeho porodem, jestliže vše probíhá fyziologicky a nekomplikovaně, není zapotřebí přítomnosti neonatologa a počátek péče je tak v rukou porodní asistentky či dětské sestry, která provede základní ošetření a zhodnocení stavu dítěte. Základní kroky v péči o novorozené dítě bezprostředně po porodu je zaměřena na prevenci ztrát tepla, kojení a podporu kontaktu matky s dítětem. V případě, že porod probíhá bez komplikací a matka i dítěte jsou zdraví je upřednostňován poporodní bonding neboli časný kontakt matky a dítěte kůže na kůži. Je doporučeno rychlé osušení sterilní plenou a přiložení dítěte na hrudník či břicho matky. Během této doby je dítěti ponechán čas a klid na spontánní přisátí (Pánek, 2013, s. 363,364).

Bezprostředně po porodu a v prvních dnech po porodu dochází k vzájemné interakci mezi matkou a dítětem, které ovlivňuje jejich pevné semknutí a upevňuje vzájemné pouto. K tomuto semknutí přispívá přirozeně se zvyšující hladina oxytocinu v krvi krátce po porodu, nepřerušovaný a dostatečně dlouhý kontakt matky s dítětem bezprostředně po porodu, pravidelné kojení a společný pobyt matky a dítěte na pokoji během celé hospitalizace v porodnici (Kennel, McGrath, 2005, s. 776). Pouto mezi matkou a dítětem, které po porodu vzniká je předpokladem pro příznivější mateřské chování a správný psychomotorický a kognitivní vývoj dítěte (Bicking-Kinsey, Hupcey, 2013, s. 1314). Matky, které byly po porodu s dítětem v kontaktu kůže na kůži jsou více citlivní ke svým dětem rok po narození a ve vzájemném chování je patrná větší náklonost (Bystrova et al., 2009, s. 108). Základy tohoto pouta se začínají utvářet již během těhotenství, tehdy si žena poprvé uvědomuje přítomnost svého dítěte (Redshaw et al., 2014, s. 177). Těsně po porodu nastává zvláštní, jedinečné a senzitivní období, zejména první dvě až tři hodiny po porodu jsou velmi důležité (Klaus, 2009, s. 110). Dochází k hormonálnímu „výbuchu lásky“, dítě a matka jsou nastaveni o sebe vzájemně pečovat (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 80). Tomuto období je přisuzován velký význam, běžně se používá pojem tzv. zlatá hodina. (Chvilová-Weberová, 2013, s. 37). Dítě se poprvé setkává se svou matkou a je utvářena nová rodina. Je to neopakovatelná zkušenost a neměla by být ničím narušována. Je to posvátný čas, který by měl být ceněn a chráněn kdykoliv je to možné. Je vhodné upravit postupy péče v porodnici tak, aby podporovaly nepřerušovaný časný kontakt matky a dítěte ihned po porodu, a to i po porodu sekcí (Phillips et al, 2013, s. 67).

Bonding může být podpořen tím, že je nahé, neumyté dítě ihned po porodu položeno na hrud' matky a společně jsou zakryti (Kennel, McGrath, 2005, s. 775). Z rukou dítěte by neměla být otřena plodová voda, protože má stejnou chuť a vůni jako matčiny bradavky a proto se dítě snáze přisaje k prsu. Dítě si instinktivně strká pěstičky do úst, to mu pomáhá podle stejné vůně hledat bradavky jako zdroj mateřského mléka. Dítě se orientuje i podle zraku, otáčí hlavou a hledá tmavou bradavku, která kontrastuje s kůží na těle matky (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 21-28). Časný kontakt kůže na kůži přispívá k lepší poporodní adaptaci novorozence a také zaručí potřebné teplo. Zároveň je dítě osídleno bakteriemi přítomnými na kůži své matky. Novorozenci mají vyšší a stabilnější hladinu glukózy v krvi a nižší hladinu stresových hormonů, jsou klidnější (Mazúchová et al, 2016, s. 197). Dítě v kontaktu kůže na kůži téměř vůbec nepláče, naopak pláč dítěte je odpovědí na separaci. Velmi důležité je zajistit matce možnost dívat se dítěti do očí. Běžné ošetrovatelské rutinní postupy lze odložit nebo vykonat na břicho matky (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 21-28). V kontaktu kůže na kůži je třeba pokračovat, dokud dítě neskončí s první kojením (Widström et al, 2011, s. 84). Také následný pobyt v porodnici by měl být přizpůsoben jejich potřebě být spolu v neustálém těsném kontaktu a pokračovat volně v kojení dle přání dítěte (Kennel, McGrath, 2005, s. 775). Matky, které mají možnost být v kontaktu se svým dítětem, jsou trpělivější, navazují častěji oční kontakt a reagují ochotněji a rychleji na potřeby dítěte (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 22).

Bonding lze podpořit i po porodu císařským řezem, hlavně pokud porod probíhá ve spinální anestezii, lze dítě přitisknout na prsa matky nebo k jejímu obličejí, lze pozorovat, že se dítě ihned zklidní. V případě, že je matka v celkové anestezii a není schopna dítě přidržovat, může matku zastoupit tatínek. Dítěti je u otce lépe než kdyby mělo být samotné. Tatínci, kteří jsou zapojeni do bondingu vykazují větší trpělivost v péči o své děti (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 24).

V situaci, kdy je dítě ohroženo na životě nebo má zdravotní problémy je bonding sice upozaděn, nicméně i v těchto chvílích může být částečně prováděn. Důležitá je dostatečná komunikace a spolupráce zdravotníků a rodičů. Je nutné vhodně informovat oba rodiče, vše srozumitelně a jednoduše vysvětlit, zajistit jim alespoň vizuální kontakt, a poté i vhodným tělesným kontaktem s dítětem podpořit alespoň částečný bonding. Jestliže dítě musí být po narození umístěno do inkubátoru na jednotce intenzivní péče, je vhodné umožnit matce či otci si dítě pohladit a po stabilizaci zdravotního stavu dítěte i klokánkovat. Nedonošené děti

lépe prospívají, pokud se jich matka dotýká a hladí nebo jim je alespoň umožněn čichový kontakt s vůní matky např. tím že do inkubátoru umístíme noční košilku matky (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 24-25).

Nedostatečná podpora bondingu a fyzického kontaktu se může negativně projevit na matce i dítěti. Matky, které svoje dítě po porodu neviděly a nemají ho u sebe, reagují úzkostně, mohou trpět pocitem viny nebo posttraumatickou stresovou poruchou. Často mají v budoucnu tendence chovat se hyperprotektivně nebo naopak odmítavě. Děti, které byly po porodu separovány od matky mohou mít protrahované problémy s dýcháním a poporodní adaptací, více pláčou, jsou v napětí a hledají mateřskou náruč. Po určité době se unaví, rezignují a usnou. Nedostatečná podpora bondingu má také negativní vliv na rozvoj laktace (Mrowetz, Chrastilová, Antalová 2011, s. 23).

Je přirozené, že novorozené dítě vždy patří k matce a její náruč je nejpříjemnějším místem pro dítě. Pokud necháme dítě po porodu s matkou, dojde u matky k vyplavování vysoké hladiny hormonů, matka není unavená a má dost energie pečovat o své dítě. A naopak, když kontakt matky s dítětem narušíme, simulujeme situaci, že matka o své dítě přišla, hladina hormonů poklesne a matka se cítí vyčerpaná a má potřebu spánku. Přirozený proces je narušen (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 26).

Nepřerušovaný kontakt matky s novorozencem ihned po porodu a během pobytu v porodnici má pro oba neopakovatelný prožitek a hodnotu (Mrowetz, Peremská, 2013, s 201). Je to vhodný způsob, jak ženám ulehčit vstup do mateřství, a jak dětem pomoci během náročné adaptace na prostředí mimo dělohu (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 80). Umožňuje dítěti zahájení prvního kojení (Mrowetz, Peremská, 2013, s 202). Dítě se v pečující náruči matky cítí v bezpečí. (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 80). Podpora raného kontaktu matky s novorozencem je základem kvalitní porodní péče (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201).

Významná propagátorka bondingu v České republice, klinická psycholožka a psychoterapeutka Michaela Mrowetz, vytvořila souhrn deseti intervencí vedoucí ke správné podpoře bondingu:

- Položení nahého dítěte na nahé břicho matky ihned po porodu, při porodu císařským řezem na prsa matky nebo k její tváři.

- Základní poporodní ošetření novorozence, jako podvázání a přerušování pupečníku, hodnocení Apgar skóre a označení dítěte identifikačním páskem, provádět na těle matky.
- Umožnit a podporovat oční kontakt matky a novorozeného dítěte. Pokud matka leží na zádech, je vhodné jí podložit hlavu či upravit košili pro zajištění dobrého výhledu. Jestliže novorozenec musí být v inkubátoru, zajistit matce pobyt ve stejné místnosti. Pokud to není možné, alespoň matce nabídnout fotografii dítěte či videozáznam např. přes web kameru (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 203).
- Samopřisátí tzv. breast crawl. Matce a dítěti ponechat dostatečný čas na seznámení se v kontaktu kůže na kůži a nechat dítě se k prsu doplazit, najít bradavku a přisát se. To může trvat i více než 30 minut. Dítě si strká pěstičky do úst, olizuje si rty, otvírá ústa, kývá hlavou ze strany na stranu, rukou ohmatává dvorec a bradavku, má také doširoka otevřené oči. Dítěti zásadně neutírat ruce od plodové vody a ponechat je volně. Matce ukázat, jak si podepřít prso či jinak slovně poradit, také jí umožnit pohodlnější polohu (Straňák, Crásková, Lamplotová, 2014, s. 87).
- Matka a dítě jsou v nepřerušovaném kontaktu kůže na kůži alespoň 2 hodiny po porodu. Ideálně však až 12 hodin, kdy se matka a dítě společně v kontaktu kůže na kůži přesouvají na oddělení šestinedělí. Při porodu císařským řezem může matku zastoupit otec dítěte.
- Zajištění klidného, vstřícného a intimního prostředí ze strany zdravotnického personálu. Zajistit pohodlnou postel, polštáře a teplou přikrývku a také omezit počet personálu vcházejícího do místnosti. Velmi vhodné jsou nadstandartní pokoje, kde může být nová rodina pospolu.
- Omezit mobilní telefony, kamery a fotoaparáty.
- Základní vyšetření novorozence, odběry biologického materiálu a vizity provádět vždy za přítomnosti matky, nejlépe v její náručí či při kojení.
- Při nutnosti transportu novorozence do jiného zařízení je nutné podpořit matku v kontaktu s dítětem a převést je společně, nejlépe v jednom sanitním voze.
- Při porodu mrtvého dítěte či úmrtí dítěte po porodu podpořit matku v kontaktu s jejím dítětem a tak jí umožnit rozloučit se. Můžeme také zajistit památku na dítě např. otisk nohy či pořízení společné fotografie. Matka má na truchlení neomezený čas (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 203).

## 2.1 Bezpečné provedení poporodního bondingu

Podmínkou podpory poporodního bondingu a také samopřisátí je dobrý klinický stav dítěte. Dítě musí ihned po porodu samo dýchat či křičet a mít přiměřený svalový tonus. Období postnatální adaptace novorozence je spojené s vyšším rizikem komplikací i u zdravého dítěte, proto k zásadám správné podpory bezpečného bondingu patří důsledné sledování klinického stavu dítěte (Mazúchová, Kelčíková, Vasilková, 2017, s. 253). Rizikem je náhlý neočekávaný postnatální kolaps (SUPC, sudden unexpected postnatal collapse), kdy dochází k náhlému kardiopulmonálnímu kolapsu jinak zdravého novorozence. Jedná se o vzácnou událost, která může mít fatální následky. Téměř polovina novorozenců umírá a většina přeživších dětí má trvalé neurologické postižení (Jouza et al, 2020, s. 96-97).

Mezi hlavní rizikové faktory patří únava a nepozornost matky, jako následek dlouhého porodu, bolesti a spánkové deprivace. Také používání mobilního telefonu a posílání zpráv na sociálních sítích způsobují snížení pozornosti ženy. Mezi další rizikové faktory patří žena prvorodička, použití opiátů při porodu, poloha dítěte na břicho, obézní matka či matka s velkým poprsím a matka s rozsáhlým poporodním poraněním a také matka, jež je ponechána sama s dítětem. Rizikovější jsou novorozenci s hraniční zralostí či novorozenci se sepsí (Jouza et al, s. 96-97).

Incidence náhlého kolapsu novorozence v ČR není přesně znám. Dle dostupných dat se může jednat o jednotky až několik desítek ročně (Jouza et al, 2020, s. 97).

Klíčovou roli v prevenci SUPC by měl hrát personál porodního sálu vhodnou edukací ženy a jejího partnera bezprostředně po porodu. Také zavedení postupů vedoucích k bedlivému sledování novorozenců na porodním sále. Pobyt dítěte na hrudníku matky či otce by měl být vždy monitorovaný (Jouza et al, 2020, s. 97). V pravidelných intervalech se hodnotí barva, dýchání, svalový tonus a srdeční frekvence nebo je možné monitorovat vitální funkce dítěte např. pomocí přenosného oxymetru (Feldman-Winter, Goldsmith, 2016 s. 4).



## 2.2 Vaginální porod a bonding

Narození dítěte je neopakovatelný zážitek pro ženu i jejího partnera. Již během těhotenství se mezi ženou a dítětem vytváří zvláštní mateřské pouto, které porodem získává konkrétnější podobu. Kontakt kůže na kůži matky se zdravým a vitálním dítětem by měl mít přednost před rutinním ošetřením. Společný kontakt působí na matku blahodárně, která zapomíná na bolest a únavu z porodu (Pařízek, 2015, s. 242). Je proto vhodné, aby byl ošetřující personál o významu bondingu odborně vzdělán a rutinně bonding podporoval. Personál musí přijmout filozofii bondingu za vlastní, což mu umožňuje hledat možné cesty k jeho realizaci v praxi. Vždy je nadřazen zájem ženy a jejího právě narozeného dítěte, nad zájmy personálu (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 85).

Presto že většina porodů není hodnocena jako riziková, dle pozorování Mrowetz během pracovních kontaktů s porodnicemi, je bonding v ČR krátce po porodu podporován pouze u necelé třetiny žen (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 204). Také Majerčíková uvádí, že bezprostřední a nepřerušovaný poporodní kontakt kůže na kůži dítěte s matkou zažilo jen 37 % žen (Majerčíková, 2019, s. 7). Zcela naopak je tomu například v Dánsku, kde je bonding podporován téměř (96 %) u každé ženy. Údaje pochází z národní databáze, která slouží k měření kvality poskytované péče během porodu (Abdulghani, Edvardsson, a Amir, 2018, s. 7). K fyzické separaci matky a dítěte často dochází ihned po porodu, kdy je dítě odneseno do jiné místnosti k provedení rutinního ošetření. Také v krátké době po porodu může dojít k separaci, kdy je dítě rutinně uloženo na vyhřívací lůžko. Personál často argumentuje tím, že je matka unavená a potřebuje si odpočinout a prospat se (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 86). Také rozdělení ošetrovatelské péče na část porodnickou a neonatologickou zvyšuje pravděpodobnost oddělení matky od dítěte bezprostředně po porodu. Pravděpodobnost separace dítěte se zvyšuje s početnějším ošetřujícím personálem a také s absencí doprovázející osoby. Naopak se riziko separace snižuje s péčí jedné porodní asistentky jako společným pečovatelem o matku i dítě (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 204).

Podpora časného kontaktu matky a dítěte poskytuje psychickou pohodu i ošetřujícímu personálu. Jestliže personál ihned po porodu přejímá dítě do své péče a snaží se co nejrychleji provést všechny ošetrovatelské i administrativní úkony, může se dostávat do stresové situace. Ve stresu se potom zvyšuje riziko vzniku chyb. Upřednostnění rutinních hygienických postupů či administrativních úkonů před psychologickými aspekty péče, může vést k separaci

matky a novorozeného dítěte a také ke stresu personálu. To přispívá k nespokojenosti ženy a případné stížnosti na chování personálu. Také nesamostatnost matky v péči o dítě či problematický nástup laktace dále zatěžuje personál. Klidný a vyčkávací přístup personálu zvyšuje psychickou pohodu ženy (Mrowetz, Peremská, 2013, s 204).

Podpora bondingu předpokládá určité sebevědomí ošetřujícího personálu i jejich důvěru ve vlastní kompetence pečovat o ženu a dítě, o nově vzniklou rodinu jako celek. Dle pozorování Mrowetz přispívá podpora časného kontaktu k větší míře pohody a tím, že zvyšuje psychosociální bezpečí zdravotníků, snižuje riziko syndromu vyhoření (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 204). Během podpory bondingu zažívá personál pozitivní pocity z dobře vykonané práce, spokojenost a smysluplnost své práce (Mazúchová et al, 2016, s 199).

Pokud ošetřující personál podpoří ženu a novorozené dítě ve vzájemném kontaktu kůže na kůži, ulehčí dítěti adaptaci na prostředí mimo dělohu a u matky posílí její schopnost pečovat o své dítě i v budoucnu (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 204).

### **Bonding po vaginálním porodu**

Po porodu tělíčka dítěte je novorozenec položen na nahé břicho či hrudník matky, nejlépe ve vertikální poloze, tak aby mělo dítě snadný přístup k bradavce matky. Dítě je zcela nahé, nemělo by mít ani plenku ani čepičku či ponožky (Abduhghani, Edvardsson, Amir, 2018, s. 6). Matka by měla mít košili, kterou lze snadno svléknout, rozepnout nebo vyhrnout a umožnit tak rychlý přístup k jejímu břichu a hrudníku (Widström et al, 2019, s. 1194). Na těle matky se dítě rychle osuší měkkým ručníkem či plenou, ale vynechají se jeho ruce, poté se osušené dítě překryje i s hlavičkou nahřátou dekou (Fendrychová, 2019, s. 329). Matka by měla mít položené ruce na kůži dítěte pod příkrývkou. Matka dítě hladí a jemně se ho dotýká konečky prstů, snaží se navázat oční kontakt (Redshow et al, 2014, s. 178). Je důležité, aby matka své dítě nejen viděla, ale i cítila jeho vůni. Feromony v mázku jsou spouštěčem pečovatelského chování (Peremská, 2013, s. 42). Feromony mají vliv na produkci endorfinů a oxytocinu, které způsobují zamilování matky. Díky feromonům také matka rozpoznává své dítě a naopak (Straňák, Chrásková a Lamplotová, 2014, s. 84). Dítě během kontaktu s matkou zažívá libivé pocity (Peremská, 2013, s. 42).

Základní zhodnocení novorozence, včetně zjištění Apgar skóre, lze provést zatímco je dítě v kontaktu s matkou, která je pro něj optimálním zdrojem tepla (Mydlilová, 2013, s. 95). Ideální je označení dítěte bezprostředně po narození v průběhu prvního kontaktu

s matkou či otcem. Upevnění označovacího náramku se provádí na zápěstí ručky a je to základní a neopominutelná součást prvního ošetření narozeného dítěte a musí mu být věnována pozornost (Paulová, 2013, s. 88).

Jakmile pupečník dojde, může být přerušen, poté se porodí placenta a je zkontrolováno a ošetřeno případné porodní poranění. Odložené přerušení pupečníku je v souladu s doporučením WHO (Widström, 2019, s. 1195). Poté jsou matka společně s dítětem přikryti teplou přikrývkou nebo dekou. Je vhodné v případě potřeby upravit polohu matky tak, aby se cítila pohodlně. V případě potřeby dítě přidržuje otec (Mrowetz, Peremská, 2013 s. 203).

Nejdůležitější je bezpečnost dítěte během umístění na hrudníku matky, proto by rodiče měli být dostatečně edukováni. Dítě a matku kontroluje ošetřující personál v pravidelných intervalech, hodnotí se barva, dýchání, svalový tonus a srdeční frekvence. Je vhodné monitorovat vitální funkce dítěte např. pomocí přenosného oxymetru (Feldman-Winter, Goldsmith, 2016 s. 4).

Matka i otec jsou podporováni v péči o novorozené dítě. Zdravý a donošený novorozenec se začne aktivně zajímat o prso, pokouší se k němu doplazit a sám se poprvé prisaje. Není nutné mu pomáhat a nutit ho. Matka může dítěti pomoci tím, že prso podepře. První kojení může trvat různě dlouhou dobu, poté většinou dítě usíná (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 203). Avšak děti, jejichž bdělost je snížena, v důsledku medikace matky při porodu, potřebují s přiložením pomoc (Mydlilová, 2013, s 95).

Po samotném skončení bondingu, ten může trvat dvě i více hodin, se dokončí rutinní ošetření, dítě se zváží, oblékne, dá se mu čepička a zavine se do peřinky. První koupání je vhodné odložit nejméně o 6 hodin i déle (Fendrychová, 2019, s. 329). Matku i dítě se stěhují společně na oddělení šestinedělí, kde jsou po celou dobu pobytu spolu tzv. 24hodinový rooming-in. Matka je podporována v co největším kontaktu se svým dítětem (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 203). Je žádoucí podporovat matku v kojení podle potřeby dítěte, bez omezování délky či frekvence, nejméně však 8 – 12x za den (Mydlilová, 2013, s. 95-96).

## 2.3 Císařský řez a bonding

Snahou porodníků a porodních asistentek je, aby žena porodila své dítě sama a přirozenou cestou. Jestliže je ohroženo zdraví matky, dítěte či obou, musí se těhotenství ukončit operačně (Pařízek, 2015, s. 224). Při porodu císařským řezem je plod vybaven z těla matky řezem přes břišní stěnu (Roztočil et al, 2017, s. 499). Císařský řez je v současné době nejčastější porodnickou operací. V ČR je císařským řezem ukončena asi čtvrtina všech porodů. Císařský řez je pro matku mnohem více rizikovější než spontánní porod a proto se u nás císařský řez na přání matky neprovádí (Pařízek, 2015, s. 224-229).

Podle povahy indikací můžeme císařský řez rozdělit na akutní nebo plánovaný. Jestliže se císařský řez provádí na konci těhotenství, tedy ještě dříve, než nastoupí pravidelné kontrakce, pak jde o plánovaný neboli elektivní císařský řez. Jeho indikace je známa již v průběhu těhotenství a je předem rozhodnuto o jeho termínu. Akutní císařský řez se provádí, když je nepředpokládaně ohrožena matka, dítě či oba. Indikace vzniká náhle nebo postupně (Hájek et al, 2014, s. 493).

Císařská řez probíhá vždy v anestezii a to buď ve spinální nebo celkové. Volba anestezie během císařského řezu je ovlivněno mnoha faktory, které je třeba vždy individuálně zvážit. Je třeba posoudit nejen důvod císařského řezu a jeho časovou naléhavost, ale i přihlídnout k přání ženy a jejího partnera. Největší výhodou spinální anestezie je nejen to, že plod není utlumen léky, ale také to, že žena je během operace bdělá a může volně komunikovat s okolím a není tak narušen první kontakt s narozeným dítětem (Pařízek, 2015, s. 229).

Při vlastním provedení operace je břišní stěna ženy otevřena z dolního příčného suprapubického řezu, který se v současnosti používá nejčastěji. Pokud operace probíhá bez komplikací, její délka činí přibližně 45 minut. Po ukončení operace je žena přechodně kontrolována na jednotce intenzivní péče nebo pooperačním pokoji. Ženě se nosí dítě na přikládání k prsu. Průběh po císařském řezu je více bolestivý než po spontánním porodu, ale existují vhodné způsoby tlumení bolesti, které neovlivňují kvalitu mateřského mléka. Zhruba za 24 hodin po operaci žena vstává z lůžka a je přeložena na oddělení šestinedělí. Propuštění do domácí péče je možné za 4 až 5 dnů po porodu císařským řezem (Pařízek, 2015, s. 226).

## **Bonding po císařském řezu**

Po vybavení dítěte z dělohy a po přerušení pupečnicku se nejprve provede rychlé osušení novorozeného dítěte, poté se zhodnotí Apgar skóre a ošetří se pupeční pahýl. Jestliže je dítě vitální a křičí, po konzultaci s anesteziologem, se může dítě umístit na prsa matky. Je vhodné uvolnit matce alespoň jednu ruku, aby se mohla dítěte dotýkat a přidržovala ho. Je potřeba dávat pozor na zavedenou flexilu v matčině ruce a svody EKG na jejím hrudníku, aby se dítě neporanilo a cítilo se pohodlně. Dítě, které leží na prsou matky v horizontální poloze, se zakryje nahřátou dekou. Ošetřující personál dítě po celou dobu přidržuje a vizuálně sleduje, dítě musí mít volný nos. Novorozenec po nějaké době zkouší hledat bradavku a může se přisát. Takto může dítě zůstat s matkou jen několik minut nebo po celou dobu operace (Phillips et al, 2013 s. 71).

Děti po porodu císařským řezem, by měly být více povzbuzovány ke kojení, jakmile to zdravotní stav ženy dovolí, a to buď na operačním sále nebo později na pooperačním pokoji (Mydlilová, 2013, s. 95).

Jestliže je matka a dítě v kontaktu kůže na kůži nejen během samotné operace, ale i během pobytu na pooperačním pokoji, je matka méně úzkostná, má stabilnější krevní tlak a srdeční frekvenci. Vnímání bolesti je výrazně sníženo, matka má také stabilnější tělesnou teplotu (Phillips et al, 2013 s. 71). Dítě může pokračovat v pokusech s přisátím a zahájit kojení (Mydlilová, 2013, s. 95). Celkově také matky s provedeným bondingem po císařském řezu vyjadřují větší spokojenost s porodem (Sundin, Mazac, 2015, s. 323).

## **2.4 Primitivní vrozené novorozenecké reflexy během bondingu v první hodině po porodu**

Matčina děloha poskytuje dítěti během celého prenátálního období tolik potřebnou ochranu, teplo, výživu a kyslík. Dítě je v neustélém kontaktu s matkou, slyší tlukot jejího srdce a její hlas. Ihned po porodu tuto úlohu mohou převzít matčino břicho a prsa, jejichž prostřednictvím se dítěti dostává tepla, ochrany, podpory a také výživy a kde je stále v těsné blízkosti tlukotu matčina srdce a jejího hlasu. Matčino břicho a prsa jsou pro něj nejpřirozenějším prostředím, kde mohou být po porodu naplněny všechny jeho potřeby (Phillips et al, 2013, s. 68).

Jestliže je dítě po porodu zdravé a vitální a je-li mu poskytnut klid a dostatek času, uplatňuje se geneticky naprogramovaný soubor reflexů, hledací, sací a polykací, které vedou k nalezení a uchopení bradavky. Děje se tak díky taktilní stimulaci od matky a za pomoci smyslových podnětů, zraku, čichu, chuti, hmatu i sluchu (Chvilová-Weberová, 2013, s. 37).

Dítě, které se ponechá v rámci adaptace na těle matky, rozvine vzorce chování, které jsou smysluplně zaměřeny k tělesné i sociální interakci s matkou a k následnému dosažení jejího prsa, k iniciaci sání a kojení. Kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu pomáhá dítěti udržet normální tělesnou teplotu, snižuje energetický výdej, stabilizuje vitální funkce, dítě je klidné a spokojené. Reguluje se také osídlení kůže a sliznic a tak dochází k dozrávání imunitního systému. Na těle matky v jemném objetí je iniciována a rozvíjena škála primitivních novorozeneckých reflexů (Chvilová-Weberová, 2013, s. 37). Na základě pozorování lze chování novorozence rozdělit do 9 stádií: počáteční pláč, zklidnění, probuzení, aktivní fáze, odpočinek, plazení k prsu, seznamovací fáze, kojení a spánek (Widström et al, 2019, s. 1193; Phillips et al, 2013 s. 70).

První stadium je charakterizováno počátečním pláčem, po té co se dítě poprvé nadechne. Novorozenec je ve stavu pohotovosti a ostražitosti, projevují se u něj pohyby a vrozené reflexy důležité pro jeho přežití, jako je Moroův reflex, novorozenec se šklebí, kašle, odtahuje celé své tělo od matky, náhle otvírá oči a celé jeho tělo je v napětí. Během této doby novorozenec také provádí obranné pohyby rukama, aby ochránil své dýchací cesty. Počáteční výkřik a následný pláč v první minutě po porodu napomáhá novorozenci vykašlat plodovou vodu z dýchacích cest. Také velmi vysoká hladina katecholaminů pomáhá zbylou plodovou vodu vstřebat a proto není nutné zdravého a donošeného novorozence jakkoliv odsávat (Widström et al, 2019, s. 1194).

Během druhého stádia dochází k náhlému zklidnění novorozence, je velmi tichý, klidný a neprovádí žádné pohyby. Toto období trvá několik minut. Když dítě tiše leží na matčině hrudi, může slyšet tlukot jejího srdce. Tento pro dítě známý zvuk, ho uklidňuje. Předpokládá se, že tlak na hlavičku dítěte při průchodu porodními cestami extrémně zvyšuje hladinu katecholaminů ihned po porodu, dokonce až 20krát více než u dospělého člověka během odpočinku. Tato vysoká koncentrace katecholaminů pravděpodobně zvyšuje práh bolesti u novorozence v období těsně po narození, a je také přirozeným způsobem mírnění bolesti dítěte, kterou dítě prožívá během průchodu porodními cestami. Následkem toho je dítě dočasně utlumeno a zklidněno, u dítěte je snížena celková citlivost na okolí. Personál

porodního sálu může často projevovat obavy o dítě, je-li v tomto tichém a utlumeném stavu, což často vede k jeho otírání a masírování, či dokonce k jeho zvedání a přemísťování od matky. Dítě na separaci od matky reaguje pláčem, grimasami či obrannými reflexi (Widström et al, 2019, s. 1196).

Třetím stádiem je období probouzení. Dítě se začíná pomalu pohybovat, nejprve jemně pohybuje hlavou a rameny, poté lehce pohybuje pažemi a prsty na ruce. Nakonec dítě jemně pohybuje ústy, opakovaně mrká a postupně otevírá oči (Widström et al, 2019, s. 1197).

Čtvrté stadium je typické aktivitou novorozeného dítěte. Dítě se projevuje stále aktivněji a odhodlaněji. Pohybuje končetinami i celým tělem, zvedá hlavu z matčina hrudníku a provádí hledací pohyby. Ze začátku jsou prsty uzavřeny v pěst, ale později se snaží rozevřenými prsty masírovat matčina prsa a bradavky. Projevuje se hledací reflex, dítě si také strká prsty na ruce do úst a vyplazuje jazyk. Matčina bradavka a dvorec se během těhotenství zvětšuje a tmavne, stává se výraznější a také vylučuje vůni, která je stejná jako vůně plodové vody. Dítě začíná být aktivní, otáčí hlavu, a když očima lokalizuje bradavku, snaží se k ní doplazit. Slyší a poznává matčin hlas, oči dítěte jsou doširoka otevřeny, často s rozšířenými zorničkami. Dítě střídavě pozoruje bradavku a tvář své matky, přirozeně vyhledává oční kontakt s matkou. Pro matku je tento okamžik nezapomenutelný (Widström et al, 2019, s. 1197).

V pátém stádiu dítě odpočívá. Toto klidové stadium je propleteno napříč všemi ostatními stádii. Dítě může kdykoliv začít na chvíli odpočívát a poté může zase pokračovat započaté činnosti, anebo se může přesunout do dalšího stádia. Dítě leží a odpočívá s prsty v ústech či upřeně hledí na matčinu bradavku. Dítě může mít oči otevřené i zavřené. Je velmi důležité uvědomit si význam tohoto klidového stadia a nemyslet si, že je dítě ve své aktivitě neúspěšné. Je důležité nechat dítě odpočívát a nepřerušovat kontakt s matkou. Jestliže dítě oddělíme od matky ve prospěch rutinní péče a poté obnovíme kontakt s matkou, dítě musí projít opět všemi stádii od začátku (Widström et al, 2019, s. 1197-1198). Dítě se unaví a potřeba spánku se dostaví dříve, než dítě vyhledá bradavku a přisaje se (Dani et al., 2015, s. 456).

V šestém stádiu se dítě odráží a plazením se posouvá co nejbliže k matčině bradavce. Někdy se můžeme setkat s označením „breast-crawl“ neboli samopřisátí. Někdy je tento proces nenápadný a pozvolný, jindy jsou pohyby dítěte výrazné a zjevné. Tyto pohyby dítěte

na břicho matky pravděpodobně posilují kontrakce dělohy čímž napomáhá rychlejšímu odloučení placenty a menšímu krvácení. Dítě není třeba zvedat či otáčet, můžeme však podepřít matčiny paže polštářem, čímž vytvoříme přirozené ohraničení jejího těla a zabráníme tak novorozenci, aby se dostal k okraji lůžka. To může pomoci dítěti nasměrovat se k bradavce, dítě neklouže a tolik se neunaví. Pro dosažení prsu a bradavky dítě využívá také svých chodidel, odstrkuje se. Matka může dítěti pomoci podepřením chodidel o které se dítě zapře a rychleji doputuje k matčině bradavce (Widström et al, 2019, s.1190).

Následuje sedmé stadium seznamování, které je charakteristické aktivitou dítěte. Aby dítě dosáhlo prsu, musí mu být umožněna úplná svoboda pohybu. Když se dítě přiblíží k prsu, vydává směrem k matce specifické krátké zvuky. Frekvence těchto zvuků se zvyšuje, čím je dítě blíže k bradavce. Tuto reakci pravděpodobně vyvolává vůně matčiny bradavky. Na tyto zvuky obvykle matka něžně reaguje. Dítě prozkoumává prso matky a olizuje bradavku, to může trvat 20 minut nebo déle. Dítě masíruje matčino prso, což zvyšuje hladinu oxytocinu v krvi matky. Dítě očichává a ochutnává bradavku, jeho úsilí je stále výraznější a koordinovanější. Bradavka se začíná tvarovat a vzpřimovat. Dítě vydává zvuky připomínající mlaskání. Je běžné, že dítě se přisaje, jednou či dvakrát potáhne a zase se pustí. Není potřeba dítěti pomáhat. Dítě si samo hledá nejvhodnější polohu, ve které bude jeho brada v ideálním kontaktu s matčíným prsem, poté se dítě přisaje a vytrvale a rytmicky sají (Widström et al, 2019, s. 1198-1199).

Osmé stádium je období kojení. Dítě se samo přisaje k bradavce a začíná sát. Dítě otevře doširoka ústa a obemkne dvorec i bradavku, tím je chráněna bradavka před bolestí. Jakmile dítě začne sát, přestává pohybovat pažemi, je klidné a jeho oči jsou zaostřeny na prso. Děti, které se během první hodiny po porodu přisály k prsu, mají v budoucnosti méně problémů s přisáváním a kojením. Také matky mají větší sebevědomí ohledně kojení a věří, že dokáží své dítě správně nakojit a nasytit a nemají obavy z nedostatku mléka. Kojení i kontakt kůže na kůži s matkou přispívá u dětí ke stabilní hladině glukózy v krvi (Widström et al, 2019 s.1200).

Ke konci kojení, asi hodinu a půl po porodu, je dítě ospalé a usne. Tím dítě vchází do posledního devátého stadia, kterým je spánek samotný. Kojení a příjem potravy způsobí uvolňování hormonů gastrointestinálního traktu, které navodí relaxační a uspokojený spánek. Tyto líbivé pocity se budou opakovat s každým dalším kojením (Widstrom et al, 2019, s. 1200).



## 2.5 Faktory negativně ovlivňující bonding

### Medikace za porodu

Někteří novorozenci, kteří jsou vystaveni medikaci matky během porodu, jako je fentanyl a oxytocin, nemusejí projít všemi devíti stádii vrozeného chování nastupujícího během první hodiny po porodu. Mohou být také méně úspěšní při pokusech o první samopřisátí (Widström et al, 2019, s. 1199-1200). Díky těmto poznatkům by měla být zvážena všechna rizika a benefity plynoucí z podávání těchto léků během porodu a zvolit správné načasování a výběr medikace. Matky, které si přejí kojit své dítě, by měli být informovány o rizicích medikace a zvážit, zda využijí podání léků či nikoliv (Widström et al, 2019, s. 1200).

Studie z roku 2015 a 2019 prokazují, že vysoké hladiny syntetického oxytocinu a fentanylu, kterým je novorozenec intrapartálně vystaven, významně snižují pravděpodobnost, že novorozenec najde prso, sám se přisaje a zahájí kojení během kontaktu kůži na kůži v první hodině života. Tyto děti mohou mít problémy s kojeními i v budoucnu. Je možné pozorovat opožděný nástup laktace a snižuje se délka výlučného kojení. Tyto děti jsou častěji krmeny z láhve umělou formulí (Brimdyr et al, 2015, s. 320; Brimdyr et al, 2019 s. 35).

Syntetický oxytocin prochází fetální hemoencefalickou bariérou během porodu a negativně ovlivňuje centrální nervový systém dítěte, je potlačen sací a polykací reflex (Brymdir et al, 2019, s.35). Také fentanyl podaný do epidurálního prostoru rychle přechází do krve matky, lze naměřit až 90% placentární přenos a lze ho prokázat v moči novorozence po dobu nejméně 24 hodin po porodu. Expozice fentanylu může u novorozence potlačit vrozené chování během první hodiny života, obzvláště negativně ovlivňuje zahájení kojení, také se snižuje délka výlučného kojení. Vše závisí na množství fentanylu, které bylo matce během porodu podáno (Widström et al, 2019, s. 1196). Studie z roku 2006 ukazuje, že dávka větší než 150 mikrogramů negativně ovlivňuje chování novorozence v prvních dnech, děti jsou spavé, špatně se přisávají či prso odmítají, a také se snižuje délka výlučného kojení. Matky, které dostaly více než 150 mikrogramů fentanylu měly 10krát větší riziko ukončení kojení v 6ti týdnech, než matky, kterým nebyl podán žádný fentanyl (Beilin et al, 2005, s. 104-105). Použití syntetického oxytocinu má za následek silnější a bolestivější kontrakce, které vedou ke zvýšené potřebě analgetik (Brimdyr et al, 2019, s. 35).

Také opioidní analgetika působí negativně na chování novorozence během první hodiny života. Jestliže jsou matce během porodu podány opioidní analgetika, pro lepší zvládnání bolesti, je třeba věnovat zvýšenou pozornost sledování novorozence, hlavně zda má volné dýchací cesty (Widström et al, 2019, s. 1196). Pethidin může přecházet placentou a negativně ovlivňuje pokusy o první samopřísátí, a to tak, že novorozenec pohybuje méně rukama, obtížně zvedá hlavu, hůře koordinuje sací pohyby. Dítě také více pláče a má vyšší tělesnou teplotu (Ransjö-Arvidson et al, 2001, s. 11).

### **Separace či přerušování kontaktu během bondingu**

Oddělení matky a dítěte, a to i krátkodobé, je velmi rušivým dějem. Novorozenec vysílá řadu signálů k matce a pokud je izolován, odpověď od matky nepřichází. Je-li matka od dítěte separována, slábnou její nastavení na vnímání těchto signálů. Separace je také spojena s úzkostí matky, s pocitem selhání a narušuje vznikající pouto mezi nimi. Má rovněž negativní dopad na psychiku matky a vliv na iniciaci laktace (Chvilová-Weberová, 2011, s. 37).

V průběhu prvního kontaktu kůže na kůži je důležité minimalizovat vyrušování novorozence. Hodnocení Apgar skóre a další rutinní ošetření lze u zdravého a vitálního novorozence provádět na břiše matky, aniž by se jejich kontakt přerušil. Pro novorozence je výhodnější a efektivnější, když během prvního ošetření zůstane nepřetržitě s matkou, neboť je větší pravděpodobnost, že bude méně plakat, zůstane v teple a nebude ztrácet energii (Widström et al, 2019, s. 1197).

Přerušování pupečnicku je odbornými společnostmi doporučováno až po jeho dotepání, to může trvat i více než 3 minuty. Opožděné přerušování pupečnicku poskytuje zdravotní benefity dítěti. Stoupá objem krve, které se dostává k dítěti až na 100 ml/kg (Pánek, 2013, s. 363). Tento objem krve zvyšuje zásoby železa ve čtyřech měsících života a snižuje tak výskyt anémie v kojeneckém věku, která je spojována s poruchami vývoje nervové soustavy (Widström et al., 2019, s. 1195). Ošetřující personál by měl pracovat pomalu, jemně a šetrně, aby nebyl novorozenec přerušováním a podvazováním pupečnicku nijak vyrušován v instinktivních procesech, kterými během kontaktu kůže na kůži prochází (Widström et al., 2019, s. 1195). Podvaz pupečnicku se provádí svorkou či gumičkou ve vzdálenosti asi 2 cm od úponu pupečnicku (Pánek, 2013, s. 363). Je vhodné dávat pozor, aby dítě svorka či gumička netlačila. Jestliže dítě cítí nepohodlí má snahu zvedat tělíčko z matčina hrudníku, což narušuje kontakt kůže na kůži a novorozenec může prochladnout (Widström et al., 2019, s. 1195).

Během prvních minut po porodu je nezbytné vyhnout se nucenému přikládání dítěte k prvnímu přisátí (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 203). Naopak je žádoucí nechat dítěti dostatek času, aby mohlo projít všemi instinktivními stádii, které předcházejí kojení. Každé dítě postupuje vlastním tempem a rychlostí, pomoc dítěti není nutná a je spíše nežádoucí. Jestliže se na dítě spěchá, nemusí být připraveno sát. Nejčastěji bývá zasahováno ve stadiu odpočinku, kdy se okolí může mylně domnívat, že dítě vzdává úsilí najít bradavku a zjevně potřebuje pomoc s jejím nalezením i se samotným kojením. Ze znalosti devíti instinktivními stádii chování novorozence vyplývá, že dítě bude ve svém úsilí pokračovat až bude připravené (Phillips et al, 2013, s. 70; Widström et al, 2019, s. 1197). Je prokázáno, že novorozenci, kterým bylo pomáháno s prvním přisátím, mají v budoucnu potíže s kojením a sáním. Podle zkušeností matek děti při kojení křičí, působí až panicky a projevují se vyhybavě či jinak negativisticky. Také matky tento způsob pomoci během prvního přiložení negativně prožívají a dítě saje jen krátce (Widström et al., 2019, s. 1199).

## **2.6 Edukace rodičů o významu bondingu a jeho bezpečnosti**

Práce porodní asistentky či sestry klade vysoké nároky nejen na erudici, ale zároveň vyžaduje vysokou míru empatie a umění sdělovat informace. Je nezbytný citlivý a individuální přístup. Komunikace mezi ošetřujícím personálem a budoucími rodiči je v přípravě na bonding velmi důležitá. Její srozumitelnost, dostatek času a také vhodná forma je základem důvěry mezi rodiči a zdravotníky.

Je nezbytné, aby o významu a důležitosti kontaktu kůže na kůži pro matku a novorozence měli informace nejen personál porodního sála a dětská sestra, ale i rodiče. Rodiče by měli být edukováni buď formou předporodních kurzů nebo během porodu ve vybrané porodnici. Vhodným způsobem je leták nebo plakát vyvěšený na porodním boxe. Rodiče tak získávají informace, o tom, jak se bude dítě chovat během první hodiny života a co mají očekávat (Phillips et al, 2013, s. 70).

V edukaci rodičů by měl být kladen důraz na bezpečnost novorozence během kontaktu kůže na kůži. Personál informuje budoucí rodiče o nutnosti sledování dítěte a o vhodné poloze. Díky získaným informacím mohou rodiče důsledným sledováním novorozence zajistit jeho větší bezpečnost (Feldman-Winter, Goldsmith, 2016 s. 4).

Rodiče by také měli odložit posílání zpráv o narození, sdílení fotografií na internetu či telefonování mimo tuto výjimečnou a neopakovatelnou chvíli (Widström et al, 2019, s. 1194).

### 3 Bonding a jeho vliv na délku kojení

Výživa patří mezi základní potřeby dítěte. Za nejpřirozenější a nejvhodnější výživu novorozence a kojence se považuje kojení. Hlavním cílem poporodní péče by mělo být včasné zahájení a udržení kojení. Celosvětově se podporou kojení zabývá Světová zdravotnická organizace (WHO) ve spolupráci s Dětským fondem Organizace spojených národů (UNICEF) prostřednictvím programu Baby Friendly Hospital (BFHI). Na základě jejich spolupráce jsou také vydávána doporučení pro správnou výživu kojenců a malých dětí (Dušová, 2011, s. 3). Doporučení WHO z roku 2014 považuje za optimální výživový standard výlučné kojení po dobu 6 měsíců a následně v kojení pokračovat spolu s odpovídající výživou dle potřeb dítěte do 2 let věku i déle (Mydlilová, Chvilová-Weberová, Peřina, 2015).

Kojení je právem každé matky a dítěte (Černá, Kollárová, 2015, s. 16). Mateřské mléko je nenahraditelné ve vztahu k potřebám dítěte (Dušová, 2011, s. 21). Kojení poskytuje řadu výhod, jak pro dítě, tak pro kojící matku, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Kojení je také pro matku i dítě pohodlnější a mateřské mléko je v prsu okamžitě k dispozici (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 100). Dlouhodobě kojené děti mají lepší lineární růst (Kudlová, 2013, s. 35). Kojené děti mají nižší riziko výskytu syndromu náhlého úmrtí a dalších onemocnění. Sání z prsu povzbuzuje správný vývoj zubů (Dušová, 2011, s. 21). Kojené děti mají prokazatelně menší riziko akutních i chronických onemocnění v raném i dětském věku a také v dospělosti, včetně ovlivnění délky života. (Schneidrová, 2005, s. 16). Kojení je spojeno se snížením rizika výskytu alergie, astmatu, celiakie, respiračních infekcí, průjmových onemocnění, zánětů středního ucha a bakteriální meningitidy. Kojení je také prevence obezity a diabetu mellitu 1. typu. Kojené děti mají menší pravděpodobnost propuknutí leukemie či Hodgkinova lymfomu v dětském věku (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 100). Kojení je důležité i během onemocnění dítěte. Mateřské mléko je zdrojem živin a tekutin, kdy vlivem nemoci chuť dítěte na příkrm klesá, avšak chuť na mateřské mléko zůstává stejná (Kudlová, 2013, s. 34). Při provádění invazivních výkonů lze využít i kojením navozenou analgezií, například při odběru krve nebo při očkování (Peloušková, 2006, s. 26).

Kojení je přínosem i pro samotné ženy. Úspěšné zahájení kojení po porodu zvyšuje hladiny oxytocinu a prolaktinu v krvi matky. Díky oxytocinu dochází k rychlejšímu zavinování dělohy a dochází k méně intenzivnímu poporodnímu krvácení. Prolaktin má vliv

na psychiku ženy a přináší matce psychické uvolnění. Časté kojení může vést k oddálení nástupu pravidelného menstruačního krvácení po porodu, a tím snižuje riziko rozvoje anémie (Schneidrová, 2005, s. 22-23; Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 101). Výlučné kojení pak urychluje váhový úbytek a tím pomáhá matce vrátit se ke své původní hmotnosti. Zlepšuje také fyzickou kondici ženy, protože tuk nasrádaný během těhotenství tělo použije k tvorbě mateřského mléka (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 101).

Nezanedbatelná úloha kojení se také promítá do psychosociální oblasti matky a dítěte. Kojení posiluje a upevňuje emoční pouto mezi matkou a dítětem, má podstatný význam pro synchronizaci jejich interakce a tím i pro zdravý psychický vývoj dítěte. Kojení snižuje odpověď na stres a matky jsou klidnější a také častěji navozují tělesný i oční kontakt s dítětem. Tyto matky vykazují po porodu menší míru depresivních symptomů než matky, které nekojí (Takács et al, 2011, s. 17).

Z dlouhodobé perspektivy je pro matku kojení delší než 12 měsíců výhodné z důvodu snížení rizika vzniku karcinomu prsu a ovárií. Významná je i skutečnost, že dlouhodobé kojení je prevence hypertenze, hyperlipidémie, kardiovaskulárních onemocnění a diabetu mellitu 2. typu u žen v klimakteriu. Ženy, které kojily mají lepší poporodní remineralizaci kostí, snižuje se riziko fraktury kyčle v klimakteriu a rozvoj revmatoidní artritidy (Straňák, Chrásková, Lamplotová, 2014, s. 101).

### **3.1 Fyziologie laktace**

Prs (mamma) se nachází na přední stěně hrudníku. Topografické umístění u dospělé ženy je obvykle mezi 3.-6. žebrem zabírající plochu od okraje hrudní kosti až ke střední čáře podpaží. Je kryt tenkou kůží s prosvítajícími žilami. Na vrcholu je prsní dvorec (areola mammae) s bradavkou (papilla mammae) uprostřed (Černá, Kollárová, 2015, s. 21). Kůže dvorce a bradavky je více pigmentovaná, v těhotenství dvorec výrazně tmavne. V kůži prsního dvorce jsou uloženy mazové žlázy, jejichž sekret chrání kůži před macerací slin dítěte a mléka. Prsní bradavka lehce prominuje, při podráždění se stává rigidní a vyvyšuje se na nad okolí. Erekcce bradavky a dvorce má velký význam při kojení (Hájek et al, 2014, s. 21-22). Velikost a tvar prsu závisí nejen na celkové tělesné konstituci a věku, ale i na výživě (Roztočil et al, 80, 2017). Mění se s počtem těhotenství a porodů. Běžně se vyskytuje asymetrie velikosti levého a pravého prsa (Černá, Kollárová, 2015, s. 21).

Vlastní objem prsu tvoří mléčná žláza, tuková tkáň, cévy a nervy. Mléčná žláza (glandula mammae) má laločnatou strukturu a je uložena v tukovém polštáři. Její hmotnost je 130-200 g, v době laktace žláza pod vlivem hormonů roste a zvětšuje svůj objem až na 300-500 g (Roztočil et al, 80, 2017). Mléčná žláza se skládá z 15-20 laloků (lobi mammae), které se dále větví na menší lalůčky (lobuli mammae), které vyúsťují ve společný vývod, mlékovod. Mlékovody (ductus lactiferi) se shlukují a pod dvorcem rozšiřují (sinus lactiferi) a vyúsťují na povrch bradavky na jejím vrcholku. Hlavní funkcí mléčné žlázy je sekrece mateřského mléka (lac) (Hájek et al, 2014, s. 22).

Na laktaci se organismus ženy připravuje již během těhotenství. Placenta produkuje hormon progesteron, díky kterému rostou a zvětšují se žlázové lalůčky. Také se tvoří estrogény, které působí na vývoj vývodního systému, a lidský placentární laktogen, který ovlivňuje růst prsu, bradavky a prsního dvorce. Dochází k rozvoji mléčné žlázy na úkor tukové tkáně. Prsy zvětšují svůj objem a přibývají na hmotnosti (Černá, Kolárová, 2015, s. 24).

Na konci těhotenství a první dny po porodu produkuje mléčná žláza nažloutlé mlezivo (kolostrum), které se postupně mění v hustší bílé mléko. Laktace je přirozený děj, který ovlivňují hormony oxytocin a prolaktin. Zpočátku dochází ke zvýšenému prokrvení prsu, také se může objevit otok a bolest prsu, bradavka může být mírně deformována. Tyto nepříjemné pocity brzy odezní (Černá, Kolárová, 2015, s. 24).

Oxytocin je hormon zadního laloku hypofýzy. Oxytocin působí stahy hladkého svalstva dělohy při porodu a ovlivňuje uvolňování mateřského mléka. Časné přiložení dítěte k prsu a jeho sání ovlivňuje odloučení placenty ihned po porodu. Děložní stahy vyvolané sáním dítěte pozitivně ovlivňují vyprazdňování dělohy v poporodním období a její zavínování, čímž dochází ke snížení krevních ztrát. Stres či úzkost matky mohou do určité míry negativně ovlivnit produkci tohoto hormonu (Černá, Kolárová, 2015, s. 24).

Prolaktin je hormon předního laloku hypofýzy. Prolaktin se v malém množství tvoří již těhotenství a vyvolává sekreci mleziva. Po porodu hladina prolaktinu prudce stoupá. Hlavním stimulem pro tvorbu prolaktinu je sání dítěte. Během každého přiložení dítěte k prsu matky a jeho sáním jeho hladina stoupá. V prvních dnech po porodu díky sání dítěte jeho hladina stoupne desetinásobně, ve třech týdnech trojnásobně a ve třech měsících již ke zvýšení nedochází, laktace však pokračuje i nadále (Černá, Kolárová, 2015, s. 24).

Na tvorbu mateřského mléka nemá vliv velikost prsů či způsob porodu. Nejdůležitějším předpokladem úspěšného kojení je časté a volné přikládání dítěte k prsu matky podle jeho chuti. Přikládání by mělo být jednoduché, přirozené a pohodlné pro matku i dítě (Pařízek, Honzík, 2015, s. 106). Čím více a častěji dítě z prsu saje, tím více se mateřské mléko tvoří a také se snadněji spouští (Černá, Kollárová, 2015, s. 24). Pro matku není nic příjemnějšího než sledovat, jak dítě prospívá a roste z jejího vlastního mléka, a jak je dítě spokojené. Snahou ošetřujícího personálu je podporovat rozvoj laktace vhodným režimem v prvních dnech po porodu (Pařízek, Honzík, s. 106).

### **3.2 Bonding a zahájení kojení**

Většina žen je schopna úspěšně kojit své dítě. Existuje mnoho faktorů, které mají pozitivní vliv na rozvoj laktace. Jedním z nich je těsný kontakt matky a dítěte bezprostředně po porodu. Tento kontakt umožňuje včasné a bezproblémové přiložení novorozence k prsu a zahájení kojení. Iniciativa Byby Friendly Hospital v kroku číslo 4, doporučuje okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a zahájení kojení co nejdříve po porodu, optimálně do půl hodiny. Zdůrazňuje, že zdravé dítě může samo vyhledat a nalézt bradavku, kterou olizuje či se k ní poprvé přisaje. Také doporučuje v kroku číslo 7 a 8 společný pobyt matky a dítěte v systému 24hodinový rooming-in, který umožňuje volný režim přikládání kdykoliv dítě projeví hlad. Časná a častá kojení, 8-14krát denně, je významný stimul pro rozvoj laktace (Černá, Kollárová, 2015, s. 26, 28-29). Ošetřovatelské postupy by měly podporovat a chránit okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži matky a dítěte bezprostředně po porodu (Brimdyr et al, 2020, s. 2).

Také UNICEF a WHO doporučují zahájit kojení během první hodiny po porodu pomocí „breast crawl“ v překladu plazení k prsu či samopřisátí, kdy dítě samo nachází bradavku a začíná sát. Zdravý novorozenec je schopný zahájit kojení sám, pod podmínkou, že je u matky. Samopřisátí nic nestojí a jeho zdravotní i výživové benefity zachraňují miliony životů a také ušetří nemalé finanční náklady, jestliže matka bude kojit své dítě (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, s. 256-257). Je důležité matku a dítě v kontaktu kůže na kůži ihned po porodu podporovat vhodnou péčí a jejich kontakt nepřerušovat. Rutinní ošetření a vyšetření lze provést i na břiše matky, dokud dítě neskončí s plazením a kojením. Také používání analgetik a jiných medikamentů podaných matce před porodem má být



rozhodnuto s rozvahou. Před samotným kojením se nedoporučuje umývat či utírat bradavky matky a matce zajistit pohodlnou polohu, tak aby mohla navázat oční kontakt s dítětem a aby cítila jeho vůni. Také se doporučuje koupat dítě až po 24 hodinách (Mrowetz, Peremská 2011, s. 256-257).

Metaanalýza z roku 2019 potvrzuje, že bezprostřední kontakt dítěte a matky kůže na kůži významně zvyšuje úspěšnost a délku prvního kojení. V této metaanalýze bylo zahrnuto celkem 9 klinických studií, jedna studie byla provedena ve Velké Británii, jedna v Egyptě, tři v Íránu, jedna v Pákistánu, dvě v Indii a jedna v USA. Osm studií bylo publikováno v anglickém jazyce a jedna studie v perštině. Byla porovnávána skupina (n=597) matek a jejich dětí, kterým byl umožněn kontakt kůže na kůži ihned po porodu s kontrolní skupinou (n=553) matek, jejichž děti byly rutinně ošetřeny na vyhřívacím lůžku, byly zabaleny do peřinek a poté předány matkám. Novorozenci musely být donošeny a bez zdravotních komplikací. Většina studií měřily výsledky do dvou hodin po porodu. Nástrojem hodnocení úspěšnosti kojení bylo skóre IBFAT (Infant Breast-feeding Assessment Tool). Pomocí pozorování byla také měřena délka prvního kojení. Rozdíly mezi studiemi byly statisticky vyhodnoceny. Byla zjištěna významně vyšší úspěšnost prvního kojení u dětí, které byly s matkou v kontaktu kůže na kůži ve srovnání s rutinní péčí. Bylo vyhodnoceno, že děti v kontaktu kůže na kůži měly 2,5krát vyšší šanci, že se úspěšně přisají k prsu. Také délka prvního kojení byla výrazně delší, téměř o třetinu, než v kontrolní skupině. (Karimi et al, 2019, s. 1-9).

Časný kontakt kůže na kůži je snadno dostupný způsob péče, který lze využít ve velkých moderních nemocnicích, ale i v malých nemocnicích rozvojových zemí s velmi nízkými příjmy. Jeho praktické využití je velkým potenciálem v záchraně života novorozenců i matek. Důležitou součástí péče o budoucí matku je propagace bondingu u poskytovatelů péče i u samotných matek s poukazujícím důrazem na výhody časného kontaktu kůže na kůži mezi matkou a novorozencem a včasného zahájení kojení (Safari et al, 2018, s. 1).

### **3.4 Bonding a sebedůvěra matky v oblasti kojení**

Jak již bylo uvedeno výše, je-li umožněno matce a dítěti být ihned po porodu spolu bez separace či přerušování kontaktu kůže na kůži, přináší to oběma jen výhody, a to jak z krátkodobého, tak dlouhodobého hlediska v mnoha oblastech. Kontakt kůže na kůži

významně posiluje mateřskou důvěru v oblasti kojení a péče o dítě. Tato sebedůvěra matky v její schopnost kojít je zásadní nejen pro úspěšné zahájení kojení, ale také prodlužuje délku výlučného kojení (Aghdas et al, 2014, s. 37, 40). Naopak separace matky a dítěte ihned po porodu nebo přerušování kontaktu kůže na kůži je spojeno s negativní zkušeností s kojením a s poklesem sebedůvěry matky (Nilsson et al, 2020, s. 1).

Studie, která byla provedena v Iráku v roce 2014 posuzovala účinek kontaktu matky a dítěte kůže na kůže ihned po porodu na sebedůvěru matek ve vlastní schopnost kojít. Také zjišťovala, zda se dítěti podařilo poprvé přisát k prsu a jak dlouho první kojení trvalo. Studie se účastnily ženy, prvorodičky, které porodily vaginálně a měly v úmyslu své dítě kojít. Celkový počet žen v této studii bylo 92. Dítě muselo být po porodu vitální, zdravé, bez vývojové vady. První skupině matek (n=47) bylo nahé dítě ihned po porodu položeno na hrudník a poté byly společně zakryty dekami, tento kontakt trval alespoň 2 hodiny. Ve druhé skupině matek (n=45) bylo dítě rutinně ošetřeno na vyhřívacím lůžku, zabaleno a poté předáno matce. Během této doby bylo hodnoceno prvního přisátí pomocí skóre IBFAT. Následně, 28 dní po porodu, byly matky telefonicky kontaktovány a byl vyplněn dotazník BSES (The Breastfeeding Self-Efficacy Scale), který se používá pro hodnocení sebedůvěry matky v oblasti kojení. Bylo zjištěno, že více než polovina dětí (57 %), které byly s matkou v kontaktu zahájilo kojení během první hodiny života, a to v délce 67 minut. Naproti tomu zahájila kojení jen třetina dětí (36 %), které byly ihned po porodu zabaleny do peřinky, jehož délka činila pouze 22 minut. Průměrné skóre BSES bylo 53 ve skupině s kontaktem kůže na kůži a 50 ve skupině kde byly děti ihned po porodu zabaleny. Rozdíly ve skupinách byly statisticky významné. Ze studie vyplývá, že děti, které byly s matkou v kontaktu kůže na kůži ihned po porodu, byly úspěšnější v prvním přisátí, první kojení trvalo delší dobu a matky následně vykazovaly vyšší sebedůvěru v oblasti kojení (Aghdas et al, 2014, s. 37-40).

### **3.5 Bonding a délka kojení**

Časný a ničím nepřerušovaný kontakt matky a dítěte ihned po porodu by měl být podporován všemi zdravotníky, měl by být považován za zlatý standard péče. Umožňuje dítěti zahájit kojení, chrání ho před podchlazením a urychluje odloučení placenty. (Safari et al, s. 1) Také zvyšuje úspěšnost kojení v časném poporodním období, zvyšuje míru kojení

při propuštění z porodnice (Bramson et al, 2010, s. 130) a prodlužuje celkovou délku kojení (Mikkiel-Kostyra, Mazur, Boltruszko, 2002, s. 1301).

Studie z roku 2010, sesterská retrospektivní studie, zjišťovala, zda poporodní kontakt kůže na kůži matky a dítěte ovlivňuje míru výlučného kojení během hospitalizace v porodnici. Byla analyzována data s 19 nemocnic v Kalifornii v USA. Všechny nemocnice a jejich zaměstnanci byli vyškoleni v oblasti kojení a podpory bondingu. Studie sledovala celkem 21 842 matek a jejich dětí. Byla zaznamenána délka časného kontaktu a následně míra kojení při propuštění. Studie došla k závěru, že časný kontakt kůže na kůži ihned po porodu má hluboký pozitivní účinek na míru výlučného kojení během hospitalizace. Čím déle tento časný kontakt trval, tím vyšší byla míra výlučného kojení. Tento kontakt by měl trvat minimálně 2 hodiny po porodu. Ideálně by měly matky v kontaktu kůže na kůži pokračovat během celé hospitalizace, čímž se posiluje vzájemné pouto mezi matkou a dítětem a podporuje časté kojení dle chuti dítěte (Bramson et al, 2010 s. 130-137).

V roce 2002 byl v Polsku prováděn výzkum, který se zabýval vlivem časného kontaktu kůže na kůži na délku kojení. Studie se zúčastnilo celkem 1 250 matek a jejich dětí z celkem 427 porodnic v Polsku. Data byla zjišťována pomocí dotazníku, který matka vyplnila během pobytu v porodnici, kdy se zjišťovala délka kontaktu kůže na kůži ihned po porodu. O tři roky později byly matky znovu kontaktovány a byly požádány o vyplnění dotazníku, který zjišťoval podrobnosti o kojení a způsobu péče o dítě. Pro statistické hodnocení byly matky rozděleny do tří skupin. V první skupině byly matky, kterým byly děti ihned po porodu zabaleny do peřinky, ve druhé skupině byly matky, které měly krátký kontakt kůže na kůži v délce do 20 min a ve třetí skupině byly matky, které byly s dítětem v kontaktu trvajícím více než 20 minut. Byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi těmito skupinami. Výsledky ukázaly, že kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem ihned po porodu trvajícím déle než 20 minut, prodlužuje dobu trvání výlučného kojení o 1 měsíc a také prodlužuje celkovou délku kojení o 2 měsíce. Také bylo zjištěno, že kontakt kůže na kůži koexistuje s praktikami podporujícími kojení, jako je zahájení prvního kojení do dvou hodin po porodu a také plný 24hodinový rooming bez separace delší než jedna hodina. Naopak matky, jejichž děti byly ihned po porodu zabaleny do peřinky, častěji krmily své dítě z láhve a také více používaly klobouček. V používání dudlíků nebyly zjištěny rozdíly. (Mikkiel-Kostyra, Mazur, Boltruszko, 2002, s. 1301-1303).

## 4 Metodika výzkumu

Teoretická část diplomové práce se věnovala vlivu bondingu na délku kojení. V práci byl vysvětlen pojem bonding, byly popsány výhody kontaktu matky a dítěte kůže na kůži během raného poporodního období a jeho důležitost pro úspěšné zahájení prvního kojení. Zabývala se správným a bezpečným provedením bondingu nejen po vaginálním porodu, ale i po porodu císařským řezem. Také byly uvedeny některé studie, které se zabývají kontaktem kůže na kůži mezi matkou a dítětem a jeho vlivem na délku kojení.

Před zahájením výzkumného šetření byly stanoveny výzkumné cíle a hypotézy. Realizovaný výzkum měl charakter kvantitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl použit anonymní dotazník, který obsahuje 20 otázek. Dotazník byl distribuován v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v Přerově. Respondentky byly ženy, které porodily jedno zdravé, donošené dítě s porodní hmotností větší než 2500 g a od porodu neuběhla doba delší než 3 roky.

Výzkumné šetření bylo zahájeno po schválení žádosti etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. V průběhu výzkumu byly dodrženy obecné etické principy jako je objektivnost, pravdivost, poctivost, čestnost, originalita a zásadovost. Při zpracování práce byly dodrženy aspekty citování a všechny použité zdroje byly citovány dle normy ČSN ISO 690.

### Výzkumný cíl

- Zjistit vliv bondingu na délku kojení.

### Výzkumné hypotézy

- **H<sub>0</sub>1:** Neexistuje statisticky významný rozdíl v prvním samopřísátí mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>A</sub>1:** Existuje statisticky významný rozdíl v prvním samopřísátí mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>0</sub>2:** Neexistuje statisticky významný rozdíl v plném kojení při propuštění z porodnice mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

- **H<sub>A2</sub>**: Existuje statisticky významný rozdíl v plném kojení při propuštění z porodnice mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>03</sub>**: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výlučném kojení do šesti měsíců mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>A3</sub>**: Existuje statisticky významný rozdíl ve výlučném kojení do šesti měsíců mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>04</sub>**: Neexistuje statisticky významný rozdíl v délce kojení mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>A4</sub>**: Existuje statisticky významný rozdíl v délce kojení mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>05</sub>**: Neexistuje statisticky významný rozdíl v potřebě dokrmů v porodnici mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>A5</sub>**: Existuje statisticky významný rozdíl v potřebě dokrmů v porodnici mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.
- **H<sub>06</sub>**: Neexistuje statisticky významný rozdíl v počtu žen s provedeným bondingem po porodu mezi prvorodičkami a vícerodičkami.
- **H<sub>A6</sub>**: Existuje statisticky významný rozdíl v počtu žen s provedeným bondingem po porodu mezi prvorodičkami a vícerodičkami

### **Metodika sběru dat**

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativního typu výzkumu. Data byla získávána prostřednictvím dotazníku. Před samotnou distribucí dotazníků byla provedena pilotní studie u 10 matek a také konzultace s několika dětskými sestrami a laktačními poradkyněmi za účelem odhalení případných nejasností. Následně byly provedeny nepatrné úpravy ve formulaci otázek či odpovědí.

Výzkumný vzorek tvořily záměrně vybrané respondentky, celkem 150 žen, které již v těhotenství věděly, že své dítě chtějí kojit a ani u nich nebylo kojení kontraindikováno z důvodu medikace či onemocnění. Respondentky byly ženy, které

porodily jedno zdravé, donošené dítě s porodní hmotností větší než 2500 g a od porodu neuběhla doba delší než 3 roky, a které souhlasily s účastí na výzkumném šetření. Všechny ženy v době vyplnění dotazníku již dítě odstavily a nekojily.

Výzkum probíhal v období prosinec 2020 až březen 2021. Bylo osloveno celkem 11 praktických lékařů a lékařek pro děti a dorost v Přerově s žádostí o umožnění výzkumného šetření. Žádosti vyhověly pouze dvě lékařky. Bylo rozdáno celkem 180 dotazníků, vyplněno bylo 156, což činilo návratnost 87 %. Vyřazeno bylo 6 dotazníků, a to z důvodů nezralosti dítěte po porodu, nízké porodní váhy dítěte pod 2500 g, sepse dítěte a nutnosti překládu na vyšší pracoviště. Počet dotazníků, které byly zpracovány bylo celkem 150 (100 %). Respondentky byly osloveny během preventivní lékařské prohlídky jejich dítěte a také během očkování. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní. Respondentky se po seznámení s obsahem a účelem dotazníku měly možnost zeptat se na případné nejasnosti. Současně byly informovány o ochraně osobních údajů. Součástí dotazníku byl také informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením. Dotazník byl po vyplnění vložen do připraveného uzavřeného boxu. Následně byly odpovědi na všechny položky popsány pomocí četnostních tabulek a grafů. Statistické zpracování bylo provedeno v programu MS Excel, použitím běžných funkcí a statistickými výpočty. Byl použit Fisherův přesný test a Mann-Whitneyův test, pro zjištění normality dat byl použit Kolmogorov-Smirnovův test normality. Testy byly provedeny na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

## 5 Výsledky výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit vliv bondingu na délku kojení. Pomocí otázek v dotazníku byly zjišťovány informace o způsobu ošetření dítěte ihned po porodu, o průběhu pobytu v porodnici a také o celkové délce kojení. První oddíl praktické části charakterizuje soubor respondentek pomocí demografických otázek a dále obsahuje statistické vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku. Druhá část popisuje výsledky vlastního testování hypotéz. Data jsou popsána pomocí tabulek a grafů.

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 150 respondentek, přičemž polovinu souboru tvořily ženy jejichž děti byly bondované ihned po porodu (n=75) a druhou polovinu tvořily ženy, kterým bylo dítě po porodu nejprve ošetřeno a zabaleno (n=75).

### 5.1 Vyjádření výsledků výzkumu popisnou statistikou

#### Otázka 1. Uved'te, jaký je Váš věk?

Tabulka 1. Věk respondentek

Věk respondentek	absolutní četnost	relativní četnost
15-19 let	0	0 %
20-29 let	61	41 %
30-39 let	78	52 %
40-49 let	11	7 %
nad 50 let	0	0 %
celkem	150	100 %

Tabulka 1 znázorňuje četnosti jednotlivých věkových kategorií žen. Více než polovina žen, celkem 78 (52 %) byla ve věku 30-39 let, dále 61 (41 %) žen uvedlo, že je ve věkové kategorii 20-29 let. Nejméně početnou skupinu tvořily ženy ve věku 40-49 let a to 11 (7 %) žen. Žádná z žen neměla méně než 19 let a více než 50 let.

## Otázka 2. Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2. Vzdělání respondentek

Vzdělání respondentek	absolutní četnost	relativní četnost
základní	0	0 %
střední bez maturity	14	9 %
střední s maturitou	49	33 %
vysokoškolské	87	58 %
celkem	150	100 %

Tabulka 2 zobrazuje absolutní a relativní četnosti dosaženého vzdělání žen. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy s vysokoškolským vzděláním, takto odpovědělo 87 (58 %) žen, 49 (33 %) žen absolvovaly střední školu s maturitou. Následovala skupina žen se středním vzděláním bez maturity, které byly zastoupeny 14 (9 %) ženami. Žádná z žen neuvédla, že má pouze základní vzdělání.

## Otázka 3. Uved'te, zda jste rodila poprvé?

Tabulka 3. Parita respondentek

Parita respondentek	absolutní četnost	relativní četnost
I.	96	64 %
II.	46	31 %
III.	5	3 %
IV.	3	2 %
celkem	150	100 %

Tabulka 3 zachycuje četnosti žen podle počtu porozených dětí. Nejvíce žen uvedlo, že jsou prvorodičky a to 96 (64 %) žen, druhorodičky byly zastoupeny počtem 46 (31 %) žen. Nejméně žen odpovědělo, že jsou vícerodičky, třetí dítě porodilo 5 žen (3 %) a čtvrté jen 3 ženy (2 %).



#### Otázka 4. Napište, jak je dítě nyní staré?

Tabulka 4. Věk dítěte

Věk dítěte	absolutní četnost	relativní četnost
18 měsíců	86	57 %
19 měsíců	12	8 %
20 měsíců	20	14 %
21 měsíců	14	9 %
22 měsíců	18	12 %
celkem	150	100 %

Tabulka 4 ukazuje absolutní a relativní četnosti jednotlivých věkových kategorií dítěte a také průměrný věk. Nejpočetněji byly zastoupeny děti ve věku 18 měsíců, takto odpovědělo 86 (57 %) žen, 19 měsíců uvedlo 12 (8 %) žen a 20 (14 %) žen odpovědělo, že jejich dítě bylo staré 20 měsíců. Dále 14 (9 %) žen uvedlo věk 21 měsíců a 18 (12 %) žen odpovědělo 22 měsíců (12 %).

#### Otázka 5. Uveďte, zda se dítě narodilo donošené?

Tabulka 5. Gestační věk dítěte

Gestační věk dítěte	absolutní četnost	relativní četnost
donošený	150	100 %
nedonošený	0	0 %
nevím	0	0 %
celkem	150	100 %

Tabulka 5 znázorňuje, že všechny děti se narodily v termínu a byly donošené.

**Otázka 6. Napište, jaká byla jeho porodní váha?***Tabulka 6. Porodní váha dítěte*

<b>Porodní váha dítěte</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
2500g – 2999 g	13	9 %
3000g – 3499 g	66	44 %
3500g – 3999g	50	33 %
4000g – 4499g	19	13 %
4500g – 5000g	2	1
celkem	150	100 %

Tabulka 6 popisuje absolutní a relativní četnosti dětí dle jejich porodní váhy. Jen 2 (1 %) ženy porodily dítě s hmotností 4500g a více, 19 (13 %) žen uvedlo váhu svého dítěte v rozmezí 4000g-4499g, 50 (33 %) žen porodilo dítě, které vážilo 3500g-3999g. Nejvíce žen a to 66 (44 %) odpovědělo, že dítě po porodu vážilo 3000g-3499g, 13 (9 %) žen uvedlo jako váhu dítěte hodnotu 2500g-2999 g.

**Otázka 7. Uveďte, jakým způsobem jste porodila?***Tabulka 7. Způsob porodu*

<b>Způsob porodu</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
spontánně, vaginální cestou	150	100 %
kleště	0	0 %
vex	0	0 %
císařský řez	0	0 %
celkem	150	100 %

Tabulka 7 znázorňuje absolutní a relativní četnosti způsobu jakým žena porodila. Všechny ženy porodily spontánně, vaginální cestou. Žádná žena neprodila pomocí vexu, kleštěmi či císařským řezem.

**Otázka 8. Uved'te, zda Vám byl bezprostředně po porodu umožněn nepřerušovaný kontakt s dítětem kůži na kůži, tak abyste se přímo dotýkaly tzv. bonding. Pokud ano, jak dlouho, jste tak společně setrvaly?**

*Tabulka 8. Umožnění bondingu*

Umožnění bondingu		absolutní četnost	relativní četnost
<b>ano</b>	5 minut	0	0 %
	10 minut	0	0 %
	20 minut	13	9 %
	30 minut	5	3 %
	60 minut	5	3 %
	90 minut	15	10 %
	120 minut	37	25 %
<b>ne</b>	dítě bylo ošetřeno a zabaleno do peřinky	75	50 %
	zdravotní stav ženy či dítěte bonding neumožňoval	0	0 %
celkem		150	100 %

Tabulka 8 ukazuje četnosti způsobu ošetření novorozence bezprostředně po porodu. Polovina žen (50 %) uvedla že dítě, bylo ihned po porodu zabaleno do peřinky. Druhé polovině žen bylo umožněno být se svým dítětem v nepřerušovaném kontaktu kůži na kůži bezprostředně po porodu, 37 (25 %) žen uvedlo délku 120 minut, délku 90 minut odpovědělo 15 (10 %) žen. Hodnotu 60 minut a 30 minut uvedlo stejný počet žen a to 5 (3 %) žen. Nejkratší doba nepřerušovaného kontaktu kůži na kůži činila 20 minut, kterou uvedlo 13 (9 %) žen. Žádná žena neodpověděla, že by tento kontakt neumožňoval její zdravotní stav či stav dítěte ihned po porodu.

### Otázka 9. Uved'te, zda jste během této doby zahájila první kojení?

Tabulka 9. Zahájení prvního kojení

Zahájení prvního kojení		absolutní četnost	relativní četnost
ano	dítě se přisálo samo	51	34 %
	dítě si k prsu přiložila matka	26	17 %
	dítě k prsu přiložila sestra	43	29 %
	dítě se nepřisálo a nikdo nepomohl	12	8 %
ne	dítě neměla matka u sebe	0	0 %
	dítě se nechtělo přisát	18	12 %
	dítě nebylo s matkou	0	0 %
celkem		150	100 %

Tabulka 9 zobrazuje počet dětí, které byly úspěšné nebo neúspěšné v zahájení prvního kojení. Na tuto otázku odpovědělo 51 (34 %) žen, se dítě přisálo samo bez cizí pomoci, 43 (29 %) žen uvedlo, že dítěti pomohl s prvním přisátím ošetřující personál a 26 (17 %) žen si dítě k prsu přiložily sami. Nejméně matky uváděly odpověď, že se dítě nechtělo přisát a nikdo jim nenabídl pomoc což uvedlo 12 (8 %) žen a 18 (12 %) žen odpovědělo, že se dítě přisát nechtělo i přes poskytnutou pomoc.

### Otázka 10. Uved'te, za jak dlouho po porodu Vám bylo dáno dítě na pokoj?

Tabulka 10. Čas, kdy bylo dáno dítě k matce na pokoj

Čas, kdy bylo dáno dítě k matce na pokoj	absolutní četnost	relativní četnost
ihned po přeložení na odd. šestinedělí	56	37 %
do 2 hod přeložení na odd. šestinedělí	39	26 %
po více než 2 hod přeložení na odd. šestinedělí	55	37 %
dítě ze zdravotních důvodů nemohlo být se mnou	0	0 %
celkem	150	100 %

Tabulka 10 zobrazuje, za jak dlouho dostaly matky k sobě dítě po přeložení na oddělení šestinedělí. Nejvíce žen a to 56 (37 %) uvedlo, že měly dítě u sebe ihned po přeložení

na oddělení šestinedělí, 39 (26 %) žen odpovědělo, že dítě měly u sebe do 2 hodin a 55 (26 %) žen měly u sebe své dítě po více než 2 hodinách po přeložení na oddělení šestinedělí. Žádná z žen neuvedla, že by s dítětem nemohla být ze zdravotních důvodů.

**Otázka 11 Uved'te, zda jste byla během pobytu v porodnici spolu s dítětem 24 hodin denně tzv. rooming-in, s výjimkou léčebných důvodů?**

*Tabulka 11. 24hodinový rooming-in*

<b>24hodinový rooming-in</b>		<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ano</b>	dítě bylo po celou dobu s matkou	113	75 %
<b>ne</b>	dítě bylo s matkou pouze přes den, v noci v péči sester (i v případě, že šlo jen o 1 noc)	37	25 %
	dítě bylo nošeno na kojení	0	0 %
celkem		150	100 %

Tabulka 11 znázorňuje praktikování 24hodinového rooming-in, 113 (75 %) žen uvádí, že byly spolu s dítětem po celou dobu s výjimkou léčebných důvodů. Naopak 37 (25 %) žen odpověděla, že byly s dítětem přes den a v noci bylo dítě v péči sester, i když se třeba jednalo jen o jednu noc.

**Otázka 12. Uved'te, zda jste kojila dítě během pobytu v porodnici dle jeho chuti?**

*Tabulka 12. Kojení dle chuti dítěte*

<b>Kojení dle chuti dítěte</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
ano	110	73 %
ne	40	27 %
celkem	150	100 %

Tabulka 12 ukazuje, zda matky kojily děti dle jejich chuti. Na tuto otázku odpovědělo 110 (73 %) žen že, během pobytu v porodnici kojily dle chuti dítěte. V určitých hodinových intervalech a po určitý počet minut kojilo své dítě 40 (27 %) žen.

**Otázka 13. Uveďte, zda bylo dítě během pobytu v porodnici dokrmováno?***Tabulka 13. Dokrmování během pobytu v porodnici*

<b>Dokrmování během pobytu v porodnici</b>		<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
<b>ne</b>	dítě nebylo třeba dokrmovat	80	54 %
<b>ano</b>	odstříkaným mateřským mlékem	14	9 %
	umělou formulí	56	37 %
celkem		150	100 %

Tabulka 13 zobrazuje počet dětí, které byly dokrmovány během pobytu v porodnici, 80 (54 %) žen uvedlo, že dítě nebylo třeba dokrmovat. Pouze mateřským mlékem dokrmovalo 14 (9 %) žen a umělou formulí dokrmovalo 56 (37 %) žen.

**Otázka 14. Uveďte, zda bylo dítě během pobytu v porodnici dokrmováno z láhve?***Tabulka 14. Způsob dokrmování během pobytu v porodnici*

<b>Způsob dokrmování během pobytu v porodnici</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
láhev	38	25 %
stříkačkou po prstě	32	21 %
kalíškem	0	0
cévkou u prsa	0	0
dítě nebylo dokrmováno	80	54 %
nevím	0	0
celkem	150	100 %

Tabulka 14 popisuje jakým způsobem matky dokrmovaly své dítě během pobytu v porodnici. Na tuto otázku odpovědělo 80 (54 %) žen že, dítě nebylo třeba během pobytu v porodnici nijak dokrmovat. Stříkačkou po prstě dokrmovalo 32 (21 %) žen a láhve použilo 38 (25 %) žen.

**Otázka 15. Uved'te, zda jste používala v péči o dítě během pobytu v porodnici dudlík?**

*Tabulka 15. Použití dudlíku během pobytu v porodnici*

<b>Použití dudlíku během pobytu v porodnici</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
ano	78	52 %
ne	72	48 %
celkem	150	100 %

Tabulka 15 ukazuje, že dudlík v péči o dítě během pobytu v porodnici použilo 78 (52 %) žen a 72 (48 %) žen se v porodnici obešlo bez použití dudlíku.

**Otázka 16. Uved'te, zda jste kojila dítě během pobytu v porodnici s kloboučkem?**

*Tabulka 16. Použití kloboučku během pobytu v porodnici*

<b>Použití kloboučku během pobytu v porodnici</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
ano	38	25 %
ne	112	75 %
celkem	150	100 %

Tabulka 16 popisuje, že 112 žen (75 %) klobouček v porodnici nepotřebovala, 38 (25 %) žen naopak uvedlo, že klobouček používaly.

**Otázka 17 Uved'te, zda jste při propuštění z porodnice dítě plně kojila?***Tabulka 17. Kojení při propuštění z porodnice*

<b>Kojení při propuštění z porodnice</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
plné kojení	101	67 %
zčásti kojení a zčásti dokrmování umělou formulí	31	21 %
matka nekojila	2	1 %
krmení odstříkaným mateřským mlékem	16	11 %
celkem	150	100 %

Tabulka 17 zobrazuje, četnosti kojených dětí při propuštění z porodnice. Plně kojilo 101 (67 %) žen, zčásti kojily a zčásti dokrmovalo umělou formulí 31 (21 %) žen. Dále 16 (11 %) žen uvedlo, že krmily svým odstříkaným mateřským mlékem. Jen 2 (1 %) ženy nekojily vůbec.

**Otázka 18. Napište, jak dlouho jste dítě výlučně kojila (tzn. výhradní kojení bez podání příkrmu či dokrmu)?***Tabulka 18. Délka výlučného kojení*

<b>Délka výlučného kojení</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
1 měsíc	17 ? 20	11 % 13
2 měsíce	22 ? 10	15 % 7
3 měsíce	4	3 %
4 měsíce	17 ? 8	11 % 5
5 měsíců	36 ? 24	24 % 16
6 měsíců	54 ? 84	36 % 56
celkem	150	100 %
průměr	4 ? 5	

Tabulka 18 znázorňuje délku výlučného kojení. Nejméně dlouhou dobu 1 měsíc uvedlo 17 (11 %) žen. Dále 22 (14 %) žen, uvádělo, že kojily 2 měsíce, 4 (3 %) ženy uvedly, že kojily výlučně 3 měsíce a 4 měsíce odpovědělo 7 (5 %) žen. Na tuto otázku odpovědělo



46 (31 %) žen, že výlučně kojily 5 měsíců a 6 měsíců uvedlo 42 (28 %) žen. Nejdéle výlučně kojilo 12 (8 %) žen a to 7 měsíců. Aritmetický průměr činil 4 měsíce.

**Otázka 19. Napište, jak celkově dlouho jste dítě kojila (tzn. věk dítěte, když jste ukončila kojení)?**

*Tabulka 19. Celková délka kojení*

<b>Celková délka kojení</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost</b>
1 měsíc	10 ? 12	7 % 11
2 měsíce	5 ? 4	3 % 15
3 měsíce	10 ? 8	7 %
4 měsíce	7 ?	5 %
5 měsíců	5 ? 4	3 %
6 měsíců	7 ? 12	5 %
7 měsíců	5 ? 4	3 %
8 měsíců	10 ? 4	7 %
9 měsíců	6 ? 4	4 %
10 měsíců	10 ? 4	7 %
11 měsíců	3 ? 4	2 %
12 měsíců	14 ? 16	9 %
14 měsíců	8 ? 8	5 %
16 měsíců	12 ? 4	8 %
17 měsíců	2	1 %
18 měsíců	16 ? 4	11 %
20 měsíců	20 ? 40	13 %
celkem	150	100 %
průměr	11	

Tabulka 19 popisuje celkovou dobu, po kterou ženy kojily. Nejkratší dobu kojilo 10 (7 %) žen, 2 měsíce kojilo 5 (3 %) žen, 3 měsíce uvedlo 10 (7 %) žen, 4 měsíce odpovědělo 7 (5 %) žen. Dále ženy odpovídaly, že kojily celkem 5 měsíců, tuto odpověď uvedlo 5 (3 %) žen, 6 měsíců odpovědělo 7 (5 %) žen, 7 měsíců uvedlo 5 (3 %) žen, 8 měsíců napsalo 10 (7 %)

žen a 6 (4 %) žen kojilo celkem 9 měsíců. Žen, které uvedlo, že kojily celkem 10 měsíců bylo 10 (7 %), jen 3 (2 %) ženy uvedly 11 měsíců, 12 měsíců uvedlo 14 (9 %) žen, 14 měsíců kojilo 8 (5 %) žen, 16 měsíců odpovědělo 12 (8 %) žen a jen 2 (1 %) ženy uvedlo 17 měsíců, 18 měsíců odpovědělo 16 (11 %) žen. Nejdéle kojilo 20 (13 %) žen a to 20 měsíců. Aritmetický průměr celkové doby kojení činil 11 měsíců.

**Otázka 20. Pokud máte nějaké poznámky k některé z otázek, prosím uveďte zde.**

Na tuto otázku odpověděla jen 1 žena, která uvedla, že dává přednost samoodstavení dítětem.

## 5.2 Analýza výzkumných hypotéz

Ke statistické zpracování výzkumných hypotéz byl použit Fisherův přesný test a Mann-Whitneyův test, pro testování normality byl použit Kolmogorov-Smirnovův test normality. Testy byly provedeny na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

### Hypotéza 1

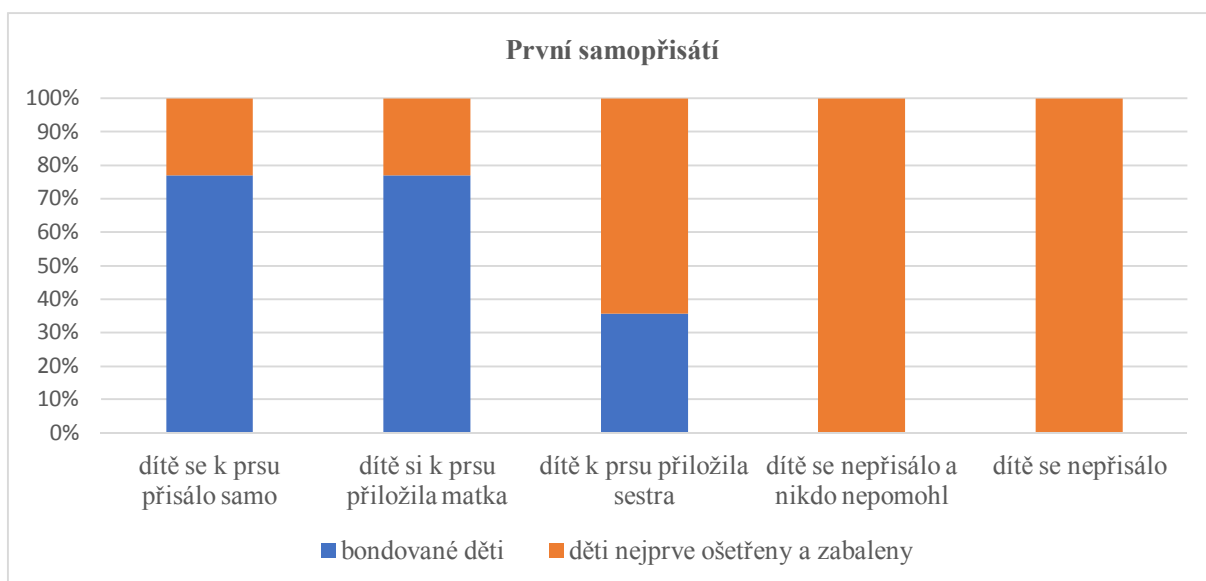
**H<sub>0</sub>1:** Neexistuje statisticky významný rozdíl v prvním samopřisátí mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

**H<sub>A</sub>1:** Existuje statisticky významný rozdíl v prvním samopřisátí mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

*Tabulka 20. Rozdíly v prvním samopřisátí*

První samopřisátí		bondované děti	děti nejprve ošetřeny a zabaleny	celkem	<i>p</i> -hodnota < 0,0001
<b>ano</b>	dítě se k prsu přisálo samo	40	12	52	
<b>ne</b>	dítě si k prsu přiložila matka	20	6	26	
	dítě k prsu přiložila sestra	15	27	42	
	dítě se nepřisálo a nikdo nepomohl	0	12	12	
	dítě se nepřisálo	0	18	18	
celkem		75	75	150	

Graf 1. Rozdíly v prvním samopřisátí



Rozdíly mezi porovnávanými skupinami respondentek byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu. Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota =  $< 0,0001$ ), zamítáme  $H_0$  a přijímáme alternativní  $H_A$  hypotézu.

**Existuje statisticky významný rozdíl v prvním samopřisátí mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.**

## Hypotéza 2

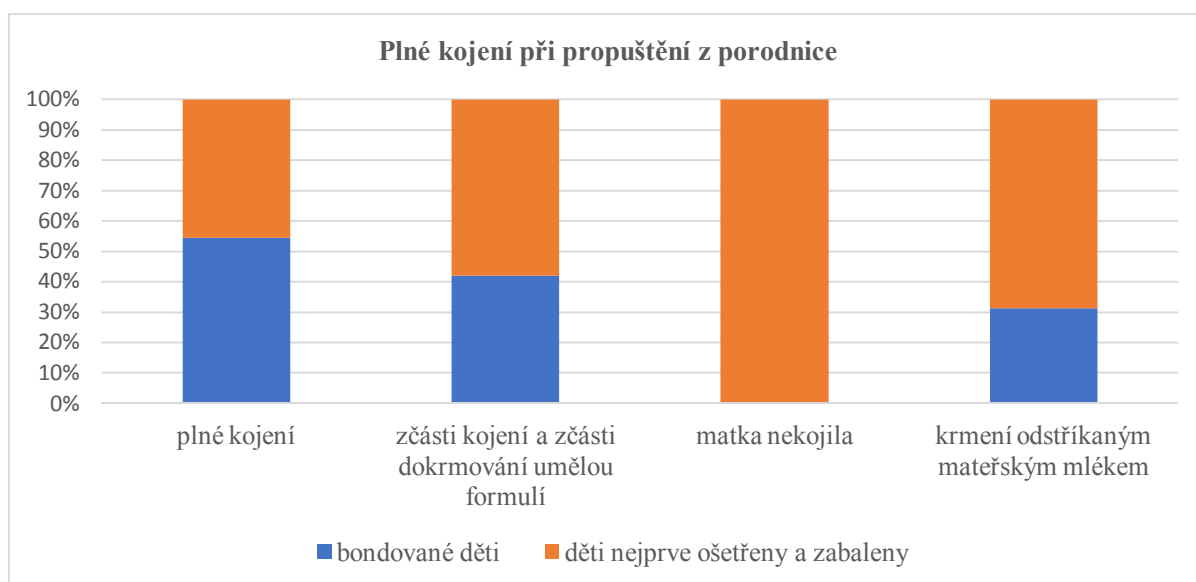
**$H_02$ :** Neexistuje statisticky významný rozdíl v plném kojení při propuštění z porodnice mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

**$H_A2$ :** Existuje statisticky významný rozdíl v plném kojení při propuštění z porodnice mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

Tabulka 21. Rozdíly v plném kojení při propuštění z porodnice

Plné kojení při propuštění z porodnice		bondované děti	děti nejprve ošetřeny a zabalený	celkem	<i>p</i> -hodnota 0,1205
<b>ano</b>	plné kojení	55	46	101	
<b>ne</b>	zčásti kojení a zčásti dokrmování umělou formulí	13	18	31	
	matka nekojila	0	2	2	
	krmení odstříkaným mateřským mlékem	5	11	16	
	celkem	75	75	150	

Graf 2. Rozdíly v plném kojení



Rozdíly mezi porovnávanými skupinami respondentek byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu. Na základě provedeného testu nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota = 0,1205), přijímáme  $H_0$  a zamítáme alternativní  $H_A$  hypotézu.

**Neexistuje statisticky významný rozdíl v plném kojení při propuštění z porodnice mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabalený.**

### Hypotéza 3

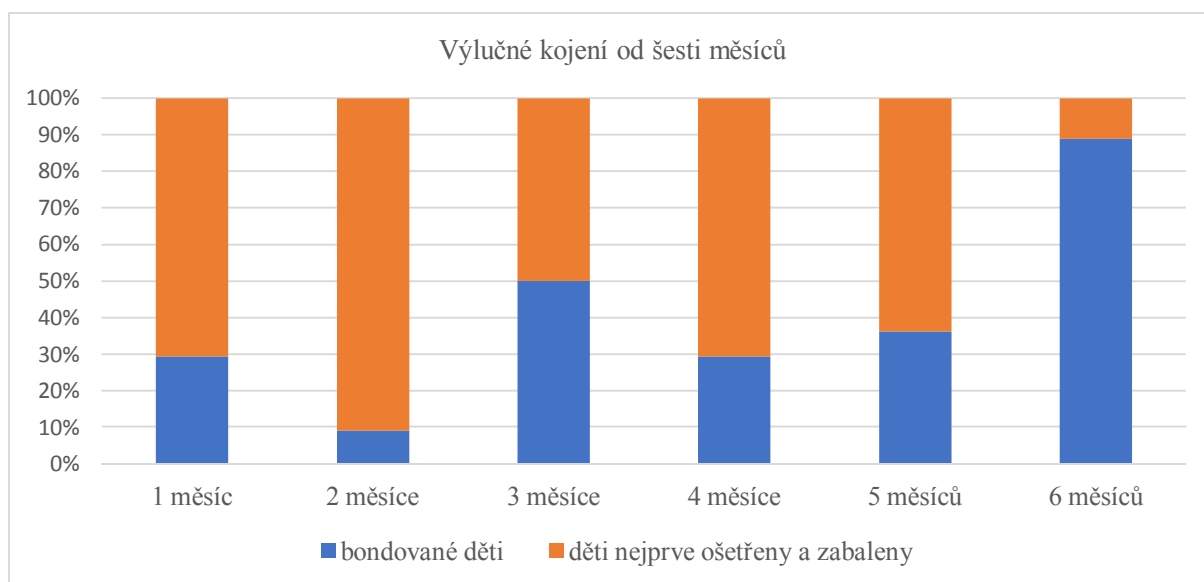
**H<sub>03</sub>:** Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výlučném kojení do šesti měsíců mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

**H<sub>A3</sub>:** Existuje statisticky významný rozdíl ve výlučném kojení do šesti měsíců mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

Tabulka 22. Rozdíly ve výlučném kojení do šesti měsíců

Výlučné kojení do šesti měsíců	bondované děti	děti nejprve ošetřeny a zabaleny	celkem	<i>p</i> -hodnota < 0,0001
1 měsíc	5	12	17	
2 měsíce	2	20	22	
3 měsíce	2	2	4	
4 měsíce	5	12	17	
5 měsíců	13	23	36	
6 měsíců	48	6	54	
celkem	75	75	150	
průměr	5	3	4	

Graf 3. Rozdíly ve výlučném kojení do šesti měsíců



K ověření rozdílů mezi porovnávanými skupinami respondentek byl zvolen Mann Whitneyův test, protože data nepochází z normálního rozložení (Kolmogorov-Smirnovův test normality, *p*-hodnota = <0,0001). Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky

významný rozdíl ( $U = 1081,5$ ,  $p$ -hodnota =  $< 0,0001$ ), zamítáme  $H_0$  a přijímáme alternativní  $H_A$  hypotézu.

**Existuje statisticky významný rozdíl ve výlučném kojení do šesti měsíců mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.**

#### Hypotéza 4

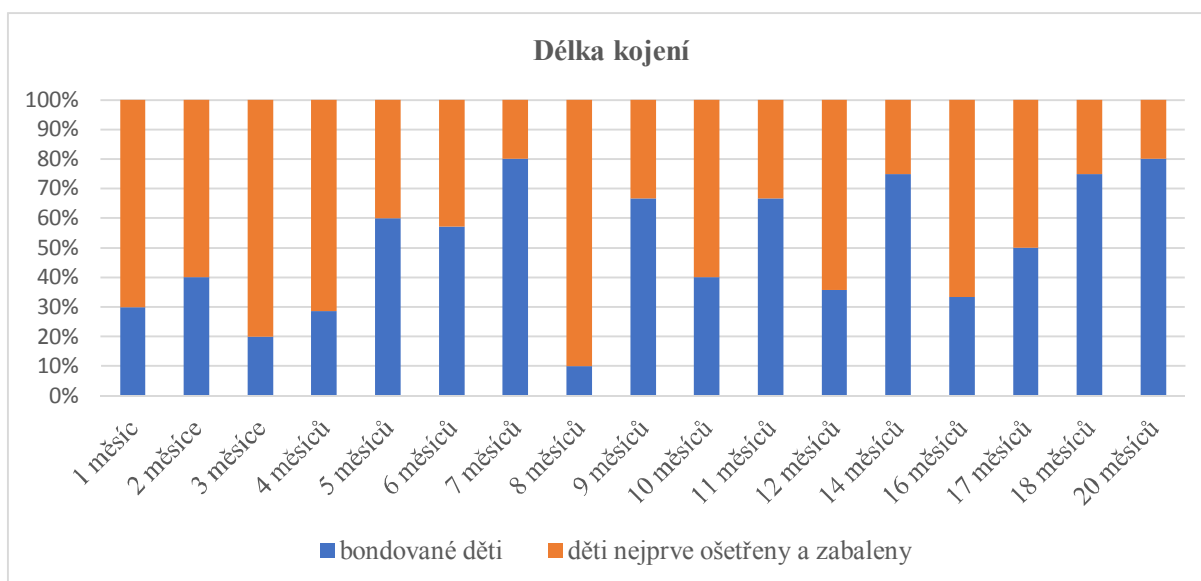
**$H_0$ 4:** Neexistuje statisticky významný rozdíl v délce kojení mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

**$H_A$ 4:** Existuje statisticky významný rozdíl v délce kojení mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

*Tabulka 23. Rozdíl v délce kojení*

Délka kojení	bondované děti	děti nejprve ošetřeny a zabaleny	celkem	<i>p</i> -hodnota <b>0,0004</b>
1 měsíc	3	7	10	
2 měsíce	2	3	5	
3 měsíce	2	8	10	
4 měsíce	2	5	7	
5 měsíců	3	2	5	
6 měsíců	4	3	7	
7 měsíců	4	1	5	
8 měsíců	1	9	10	
9 měsíců	4	2	6	
10 měsíců	4	6	10	
11 měsíců	2	1	3	
12 měsíců	5	9	14	
14 měsíců	6	2	8	
16 měsíců	4	8	12	
17 měsíců	1	1	2	
18 měsíců	12	4	16	
20 měsíců	16	4	20	
celkem	75	75	150	
průměr	13	9	11	

Graf 4. Rozdíl v délce kojení



K ověření rozdílů mezi porovnávanými skupinami respondentek byl zvolen Mann Whitneyův test, protože data nepochází z normálního rozložení (Kolmogorov-Smirnovův test normality,  $p$ -hodnota = 0,01644). Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $U = 1872$ ,  $p$ -hodnota = 0,0004), zamítáme  $H_0$  a přijímáme alternativní  $H_A$  hypotézu.

**Existuje statisticky významný rozdíl v délce kojení mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.**

### Hypotéza 5

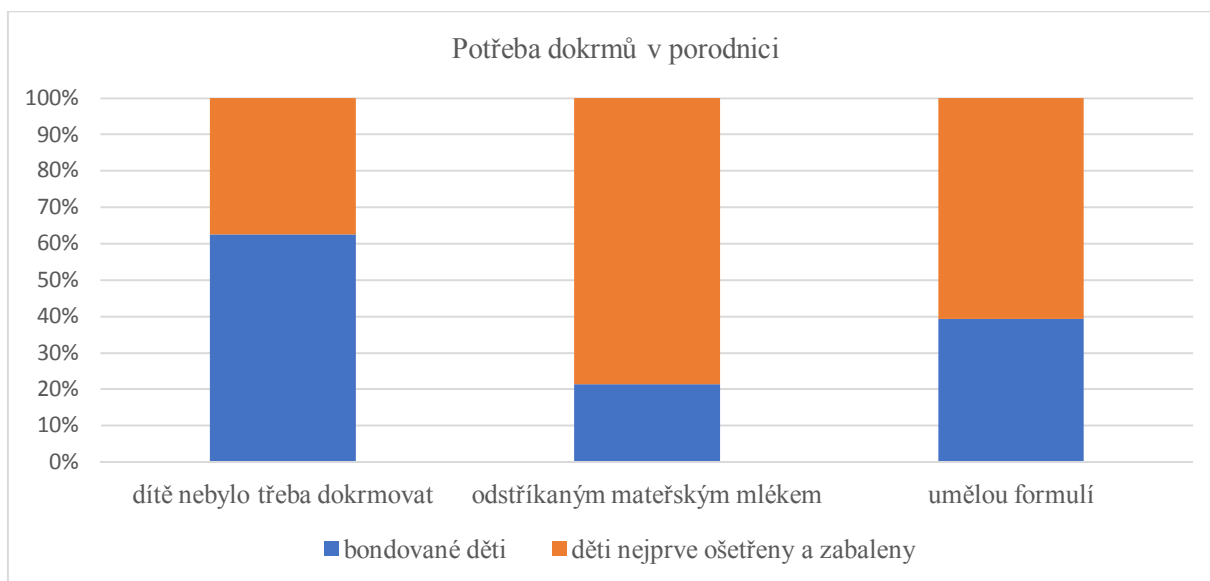
**$H_05$ :** Neexistuje statisticky významný rozdíl v potřebě dokrmů v porodnici mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

**$H_A5$ :** Existuje statisticky významný rozdíl v potřebě dokrmů v porodnici mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.

Tabulka 24. Rozdíly v potřebě dokrmů v porodnici

Potřeba dokrmů v porodnici	bondované děti	děti nejprve ošetřeny a zabaleny	celkem	<i>p</i> -hodnota 0,0028
dítě nebylo třeba dokrmovat	50	30	80	
odstříkaným mateřským mlékem	3	11	14	
umělou formulí	22	34	56	
celkem	75	75	150	

Graf 5. Rozdíly v potřebě dokrmů v porodnici



Rozdíly mezi porovnávanými skupinami respondentek byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu. Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota = 0,0028), zamítáme  $H_0$  a přijímáme alternativní  $H_A$  hypotézu.

**Existuje statisticky významný rozdíl v potřebě dokrmů v porodnici mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny.**



## Hypotéza 6

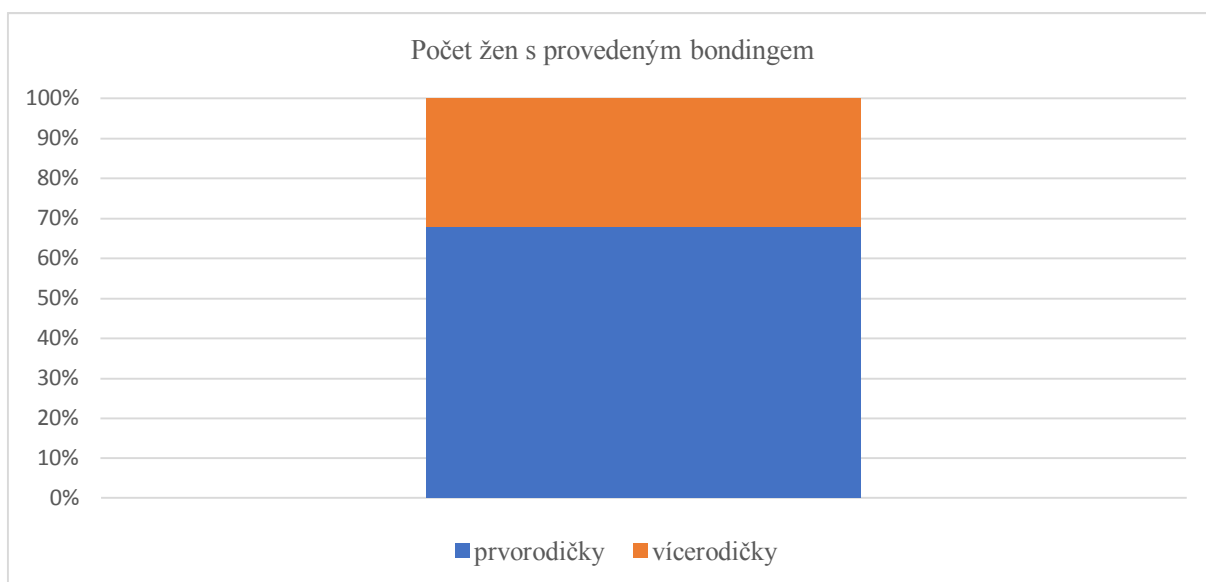
**H<sub>0</sub>6:** Neexistuje statisticky významný rozdíl v počtu žen s provedeným bondingem po porodu mezi prvorodičkami a víceroďičkami.

**H<sub>A</sub>6:** Existuje statisticky významný rozdíl v počtu žen s provedeným bondingem po porodu mezi prvorodičkami a víceroďičkami

Tabulka 25. Rozdíly v počtu žen s provedeným bondingem

Počet žen s provedeným bondingem		<i>p</i> -hodnota < 0,0001
prvorodičky	51	
víceroďičky	24	
celkem	75	

Graf 6. Rozdíly v počtu žen s provedeným bondingem



Rozdíly mezi porovnávanými skupinami respondentek byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu. Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota = < 0,0001), zamítáme  $H_0$  a přijímáme alternativní  $H_A$  hypotézu.

**Existuje statisticky významný rozdíl v počtu žen s provedeným bondingem po porodu mezi prvorodičkami a víceroďičkami.**

## 6 Diskuse

Diplomové práce se věnuje bondingu a jeho vlivu na délku kojení. Realizované výzkumné šetření mělo charakter kvantitativního výzkumného šetření a probíhal v období prosinec 2020 až březen 2021. Ke sběru dat byl použit anonymní dotazník, který byl distribuován v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v Přerově. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 150 respondentek, přičemž polovinu souboru tvořily ženy, jejichž děti byly bondované ihned po porodu ( $n=75$ ) a druhou polovinu tvořily ženy, kterým bylo dítě po porodu nejprve ošetřeno a zabaleno ( $n=75$ ). Po prostudování odborné literatury byly stanoveny výzkumný cíl a hypotézy. Hypotézy byly statisticky vyhodnoceny. Výsledky výzkumu byly také porovnány s dohledanými studiemi.

**První hypotéza** zjišťovala rozdíly v prvním samopřísátí mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny. Statistické rozdíly byly zjišťovány pomocí Fisherova přesného testu. Provedený test ukázal, že mezi porovnávanými skupinami existuje staticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota =  $< 0,0001$ ). Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 40 (27 %) dětí, které byly bondovány ihned po porodu se k prsu přisály sami bez cizí pomoci, naopak jen 12 (8 %) dětí, které byly ihned po porodu ošetřeny a zabaleny se přisálo samo. Rozdíly byly patrné také v poskytnuté pomoci dítěti s přiložením. Ve skupině dětí, které byly bondovány ženy uvedly, že 15 (10 %) dětem pomohl s prvním přisátím ošetřující personál a 20 (13 %) žen si dítě přiložilo k prsu samo. Ve skupině dětí, které byly nejdříve ošetřeny a poté zabaleny, bylo uvedeno, že 27 (18 %) dětem pomohl personál a 6 (4 %) dětí si přiložily k prsu samy matky. Rozdíl je patrný i v počtu dětí, které se k prsu nepřisály. Ve skupině dětí, které byly ihned po porodu ošetřeny a zabaleny se 12 (8 %) dětí nepřisálo a nikdo jim nenabídl pomoc a 18 (12 %) dětí se nepřisálo i přes poskytnutou pomoc. Naopak děti, které byly bondované se k prsu přisály všechny, a to buď samy nebo s pomocí matky či personálu. Z výsledků vyplývá, že bondované děti jsou úspěšnější v prvním samopřísátí. V zahraničních výzkumech zaměřených na kontakt kůže na kůži a kojení byly ve vztahu k našemu výzkumu zaznamenány obdobné závěry.

Indická studie z roku 2015, které se zúčastnilo 200 donošených novorozenců, uvádí, že většina ( $n=166$ ) novorozenců, kteří byli bezprostředně po porodu umístěni na břicho matky v kontaktu kůže na kůži, byla schopna se během 50 minut sami doplazit k prsu, najít bradavku a přisát se. Bylo prokázáno, že samopřísátí má pozitivní vliv také na zdraví matky. Napomáhá

zavinování dělohy, rychlejšímu odloučení placenty, snižuje krevní ztráty u matky a předchází vzniku anémie. Úspěšné samopřisátí matce dopřává pocit pohody a tím zabraňuje vzniku poporodní deprese. Samopřisátí je významný stimul pro rozvoj laktace (Tiwari et al, 2015, s. 540-546).

Íránská studie z roku 2009, která sledovala 92 novorozenců, se zabývala vlivem bezprostředního kontaktu dítěte a matky kůži na kůži na zahájení prvního kojení. Bylo zjištěno že, tento kontakt zvyšuje úspěšnost prvního přisátí. Ve skupině dětí, které byly s matkou v kontaktu kůže na kůži (n=46) se úspěšně přisálo k prsu 57 % dětí, ve srovnání s dětmi s rutinní péčí (n=46), kde se přisálo jen 36 % dětí. Také délka prvního kojení byla výrazně delší (58 minut), než v kontrolní skupině (18 minut). Nástrojem hodnocení úspěšnosti kojení bylo skóre IBFAT (Khadivzadeh, Karimi, 2009, s. 111-116).

Egyptská studie z roku 2015, které se účastnilo 100 žen a jejich novorozených dětí, 50 dětí bylo v kontaktu kůže na kůži a 50 dětí bylo ošetřeno rutinně. Výsledky popisují, že téměř všechny děti (94 %), které byly v kontaktu kůže na kůži se úspěšně přisály k prsu, oproti dětem s rutinní péčí, kde se přisálo jen polovina dětí (56 %). Nástrojem hodnocení úspěšnosti kojení bylo také skóre IBFAT. I délka kojení byla rozdílná, děti v kontaktu kůže na kůži sály 20 minut a děti, které byly rutinně zabaleny sály 11 minut. Dále bylo zjištěno, že kontakt kůže na kůži zkracuje délku trvání třetí doby porodní, snižuje výskyt komplikací s odloučením placenty a snižuje ztráty krve u matky (Essa, Ismail, 2015, s. 98-107).

Také studie provedená v USA v roce 2007, která byla provedena na 20 novorozených dětech, uvádí, že děti v kontaktu kůži na kůži (n=10) byly úspěšnější v prvním přisátí. Přisálo se 56 % dětí, kdežto v kontrolní skupině dětí, které byly ihned po porodu zabaleny (n=10) se přisálo jen 20 % dětí (Moore, Anderson, 2007, s. 116-125).

Mnoho odborných zdravotnických organizací podporující kojení (WABA, WHO a UNICEF, BFHI) doporučuje kontakt kůže na kůži v raném poporodním období bez přerušování tak, aby dítě mohlo zahájit kojení během první hodiny po porodu pomocí „breast crawl“ v překladu plazení k prsu či samopřisátí. Zdravý novorozenec je schopný zahájit kojení sám, pod podmínkou, že je u matky (Mrowetz, Peremská, 2011, s. 256-257). Pokud je dítěti ponechán klid a dostatek času, rozvine vzorce chování, které jsou smysluplně zaměřeny k tělesné i sociální interakci s matkou a k následnému dosažení jejího prsa, k iniciaci sání a kojení (Chvilová-Weberová, 2013, s. 37). Během prvních minut po porodu

je nezbytné vyhnout se nucenému přikládání dítěte k prvnímu přisátí (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 203). Naopak je žádoucí nechat dítěti dostatek času, aby mohlo projít všemi instinktivními stádii, které předcházejí kojení. Každé dítě postupuje vlastním tempem a rychlostí, pomoc dítěti není nutná a je spíše nežádoucí. Jestliže se na dítě spěchá, nemusí být připraveno sát. Novorozenci, kterým bylo pomáháno s prvním přisátím, mají v budoucnu potíže s kojením a sáním. Podle matek při kojení děti křičí, působí až panicky a projevují se vyhybavě či jinak negativisticky. Také matky tento způsob pomoci během prvního přiložení negativně prožívají a dítě saje jen krátce. (Widström et al., 2019, s. 1199).

**Druhá hypotéza** popisuje rozdíly v plném kojení při propuštění z porodnice mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny. Statistické rozdíly byly zjišťovány pomocí Fisherova přesného testu. Provedený test ukázal, že mezi porovnávanými skupinami neexistuje staticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota =  $< 0,1205$ ). Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 55 (37 %) dětí, které byly bondovány ihned po porodu bylo plně kojeno při propuštění z porodnice a 46 (31 %) dětí, které byly ihned po porodu zabaleny, bylo plně kojeno při propuštění. Ve skupině dětí, které byly bondovány, 13 (9 %) žen uvedlo, že zčásti kojily a zčásti dokrmovaly a 5 (3 %) žen krmilo odstříkaným mateřským mlékem. Ve skupině dětí, které byly nejdříve ošetřeny a poté zabaleny, 18 (12 %) žen zčásti kojilo a zčásti dokrmovalo a 11 (7 %) krmilo odstříkaným mateřským mlékem a 2 (1 %) ženy nekojily vůbec. Z výsledků vyplývá, že není rozdíl v plném kojení při propuštění mezi bondovanými dětmi a dětmi, které byly nejprve ošetřeny a poté zabaleny. Naše výsledky lze porovnat z následujícími studii, které se zabývaly vlivem kontaktu kůže na kůži a kojením v časném poporodním období. Tyto studie však došly k opačným závěrům. Také lze naše závěry porovnat s celorepublikovými počty kojených dětí.

Americká studie z roku 2010, zjišťovala, zda poporodní kontakt kůže na kůži matky a dítěte ovlivňuje míru výlučného kojení během hospitalizace v porodnici. Byla analyzována data s 19 nemocnic v Kalifornii. Všechny nemocnice a jejich zaměstnanci byli vyškoleni v oblasti kojení a podpory bondingu. Studie sledovala celkem 21 842 matek a jejich dětí. Byla zaznamenána délka časného kontaktu a následně míra kojení při propuštění. Studie došla k závěru, že časný kontakt kůže na kůži ihned po porodu má hluboký pozitivní účinek na míru výlučného kojení během hospitalizace. Čím déle tento časný kontakt trval, tím vyšší byla míra výlučného kojení. U dětí, které byly v kontaktu s matkou ihned po porodu kůže na kůži v délce jedné hodiny a více, byla míra plného kojení při propuštění 72 %, oproti dětem

s rutinní péčí byla míra plného kojení 53 %. Je zdůrazněno, že tento kontakt by měl trvat minimálně 2 hodiny po porodu. Ideálně by měly matky v kontaktu kůži na kůži pokračovat během celé hospitalizace, čímž se posiluje vzájemné pouto mezi matkou a dítětem a podporuje časté kojení dle chuti dítěte (Bramson et al, 2010 s. 130-137).

Také Indická studie z roku 2012, popisovala podobné závěry jako předchozí studie. Tato studie zjišťovala, jaký má vliv kontakt kůže na kůži dítěte a matky ihned po porodu na chování novorozenců a míru kojení v 48 hodinách po porodu. Sledovala celkem 41 novorozenců a jejich matek. Míra plného kojení 48 hodin po porodu ve skupině novorozenců v kontaktu kůže na kůži (n=20) byla 95 % oproti skupině dětí s rutinní péčí (n=21), kde byla míra kojení jen 38 %. Matky byly s kojením více spokojeny, uváděly, že jejich děti jsou spokojené, klidně spí, a také nebylo třeba dítě během pobytu v porodnici dokrmovat (Thukral et al, 2012, s 114-119).

V našem výzkumném vzorku (n=150) kojilo celkem 67 % žen při propuštění z porodnice. Tyto naše výsledky je možné porovnat s celorepublikovým počtem kojených dětí při propuštění, kdy je patrné, že naše výsledky jsou výrazně nižší. V roce 2015 bylo kojeno jen 81 % dětí. V ČR je viditelný v dlouhodobém měřítku pokles míry plného kojení při propuštění z porodnice. V 2000 bylo plně kojeno 90 % dětí, avšak následujících letech bylo kojeno výrazně méně dětí. V roce 2010 bylo kojeno 85 % dětí, a v letech 2010 až 2014 se pohybuje míra plného kojení kolem 83 % až 85 % (ÚZIS ČR, 2016).

**Třetí hypotéza** zjišťovala rozdíly ve výlučném kojení do šesti měsíců mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny. K ověření rozdílů mezi porovnávanými skupinami respondentek byl zvolen Mann Whitneyův test. Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $U = 1081,5$ ,  $p$ -hodnota =  $< 0,0001$ ). Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že bondované děti byly výlučně kojeny v průměru 5 měsíců, zatímco děti, které byly nejprve ošetřeny a zabaleny byly kojeny v průměru jen 3 měsíce. Z výsledků vyplývá, že bondované děti byly výlučně kojeny o 2 měsíce déle než děti s rutinní péčí. Tyto výsledky lze porovnat s několika studiemi, které zjišťovaly vztah kontaktu kůže na kůži a mírou kojení několik měsíců po porodu.

Pákistánská studie z roku 2011 posuzovala, jak kontakt kůže na kůži ovlivňuje chování dítěte během kojení. Do studie se zapojilo celkem 183 dětí a matek. Bylo zjištěno, že kontakt kůže na kůži ihned po porodu zvyšuje míru výlučného kojení jeden měsíc

po porodu. Ve skupině dětí, které byly v kontaktu kůže na kůži (n=92) bylo kojeno 85 % jeden měsíc po porodu ve srovnání s rutinně ošetřenými dětmi (n=91), kde bylo kojeno 67 %. Také matky, které bondovaly, byly s kojením více spokojeny a tento typ péče by upřednostňovaly i v budoucnu (Mahmood et al, 2011, s. 601-605).

Íránská studie z roku 2017 popisuje míru kojení během novorozeneckého období. Matky byly kontaktovány 28 dní po porodu. Bylo popsáno, že ve skupině matek, které bondovaly (n=46) bylo výlučně kojeno 70 % dětí, naproti tomu ve skupině matek, jejichž děti byly rutinně ošetřeny a zabaleny (n=46), bylo výlučně kojeno 47 % dětí. Bylo dokázáno, že kontinuální kontakt kůže na kůži trvajících 2 hodiny po porodu zvyšuje míru výlučného kojení 28 dní po porodu (Khadivzadeh et al, 2017, s. 5409-5417).

Indická studie z roku 2016 sledovala vliv časného kontaktů kůže na kůži dítěte a matky po porodu na míru výlučného kojení v 6 týdnech. Studie se účastnilo celkem 200 dětí a žen. Bylo zjištěno, že 6 týdnů po porodu bylo výlučně kojeno 72 % dětí, které byly s matkou v kontaktu kůže na kůži (n=100), ve srovnání se skupinou rutinně ošetřených dětí, kde bylo výlučně kojeno 58 % (n=100) dětí s rutinní péčí. Ve studii se prokázalo, že kontakt kůže na kůži zvyšuje míru výlučného kojení v 6 týdnech. Matky, které bondovaly, uváděly menší míru bolesti během ošetřování epiziotomie (Sharma et al, 2016, s. 790-797).

Také jiná indická studie z roku 2014, uvádí, že děti v kontaktu kůži na kůži byly úspěšnější nejen v prvním přísátí, ale i míra výlučného kojení v 6 týdnech byla vyšší. Ve skupině bondovaných dětí (n=122) bylo kojeno 85 % dětí a v kontrolní skupině rutinně ošetřených dětí (n=118) bylo kojeno 64 % dětí (Srivastava et al, 2014, s. 22-26).

Lze dohledat i studie, které došly k opačnému závěru a to, že poporodní bonding nemá žádný vliv míru výlučného kojení. Americká studie z roku 2007 zjišťovala účinky poporodního kontaktu kůže na kůži mezi matkou a dítětem na míru kojení měsíc po porodu. Celkem se jí zúčastnilo celkem 20 matek. Ačkoliv bondované děti byly úspěšnější během prvního kojení, bylo popsáno, že v míře kojení jeden měsíc po porodu nebyl zaznamenán žádný rozdíl. Ve skupině matek, které bondovaly (n=10), bylo kojeno 8 dětí a ve skupině matek, jejichž děti byly ošetřeny a poté zabaleny (n=10), bylo kojeno 7 dětí. Také počet problémů s kojením, které uváděly matky byl srovnatelný v obou skupinách. (Moore, Anderson, 2007, 116-125).

Také anglická studie z roku 2004 zjišťovala vliv poporodního kontaktu kůže na kůži na kojení. Sledovala celkem 204 dětí a matek. Nebyl zjištěn významný rozdíl v míře výlučného kojení ve 4 měsících po porodu mezi skupinou matek které, bondovaly (n=102) a ve skupině matek, jejichž děti byly ošetřeny a poté zabaleny (n=102). Bylo shodně kojeno 40 % dětí. Nicméně matky, které bondovaly, byly s péčí více spokojené a upřednostňovaly by podporu bondingu i v budoucnu (Carfoot et, 2005, s. 71-79).

Ke stejnému závěru došla i Íránská studie z roku 2009, která zjišťovala míru kojení 4 měsíce po porodu. Sledovala celkem 100 matek a jejich dětí. Nebyl zjištěn významný rozdíl ve výlučném kojení 4 měsíce po porodu mezi skupinou bondovaných dětí (n=50) a dětí rutinně ošetřených (n=50). Děti v obou skupinách byly shodně kojeny v průměru 3 měsíce (Safarabadi Farahani et al, 2009, s. 60-70).

**Čtvrtá hypotéza** popisovala rozdíl v délce kojení mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny. K ověření rozdílů mezi porovnávanými skupinami respondentek byl zvolen Mann Whitneyův test. Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $U = 1872$ ,  $p$ -hodnota = 0,0004). Bylo zjištěno, že bondované děti byly v průměru kojeny 13 měsíců a děti, které byly nejprve ošetřeny a poté zabaleny, byly kojeny celkem 9 měsíců. Z výsledků vyplývá, že bondované děti byly kojeny o 4 měsíce déle než děti s rutinní péčí. Tyto naše výsledky lze porovnat s následujícími studii, které předložily obdobné výsledky.

V roce 2002 byl v Polsku prováděn výzkum, který se zabýval vlivem časného kontaktu kůže na kůži na délku kojení. Studie se zúčastnilo celkem 1 250 matek a jejich dětí z celkem 427 porodnic v Polsku. Data byla zjišťována pomocí dotazníku, který matka vyplnila během pobytu v porodnici, kde se zjišťovala délka kontaktu kůže na kůži ihned po porodu. O tři roky později byly matky znovu kontaktovány a byly požádány o vyplnění dotazníku, který zjišťoval podrobnosti o kojení a způsobu péče o dítě. Výsledky ukázaly, že kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem ihned po porodu trvající déle než 20 minut, prodlužuje dobu trvání výlučného kojení o 1 měsíc a také prodlužuje celkovou délku kojení o 2 měsíce. Také bylo zjištěno, že kontakt kůže na kůži koexistuje s praktikami podporujícími kojení, zejména se zahájením prvního kojení do dvou hodin po porodu a také plný 24hodinový rooming bez separace delší než jedna hodina (Mikkiel-Kostyra, Mazur, Boltruszko, 2002, s. 1301-1306).

Japonská studie z roku 2004 sledovala vliv kontaktu kůže na kůži mezi dítětem a matkou ihned po porodu na délku kojení. Také sledovala, zda děti lépe rozpoznávají chuť a vůni mateřského mléka. Byla porovnávána skupina matek a dětí v kontaktu kůže na kůži v délce 50 minut ( $n=30$ ) a skupina rutinně ošetřených dětí ( $n=28$ ). Bondované děti byly kojeny 7 měsíců a rutinně ošetřené děti byly kojeny 5 měsíců. Bylo zjištěno že, bondované děti byly kojeny o 2 měsíce déle a také rozpoznaly vůni mléka od své matky v porovnání s jinou tekutinou (Mizuno et al, 2004, s. 1640-1645).

**Pátá** hypotéza se zabývala rozdílem v potřebě dokrmů v porodnici mezi dětmi bondovanými ihned po porodu a dětmi, které byly po porodu nejprve ošetřeny a zabaleny. Rozdíly mezi porovnávanými skupinami respondentek byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu. Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota = 0,0028). Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že ve skupině dětí, které byly bondovány, 50 (33 %) dětí nebylo třeba dokrmovat, naopak jen 30 (20 %) dětí, které byly ihned po porodu ošetřeny a zabaleny, nebylo třeba dokrmovat. Ve skupině dětí, které byly po porodu bondovány, byly 3 (2 %) děti dokrmovány odstříkaným mateřským mlékem a 22 (15 %) dětí bylo dokrmeno umělou formulí. Ve skupině dětí, které byly nejdříve ošetřeny a poté zabaleny, bylo 11 (7 %) dětí dokrmeno odstříkaným mateřským mlékem a 34 (23 %) dětí bylo dokrmeno umělou formulí. Z výsledku šetření vyplývá, že bondované děti měly menší potřebu dokrmovat. Proč byly děti dokrmovány nebylo v našem výzkumu zjišťováno. Potřeba dokrmů může být také výrazně ovlivněna postojem a přáním matky.

Zdravým a donošeným novorozencům by neměla být podávána žádná potrava či nápoje s výjimkou lékařsky indikovaných případů. Nejčastější indikací ze strany dítěte jsou asymptomatická hypoglykémie, váhový úbytek větší než 10% doprovázený opožděným nástupem laktace ve věku 120 hodin po porodu, opožděný odchod smolky či významná hyperbilirubinémie. Nejčastější indikací ze strany matky je opožděný nástup laktace a nedostatečný příjem mléka dítětem ve věku 72 hodin po porodu (Černá, Kollárová, 2015, s. 71-72).

**Šestá hypotéza** popisovala rozdíly v počtu žen s provedeným bondingem po porodu mezi prvorodičkami a vícerodičkami. Rozdíly mezi porovnávanými skupinami respondentek byly ověřeny pomocí Fisherova přesného testu. Na základě provedeného testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ( $p$ -hodnota =  $< 0,0001$ ). Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že ve skupině žen s provedeným bondingem bylo 51 (68 %) prvorodiček a jen 24 (32 %) vícerodiček.



vícerodiček. Z výsledků vyplývá, že bonding byl proveden ve větší míře u prvorodiček. Tento výsledek mohl být způsoben tím, že v celém výzkumném vzorku (n=150) byly prvorodičky zastoupeny ve větší míře (64 %) než vícerodičky (36 %).

Je důležité všem ženám při porodu poskytovat maximální podporu, citlivý přístup a intimitu, aby mohla žena nerušeně porodit a po porodu mohla prožít první okamžiky se svým dítětem. Proto je vhodné v porodnicích vytvářet podmínky pro podporu bondingu, nejen změnou prostorového uspořádání porodních sálů, tak aby matka a dítě mohly být neustále spolu, ale i změnou organizace práce, tak aby podpora poporodního bondingu patřila mezi priority péče o matku a dítě (Mazúchová et al, 2016, s. 200).

Náš výzkum byl limitován relativně malým vzorkem respondentek, který byl realizován v omezeném časovém období a jen ve dvou ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost. Za limitující lze také označit možné nesprávné porozumění otázkám ze strany respondentek. Také skutečnost, že dotazníkové šetření umožňuje ženám odpovídat pouze na stanovené otázky, může ovlivnit data. Výsledky nelze zobecňovat na celou populaci.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje bondingu a jeho vlivu na délku kojení. Práce předkládá poznatky o výhodách kontaktu matky a dítěte kůže na kůži během raného poporodního období a jeho důležitost pro úspěšné zahájení prvního kojení. Popisuje také správné a bezpečné provedení bondingu nejen po vaginálním porodu, ale i po porodu císařským řezem. Zmiňuje také některé studie, které se zabývají časným kontaktem kůže na kůži mezi matkou a dítětem a jeho vlivu na délku kojení.

Výzkumné šetření mělo charakter kvantitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byl použit anonymní dotazník, který byl distribuován v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v Přerově. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 150 respondentek, přičemž polovinu souboru tvořily ženy, jejichž děti byly bondované ihned po porodu (n=75) a druhou polovinu tvořily ženy, kterým bylo dítě po porodu nejprve ošetřeno a zabaleno (n=75). Po prostudování odborné literatury byl stanoven výzkumný cíl a hypotézy, které byly statisticky vyhodnoceny.

Naším výzkumem bylo potvrzeno, že bondované děti byly úspěšnější v prvním samopřisátí než děti, které byly rutinně ošetřeny a zabaleny do peřinky. Bondované děti byly o 2 měsíce déle výlučně kojeny a také celková délka kojení byla delší o 4 měsíce. Také bylo potvrzeno, že bondované děti měly menší potřebu dokrmů během pobytu v porodnici než rutinně ošetřené děti. Avšak míra plného kojení při propuštění z porodnice byla stejná. Výsledky potvrzují možnost využití časného kontaktu kůže na kůži matky a dítěte bezprostředně po porodu jako vhodný způsob, který podporuje instinkt dítěte k prvnímu samopřisátí a rovněž prodlužuje celkovou délku kojení.

## REFERENČNÍ SEZNAM

- ABDULGHANI, Nawal, Kristina EDVARDSSON, Lisa H. AMIR. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLOS ONE* [online]. 2018, **13**(10) [cit. 2021-03-12]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0205696
- AGHDAS, Karimi, Khadivzadeh TALAT a Bagheri SEPIDEH. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth* [online]. 2014, **27**(1), 37-40 [cit. 2021-03-10]. ISSN 1871-5192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2013.09.004
- BEILIN, Yaakov, Carol A. BODIAN, Jane WEISER, Sabera HOSSAIN, Ittamar ARNOLD, Dennis E. FEIERMAN, Gregory MARTIN a Ian HOLZMAN. Effect of Labor Epidural Analgesia with and without Fentanyl on Infant Breast-feeding: A Prospective, Randomized, Double-Blind Study. *Anesthesiology* [online]. 2005, **103**(6), 1211-1217 [cit. 2021-03-28]. ISSN 1528-1175. Dostupné z: doi:10.1097/00000542-200512000-00016
- BICKING KINSEY, Cara a Judith E. HUPCEY. State of the science of maternal–infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery* [online]. 2013, **29**(12), 1314-1320 [cit. 2021-03-12]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2012.12.019
- BRAMSON, Leslie, Jerry W. LEE, Elizabeth MOORE, Susanne MONTGOMERY, Christine NEISH, Khaled BAHJRI a Carolyn Lopez MELCHER. Effect of Early Skin-to-Skin Mother—Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *Journal of Human Lactation* [online]. 2010, **26**(2), 130-137 [cit. 2021-05-01]. ISSN 1522-5732. Dostupné z: doi:10.1177/0890334409355779

- BRIMDYR, Kajsa, Karin CADWELL, Ann-Marie WIDSTRÖM, Kristin SVENSSON a Rayle PHILLIPS. The effect of labor medications on normal newborn behavior in the first hour after birth: A prospective cohort study. *Early Human Development* [online]. 2019, **132**, 30-36 [cit. 2021-3-16]. ISSN 0378-3782. Dostupné z: doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.03.019
- BRIMDYR, Kajsa, Karin CADWELL, Ann-Marie WIDSTRÖM, Kristin SVENSSON, Monica NEUMANN, Elaine A. HART, Sarah HARRINGTON a Raylene PHILLIPS. The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. *Birth* [online]. 2015, **42**(4), 319-328 [cit. 2021-03-16]. ISSN 1523-536X. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12186
- BRIMDYR, Kajsa, Karin CADWELL, Kristin SVENSSON, Yuki TAKAHASHI, Eva NISSEN a Ann-Marie WIDSTRÖM. The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Meternal and Child Nutrition* [online]. 2020, **16**(4), e1-e8 [cit. 2021-03-16]. ISSN 1740-8709. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.13042
- BYSTROVA, Ksenia, Valentina IVANOVA, Maigun EDHBORG, Ann-Sofi MATTHIESEN, Anna-Berit RANSJÖ-ARVIDSON, Rifkat MUKHAMEDRAKHIMOV, Kerstin UVNÄS-MOBERG a Ann-Marie WIDSTRÖM. Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *Birth* [online]. 2009, **36**(2), 97-109 [cit. 2021-03-12]. ISSN 1523-536X. Dostupné z: doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
- CARFOOT, Sue, Paula WILLIAMSON, Rumona DICKSON a M NODA. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery* [online]. 2005, **21**(1), 71-79 [cit. 2021-05-02]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2004.09.002

ČERNÁ, Marcela a KOLLÁROVÁ, Jana. *Donošený novorozenec pro sestry z novorozeneckých oddělení. Díl III, Kojení*. První vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 84 stran. ISBN 978-80-87023-50-1.

DANI, Carlo, Alessandra CECCHI, Arianna COMMARE, Gherardo RAPISARDI, Rita BRESCHI a Simone PRATESI. Behavior of the Newborn during Skin-to-Skin. *Journal of Human Lactation* [online]. 2015, **31**(3), 452-457 [cit. 2021-03-20]. ISSN 1552-5732. Dostupné z: doi:10.1177/0890334414566238

DUŠOVÁ, Bohdana. *Laktační poradenství*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 65 s. ISBN 978-80-7368-838-7.

ESSA, Rasha Mohamed a Nemat Ismail ABDEL AZIZ ISMAIL. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice* [online]. 2015, **5**(4) [cit. 2021-05-02]. ISSN 1925-4059. Dostupné z: doi:10.5430/jnep.v5n4p98

FELDMAN-WINTER, Lori a Jay P. GOLDSMITH. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *PEDIATRICS* [online]. 2016, **138**(3), e1-e10 [cit. 2021-3-12]. ISSN 1098-4275. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2016-1889

FENDRYCHOVÁ Jaroslava. Adaptovaný klinický doporučený postup: Termomanagement u novorozenců. *Pediatric pro praxi* [online]. 2019, **20**(5), 326-330 [cit. 2021-03-12]. ISSN 1813-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2020/03/15.pdf>

HÁJEK, Zdeněk, Evžen Čech, Karel Maršál a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

CHVÍLOVÁ-WEBEWROVÁ, Magdaléna. Realita traumatu rodičů po předčasném porodu možný vliv na utváření vztahu mezi matkou a dítětem. *Neonatologické listy*. 2013, **19**(1), 37-40. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20131.pdf>

- JOUZA, Martin, Josef MACKO, Jakub PECL, Eva SLOUKOVÁ, Petr JABANDŽIEV. Nová diagnóza v neonatologii: náhlý a neočekávaný postnatální kolaps. *Pediatric pro praxi* [online]. 2020, **21**(2), 95-98 [cit. 2021-3-12]. ISSN 1813-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2020/02/05.pdf>
- KARIMI, Fatemeh Zahra, Ramin SADEGHI, Nahid MALEKI-SAGHOONI a Talat KHADIVZADEH. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2019, **58**(1), 1-9 [cit. 2021-05-01]. ISSN 1028-4559. Dostupné z: doi:10.1016/j.tjog.2018.11.002
- KENNEL, John a Susan MCGRATH. Starting the process of mother–infant bonding. *Acta Paediatrica* [online]. 2005, **94**(6), 775-777 [cit. 2021-03-10]. ISSN 1651-2227. Dostupné z: doi:10.1080/08035250510035634
- KHADIVZADEH Talat, Fatemeh Zahra KARIMI, Fatemeh TARA a Sepideh BAGHERI. The Effect of Postpartum Mother–Infant Skin-to-Skin Contact on Exclusive Breastfeeding In neonatal period: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Pediatrics* [online]. 2017, **5**(7), 5409-5417 [cit. 2021-03-10]. ISSN 2345-5047. Dostupné z: doi:10.22038/ijp.2016.7522
- KHADIVZADEH, Talat a Aghdas KARIMI. The effects of post-birth mother-infant skin to skin contact on first breastfeeding. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online]. 2009, **14**(3), 111-116 [cit. 2021-05-02]. ISSN 1735-9066. Dostupné z: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=162040>
- KLAUS, Marshall H. Commentary: An Early, Short, and Useful Sensitive Period in the Human Infant. *Birth* [online]. 2009, **36**(2), 110-112 [cit. 2021-03-10]. ISSN 1523-536X. Dostupné z: doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00315.x
- KUDLOVÁ Eva, Význam dlouhodobého kojení. *Neonatologické listy*. 2013, **19**(1), 34-36. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20131.pdf>

- LANGEROVÁ WIESNEROVÁ, Jana. *Výživa novorozenců a kojenců do jednoho roku v České republice v letech 2002 – 2015: Vydáno za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 2016 [cit. 2021-05-16]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/wp-content/uploads/2019/07/BRO%C5%BDURA.pdf>
- MAHMOOD, Iqbal, Jamal MAHMOOD a Nusrat KHAN. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breast feeding status: A randomized controlled trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* [online]. 2011, **21**(10), 601-605 [cit. 2021-05-02]. ISSN 1681-7168. Dostupné z: doi:10.2011/JCPSP.601605
- MAJERČÍKOVÁ, Aneta. *Podnět k podpoře kojení: Výsledky celorepublikové výsledky průzkumu o podpoře kojení v porodnicích v letech 2014-2017*. 2019. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni\\_skupina\\_k\\_porodnictvi/Priloha-c--5---prezentace-A--Majercikove-k-Podnetu-k-podpore-kojeni.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Pracovni_skupina_k_porodnictvi/Priloha-c--5---prezentace-A--Majercikove-k-Podnetu-k-podpore-kojeni.pdf)
- MAZÚCHOVÁ, Lucia, Simona KELČÍKOVÁ a Patrícia VASILKOVÁ. *Podpora bondingu po pôrode ako východisko úspešného dojčenia*. *Pediatrics pre prax* [online]. 2017, **18**(6), 252-254 [cit. 2021-05-02]. ISSN 1339-4231. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/d412cd69a7ee2f19fb7150575eee209a.pdf>
- MAZÚCHOVÁ, Lucia, Simona KELČÍKOVÁ, Patrícia VASILKOVÁ a Ján BUCHANEC. Podpora bondingu po porode. *Česko-Slovenská Pediatrie* [online]. 2016, **71**(4), 196-200 [cit. 2021-4-2]. ISSN 1805-4501. Dostupné z: [https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-porodnej-asistencie/upas/publik\\_cinnost/Mazuchova/ceskoslovenska\\_pediatrie\\_podpora\\_bondingu.pdf](https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-porodnej-asistencie/upas/publik_cinnost/Mazuchova/ceskoslovenska_pediatrie_podpora_bondingu.pdf)
- MIKIEL-KOSTYRA, K, J MAZUR a I BOLTRUSZKO. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica* [online]. 2002, **91**(12), 1301-1306 [cit. 2021-05-02]. ISSN 1651-2227. Dostupné z: doi:10.1111/j.1651-2227.2002.tb02824.x

- MIZUNO, K, N. MIZUNO, T. SHINOHARA a M. NODA. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatrica* [online]. 2004, **93**(12), 1640-1645 [cit. 2021-05-02]. ISSN 1651-2227. Dostupné z: doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb00856.x
- MOORE, Elizabeth R. a Gene Cranston ANDERSON. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal Midwifery and womens's Health* [online]. 2007, **52**(2), 116-125 [cit. 2021-05-02]. ISSN 1542-2011. Dostupné z: doi:10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- MROWETZ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma - chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(3), 201-204 [cit. 2021-03-2]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>
- MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri a ANTALOVÁ, Ivana. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. 279 s. Šťastné dítě. ISBN 978-80-7436-014-5.
- MYDLILOVÁ, Anna, Magdaléna CHVÍLOVÍ-WEBEROVÁ a Aleš PEŘINA. Následné rezoluce WHO kodexu. *Kojení.cz: Laktační liga* [online]. 2015 [cit. 2021-05-01]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/zdravotnikum/kodex/nasledne-rezoluce-who-2015/>
- MYDLILOVÁ, Anna. Kojení donošených novorozenců: Doporučený postup České neonatologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). *Česká gynekologie*. 2013, **78**(supplementum), 95-97. ISSN 1210-7832.
- NILSSON, Ingrid M. S., Hanne KRONBORG, Keren a Katrine STRANDBERG-LARSEN. The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Maternal and Child Nutrition* [online]. 2020, **16**(3), e1-e12 [cit. 2021-4-28]. ISSN 1740-8709. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.12986



- PÁNEK, Martin. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2013, **14**(6), 363-366 [cit. 2021-05-01]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>
- PAŘÍZEK, Antonín a HONZÍK, Tomáš. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 3. díl, Dítě. 5. vydání*. Praha: Galén, 2015. 337 stran. ISBN 978-80-7492-213-8.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 2. díl, Porod. 5. vydání*. Praha: Galén, [2015], 2015. 397 stran. ISBN 978-80-7492-213-8.
- PAULOVÁ, Magdalena. Značení novorozenců: Doporučený postup České neonatologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). *Česká gynekologie*. 2013, **78**(supplementum), 88. ISSN 1210-7832.
- PELOUŠKOVÁ N, L. KANTOR. Růstové parametry u kojených a nekojených dětí. *Neonatologické listy*. 2007, **13**(2), 26-27. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20072.pdf>
- PEREMSKÁ Marcela. Novorozenecký mázek – vernix caseosa. *Neonatologické listy*. 2013, **19**(1), 37-40. ISSN 1211-1600. Dostupné z: <http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/Neolisty/neolisty20131.pdf>
- PHILLIPS, Raylene. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews* [online]. 2013, **13**(2), 67-72 [cit. 2021-03-02]. ISSN 1302-0508. Dostupné z: doi:10.1053/j.nainr.2013.04.001
- RANSJO-ARVIDSON, Anna-Berit, Ann-Sofi MATTHIESEN, Gunilla LILJA, Eva NISSEN, Ann-Marie WIDSTROM a Kerstin UVNAS-MOBERG. Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. *Birth* [online]. 2001, **28**(1), 5-12 [cit. 2021-03-20]. ISSN 1523-536X. Dostupné z: doi:10.1046/j.1523-536x.2001.00005.x

- REDSHAW, Maggie, Julie HENNEGAN a Sue KRUSKE. Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery* [online]. 2014, **30**(5), e177-e187 [cit. 2021-03-10]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2014.02.003
- ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 621 stran. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SAFARABADI FARAHANI, Tahereh, Mahboubeh ALI AKBAR, Simin TAAVONI a Hamid HAGHANI. The effect of kangaroo Contact on Duration of Exclusive Breastfeeding and Success of Lactation among Primiparous Women at Shahid Akbar-Abadi Hospital in Tehran. *Iran Journal of Nursing* [online]. 2009, **22**(59), 60-70 [cit. 2021-03-10]. ISSN 2008-5931. Dostupné z: <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-693-en.html>
- SAFARI, Kolsoom, Awaz Aziz SAEED, Shukir Saleem HASAN a Lida MOGHADDAM-BANAEM. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal* [online]. 2018, **13**(32), e1-e8 [cit. 2021-05-01]. ISSN 1746-4358.. Dostupné z: doi:10.1186/s13006-018-0174-9
- SHARMA, Amit. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: A randomized controlled trial. *African Health Sciences* [online]. 2016, **16**(3), 790-797 [cit. 2021-5-02]. ISSN 1680-6905. Dostupné z: doi:10.4314/ahs.v16i3.20
- SCHNEIDROVÁ, Dagmar. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v České republice na konci 90.let: analýza faktorů ve vztahu k délce kojení v prvních šesti měsících života dítěte*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 131 s. ISBN 80-246-0920-7.
- SRIVASTAVA, Smita, Amit GUPTA, Anjoo BHATNAGAR a Sanjeev DUTTA. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal of Public Health* [online]. 2014, **58**(1) [cit. 2021-05-02]. SSN 0019-557X. Dostupné z: doi:10.4103/0019-557X.128160I

STRAŇÁK, Zbyněk, CHRÁSKOVÁ, Jana a LAMPLOTOVÁ, Ludmila. *Základy neonatologie pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2014. 132 s. ISBN 978-80-7414-727-2.

SUNDIN, Courtney Stanley a Lauren Bradham MAZAC. Implementing Skin-to-Skin Care in the Operating Room After Cesarean Birth. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing* [online]. 2015, **40**(4), 249-255 [cit. 2021-04-14]. ISSN 0361-929X. Dostupné z: doi:10.1097/NMC.000000000000142

TAKÁCS Lea, Eliška KODYŠOVÁ, Kateřina KEJŘOVÁ a Martina BARTOŠOVÁ. Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče. *E-psychologie*. [online]. 2011, **5**(1), 16-32. [cit. 2021-03-11]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/takacs-et al.pdf>

THUKRAL, Anu, Mari Jeeva SANKAR, Ramesh AGARWAL, Nandita GUPTA, Ashok K. DEORARI, Vinod K. PAUL. Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates: A Randomized Controlled Trial. *Neonatology* [online]. 2012, **102**(2), 114-119 [cit. 2021-5-02]. ISSN 1022-0114. Dostupné z: doi:10.1159/000337839

TIWARI, Varsha, Neelam SINGH, Ashish PUROHIT a Saroj SHYAM. Role of breast crawl in maternal health and wellbeing. *International Journal of Medical Research and Review* [online]. 2015, **3**(6), 540-546 [cit. 2021-05-02]. ISSN 2320-8686. Dostupné z: doi:10.17511/ijmrr.2015.i6.103

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Výživa novorozenců při propuštění z porodnice a výživa dětí do jednoho roku dle evidence praktických lékařů pro děti a dorost 2000-2015 [online]. 2016 [cit. 2021-05-01]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/file/poskytnute-informace/16-08-inf106-1999-odpoved.pdf>

WIDSTRÖM, Ann-Marie, G LILJA, P AALTOMAA-MICHALIAS, A DAHLLÖF, M LINTULA a E NISSEN. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica* [online]. 2011, **100**(1), 79-85 [cit. 2021-03-12]. ISSN 1651-2227. Dostupné z: doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x

WIDSTRÖM, Ann-Marie, Kajsa BRIMDYR, Kristin SVENSSON, Karin CADWELL a Eva NISSEN. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica* [online]. 2019, **108**(7), 1192-1204 [cit. 2021-03-12]. ISSN 1651-2227. Dostupné z: doi:10.1111/apa.14754

## **SEZNAM ZKRATEK**

BFHI- Nemocnice přátelská k dětem (Baby Friendly Initiative Hospital)

BSES - The Breastfeeding Self-Efficacy Scale

ČR - Česká republika

EKG - Elektrokardiograf

FZV - Fakulta zdravotnických věd

IBFAT - Infant Breast-feeding Assessment Tool

SUPC - Náhlý a neočekávaný postnatální kolaps (Sudden Unexpected Postnatal Collaps)

UNICEF - Dětský fond Organizace spojených národů

UP - Univerzita Palackého

USA – Spojené Státy Americké

ÚZIS ČR - Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WABA - Světová aliance na podporu kojení (World Alliance for Breastfeeding Action)

WHO - Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Věk respondentek

Tabulka 2. Vzdělání respondentek

Tabulka 3. Parita respondentek

Tabulka 4. Věk dítěte

Tabulka 5. Gestační věk dítěte

Tabulka 6. Porodní váha dítěte

Tabulka 7. Způsob porodu

Tabulka 8. Umožnění bondingu

Tabulka 9. Zahájení prvního kojení

Tabulka 10. Čas, kdy bylo dáno dítě k matce na pokoj

Tabulka 11. 24hodinový rooming-in

Tabulka 12. Kojení dle chuti dítěte

Tabulka 13. Dokrmování během pobytu v porodnici

Tabulka 14. Způsob dokrmování během pobytu v porodnici

Tabulka 15. Použití dudlíku během pobytu v porodnici

Tabulka 16. Použití kloboučku během pobytu v porodnici

Tabulka 17. Kojení při propuštění z porodnice

Tabulka 18. Délka výlučného kojení

Tabulka 19. Celková délka kojení

Tabulka 20. Rozdíly v prvním samopřisátí

Tabulka 21. Rozdíly v plném kojení při propuštění z porodnice

Tabulka 22. Rozdíly ve výlučném kojení do šesti měsíců

Tabulka 23. Rozdíl v délce kojení

Tabulka 24. Rozdíly v potřebě dokrmů v porodnici

Tabulka 25. Rozdíly v počtu žen s provedeným bondingem

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Rozdíly v prvním samopřisátí

Graf 2. Rozdíly v plném kojení

Graf 3. Rozdíly ve výlučném kojení do šesti měsíců

Graf 4. Rozdíl v délce kojení

Graf 5. Rozdíly v potřebě dokrmů v porodnici

Graf 6. Rozdíly v počtu žen s provedeným bondingem



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Vyjádření etické komise FZV UP

Příloha 3. Žádost o realizaci výzkumného šetření I

Příloha 4. Žádost o realizaci výzkumného šetření II

## **PŘÍLOHY**

# Příloha 1. Dotazník



Fakulta  
zdravotnických věd

## Informovaný souhlas

**Pro výzkumný projekt: Vliv bondingu na délku kojení**

**Období realizace: prosinec 2020 - duben 2021**

**Řešitelé projektu: Mgr. Hana Petrošová, vedoucí práce Mgr. Věra Šibravová**

Vážená paní,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zhodnotit jaký vliv má bonding na délku kojení. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Výsledky dotazníkového šetření mohou vést ke zkvalitnění poskytované péče. Předpokládaná délka testování je přibližně 10 minut. Vyplněné dotazníky budou následně zpracovány statickými metodami a výsledky prezentovány pomocí tabulek a grafů. Z účasti na projektu pro Vás nevyplynou žádná rizika. Budu ráda, když se na mě v případě jakýchkoliv nejasností obrátíte buď prostřednictvím emailové ([h.petrosova@seznam.cz](mailto:h.petrosova@seznam.cz)) či telefonické (728 890 972) komunikace.

## **Prohlášení**

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

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

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

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

**Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.**

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880  
[www.fzv.upol.cz](http://www.fzv.upol.cz)

- 1) Uvedte, jaký je Váš věk?
- 15 - 19 let
  - 20 - 29 let
  - 30 - 39 let
  - 40 - 49 let
  - nad 50 let
- 2) Uvedte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- základní
  - střední bez maturity
  - střední s maturitou
  - vysokoškolské
- 3) Uvedte, zda jste rodila poprvé?
- ANO
  - NE, rodila jsem podruhé
  - NE, rodila jsem potřetí
  - NE, rodila jsem počtvrté
  - NE, rodila jsem .....
- 4) Napište, jak je dítě nyní staré?
- .....
- 5) Uvedte, zda se dítě narodilo donošené?
- ANO, dítě se narodilo v termínu
  - NE, dítě se narodilo předčasně
  - nevím
- 6) Napište, jaká byla jeho porodní váha?
- dítě po porodu vážilo ..... g
- 7) Uvedte, jakým způsobem jste porodila?
- spontánně, vaginální cestou
  - vaginální cestou za pomoci kleští
  - vaginální cestou za pomoci zvonu (vex)
  - císařský řez
- 8) Uvedte, zda Vám byl bezprostředně po porodu umožněn nepřerušovaný kontakt s dítětem kůži na kůži, tak abyste se přímo dotýkaly tzv. bonding. Pokud ano, jak dlouho, jste tak společně setrvaly?
- ANO, nahé dítě mi bylo bezprostředně po porodu položeno na břicho, kontakt trval →
    - 5 min
    - 10 min
    - 20 min
    - 30 min
    - 1 hod
    - 1,5 hod
    - 2 hod
    - jiné: .....
  - NE, dítě bylo zabaleno do peřinky
  - NE, zdravotní stav dítěte to neumožňoval
  - NE, můj zdravotní stav to neumožňoval
- 9) Uvedte, zda jste zahájila během této doby první kojení?
- ANO, dítě se k prsu přisálo samo
  - ANO, dítě jsem si k prsu přiložila sama
  - ANO, dítě mi k prsu pomohla přiložit sestra
  - NE, nikdo mi nepomohl a sama jsem si dítě k prsu přiložit nezvládla
  - NE, dítě se nechtělo přisát
  - NE, dítě jsem neměla u sebe

- 10) Uved'te, za jak dlouho po porodu Vám bylo dáno dítě na pokoj?**
- dítě mi dali ihned po přeložení na oddělení šestinedělí
  - dítě mi dali do 2 hod po přeložení na oddělení šestinedělí
  - dítě mi dali po více než 2 hod od přeložení z porodního sálu
  - dítě ze zdravotních důvodů nemohlo být se mnou
- 11) Uved'te, zda jste byla během pobytu v porodnici spolu s dítětem 24 hodin denně tzv. rooming-in, s výjimkou léčebných důvodů?**
- ANO, dítě jsem měla celou dobu pobytu u sebe
  - NE, dítě jsem měla pouze přes den, v noci bylo v péči sester (i v případě že šlo jen o jednu noc)
  - NE, dítě mi bylo po celou dobu pouze nošeno na kojení
- 12) Uved'te, zda jste kojila dítě během pobytu v porodnici dle jeho chuti?**
- ANO, kojila jsem dle chuti dítěte
  - NE, kojila jsem v určitých hodinových intervalech a po určitý počet minut
- 13) Uved'te, zda bylo dítě během pobytu v porodnici dokrmováno?**
- NE, dítě nebylo třeba dokrmovat
  - ANO, dokrmovala jsem svým odstříkaným mateřským mlékem
  - ANO, dokrmovala jsem umělým mlékem
  - nevím
- 14) Uved'te, zda bylo dítě během pobytu v porodnici dokrmováno z láhve?**
- ANO, dítě bylo dokrmováno z láhve
  - NE, když bylo třeba bylo dokrmováno stříkačkou
  - NE, když bylo třeba bylo dokrmováno kalíškem
  - NE, když bylo třeba bylo dokrmováno cévkou u prsa
  - NE, dítě nebylo třeba dokrmovat
  - nevím
- 15) Uved'te, zda jste používala v péči o dítě během pobytu v porodnici dudlík?**
- ANO
  - NE
- 16) Uved'te, zda jste kojila dítě během pobytu v porodnici s kloboučkem?**
- ANO
  - NE
- 17) Uved'te, zda jste při propuštění z porodnice dítě plně kojila?**
- ANO, plně kojila
  - zčásti kojila a zčásti dokrmovala umělým mlékem
  - NE, nekojila
  - NE, nekojila, krmila jsem odstříkaným mateřským mlékem
- 18) Napište, jak dlouho jste dítě výlučně kojila (tzn. výhradní kojení bez podání příkrmu či dokrmu)?**
- dítě jsem plně kojila ..... měsíců
  - nekojila jsem
- 19) Napište, jak celkově dlouho jste dítě kojila (tzn. věk dítěte, když jste ukončila kojení)?**
- dítě jsem kojila celkem ..... měsíců
  - nekojila jsem
- 20) Pokud máte nějaké poznámky k některé z otázek, prosím uveďte zde:**

## Příloha 2. Vyjádření etické komise FZV UP



Fakulta  
zdravotnických věd

UPOL-201997/1030S-2020

Vážená paní  
Mgr. Hana Petrošová

2020-27-11

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Vliv bondingu na délku kojení**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .**

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI  
Fakulta zdravotnických věd  
Etická komise  
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

## Příloha 3. Žádost o realizaci výzkumného šetření I



Fakulta  
zdravotnických věd

MUDr. Dagmar Hlavičková  
ordinace praktického lékaře pro děti a dorost  
Smetanova 1969/11  
750 02 Přerov I - Město

### Žádost o realizaci výzkumného šetření

Vážená paní doktoro,

Jmenuji se Hana Petrošová a jsem studentkou kombinované formy magisterského studijního programu Intenzivní péče v porodní asistenci na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a zároveň pracuji na novorozeneckém oddělení Nemocnice AGEL Přerov. Také poskytuji laktiční poradenství s 10letou praxí v oboru.

Obracím se na Vás s žádostí o realizaci výzkumného šetření ve Vaší ordinaci pro děti a dorost. Výzkumné šetření je zaměřeno na zkušenosti žen s bondingem a jeho vliv na kojení termínových novorozenců. Data budou získávána pomocí dotazníku a budou použita ke zpracování diplomové práce s názvem „Vliv bondingu na délku kojení“.

Děkuji za Vaše vyjádření a těším se na spolupráci.

Mgr. Hana Petrošová  
Bartošova 32  
750 02 Přerov  
h.petrosova@seznam.cz  
tel. 728 890 972



Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotinská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880  
www.fzv.upol.cz

## Příloha 4. Žádost o realizaci výzkumného šetření II



Fakulta  
zdravotnických věd

MUDr. Marie Odstrčilová  
ordinace praktického lékaře pro děti a dorost  
Komenského 884/27  
750 02 Přerov I - Město

### Žádost o realizaci výzkumného šetření

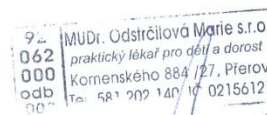
Vážená paní doktorko,

Jmenuji se Hana Petrošová a jsem studentkou kombinované formy magisterského studijního programu Intenzivní péče v porodní asistenci na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a zároveň pracuji na novorozeneckém oddělení Nemocnice AGEL Přerov. Také poskytuji laktační poradenství s 10letou praxí v oboru.

Obracím se na Vás s žádostí o realizaci výzkumného šetření ve Vaší ordinaci pro děti a dorost. Výzkumné šetření je zaměřeno na zkušenosti žen s bondingem a jeho vliv na kojení termínových novorozenců. Data budou získávána pomocí dotazníku a budou použita ke zpracování diplomové práce s názvem „Vliv bondingu na délku kojení“.

Děkuji za Vaše vyjádření a těším se na spolupráci.

Mgr. Hana Petrošová  
Bartošova 32  
750 02 Přerov  
h.petrosova@seznam.cz  
tel. 728 890 972



Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880  
www.fzv.upol.cz