

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Kateřina Zemanová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Kateřina Zemanová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**VÝVOJ VZTAHU MATKY A DÍTĚTE BĚHEM
TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Kateřině Ratislavové za odborné vedení práce, poskytování rad a pomoc při jejím zpracování. Dále bych chtěla poděkovat všem maminkám za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a příteli za obrovskou podporu během celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Zemanová Kateřina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vývoj vztahu matky a dítěte během těhotenství a po porodu

Vedoucí práce: Mgr. Ratislavová Kateřina

Počet stran: číslované – 48, nečíslované - 12

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: raný kontakt – prenatální vývoj – prenatální komunikace – vazba – porod – bonding – rooming in

Souhrn:

Bakalářská práce s názvem „Vývoj vztahu matky a dítěte během těhotenství a po porodu“ je zaměřena na utváření raného vztahu ve třech obdobích. V období prenatálním je věnována pozornost prenatální komunikaci a prenatální psychologii se zaměřením na vznik raného kontaktu. V období porodu je věnována pozornost především bondingu, dále pak vlivu porodu na vznik raného kontaktu a na další vývoj dítěte. A v období šestinedělí je věnována pozornost kojení a rooming in.

V praktické části je zvolen kvantitativní výzkum, forma anonymního dotazníku, kde jsou analyzovány okamžiky a podmínky, které ovlivňovaly vznik raného vztahu dotazovaných matek s jejich dětmi.

Annotation

Name: Zemanová Kateřina

Department: Nursing and Midwifery

Title: Development of the relationship between mother and child during pregnancy and after childbirth

Leader: Mgr. Ratislavová Kateřina

Number of pages: numbered – 48, unnumbered - 12

Number of attachments: 7

Number of titles of literature: 24

Key words: early contact - prenatal development - prenatal communications - binding - childbirth - bonding - rooming in

Summary:

Bachelor thesis titled "Development of the relationship of mother and child during pregnancy and after childbirth" focuses on the formation of the early relationship in three periods. During the prenatal period the attention is devoted to prenatal communication and prenatal psychology with focus on the emergence of early contact. At the time of the birth the attention focuses on bonding, then the effect of childbirth on the emergence of early contact and further development of the child. And in the postpartum period the attention is devoted to breastfeeding and rooming-in.

The practical part of the thesis deals with a quantitative research, a form of anonymous questionnaire, which analyzes moments and conditions which influenced formation of the early relationship of the interviewed mothers with their children.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 RANÝ VÝVOJ.....	10
1.1 Prenatální období	10
1.1.1 Fáze prenatálního vývoje.....	11
1.1.2 Vývoj smyslového vnímání u plodu.....	11
1.1.3 Pohyb a chování plodu	12
1.1.4 Učení	12
1.1.5 Negativní faktory ovlivňující průběh těhotenství a plod.....	14
1.2 Perinatální období	14
1.2.1 Porod	15
1.2.2 Negativní faktory perinatálního období	16
1.2.3 Vliv porodu na další život dítěte	16
1.3 Novorozenecké období	16
1.3.1 Smyslové vnímání a reflexy novorozence.....	17
1.3.2 Chování a pohybová aktivita novorozence	18
1.3.3 Učení a sociální interakce.....	19
2 FAKTORY PODPORUJÍCÍ VZNIK PEVNÉHO POUTA MEZI MATKOU A DÍTĚTEM	20
2.1 Pouto dítěte k matce	20
2.1.1 Hormony mateřské lásky.....	20
2.1.2 Vazebné chování	22
2.1.3 Interakce matky a plodu	22
2.1.4 Prenatální komunikace	24
2.1.5 Psychologie porodu - vliv na interakci matka - dítě.....	24
2.1.6 Bonding	25
2.1.7 První přiložení dítěte po porodu.....	27
2.1.8 Rooming in	28

PRAKTICKÁ ČÁST	29
3 FORMULACE PROBLÉMU.....	29
4 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU	29
5 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY	30
6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	30
7 METODA SBĚRU DAT	31
8 ORGANIZACE VÝZKUMU	31
9 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	31
10 PREZENTACE A INTEPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	44
11 DISKUSE.....	45
ZÁVĚR	48
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

„Když se žena rozhodne mít dítě... rozhodne se, že se její srdce bude jednou provždy procházet kolem ní.“ říká Elizabeth Stoneová. (in Orlová K., 2007, s. 31)

Během těhotenství, porodu a následně po porodu dochází k neopakovatelným a nezapomenutelným okamžikům v životě ženy. Jedním z těchto výjimečných okamžiků je navázání vůbec prvního vztahu mezi matkou a dítětem a jeho následný vývoj a vliv na dítě a matku. Tato myšlenka mě dovedla k zamyšlení nad tím, jak přispět k tomu, aby byly tyto okamžiky pro ženu co nejvíce pozitivní a jak eliminovat negativní faktory působící v těchto okamžicích.

Cílem této práce je lépe poznat a pochopit podstatu utváření raného vztahu mezi matkou a dítětem. Vyzdvihnout nejdůležitější aspekty ovlivňující tento vztah. Představit, jak by měl zdravý vztah mezi matkou a dítětem vypadat a jak by měla vypadat podpora tohoto vztahu.

Teoretická část je zaměřena na vznik vztahu mezi matkou a dítětem v jednotlivých obdobích raného vývoje a na důležitost tohoto vztahu. Dále je zde kladen důraz na faktory ovlivňující utváření vztahu a upevňující tento vztah. Je zde věnována pozornost prenatální komunikaci, „bondingu“, prvnímu přiložení dítěte k prsu matky a „rooming in“.

V praktické části jsem využila kvantitativního výzkumného šetření formu anonymního dotazníku, který byl určen matkám dětí do dvou let věku. Tímto dotazníkem jsem se snažila zjistit informovanost v podvědomí žen o utváření raného vztahu a míru podpory tohoto vztahu ze strany zdravotnického personálu vnímanou očima samotných matek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 RANÝ VÝVOJ

1.1 Prenatální období

Život člověka nezačíná až jeho narozením. Porod je pouze jedním, i když velmi významným, časovým bodem v průběhu vývoje. Proto bylo v některých kulturách stáří člověka počítáno od předpokládaného data početí. Prenatální období je tedy obdobím, které je vymezené početím a narozením dítěte. Toto období trvá obvykle asi 40 týdnů (9 měsíců). (Langmeier J., Krejčířová D., 2006, s. 23).

V posledních desetiletích 20. století se velmi razantně začal měnit postoj k prenatálnímu období vývoje člověka i k období těhotenství ženy. K této proměně velmi napomohl technický pokrok (sonografie, mikrokamery, ultrazvuk, videozáznamy z nitroděložního života plodu...), jehož prostřednictvím bylo možné získávat informace nejen o fyziologickém vývoji plodu, ale také o náznacích vývoje psychologického. To také umožnilo zvýšit informovanost veřejnosti a následně způsobilo růst zájmu o tuto oblast.

Jedním z prvních, kteří formulovali závěry vyplývající z těchto nových možností „pozorování“ plodu v jeho prenatálním vývoji, byl kanadský porodník Thomas Verny. Ve své knize „Skrytý život nenarozeného dítěte“ z roku 1981 zdůraznil, že plod je schopen na základní úrovni cítit, má vyvinutou chuť, vidí, slyší, je schopen se učit. Předpokládal, že jeho zkušenosti a prožívání z prenatálního období formují jeho postoje a očekávání vůči sobě samému a po narození snad i vůči svému okolí. Za hlavní a základní zdroj podnětů a poznatků, které utvářejí osobnostní charakteristiky dosud nenarozeného dítěte, lze pokládat matku. Samozřejmě zde hraje také velkou roli otec, a to především svým vztahem k ženě, což ovlivňuje průběh jejího těhotenství, její rovnováhu, vyladění, převažující psychické stavy. Otec také působí přímo, a to svým vztahem k nenarozenému dítěti. (Šulová L., 2010, s. 13)

1.1.1 Fáze prenatálního vývoje

Prenatální vývoj můžeme rozdělit na fázi:

1. Oplození – dochází zde k uhnízdění oplozeného vajíčka a vytvoření třech zárodečných listů, které trvá přibližně tři týdny.
2. Embryonální období (od 4. do 12. týdne) – zde se vytváří základ všech orgánových systémů. Působení škodlivých faktorů na embryo v této fázi může způsobit závažné vývojové vady.
3. Fetální období (od 12. týdne do narození) – je fází, kdy se dokončuje vývoj orgánových systémů, z nichž některé začínají již fungovat. (Skorunková R., 2013, s. 43)

1.1.2 Vývoj smyslového vnímání u plodu

„Plod je velmi brzy připravován pro činnosti, které budou nutné pro jeho přežití a pro interakci se zevním prostředím po narození.“ (Langmeier J., Krejčířová D., 2006, s. 24)

Sluchový systém je již ve 20. týdnu gravidity připraven na sluchové vjemy a dozrává kolem 35. týdne gravidity. Plod vnímá zvuky vnitřního i zevního prostředí. Reaguje na různý druh hudby (spíše negativně na hudbu hlučnou, rockovou a pozitivně na vážnou hudbu). Pozorování potvrzují, že novorozenec rozpozná hudbu, kterou slyšel již in utero. Plod začíná brzy odlišovat zvuky řeči od jiných zvuků a ke konci těhotenství pozná hlas své matky i s jeho různými emocionálními odstíny. Dokáže rozlišit slabiky lidské řeči (např. „baba“ od „bibi“). (Ratislavová K., 2008, s. 25)

Zrakové schopnosti jsou spíše omezené a zralost fotoreceptorů plodu je malá. Při intenzivním osvětlení matčina břicha však plod již ve 30. týdnu gravidity reaguje zrychlenou pulsovou frekvencí. (Ratislavová K., 2008, s. 25)

Chuť a čich se vyvíjejí již od 13. až 15. týdne gravidity, kdy jsou na jazyku plodu patrné morfologicky diferenciované chuťové pohárky, kterými může plod rozpoznat čtyři základní chutě (slané, sladké, kyselé a hořké). Ojedinelými pokusy se zjistilo, že plod pije více amniotickou tekutinu obohacenou o sacharidy, naopak při vstříknutí hořké látky plod pije méně. Kolem 30. týdne gravidity jsou připraveny k činnosti čichové struktury a aromatické substance, přicházející do amniotické tekutiny z potravin požitých matkou, tak mohou působit na chemoreceptory plodu. (Ratislavová K., 2008, s. 25)

Jednotlivé kožní receptory se vyvíjejí v souladu s cefalokaudálním rozvojem. Již v 7. týdnu gravidity má plod při dotyku rukou úchopový reflex a při podráždění v okolí úst hledací reflex. Do 20. týdne gravidity je vývoj dokončen souběžně na povrchu svalů i kůže. Senzorické dráhy bolesti fungují také od 20. týdne gravidity, nicméně ještě není jasná intenzita vnímání bolesti plodem. Některá pozorování uvádějí například odtažení plodu po náhodném píchnutí při amniocentéze. Větší množství invazivních zákroků u nedonošených dětí (již v 26. týdnu gravidity) spojených s prožitkem bolesti se ve srovnání s ostatními dětmi projevilo jejich menší reaktivitou a fyziologicky menší stabilitou v době předpokládaného termínu porodu. Proto je velmi důležité a nutné pomýšlet na ochranu nedonošených dětí před bolestí. (Ratislavová K., 2008, s. 25)

1.1.3 Pohyb a chování plodu

Od 7. týdne gravidity jsou pozorovány sotva rozeznatelné záškuby a pohyby plodu, v 10. týdnu gravidity izolované pohyby hlavy, zívání a protahování, otevírání čelistí, otáčení. Přibližně ve 20. týdnu gravidity se pohybové aktivity stabilizují a upevňují. V 9. týdnu gravidity lze již zaznamenat bioelektrickou aktivitu mozku na EEG. Od 20. – 22. týdne gravidity lze na záznamu postupně odlišit spánkový a bdělý stav. (Ratislavová K., 2008, s. 25)

Plod je aktivní a ovládá („kontroluje“) prostředí. Ani v nejčasnější době svého života není jedinec pouze pasivní obětí svého okolí, který reaguje jako automat dle schématu podnět – reakce. Plod nejen že reaguje na změny polohy matky tím, že aktivně vyhledává svou vlastní nejpohodlnější polohu, ale někdy je i iniciátorem jejích pohybů. Plod také do určité míry ovlivňuje dobu vlastního porodu a aktivně při něm napomáhá. (Langmeier J., Krejčířová D., 2006, s. 26)

1.1.4 Učení

Vědci poukazují na to, že děti jsou schopny se učit ještě před tím, než přijdou na svět. Už v době před narozením sbírají vlastní zkušenosti o tom, co se v nitroděložním světě děje. Nervové buňky a jejich synaptická spojení se vyvíjejí a dítě ukládá své zážitky v mozku v podobě různých propojovacích struktur. Dítě (plod) tedy všechny dovednosti a schopnosti, se kterými přichází na svět, poznalo již jistým způsobem v matčině těle, osvojilo si je a cvičilo se v nich. Přesněji řečeno mozek je utvořen tak, že ve skutečnosti

dítě není schopné se naučit nic, co by bylo opravdu nové. Může se ke svým již vyvinutým dovednostem a stávajícím vědomostem vždy pouze něco nového přiučit. Díky těmto poznatkům se nám jeví prenatalní období v novém světle. Všechny děti přijdou na svět s podobnými dovednostmi a schopnostmi nejen proto, že jejich genetické vlohy jsou identické, tedy typické pro člověka, ale také proto, že každé dítě přichází na svět z nitroděložního světa, který je typický pro lidi. V tomto světě má každé dítě podobné podmínky a v zásadě i zážitky. Proto když přijdou děti na svět, mají jejich mozky shodným způsobem podobnou strukturu. Dané genetické vlohy a vývojové pochody jsou pro všechny lidi téměř stejné (typické pro člověka), přesto nejsou pro každé dítě zcela identické. Naopak každé dítě má své vlastní dědičné predispozice, náhodnou kombinaci genomu matky a genomu otce. Dané dispozice rozvíjí každé dítě v nitroděložním světě. Během každého těhotenství se matčino tělo nachází v jiném rozpoložení a vlivem ostatních životních podmínek panuje pokaždé jiná souhra. Díky tomu veškeré procesy vnitřního formování a strukturování, které se v dítěti odehrávají, mohou probíhat vždy jen jedním neopakovatelným způsobem. Dítě je poté v jakémkoliv okamžiku svého vývoje jedinečným člověkem. (Hüther G., Weser I., 2010, s. 20-21)

„Ne všechno, co je *vrozené*, musí být nutně *zdeděné*. Některé vlastnosti, schopnosti a dovednosti, s nimiž naše děti přijdou na svět a které se tváří, jako by byly *zdeděné*, mohou děti získat před tím, než přijdou na svět.“ (Hüther G., Weser I., 2010, s. 21 – 22)

Plod je schopen v posledních dvou měsících nitroděložního života těžít ze zkušeností, učit se. Byly prokázány primitivní typy učení (klasické podmiňování, habituace), např. vytvoření spojení mezi zvukem a dotykovým podnětem. Schopnosti učení u plodu se využívá v metodě „prelerning“, zavedené Brentem Loganem v 90. letech 20. století. Tato metoda je založena na akustické stimulaci plodu. Nejnovějším prostředkem je BabyPlus, což je přístroj (malý mikročip) umístěný na nylonovém pásu, připevněný na břicho matky, který vydává akustické signály a tím stimuluje psychický rozvoj plodu. V ČR tuto metodu propaguje a zavedl PhDr. Jiří Tyl. Výsledky sledování ukazují spíše nadprůměrné výkony stimulovaných dětí (dosahují dobrých výsledků v sociální interakci, začínají chodit o několik měsíců dříve, než udává norma), negativní vlivy nebyly zjištěny. (Ratislavová K., 2008, s. 25)

1.1.5 Negativní faktory ovlivňující průběh těhotenství a plod

Jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících těhotenství a tím i plod je psychika těhotné ženy a její celkové „vyladění“. Mateřská psychika má zásadní význam pro přijetí dítěte, pro integrování dítěte do rodiny a pro přijetí mateřské role. Negativní psychická vyladěnost matky je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro perinatální vývoj dítěte a pro zahájení raného vztahu mezi matkou a dítětem (plodem) v období před narozením. K dalším rizikovým faktorům, které významně ovlivňují průběh perinatálního vývoje dítěte (plodu), lze zařadit alespoň rámcově: věk ženy (mladší 17let a starší 35let), váhu a výšku ženy před těhotenstvím (ženy obézní, ženy s nízkou váhou, ženy drobné postavy), vývojové vady dělohy, chronická onemocnění (diabetes, kardiopatie), předešlé rizikové těhotenství (poruchy v délce, průběh porodu s operačním zakončením, umělé přerušování těhotenství...), onemocnění v průběhu těhotenství (diabetes, gestóza, infekce...), výživa matky v průběhu těhotenství (extrémní způsob stravování, podvýživa, nesprávný poměr živin...), vícečetné těhotenství, aplikace medikamentů v těhotenství, vrozené vady dítěte (plodu), ionizační záření a další. Stejně závažné jako výše zmiňované jsou sociální či psychosociální faktory ovlivňující průběh těhotenství a plod. Mezi nejvýznamnější z nich patří: užívání jakýchkoliv drog matkou i před těhotenstvím, nevyhovující sociální a ekonomické podmínky, negativní zkušenosti z předchozích těhotenství, zaměstnání ženy (stres, těžká fyzická práce), vlivy rodinného prostředí. (Šulová L., 2010, s. 19-20)

Díky novým a stále bohatším poznatkům začínáme lépe rozumět tomu, že se nenarozené děti mohou zdravě vyvíjet a optimálně rozvíjet uložené schopnosti jen tehdy, když se jim dostane především bezpečí, jistoty, náklonnosti a citlivé péče matky a otce nebo jiných osob, které o dítě pečují a jsou ochotné zajímat se láskyplně a citlivě o jeho potřeby a přiměřeným způsobem je uspokojit. (Hüther G., Weser I., 2010, s. 11)

1.2 Perinatální období

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v prameni života,“ říká Frederick Leboyer. (in Ratislavová K., 2008, s. 58)

Perinatální období je označované jako období těsně před porodem, porod samotný a období těsně po porodu. Toto období znamená pro dítě značnou psychickou a fyzickou zátěž. Dochází zde k přechodu z chráněného života v těle matky do světa plného nových podnětů. (Skorunková R., 2013, s. 50)

Porod je přirozeným vyvrcholením a ukončením těhotenství a vlastně jediným jeho cílem. Je spojením velké fyzické bolesti s nevyslovitelnou radostí. Ne každá žena však vnímá porod bolestivě a i nepříjemné fyzické vjemy se mohou zmírnit přítomností otce dítěte či jiné blízké osoby a vědomím, že zanedlouho nádherně skončí. Porod je intenzivní fyziologický proces provázený silnými emocemi. (Orlová K., 2007, s. 126)

1.2.1 Porod

Porod (partus) je každé ukončení těhotenství, při kterém se narodí živý novorozenec s minimální hmotností 500 g, nebo přežije-li i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě rozeného plodu je stanovenou podmínkou porodu také minimální hmotnost 500 g. Těhotenství ukončené narozením plodů s nižší hmotností označujeme jako potrat (abortus). (Čech E., Hájek Z., Maršál K., Srp B., a kol., 2006, s. 121)

Porod můžeme klasifikovat dle ukončeného týdne těhotenství jako porod předčasný (před ukončením 37. týdnem těhotenství), porod v termínu (mezi 38. týdnem těhotenství a 40. týdnem těhotenství) a porod potermínový (po ukončeném 40. – 42. týdnu těhotenství). Porod po 42. týdnu těhotenství je patologický stav, kdy dochází k přenášení a je nutno mu zabránit. Dále můžeme porod klasifikovat dle průběhu porodu. Porod samovolný nastoupí na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhá bez lékařského zásahu. Při porodu medikamentózní jsou po spontánním nastoupení porodu přirozené pochody upravené aplikací medikamentů, a to převážně za účelem zmírnění bolestivosti, koordinace děložní činnosti nebo ovlivnění III. doby porodní. Porod indukovaný je vyvolán uměle za pomoci aplikace uterokinetických preparátů (prostaglandiny, oxytocin), a to buď z lékařské indikace, nebo z důvodu nemedicínského (programovaný porod). Porodem operativním se rozumí ukončení těhotenství či urychlení porodu plodu z život ohrožující indikace plodu či matky nebo obou. Ukončuje se porodnickou vaginální či abdominální operací. Porod fyziologický probíhá působením přirozených porodních mechanismů a za pomoci nikoli za zásahu porodníka. Při patologickém porodu dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit. Hranice mezi porodem fyziologickým a patologickým je někdy obtížně určitelná. (Roztočil A., a kol., 2008, s. 109-110)

1.2.2 Negativní faktory perinatálního období

K poškození plodu může dojít i v perinatálním období. Porodní situací jsou ohroženy především děti. Většina komplikací se objeví již v těhotenství. Málokdy pak nastávají komplikace nečekaně a bezprostředně. Tato těhotenství označujeme jako riziková. Příčinou poškození plodu perinatálně může být např. poloha (koncem pávním, příčná), zúžené porodní cesty, placenta vcestná, krátký pupečník nebo omotaný kolem krčku dítěte a jiné. Pro psychický vývoj dítěte je důležité dokončit prenatální vývoj intrauterinně. Proto je dalším velmi významným rizikem předčasný porod, který může být ovlivněn řadou faktorů, jako jsou např. nevyhovující ekonomické podmínky, svobodné matky a horší sociální podmínky, zaměstnání ženy, regionální vlivy, vlivy rodinného zázemí. (Šulová L., 2010, s. 25-26)

1.2.3 Vliv porodu na další život dítěte

Vlivem porodu a prenatálního období na následující život jedince se zabývá řada vědců a odborníků. (Ratislavová K., 2008, s. 64) Dnes je již známo, že porodní a poporodní traumata zůstávají otištěna ve vyvíjejícím se nervovém systému novorozence a plodu. Porodní otisk nám předurčuje sklony k určitým fyziologickým a neurologickým reakcím a utváří nejen pozdější fyziotyp a osobnost, ale i různé patologie, které se během života objeví, např. jestli budeme mít nutkání neustále cestovat či pracovat, jestli budeme trpět astmatem či se budeme přejídat, jestli budeme těžcí alkoholici či kuřáci, jestli z nás vyroste ambiciózní a agresivní optimista nebo depresivní pesimista, jestli budeme mít sklony k epilepsii, rakovině, neuróze či dokonce sebevraždě. Zkušenosti z prenatálního období a porodu mohou určit a určují, jak budeme po celý zbytek života reagovat a jednat. (Janov A., 2012, s. 23)

1.3 Novorozenecké období

Novorozenecké období je obdobím, které začíná narozením dítěte a trvá přibližně jeden měsíc. Jde o období adaptace, ve kterém se dítě přizpůsobuje podmínkám nového prostředí. (Skorunková R., 2013, s. 50)

Ještě nedávno byli novorozenci považováni za bytosti nic nevnímající, bezmocné, které nemají téměř ponětí o tom, co se kolem nich děje. Mládě lidského jedince je více než

jiná mláďata savců tělesně slabé, bezmocné a závislé na matce. Na svět však přichází s fungujícími smyslovými systémy a protisociálně vybavené. (Ratislavová K., 2008, s. 83)

1.3.1 Smyslové vnímání a reflexy novorozence

Novorozenec se rodí s množstvím vrozených reflexů. Jde o instinktivní reakce, které mu pomáhají přežít a vyrovnat se se základními životními potřebami. Jedním z těchto reflexů je sací reflex. Přisátí se na cokoli, co je novorozenci vloženo do úst, je jedním ze základních přirozených instinktů novorozence, který je klíčový pro jeho přežití. S tímto reflexem souvisí reflex pátrací (hledací), který se objevuje při podráždění jedné tváře, kdy se dítě otočí směrem k tomuto podráždění a následně zkouší najít zdroj potravy (bradavku) a poté se zkouší přisát. Dalším reflexem je reflex úchopový (Robinsonův). Vložíme-li do dlaně dítěte prst, pevně jej stiskne. Stisk může být tak silný, že bychom mohli dítě zvednout téměř až do visu. Mezi vrozené reflexy řadíme také známý Moroův reflex (úlekový). Tento reflex můžeme vyvolat hlasitým zvukem či náhlým posunem dítěte. Při tomto úleku dítě rozpřáhne doširoka paže s roztaženými prsty a následně dá ruce se zaťatými pěstmi zpět k hrudníku. Dalším reflexem, který zde zmíním, je reflex chůze (kráčecí). Můžeme jej vidět ve chvíli, kdy držíme dítě vzpřímené za podpaží tak, aby se nohama dotýkalo podložky. Dítě začne dělat spontánně kroky a snaží se pohybovat vpřed. (Deansová, A., 2004, s. 291) Dalšími reflexy jsou reflex Babinského, který vyvoláme tím, že se dotkneme chodidla dítěte pod prsty a ono je ohne tak, jakoby chtělo něco zachytit nebo podráždíme chodidlo tak, že přejedeme po vnější straně chodidla od paty k malíčku a dítě prsty naopak roztáhne nebo reflex plazení, kdy dítě položíme na nahé břicho matky a ono se začne odrážet a posouvat nožičkami směrem vzhůru. (Skorunková, R., 2013, s. 52)

Novorozenci jsou dobře vybaveni na to, aby se dokázali orientovat v novém prostředí. To znamená, že mají dobře vyvinuté smysly, kterými se učí rozumět vnějšímu prostředí a poznávat jej. Tyto smysly využívají ihned po narození. Řadíme sem zrak, čich, chuť, sluch a hmat. (Davies, K., 2008, s. 14)

Sluch. U novorozence je sluch dobře rozvinut. Upřednostňuje zvuk lidské řeči. Slyší-li ženský hlas o vyšších frekvencích, který může avizovat nabídku potravy, zvýší svou pozornost. Hluk o vysoké frekvenci jej zneklidní a může vyvolat úzkost. Během prvních týdnů života je schopen novorozenec odlišit hlas matky od jiných ženských hlasů.

Čich. Tento smysl hraje velmi významnou roli při orientaci v prostředí. Novorozenec reaguje na příjemné pachy pozitivně a od nepříjemných pachů se odvrací. Po

prvním týdnu života je schopno kojené dítě odlišit vůni prsní bradavky své matky. Nerozpozná však vůni mléka samotného, ale vůni matky.

Chuť. Novorozenec jednoznačně preferuje určité chutě již od samého narození. Vyhýbá se hořké či jinak nepříjemné chuti a dává přednost chuti sladké. Novorozenec je obdařen vyšším počtem chuťových pohárků než dospělý člověk.

Zrak. Při narození je dobře vyvinuta sítnice, ale pohyblivost čočky a zraková ostrost novorozence ještě vážne. Ve dvou měsících má novorozenec schopnost fixace a sledování v zorném poli. Novorozenci dávají přednost lidské tváři, jasným barvám a barevným kontrastům. (Hrodek, O., Vavřinec, J., 2002, s. 2)

Hmat. U novorozence je hmat velmi dobře vyvinut a vnímá pozitivně i jemné taktilní podněty a teplo. (Ratislavová K., 2008, s. 83)

1.3.2 Chování a pohybová aktivita novorozence

Novorozenec má již po narození vyvinuty všechny základní nepodmíněné reflexy a v bdělém stavu většinou zaujímá asymetrické postavení končetin (šermířský reflex). Spontánní projevy novorozence jsou živé, ale omezené. Při vzpřímené poloze ještě neudrží hlavičku. (Ratislavová K., 2008, s. 83)

Spánek novorozence trvá přibližně 20 hodin denně. Kromě plné vigility a spánku lze u novorozence rozlišit ještě různé přechodné stavy a stav vzrušení. T. B. Brazleton (1987, in Langmeier J., Krejčířová D., 2006, s. 32) odlišuje šest základních behaviorálních stavů. Hluboký spánek - dech je zde pravidelný, bez spontánních pohybů, nízký svalový tonus, oči jsou zavřené. Lehký spánek (REM fáze spánku) - zde jsou oči pootevřené či zavřené, rychlé oční pohyby, aktivita nízká s drobnými záškuby nebo nahodilými pohyby, změny mimického výrazu. Dřímota - tento stav je přechodným stavem mezi spánkem a bděním. Nízké svalové napětí, občasné drobné záškuby, oči jsou buď pootevřené či otevřené s neurčitým kalným pohledem. Klidný bdělý stav - v tomto stavu dítě věnuje svoji veškerou pozornost naslouchání a dívání se kolem sebe. Pohled je jasný, aktivita nízká, svalové napětí střední. Aktivní bdělý stav - oči jsou zde otevřené, pohybová aktivita je značná s velkými pohyby končetin a jsou zde přítomny krátké hlasové projevy. Pláč, otevřené či zavřené oči doprovázené velkou pohybovou aktivitou, nepravidelným dechem a pláčem. (Langmeier J., Krejčířová D., 2006, s. 32)

Stav, při kterém dochází k nejlepší stimulaci a rozvoji dítěte, je klidný bdělý stav, kdy se dítě nejlépe zapojuje do sociální interakce. (Ratislavová, K., 2008, s. 83)

1.3.3 Učení a sociální interakce

Novorozenec je vysoce způsobilý a to svou schopností učit se a zpracovávat různým způsobem informace z okolí. Učení novorozence se odehrává především v kontaktu s jeho pečujícími osobami. Novorozenec je od začátku aktivním účastníkem sociální interakce a aktivně přijímá péči a podněty z okolí. Rozlišuje také mezi podněty, které se mu nabízejí, na některé reaguje, jiné aktivně odmítá nebo je ignoruje. Můžeme říci, že dítě je od narození připraveno k navazování sociální interakce, jde o tzv. protisociální chování novorozence, kdy má schopnost přijímat a reagovat na sociální signály. Naproti tomu jsou rodiče vybaveni intuitivními vzorci chování, které napomáhají interakci s dítětem. Můžeme sem zařadit změnu tempa, intonace a rytmu řeči, vyhledávání a udržování očního kontaktu, napodobování mimických a vokálních projevů dítěte. Rodičovské chování jemně sladěné s chováním novorozence umožňuje rychlé učení a má velký význam pro úspěšnou socializaci dítěte, které se tak seznamuje se základy lidské komunikace. K tzv. synchronii aktivit nejčastěji mezi matkou a dítětem dochází nejčastěji při ošetřování dítěte, koupání, přebalování, kojení i při volné sociální hře, která se zpočátku podobá imitaci dítěte. Rodiče dělají intuitivně „biologickou ozvěnu“ jako reakci na hlasové a mimické signály novorozence či nastavují „biologické zrcadlo“. Na základě této odezvy rodičů si děti čím dál více uvědomují samy sebe, své emocionální stavy a vlastní chování. Komunikace mezi matkou a novorozencem probíhá prostřednictvím vzájemného vcítění a přináší oběma radost z kontaktu. Dobré podmínky k nastartování kvalitní interakce po porodu dítěte umožňuje systém „rooming-in“. (Skorunková, R., 2013, s. 54-56)

2 FAKTORY PODPORUJÍCÍ VZNIK PEVNÉHO POUTA MEZI MATKOU A DÍTĚTEM

„Na lásku a něžnost není nikdy moc brzy. Nový človíček potřebuje už teď náklonnost, aby se dobře rozvíjel.“ (Teusen, G., Goze-Hänel, I., 2003, s. 53)

2.1 Pouto dítěte k matce

Pouto dítěte k matce je jedno z nejdůležitějších a nejsilnějších pout v životě člověka, jež ovlivní celý život daného jedince. Proto je důležitá snaha o pochopení a porozumění tohoto vztahu.

V době bezprostředně po porodu nastává synchronizace interakcí mezi matkou a dítětem a dochází k upevňování citové vazby mezi nimi. Toto období je ideální pro podporu a posílení emočního pouta, a to nejen ze strany matky, nýbrž i ze strany dítěte, které se v první hodině po porodu nachází ve stavu nejvyšší vigility a receptivity a je schopno reagovat na podněty, jichž se mu dostává od matky. (Takács, L., 2012, s. 17)

Velkým propagátorem a výzkumníkem, který se zabýval vztahem matky a dítěte především v raném poporodním období, byl Dr. John Kennell. Zabýval se také rodinami, kterým zemřely děti při porodu či krátce po narození. Spolu s dalšími odborníky byl zakladatelem mezinárodní asociace dul. Tímto pojmem označovali zkušenou porodní ženu, která poskytovala ženě a jejímu partnerovi citovou a fyzickou podporu během porodu a v poporodním období. (Muza, S., 2013.)

V České republice se začala jako jedna z prvních zabývat tematikou rané podpory bondingu klinická psycholožka Michaela Mrowetz. Dlouhodobě usiluje o změnu péče o matku a o dítě v předporodní, porodní a poporodní péči jako o jednu nedělitelnou jednotku. (Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová I., 2011, s. 278)

2.1.1 Hormony mateřské lásky

Pro pochopení toho, co se v ženě od zjištění těhotenství děje, je důležité zmínit hormonální výbavu ženy, která jí napomáhá v přeměně z ženy v matku.

Mateřská pocity, jejichž vrcholem je mateřská láska, se vytvářejí již před porodem, během porodu a rozvíjí se v prvních hodinách po porodu. Na vzniku těchto pocitů se významně podílí hormonální připravenost, jež je dána hormony oxytocinem, prolaktinem a endorfiny. (Šráčková, D., 2007, s. 27)

Oxytocin se vylučuje při jakémkoliv dění, které se týká sexuálního života, a spolu s dalšími hormony jej řadíme k hormonům lásky. Má tedy velký význam při porodu, při pohlavním styku a při kojení. Při vylučování hormonů dochází vždy k určité rovnováze, která s sebou nese produkci dalších látek. Při podávání syntetických hormonů je tato rovnováha narušena. Syntetické hormony působí pouze lokálně a nedochází tak k ovlivnění chování ženy. Přirozený oxytocin v krevním oběhu má velký význam pro navázání harmonické vazby. Mimo jiné vyvolává silné kontrakce, které působí na odloučení placenty, dále pak po prvním přísátí dítěte působí na zavinování dělohy a prostřednictvím mateřského mléka se dostává do těla dítěte, kde vzniká vzorec zamilovanosti, určovaný teplem, pachem, srdečním rytmem, náklonností a tělesným kontaktem. Oxytocin je nositelem euforizujících látek a tím prostředkem proti poporodní depresi. (Geisel, E., 2004, s. 56-57)

Prolaktin upevňuje instinkt „hnízdění“. Týdny před stanoveným termínem porodu mají již maminky připraveno vše na příchod dítěte a těsně před porodem je u nich viditelná náhlá dávka energie, kterou využívají k různým aktivitám, jako je pečení, vaření do zásoby či uklízení. Prolaktin uvádí ženy do stavu zvýšené pohotovosti se zvýšenou bdělostí a povrchním spánkem jako ochranou novorozence. Způsobuje také pokles libida a tím snížený sexuální zájem o partnera. Naproti tomu je zde zvýšený zájem a novorozence. Podporuje ve spojení s ostatními hormony schopnost pečovat o dítě. (Geisel, E., 2004, s. 61-64)

Endorfiny jsou hormony štěstí a rozkoše a zároveň působí jako přirozené prostředky tišící bolest. Během ničím nerušeného porodu hladina endorfinů stoupá a způsobuje přechod do jiného vědomí. Endorfiny spojují slast s bolestí a tyto dvě složky by neměly být v průběhu porodu odděleny. Během porodu jsou také vylučovány endorfiny v těle dítěte, podněcující správnou interakci mezi matkou a dítětem. (Geisel, E., 2004, s. 58-61)

2.1.2 Vazebné chování

Teorie vazby, jejímž autorem je známý lékař John Bowlby, je považována za základ k pochopení problematiky utváření raného kontaktu mezi matkou a dítětem.

Vazebné chování (attachment behavior) je typem sociálního chování, jež má stejně důležitý význam jako chování reprodukční či rodičovské. Je charakterizováno vyhledáváním a udržováním blízkosti k jinému jedinci. Vazebné chování je výsledkem aktivace behaviorálních systémů. Behaviorální systémy se v dítěti vyvíjejí především interakcí s hlavní postavou v tomto prostředí, s matkou. Velmi důležité vzorce vazebného chování, které přispívají k vytvoření citové vazby dítěte k matce, jsou sání, přidržení, následování, úsměv a pláč. Již v minulosti se psychoanalytici shodovali v tom, že první mezilidský vztah dítěte je základní kámen jeho osobnosti, ale doposud se neshodují v názoru, co je podstatou a původem tohoto vztahu. Přestože je známo zjištění, že všichni novorozenci si během prvních dvanácti měsíců vytvoří silné pouto k matce, není dodnes zcela jasné, jak rychle pouto vzniká, jak se udržuje, jak dlouho přetrvává a jakou plní funkci.

Před rokem 1958 vznikly čtyři teorie o počátku a podstatě dětské připoutanosti k matce. Jsou to: „Teorie sekundárního pudu“ také označovaná jako „teorie vypočítavé lásky“, jejíž podstatou je uspokojování fyziologických potřeb, zejména tepla a potravy. Dítě se začne připoutávat k matce jako důsledek toho, že matka naplňuje jeho fyziologické potřeby a je zdrojem jeho uspokojení. Druhou teorií je „teorie primárního sání“, která vzniká na podkladě vrozeného sacího reflexu. Novorozenec se postupem času naučí, že je-li přiložen k prsu, je zde rovněž přítomna matka, a tak navazuje kontakt také s ní. Další teorií je „teorie primárního upnutí k objektu“, založená na vrozeném sklonu být v kontaktu s lidskou bytostí a přidržovat se jí. Poslední teorií je „teorie primární touhy po návratu do dělohy“, založená na touze novorozence vrátit se zpět do dělohy.

Z výše uvedených teorií je nejsilněji přijímána „teorie sekundárního pudu“. (Bowlby, J., 2010, s. 160-164)

2.1.3 Interakce matky a plodu

„Nenarozené dítě je živý tvor, který se může vyvíjet jen za nepřetržité komunikace se svým mateřským okolím. Od začátku na sebe všechno navzájem působí. Člověk potřebuje od začátku, vztah.“ (Hüther G., Weser I., 2010, s. 10)

Již od počátku těhotenství se začíná utvářet individuálně specifický vztah mezi matkou a dítětem. Zpočátku je neurčitý, ale později se postupně začíná individualizovat a diferencovat. Očekávané dítě významně zasáhne nejen do matčina života, ale do života obou rodičů. (Šulová L., 2010, s. 17)

Za prvotní interakci či komunikaci mezi matkou a dítětem (plodem), i když na úrovni biochemické, lze považovat to, že organismus matky nevyvolá imunitní reakci proti zárodku. Antigenní znaky od otce jsou pro matku cizí a bylo by tedy obvyklé, kdyby vyvolaly imunitní reakci. Ve většině případů se ovšem tak neděje.

Za další úroveň prvotní interakce či komunikace mezi matkou a dítětem (plodem) lze považovat neurohumorální spojení. Tuto komunikaci zahajuje pravděpodobně matka tím, že její mozek zachytí nějaký vnější podnět, zpracuje ho v emoci v hypotalamu a ten vyšle signál pro vegetativní nervový a endokrinní systém, které pak reagují. Na tyto chemické změny v matčině těle následně reaguje hypotalamus plodu. Při dlouhodobém vystavení negativním emocím v matčině těle může dojít k ovlivnění neurohumorálního prostředí v těle plodu a následně k ovlivnění jeho vývoje. (Šulová L., 2010, s. 16-17) Pro vývoj plodu je velice důležité spojení s organismem matky a každá změna vnitřního prostředí organismu matky se projeví také v organismu plodu. (Skorunková R., 2013, s. 45).

Další rovinou interakce či komunikace mezi matkou a dítětem (plodem) je komunikace smyslová, T. Verným nazývaná jako komunikace behaviorální. Tím je míněna například reakce plodu na změny polohy matky či její nepohodlnou pozici. Plod dokáže svou zvýšenou aktivitou, svým chováním „donutit“ matku ke změně. Dalším příkladem je zklidnění plodu při dotecích a masážích břicha matky či při poslechu jejího hlasu nebo hudby. (Šulová L., 2010, s. 17)

Další rovinou je rovina emocionální, zahrnující těšení se na dítě nebo naopak jeho negativní očekávání, jeho nechtěnost. Psychologickým fázím těhotenství ženy se Gabriela Gloger – Tippelt věnovala ve svých studiích. Uvádí, že nejdříve nastává fáze nejistoty. Tato fáze následuje po zjištění těhotenství a trvá přibližně do 12. týdne těhotenství. Poté se vytváří obraz dítěte „v hlavě“ matky a narůstá touha matky po dítěti, což trvá přibližně do 15. týdne těhotenství, kdy obdrží rodiče první ultrazvukový obraz dítěte (plodu). Další fáze je konkretizační, kdy matka začíná vnímat „dítě v břiše“ s jeho vlastními úmysly a rytmem života. Tato fáze souvisí s vnímáním pohybu dítěte kolem 20. týdne těhotenství. Poslední fází je fáze anticipační či přípravná, kdy si ženy začínají anticipovat budoucí „dítě

v náručí“. Představují si své dítě jako konkrétní bytost, která již nějak vypadá a která vyžaduje určitou péči. Tato fáze nastává přibližně kolem 30. týdne těhotenství. (Šulová L., 2010, s. 17)

2.1.4 Prenatální komunikace

Prenatální komunikací se rozumí kontakt s nenarozeným dítětem. Dítě v matčině lůně vnímá prožívání matky. Matčino lůno vytváří milující prostředí s předpoklady k upevnění si důvěry, otevřenosti, vstřícnosti a sebedůvěry po narození. Naopak nehostinné prostředí je často v budoucnu příčinou podezřívavosti, nedůvěry a těžšího navazování kontaktů.

Mezi základní zásady prenatální komunikace patří:

Brát dítě jako součást své osoby a prožívat s ním jednotlivé události a dny. Rozvíjet tzv. „vnitřní komunikaci“ s dítětem. Povídat si s ním „v duchu“ o radostech, zklamáních a jiných událostech. Používat i hlasitou komunikaci s dítětem, kdy si matka či otec s dítětem povídají o tom, jak se na něj těší, co pro ně znamená, co pro něj mají připraveno apod.

Výhodou prenatální komunikace je vytváření důvěry rodičů ve vlastní rodičovské schopnosti. Podpora vztahu s dítětem, který poskytuje pocit, že je na světě vítané. Poskytuje dítěti podněty pro lepší duševní a tělesný vývoj. Posilňuje rodiče v jejich úsilí, tím že dítě reaguje na podněty a laskání zvenku a naopak. Zvyšuje citlivost rodičů na potřeby dítěte již před narozením. (Ondřiová, I., Cínová, J., 2012, s. 28)

2.1.5 Psychologie porodu - vliv na interakci matka - dítě

Porod je pro ženu velice náročná životní situace, na kterou se žena může psychicky připravovat po dobu devíti měsíců. Ale i přesto je tato nová a složitá situace je neobvyklá i pro ženy, které již rodily a které se s vědomím veškeré zodpovědnosti snažily co nejlépe připravit. Jak se žena s touto zátěží vyrovná, záleží na její osobnosti, na vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, na odolnosti vůči zátěžovým situacím, na aktuálním stavu organismu a sociálních skutečnostech. Zátěžovou situaci porodu musíme posuzovat vždy vzhledem k adaptačním silám a možnostem ženy. Jedním ze zdrojů, jimiž se formuje osobnost ženy, je právě porod. Překonání porodu může být pro ženu zdrojem sebedůvěry, sebevědomí, hrdosti a uspokojení. Naopak pokud má rodička pocit, že situaci nezvládla, dochází k rozporům v sebepojetí. (Ratislavová K., 2008, s. 58) Mnozí porodníci dnes

poukazují na to, že zátěž z porodu pro matku i dítě je ještě často zvyšována způsobem vedení porodu a prvního ošetření novorozence i běžnou praxí poporodní péče o matku a dítě. Doporučují nenásilný „něžný“ či „přirozený“ porod, který je šetrný k dítěti i k matce, omezující jednostranný důraz na technickou stránku porodu a vyzdvihující psychologický aspekt. (Langmeier J., Krejčířová D., 2006, s. 29-30)

Jedním z prvních, kdo upozornil na to, že porod je děj, který znamená interakci mezi matkou a dítětem, byl Fréderick Leboyer. Zdůrazňoval, že je potřeba věnovat péči nejen matce tišením její bolesti a odstraňováním jejího strachu, ale i rodičímu se dítěti. Snažil se vnímat porod očima rodičího se dítěte a zamýšlel se nad tím, jak mu usnadnit přechod z intrauterinního prostředí do prostředí extrauterinního. Mezi zásady, které Leboyer vyznává, patří: tlumené osvětlení, tichý personál, bezprostředně po porodu se dítě položí matce na nahé tělo, aby došlo ke kontaktu kůže na kůži, dítě se nechá sát, dotepání pupeční šňůry, šetrné položení dítěte do vodní lázně o teplotě 38 °C jako iluze intrauterinního pohybu v plodové vodě, medikace je omezena na minimum. (Šulová L., 2010, s. 24)

Leboyerovy myšlenky dále rozvíjel Michael Odent. Tento francouzský porodník byl bojovníkem za „přirozený“ porod. Jeho hlavní myšlenkou je „navrácení porodu ženám“. Klade důraz na jejich mateřskou roli, jejich právo chovat se instinktivně a přirozeně. K Odentovým myšlenkám patří: porod do vody, kde následuje první kontakt s dítětem, odmítá některé diagnostické metody (amniocentéza, ultrazvuk), staví se proti chápání nastávající matky jako pacientky a těhotenství jako „choroby“, nenutí ženy k pravidelným návštěvám lékaře, ale nabízí jim tzv. „neutrální konzultace“, umožňuje přítomnost otce u porodu, ale upozorňuje na to, že díky této přítomnosti může dojít ke zpomalení porodu, akcentuje roli pomáhajících žen u porodu, které vykazují více empatie pro rodičí ženy než muži. (Šulová L., 2010, s. 24-25)

2.1.6 Bonding

Po krásném a něžném porodu je důležité pokračovat v přirozeném a nenásilném seznamování matky se svým novorozeným dítětem a tento proces by měl být co nejméně narušován.

„Prvním nádechem novorozeněte pro něj končí bezstarostný život v matčině těle. Aby se mu život nezdál tak nepřátelský a drsný, má v prvních okamžicích po porodu ležet

na matčině břiše – často je to počátek nádherného vztahu.“ (Teusen, G., Goze-Hänel, I., 2003, s. 75)

Bonding je proces, ve kterém dochází k utváření vztahu mezi matkou a dítětem. Toto označení vychází z angličtiny a můžeme jej přeložit jako lepení či připoutání. Dochází zde k budování základu emočních vazeb a láskyplného vztahu, který se naplno projeví v hormonálně nabitě situaci při porodu.

V 70. letech minulého století dva američtí pediatři John Kennel a Marschal Klaus vytvořili a popsali teorii vysvětlující význam prvního kontaktu mezi matkou a dítětem a nazvali jej „bonding“. Tvrdili, že existuje biologicky naprogramované období, které má souvislost s budováním emočních vazeb mezi matkou a novorozencem, jehož největší důležitost je v prvních dvanácti hodinách po porodu.

Bonding je zcela automatická, přirozená vzájemná reakce matky a dítěte. Při porodu by měl být respektován a maximálně podporován všemi zúčastněnými jako prevence před možnými komplikacemi v dalším společném soužití matky s dítětem. (Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová I., 2011, s. 18-23)

„Dítě patří k matce – zdravé či nemocné- živé či mrtvé- dítě patří k rodičům.“ (Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová I., 2011, s. 28)

Michaela Mrowetz popisuje ve své knize několik kroků, kterými lze proces bondingu podpořit. Jedním z prvních kroků by mělo být položení nahého dítěte na nahé břicho matky hned po porodu dítěte, nebo po porodu sekcí položit dítě tváří k tváři matky. Dále podpořit a nepřerušovat kontakt matky a dítěte nejméně dvě hodiny, lépe však dvanáct hodin po porodu. Při porodu sekcí může zastoupit první kontakt kůže na kůži otec dítěte či potřebuje-li žena osobní pauzu, může kontakt zajistit také otec dítěte. Mělo by také dojít k otření novorozence na těle matky a zabalení dítěte i matky do suchých a teplých osušek a přikrývek jako jedné spojené jednotky. Dítěti můžeme nasadit ponožky či čepičku, musíme se však vyhýbat kontaktu s jeho rukama. Vhodné je doporučit sprchu matce co nejdříve po porodu a především dohlédnout, aby si neumývaly prsa. Matka a dítě by měly být v kontaktu „skin to skin“, tedy kůže na kůži. Dále by měl být umožněn a podpořen vizuálního kontaktu, tedy pohled z očí do očí matky a dítěte a s tím spojené podložení hlavy matky jako podpora tohoto kontaktu. V případě nutnosti pobytu dítěte v inkubátoru je vhodné zajištění webových kamery či fotek a videí v pravidelných časových intervalech. Pomoc a podpora přisátí novorozence k bradavce dle jeho tempa a připravenosti je jedním z nejdůležitějších kroků podpory bondingu. Může to být až do

třiceti minut kontaktu kůže na kůži, do té doby matka s dítětem odpočívají a seznamují se spolu. Je vhodné počkat, až bude mít novorozenec doširoka otevřené oči a bude si strkat do úst pěstičky, které jsou pokryty plodovou vodou, aby jej dovedla k bradavce (voní stejně jako voda plodová). Novorozenec si olizuje rty a kývá hlavou ze strany na stranu. V žádném případě by se neměly omývat ruce novorozence od plodové vody a měly by se nechat volně. Pokud nastal překotný či medikovaný porod, je novorozenec chvíli unaven a je zapotřebí nechat jej odpočinout na kůži matky. Oba tak vylučují dostatečné množství oxytocinu, který je nutný k podpoře vzájemného kontaktu. Důležité je také zajistit pohodlnou polohu pro dítě a matku (polštáře, křesla, dítě v matčině náruči) a dále pak vstřícné, klidné a intimní prostředí ze strany zdravotnického personálu. Jakékoliv ošetření a vyšetření novorozence by mělo být provedeno na těle matky a přetnutí pupeční šňůry až za tak dlouhou dobu, jak si přeje matka. U rizikového novorozence provést ošetření či vyšetření v blízkosti matky, aby měla nad dítětem alespoň vizuální kontrolu. V neposlední řadě by mělo dojít k eliminaci jakékoliv techniky, videokamer a mobilních telefonů v těchto neopakovatelných prvních okamžicích. (Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová, I., 2011, s. 28-29)

2.1.7 První přiložení dítěte po porodu

Pozornost si také zaslouhuje první přiložení dítěte po porodu k prsu matky, jež je jedním z nejdůležitějších kroků v podpoře vytvoření si pevného pouta mezi matkou a dítětem.

Kojení je jednou z nejdokonalejších interakcí mezi matkou a dítětem, při které je podporován psychický a sociální vývoj dítěte. Dochází zde k nenahraditelné podpoře lásky, během které dává matka dítěti kus sebe samé. Tato tělesná sounáležitost posiluje duševně a emocionálně dítě v důležité rané fázi života. Kojení trvale upevňuje vztah mezi matkou a dítětem, takto vzniklé silné pouto v útlém dětství má velký význam pro pozdější sociální přizpůsobivost. (Weigert, V., 2006, s. 17-18)

První přiložení je taktéž velice důležité pro budoucí správnou tvorbu mléka a bezproblémové a dlouhodobé kojení. U fyziologického novorozence je snaha o první přiložení do třiceti minut po porodu, nejdéle však do dvou hodin. Mateřský organismus v této době reaguje velmi intenzivně na stimulaci prsu sáním dítěte. Vzestup hladiny obou základních hormonů, které zprostředkovávají uvolňování a tvorbu mléka, oxytocinu a

prolaktinu, je po prvním přiložení do dvou hodin od porodu mnohokrát vyšší než po přiložení později. (Pařízek, A., 2009, s. 522)

2.1.8 Rooming in

V návaznosti na teorii bondingu byl vytvořen systém nazývaný rooming-in, který má přirozeně podpořit upevnění vztahu mezi matkou a dítětem na oddělení šestinedělí.

Na základě vědeckých poznatků v nejvyspělejších zemích již v 70. letech, u nás o něco později, dochází k utváření nových podmínek a postupů v péči o matku a dítě, a to tak, aby byl novorozenec bezprostředně po porodu přiložen k prsu své matky a nadále v její bezprostřední blízkosti, což umožňuje tzv. systém rooming in.

Rooming in neboli také baby in je označení pro umístění zdravé matky (šestinedělky) a fyziologického novorozence na jednom pokoji v bezprostřední vzájemné blízkosti. Pokud jde o nepřetržitý pobyt matky a novorozence na jednom pokoji ve dne i v noci, pak jej označujeme jako tzv. full rooming in (plný). Pokud má matka novorozence u sebe během dne a noc dítě tráví na novorozeneckém oddělení, pak jde o tzv. half rooming in (poloviční). Pro většinu dnešních matek je umístění novorozence s matkou na jednom pokoji zcela přirozené, samozřejmé ba i nutné. Většina žen, které zažily jak tento současný systém péče i systém předešlý, kdy byli novorozenci odděleni od matek, se shodují v tom, že rooming in je únavnější, ale matky se cítí se spokojenější a šťastnější. Dítě v systému rooming in je podstatně klidnější, spokojenější a cítí se v bezpečí. (Šráčková, D., 2007, s. 26-27)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Těhotenství, porod a narození dítěte, to všechno jsou události v životě ženy, které svým významem a svou velikostí znamenají více než ostatní. Mají obrovský vliv nejen na život matky, ale i na život právě narozeného dítěte. Proto je nutné si uvědomit důležitost vytvoření pevného pouta mezi matkou a dítětem. A je velice důležité matkám již prenatálně a následně po porodu podat dostatek informací a vytvořit takové podmínky, abychom jim navázání daného vztahu umožnili.

Ačkoliv se o tuto problematiku zajímá mnoho odborníků a bylo vydáno již mnoho publikací, nemyslím si, že je dostatečná informovanost o důležitosti tohoto problému a dostatečně realizována podpora tohoto vztahu. Právě z tohoto důvodu jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila „Vývoj vztahu matky a dítěte během těhotenství a po porodu“. Budu se zabývat otázkou, jak je podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem ze strany zdravotnického personálu.

4 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zmapovat retrospektivně, jak jsou matky informovány o podstatě utváření raného vztahu mezi matkou a dítětem a jak je realizována podpora tohoto vztahu.

Dílčí cíl 1: Zjistit míru informovanosti o utváření raného vztahu mezi matkou a dítětem v prenatálním období.

Dílčí cíl 2: Zjistit míru realizace podpory raného kontaktu mezi matkou a dítětem na porodním sále.

Dílčí cíl 3: Zjistit míru realizace podpory raného kontaktu mezi matkou a dítětem na oddělení šestinedělí.

Dílčí cíl 4: Odhalit nedostatky podpory raného kontaktu ze strany zdravotníků.

5 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

Předpoklad 1: Předpokládám, že více než polovina žen nebyla informována zdravotníky o vytváření vazby mezi matkou a dítětem prenatálně. (Kritérium: Více než polovina žen zodpoví alespoň dvě otázky ze tří položených záporně. Otázky č. 5, 6, 7.)

Předpoklad 2: Předpokládám, že více než polovina žen používala v těhotenství instinktivně metody prenatální komunikace a tím navazovala raný kontakt s dítětem. (Kritérium: Více než polovina žen odpoví alespoň na dvě otázky ze tří položených kladně. Otázky č. 8, 9, 10.)

Předpoklad 3: Předpokládám, že u více než poloviny žen byl podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem ze strany zdravotníků ihned po porodu. (Kritérium: Více než polovina žen zodpoví alespoň dvě otázky ze tří položených kladně. Otázky č. 12, 13, 14.)

Předpoklad 4: Předpokládám, že u více než poloviny žen byl podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem na oddělení šestinedělí. (Kritérium: Více než polovina žen zodpoví alespoň dvě otázky ze tří položených kladně. Otázky č. 15, 16, 17.)

Předpoklad 5: Předpokládám, že více než polovina žen byla spokojena s dostatečnou podporou raného kontaktu ze strany zdravotnického personálu. (Kritérium: Více než polovina žen uvede, že se setkaly s dostatečnou podporou raného kontaktu ze strany zdravotnického personálu a že byly spokojené s touto podporou. Otázka č. 19.)

6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Dotazník byl určen pro matky po porodu na oddělení šestinedělí a pro matky na mateřské či rodičovské dovolené do dvou let věku dítěte. Tento výběr byl záměrný, a to z toho důvodu, aby měly maminky ještě v paměti první navazování kontaktu se svým dítětem. Část dotazníků jsem umístila na oddělení šestinedělí v domažlické nemocnici a část jsem rozdávala mezi maminky, které je šířily i mezi sebou a svými známými.

7 METODA SBĚRU DAT

Pro zpracování praktické části jsem zvolila kvantitativní výzkumné šetření formu strukturovaného anonymního dotazníku. Dotazník obsahuje celkem 20 otázek, které byly formulovány tak, aby díky odpovědím bylo možné potvrdit, či vyvrátit dané předpoklady. Jsou zde obsaženy otázky převážně uzavřené či polouzavřené, ve kterých si respondentky vybíraly vždy jen jednu odpověď, a jedna otázka otevřená, určená k podrobnějšímu vyjádření se k danému tématu.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal částečně v domažlické nemocnici a částečně mezi maminkami na mateřské a rodičovské dovolené v době od 15. 2. 2014 do 15. 3. 2014. Celkem bylo rozdáno 100 anonymních dotazníků. Celková návratnost byla 100 %, tedy 100 dotazníků. Z celkového počtu dotazníků nebyl žádný vyřazen pro neúplné či chybné vyplnění.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

K analýze jednotlivých otázek jsem použila tabulky, kde jsem zaznamenala odpovědi, které se u dané otázky vyskytovaly, a počet respondentek se stejnou či podobnou odpovědí jsem následně vyjádřila v procentech. Ke každé otázce je přidělena jedna tabulka. První tři otázky jsou spíše jen informativní ohledně faktografických údajů, další se již týkají daného tématu.

Otázka č. 1: Do jaké věkové skupiny patříte?

Největší počet maminek spadá do věkové skupiny 21 – 30 let (53 %). 42 % spadá do věkové skupiny více než 30 let. 5 % maminek spadá do skupiny 15 – 20 let.

Tabulka č. 1 – Věková skupina respondentek

Odpovědi	Počet
15 – 20 let	5 %
21 – 30 let	53 %
více než 30 let	42 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 2: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

51 % všech maminek, které jsem oslovila, disponuje středoškolským vzděláním s maturitou. 30 % maminek má středoškolské vzdělání bez maturity. 10 % má základní vzdělání a 9 % vysokoškolské.

Tabulka č. 2 – Vzdělání

Odpovědi	Počet
Základní	10 %
Středoškolské bez maturity	30 %
Středoškolské s maturitou	51 %
Vysokoškolské	9 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 3: Rodila jste poprvé?

Dotazník mi vyplnilo 48 % prvorodiček a 52 % vícerodiček.

Tabulka č. 3 - Parita

Odpovědi	Počet
Ano	48 %
Ne	52 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 4: Bylo Vaše dítě plánované?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jaké byly prvotní předpoklady pro přijetí dítěte a navázání prvotního vztahu. Zda bylo těhotenství přijímáno ihned pozitivně či negativně nebo jestli bylo dítě chtěné, či nechtěné. Z výsledků vyplývá, že 62 % maminek dítě plánovalo. 30 % maminek dítě sice neplánovalo, ale přijaly tuto zprávu pozitivně a na miminko se těšily. Pouze 8 % maminek zprvu zvažovalo interrupci. Můžeme tedy říci, že většina dětí byla pozitivně přijata matkami již v těhotenství a tím jim byly vytvořeny podmínky k úspěšnému navázání prvotního vztahu.

Tabulka č. 4 – Plánovanost dítěte

Odpovědi	Počet
Ano, miminko jsme plánovali a chtěli.	62 %
Ne, miminko jsme neplánovali, ale těšili jsme se na něj.	30 %
Ne, miminko jsme neplánovali a zpočátku jsem zvažovala i interrupci.	8 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 5: Byla jste podrobně informována porodní asistentkou či jiným zdravotníkem o tom, kdy se miminku vyvíjí zrak, sluch nebo pohybová soustava?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak informují porodní asistentky maminky o prenatálním vývoji dítěte již v prenatální poradně a jestli maminky samy mají o tyto informace zájem. Pouze 12 % maminek odpovědělo ano, že dostaly informace od porodní asistentky, z toho jedna maminka odpověděla, že tyto informace získala od doly. 66 % maminek sice tyto informace od porodní asistentky nedostalo, ale samy si je vyhledaly. 22 % maminek informace nedostalo a ani si je nevyhledávalo.

Tabulka č. 5 – Informovanost o prenatálním vývoji

Odpovědi	Počet
Ano, dostala jsem informace od porodní asistentky.	12 %
Ne, ale informace jsem si našla sama na internetu či v knihách.	66 %
Ne, a ani jsem informace nevyhledávala.	22 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 6: Byla jste informována porodní asistentkou o tom, jak komunikovat s miminkem již před porodem?

Tato otázka opět zhodnocuje práci porodních asistentek v prenatalních poradnách, jak informují maminky o prvotní komunikaci mezi nimi a ještě nenarozenými dětmi. 12 % maminek odpovědělo, že tyto informace dostaly od porodní asistentky, z toho byla jedna maminka informována doulou. V 66 % se tyto informace k maminkám od porodních asistentek nedostaly, ale maminky si je vyhledaly samy. 22 % maminek nebylo informováno ze strany porodních asistentek a ani se o toto téma nezajímalo.

Tabulka č. 6 – Informovanost o prenatalní komunikaci

Odpovědi	Počet
Ano, dostala jsem informace od porodní asistentky.	12 %
Ne, ale informace jsem si našla sama na internetu či v knihách.	66 %
Ne, a ani jsem informace nevyhledávala.	22 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 7: Dostala jste informace od porodní asistentky o tom, jak podpořit budování vztahu mezi vámi a miminkem?

Tato otázka je opět o informacích získávaných od porodních asistentek. Taktéž jsem pomocí této otázky chtěla zjistit, jestli maminky přemýšlejí o budování vztahu s dítětem již v těhotenství a jestli mají zájem o toto téma. 12 % maminek dostalo informace od porodních asistentek. Jedna maminka získala informace od duly. 66 % maminek si informace o budování vztahu vyhledalo samo. A 22 % maminek tomuto tématu nevěnovalo pozornost.

Tabulka č. 7 – Informovanost o budování raného kontaktu

Odpovědi	Počet
Ano, dostala jsem informace od porodní asistentky.	12 %
Ne, ale informace jsem si našla sama na internetu či v knihách.	66 %
Ne, a ani jsem si informace nevyhledávala.	22 %

Zdroj: vlastní

Předpoklad 1:

Předpokládám, že více než polovina žen nebyla informována zdravotníky o vytváření vazby mezi matkou a dítětem prenatálně. (Kritérium: Více než polovina žen zodpoví alespoň dvě otázky ze tří položených záporně. Otázky č. 5, 6, 7.)

Tabulka č. I – Celková informovanost matek prenatálně

Odpovědi	Počet
3 x NE	81 %
2 x NE / 1 x ANO	7 %
1 x NE / 2 x ANO	1 %
3 x ANO	11 %

Zdroj: vlastní

88 % žen nebylo dostatečně informováno o vytváření vazby mezi matkou a dítětem prenatálně. U 12 % žen byla informovanost vyhodnocena jako dostatečná.

Otázka č. 8: Používala jste nějaké metody navazování vztahu s dítětem již prenatálně (během těhotenství)? Např. zpívání, povídání si s dítětem, hlazení apod.

Tato otázka měla informovat o úsilí matek v navazování kontaktu s nenarozeným dítětem. Je velmi pozitivní, že 98 % všech maminek používalo některou z metod prenatální komunikace a tím navazovaly prvotní kontakt se svým nenarozeným dítětem. Nejčastější metody, které maminky používaly, byly: hlazení, povídání a zpěv. Pouze 2 % matek žádnou z těchto metod nepoužilo. Je zajímavé, že v obou těchto případech bylo těhotenství neplánované a zprvu obě maminky zvažovaly interrupci.

Tabulka č. 8 – Metody prenatální komunikace

Odpovědi	Počet
Ano, používala jsem ...	98 %
Ne, nic takového	2 %
Jiné	0 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 9: Oslovovala jste své dítě jménem již v těhotenství?

Tato otázka se opět týká prenatalní komunikace a utváření prvotního kontaktu. Snažila jsem se zjistit, jestli vnímají maminky své dítě v těhotenství již jako bytost a jestli ho oslovují. Mnoho maminek oslovovalo své dítě jménem již prenatalně. Z toho 33 % od první chvíle zjištěného těhotenství, 27 % od prvních pohybů dítěte a 8 % od potvrzení pohlaví dítěte. 32 % maminek oslovovalo své dítě jménem až po porodu.

Tabulka č. 9 – Oslovení dítěte

Odpovědi	Počet
Ano, od první chvíle.	33 %
Od prvních pohybů dítěte, které jste ucítila.	27 %
Po porodu svého dítěte.	32 %
Jiné... (potvrzení pohlaví)	8 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 10: Od jaké chvíle jste vnímala své mateřství (vnitřní pocit, že jste matkou)?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli maminky samy sebe vnímají jako matky již v těhotenství, což má také vliv na utváření vztahu již prenatalně. 62 % maminek vnímaly samy sebe jako matky již od prvního zjištění těhotenství. Je zajímavé, že stejné množství maminek tedy 62 % uvedlo, že jejich dítě bylo plánované a chtěné. 18 % maminek vnímalo své mateřství od prvních pohybů dítěte. 20 % maminek přijalo své mateřství až po porodu svého dítěte.

Tabulka č. 10 – Vnímání mateřství

Odpovědi	Počet
Již od prvního zjištění těhotenství.	62 %
Od prvních pohybů dítěte, které jsem ucítila.	18 %
Po porodu svého dítěte.	20 %
Jiné...	0 %

Zdroj: vlastní

Předpoklad 2:

Předpokládám, že více než polovina žen používala v těhotenství instinktivně metody prenatalní komunikace a tím navazovala raný kontakt s dítětem. (Kritérium: Více než polovina žen odpoví alespoň na dvě otázky ze tří položených kladně. Otázky č. 8, 9, 10.)

Tabulka č. II – Celkové navazování kontaktu prenatalně

Odpovědi	Počet
3 x ANO	60 %
2 x ANO / 1 x NE	28 %
1 x ANO / 2 x NE	12 %
3 x NE	0 %

Zdroj: vlastní

Během těhotenství 88 % žen používalo instinktivně metody prenatalní komunikace. Jen 12 % žen je nepoužívalo.

Otázka č. 11: Uvítala byste více informací o vývoji miminka a vztahu mezi ním a Vámi v prenatalní poradně?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli by maminky měly vůbec zájem o více informací ohledně prenatalního vývoje či utváření prvotního kontaktu se svým dítětem. 62 % maminek odpovědělo, že by tyto informace ze strany zdravotníků uvítaly. 12 % maminek odpovědělo, že ne. 26 % maminek na to nemá vyhraněný názor.

Tabulka č. 11 – Informovanost v prenatalní poradně

Odpovědi	Počet
Ano	62 %
Ne	12 %
Nevím	26 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 12: Dostala jste Vaše novorozené dítě na nahé tělo ihned po porodu? (skin to skin = kůže na kůži)

Tuto otázku jsem položila z toho důvodu, že jsem chtěla zjistit jak často je praktikována tato metoda v nemocnicích. I přes to, že jsou dnes známy pozitivní vlivy této metody na utváření raného vztahu mezi matkou a dítětem, najde se několik pracovišť, kde se stále této metodě vyhýbají. 63 % maminek odpovědělo, že dostaly své dítě na nahé tělo ihned po porodu. 37 % maminek uvedlo, že ne. Z toho 40 % žen uvedlo, že své dítě nedostaly na nahé tělo z důvodu císařského řezu.

Tabulka č. 12 – skin to skin

Odpovědi	Počet
Ano	63 %
Ne	37 %
Jiné...	0 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 13: Za jak dlouho Vám bylo umožněno první přiložení dítěte k prsu?

Tuto otázku považuji za stěžejní v podpoře prvotního kontaktu již na porodním sále. První přiložení dítěte k prsu matky je jedna z nejdůležitějších věcí, která podporuje utváření vztahu mezi matkou a novorozeným dítětem a jejich vzájemnému sblížení. 59 % maminek uvedlo, že došlo k prvnímu přiložení do půl hodiny po porodu. 24 % maminek uvedlo, že k tomu došlo do hodiny po porodu, nejčastěji z důvodu delšího ošetřování porodního poranění. 17 % maminek uvedlo, že k tomu došlo déle. Z toho 48 % žen uvedlo za důvod císařský řez. Jedna žena dokonce uvedla, že k prvnímu přiložení došlo až za dvanáct hodin po porodu z důvodu nedostatku času personálu.

Tabulka č. 13 – První přiložení dítěte k prsu matky

Odpovědi	Počet
Do půl hodiny	59 %
Do hodiny	24 %
Déle	17 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 14: Byl Vám umožněn intenzivní kontakt s Vaším dítětem ještě na porodním sále, tedy měla jste miminko u sebe během celých dvou hodin po porodu?

Tato otázka opět slouží k zmapování četnosti používání této metody a tím tak podpory raného kontaktu mezi matkou a dítětem. 48 % maminek uvedlo, že měly své dítě u sebe po celou dobu na porodním sále. 41 % maminek uvedlo, že jim bylo po určité době dítě odneseno, a to nejčastěji z důvodu zahřátí a umytí dítěte. U 8 % žen bylo dítě ihned odneseno z důvodu císařského řezu a u 3 % žen bylo ihned odneseno z důvodu zhoršené poporodní adaptace.

Tabulka č. 14 – Kontakt na porodním sále

Odpovědi	Počet
Ano, měla jsem celou dobu své dítě u sebe	48 %
Ne, dítě mi bylo po určité době odneseno	41 %
Ne, dítě mi bylo ihned odneseno	11 %

Zdroj: vlastní

Předpoklad 3:

Předpokládám, že u více než poloviny žen byl podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem ze strany zdravotníků ihned po porodu. (Kritérium: Více než polovina žen zodpoví alespoň dvě otázky ze tří položených kladně. Otázky č. 12, 13, 14.)

Tabulka č. III – Celková podpora raného kontaktu na porodním sále

Odpovědi	Počet
3 x ANO	46 %
2 x ANO / 1 x NE	16 %
1 x ANO / 2 x NE	18 %
3 x NE	20 %

Zdroj: vlastní

Bonding byl podpořen bezprostředně po porodu u 62 % žen. U 38 % žen nebyl bonding po porodu dostatečně podpořen.

Otázka č. 15: Proběhl u Vás systém rooming in?(což znamená, že má maminka po porodu dítě u sebe na pokoji v postýlce, kojí ho a stará se o něj 24h)

Touto otázkou jsem chtěla zjistit míru praktikování této metody, která podporuje poznávání a sblížení matky a dítěte na oddělení šestinedělí. 75 % maminek mělo dítě v systému full rooming in, tzn. měly své dítě u sebe ve dne i v noci. 15 % maminek uvedlo, že měly half rooming in, tzn. měly dítě u sebe ve dne, a v noci na novorozeneckém oddělení. Z toho 85 % z důvodu novorozenecké žloutenky a následné fototerapie a 15 % z důvodu odpočinku matky. 10 % maminek nemělo dítě u sebe z jiných zdravotních problémů (infekce dítěte, císařský řez apod.).

Tabulka č. 15 – Rooming in

Odpovědi	Počet
Ano, měla jsem celou dobu své dítě u sebe.	75 %
Ano, ale v noci bylo dítě umístěné na novorozeneckém oddělení.	15 %
Ne, dítě jsem u sebe neměla.	10 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 16: Dávala jste si své dítě na Vaše nahé tělo i na oddělení šestinedělí? (skin to skin = kůže na kůži)

Touto otázkou jsem si potvrdila, že tato metoda není příliš rozšířená i přes to, že její význam v posilování vztahu mezi matkou a dítětem je velký. 90 % maminek odpovědělo, že si své dítě na nahé tělo nedávaly. 37 % maminek jen výjimečně a 53 % vůbec. 10 % maminek uvedlo, že si své dítě dávaly na nahé tělo po celou dobu na oddělení šestinedělí.

Tabulka č. 16 – skin to skin na oddělení šestinedělí

Odpovědi	Počet
Ano, po celou dobu na oddělení šestinedělí.	10 %
Ne, jen výjimečně.	37 %
Ne.	53 %
Jiné...	0 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 17: Kojíte či kojila jste své dítě?

Touto otázkou jsem zjišťovala četnost kojících matek. 85 % maminek uvedlo, že své dítě kojí či kojily. 15 % maminek uvedlo, že své dítě nekojily již při odchodu z porodnice. Nejčastějším důvodem byl uváděn nedostatek mléka. Je zde zřejmé, že zájem o kojení ze strany matek je značný.

Tabulka č. 17 - Laktace

Odpovědi	Počet
Ano.	85 %
Ne, již při odchodu z porodnice jsem nekojila.	15 %
Jiné...	0 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 18: Byla jste dostatečně informována o zásadách kojení a byla jste dostatečně podpořena v kojení ze strany zdravotníků?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit souvislost mezi kojením či nekojením matek a informovaností o laktaci ze strany zdravotníků. 73 % maminek uvedlo, že bylo dostatečně informováno a podporováno zdravotníky v oblasti kojení. 27 % maminek shledalo informovanost a podporu ze strany zdravotníků nedostatečnou. 80 % maminek, které v předchozí otázce uvedly, že nekojily již při odchodu z porodnice, taktéž uvedly, že nebyly dostatečně informovány a podpořeny ze strany zdravotnického personálu.

Tabulka č. 18 – Informovanost o laktaci

Odpovědi	Počet
Ano	73 %
Ne	27 %
Jiné...	0 %

Zdroj: vlastní

Předpoklad 4:

Předpokládám, že u více než poloviny žen byl podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem na oddělení šestinedělí. (Kritérium: Více než polovina žen zodpoví alespoň dvě otázky ze tří položených kladně. Otázky č. 15, 16, 17.)

Tabulka č. IV – Celková podpora raného kontaktu na oddělení šestinedělí

Odpovědi	Počet
3 x ANO	8 %
2 x ANO / 1 x NE	72 %
1 x ANO / 2 x NE	18 %
3 x NE	2 %

Zdroj: vlastní

Bonding na oddělení šestinedělí byl podpořen u 80 % respondentek. U 20 % žen byl raný kontakt s dítětem na oddělení šestinedělí nedostatečný.

Otázka č. 19: Jaká je Vaše spokojenost s podporou raného kontaktu (podpory vztahu matky s miminkem) ze strany zdravotníků v porodnici?

Tato otázka měla zjistit, jestli se ženám dostalo dostatečné podpory raného kontaktu ze strany zdravotníků a jaká byla jejich celková spokojenost. 59 % žen uvedlo spokojenost. 18 % žen bylo velmi spokojeno. 17 % žen nebylo ani spokojeno, ani nespokojeno. 5 % žen bylo nespokojených. 1 % žen bylo velmi nespokojených.

Tabulka č. 19 – Spokojenost s podporou raného kontaktu

Odpovědi	Počet
Velmi spokojená	18 %
Spokojená	59 %
Ani spokojená / ani nespokojená	17 %
Nespokojená	5 %
Velmi nespokojená	1 %

Zdroj: vlastní

Otázka č. 20: Zde se můžete volně vyjádřit k tomu, co Vám nejvíce chybělo či překáželo v prvních hodinách a dnech navazování vztahu s Vaším dítětem ze strany zdravotníků. Co byste uvítala nebo změnila.

Zde mohly ženy vyjádřit své pocity, poznatky a zkušenosti s podporou raného kontaktu ze strany zdravotníků. Nejčastěji uvedené odpovědi jsem uvedla do tabulky.

Tabulka č. 20 – Připomínky respondentek

Odpovědi	Počet
Podání více informací v péči o dítě a kojení.	30 %
Umožnění delšího kontaktu s dítětem.	28 %
Umožnění většího soukromí a méně personálu u porodu.	15 %
Osobnější přístup.	14 %
Podání více informací o zdravotním stavu matky a dítěte.	10 %
Příjemnější nemocniční režim (buzení).	2 %
Příhodnější strava pro kojící matky.	1 %

Zdroj: vlastní

10 PREZENTACE A INTEPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cílem výzkumu bylo zmapovat retrospektivně, jak jsou matky informovány o podstatě utváření raného vztahu mezi matkou a dítětem a jak je realizována podpora tohoto vztahu. Z výsledků výzkumu jednoznačně vyplývá, že matkám nejsou podávány dostatečné informace od zdravotníků respektive od porodních asistentek o daném tématu. Nicméně podpora tohoto vztahu ze strany zdravotníků je značná.

Předpoklad 1: Předpokládala jsem, že více než polovina žen nebyla informována zdravotníky o vytváření vazby mezi matkou a dítětem prenatálně. 88 % žen uvedlo, že nebylo informováno o vytváření vazby mezi matkou a dítětem prenatálně a 12 % uvedlo, že ano. Viz tabulka č. I. **Předpoklad se potvrdil.**

Předpoklad 2: Předpokládala jsem, že více než polovina žen používala v těhotenství instinktivně metody prenatální komunikace a tím navazovala raný kontakt s dítětem. 88 % žen uvedlo, že používalo metody prenatální komunikace a tím navazovaly vztah se svým dítětem. 12 % žen uvedlo, že tyto metody nepoužívaly. Viz tabulka č. II. **Předpoklad se potvrdil.**

Předpoklad 3: Předpokládala jsem, že u více než poloviny žen byl podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem ze strany zdravotníků ihned po porodu. U 62 % žen byl raný kontakt na porodním sále zdravotníky podpořen a u 38 % žen tento kontakt podpořen nebyl. Viz tabulka č. III. **Předpoklad se potvrdil.**

Předpoklad 4: Předpokládala jsem, že u více než poloviny žen byl podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem na oddělení šestinedělí. U 80 % žen byl podpořen raný kontakt mezi matkou a dítětem na oddělení šestinedělí. U 20 % žen tento kontakt podpořen nebyl. Viz tabulka č. IV. **Předpoklad se potvrdil.**

Předpoklad 5: Předpokládala jsem, že více než polovina žen byla spokojena s dostatečnou podporou raného kontaktu ze strany zdravotnického personálu. 77 % žen bylo spokojeno s podporou raného kontaktu. 17 % žen nebylo ani spokojeno ani nespokojeno. 6 % žen bylo nespokojeno s touto podporou. Viz tabulka č. 19. **Předpoklad se potvrdil.**

11 DISKUSE

Úkolem výzkumu bylo zmapování postojů, zkušeností a přání matek v oblasti utváření prvotního vztahu mezi matkou a dítětem z pohledu matek samotných. Díky získaným údajům lze říci, že došlo ve zdravotnických zařízeních k evidentnímu pokroku v oblasti podpory raného kontaktu. Již se nenahlíží na plod a na matku jen z hlediska medicínského, ale je brána v podvědomí i emociální stránka matky a dítěte.

Během své praxe jsem se setkala s různou podporou raného kontaktu a s různými postoji k této podpoře. A ačkoliv se mi během výzkumného šetření dané předpoklady potvrdily, nemohu říci, že je výsledek zcela pozitivní.

Za největší úskalí považuji nedostatečnou informovanost matek o utváření a podpoře raného vztahu mezi matkou a dítětem ze strany porodních asistentek v prenatálních porodnách. Je důležité ale zmínit, že ačkoliv ženy nejsou informovány o daném problému, většina z nich naslouchá svému přirozenému instinktu a využívá tak metod prenatální komunikace a tím si buduje raný vztah se svým nenarozeným dítětem. Ratislavová (s. 24, 2008) uvádí, že Fedor Freybergh vnímá těhotenství jako aktivní dialog mezi dítětem a matkou, který probíhá již od začátku těhotenství, a to často nevědomě. Zdůrazňuje také nutnost změnit prenatální péči tak, aby obsahovala nejen aspekty medicínské, ale také aspekty psychologické, sociální a v rámci psychosociálního dialogu považovala dítě za aktivního partnera obou rodičů.

Co se týče podpory raného kontaktu na porodních sálech, domnívám se, že ačkoliv většina nemocnic nabízí mnoho metod podpory raného kontaktu již na porodním sále, ne vždy jsou tyto metody rodičkám umožněny. Myslím si, že určitý pokrok v tomto období nastal, ale s počtem 62 % žen, kterým byla umožněna dostatečná podpora na porodním sále, tedy přiložení dítětem skin to skin na tělo matky ihned po porodu, první přiložení dítěte k prsu matky do půl hodiny až do hodiny po porodu a intenzivní kontakt matky a dítěte během celých dvou hodin na porodním sále, nemůžeme být spokojeni. Stále je tu 38 % žen, které nejčastěji z důvodu zahřátí či umytí dítěte přicházejí o ten vzácný okamžik navázání prvního kontaktu se svým dítětem. Mrowetz uvádí ve svém výzkumu, že jsou ženy v ČR rutinně oddělovány od svých novorozenech dětí. Dle jejího výzkumu je dvě hodiny po porodu v nepřetržitém kontaktu se svým dítětem pouze třetina matek, méně než třetině žen je dítě po určité době odneseno, a to z důvodu zvážení, ošetření, umytí apod. a více než třetina žen nemá žádný kontakt se svým dítětem. (Mrowetz, M., Chrastilová, G.,

Antalová I., 2011, s. 27) Zahřátí a umytí dítěte byl jeden z nečastějších důvodů odnesení dítěte od matky, zmiňovaných i v mém výzkumu. Domnívám se, že je tento důvod pouze zástěrkou toho, aby zdravotníci nemuseli tak často kontrolovat matky s dětmi na porodních boxech. Dle výsledků výzkumu, kdy se porovnával kontakt kůže na kůži s vyhříváním lůžkem jako podpora termoregulace novorozenců, bylo potvrzeno, že tělesná teplota byla nejvyšší u zkoumaných dětí, které měly kontakt nejdříve, nižší teplotu měly děti, kterým byl poskytnut kontakt kůže na kůži až po počátečním ošetření a nejnižší teplotu měly děti, kterým se nedostalo žádného kontaktu kůže na kůži s jejich matkami. (Mrowetz, M., Peremská, M., 2013, s. 202) Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) uvádí, že tělesný kontakt s matkou po porodu je nejlepším prostředkem k udržování tělesné teploty novorozence. Tento kontakt skin to skin je také doporučován z psychologických důvodů a ze zdravotních důvodů novorozence. Dle světové zdravotnické organizace je omezení kontaktu matky a dítěte po porodu škodlivé a měla by se tyto praktiky z porodnic vyloučit. (Mrowetz, M., Chrástilová, G., Antalová I., 2011, s. 260)

O podpoře raného kontaktu mezi matkou a dítětem na oddělení šestinedělí můžeme říci, že je již značná. Především umožnění systému rooming in v porodnicích, kdy jsou matky v nepřetržitém kontaktu se svými dětmi, napomáhá utváření pevného pouta mezi matkou a dítětem. Rooming in je metoda, která by měla v každé porodnici navazovat na nepřetržitý kontakt na porodním sále. Ale i přes to se najde určitá skupina matek, kterým tento systém nebyl umožněn. V úzké souvislosti s rooming in je frekvence kojících matek. Z 90 % dotazovaných žen, kterým byl umožněn systém rooming in, 85 % uvádí, že při odchodu z porodnice kojily. Dle výzkumů při zavedení systému rooming in do praxe, stoupla kojivost matek na 90-95 %, a to i po propuštění z porodnice. (Šráčková, D., 2007, s. 27) Nicméně z mého výzkumu vyplývá, že je tu ještě značná část matek (15 %), které nekojily. Otázka zní, proč? Domnívám se, že těmto ženám nebyla věnována dostatečná pozornost v otázce kojení a její podpoře ze strany porodních asistentek. Každá žena je jiná, každá žena potřebuje jiný přístup a každé ženě je zapotřebí v prvních okamžicích s dítětem pomoci dle její potřeby. Především je důležité ženy dostatečně informovat o praktikách kojení. Nedostatečná informovanost je jedním z nejčastějších důvodů rychlého konce kojení. Mnoho žen, kterým nebyl umožněn intenzivní kontakt skin to skin se svým dítětem již na porodním sále, také uvedlo, že měly problémy s počátky kojení. Ratislavová (2008, s. 84) uvádí, že časný poporodní kontakt mezi matkou a dítětem „skin – to – skin“ a

následné první přiložení novorozence k prsu matky má úzkou spojitost s menšími problémy s kojením. Také uvádí, že hlavní příčinou proč ženy přestaly či ani nezačaly kojit je dle výzkumů (Strategické dokumenty 3, 2002) nedůkladná a nepřesná instruktáž matek ze strany porodních asistentek.

Myslím si, že stojí také za zmínku fakt, že 62 % dotazovaných žen uvedlo, že své mateřství a početí dítěte plánovalo a tatáž skupina žen také uvedla, že se cítily být matkou již od prvního zjištění těhotenství. Domnívám se tedy, že pokud se žena cítí být připravena na roli matky a následně si vybere a naplánuje okamžik početí svého dítěte, dříve se s touto rolí matky sžije. Mrowetz (Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová I., 2011, s. 40-41) uvádí, že dle dosavadních poznatků prenatalní psychologie každé nenarozené dítě potřebuje od samého začátku své existence lásku svých rodičů. Dle prenatalních psychologů ambivalentní pocity matky či dočasné odmítání nenarozeného dítěte mohou negativně ovlivnit již nenarozené dítě i jeho budoucnost. První trimestr těhotenství by měl být pouze láskou mezi matkou a jejím možným dítětem, a pokud dítě dostane šanci na život, mělo by být nadále milováno. Pokud ne, měla by se s ním umět matka rozloučit. (Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová I., 2011, s. 40-41) Jako porodní asistentky bychom měly dbát na prevenci nechtěného těhotenství a měly bychom být i podporou pro plánované početí a pro přijetí mateřské role.

Závěrem bych chtěla doporučit porodním asistentkám, aby v praxi více dbaly na informování žen o důležitosti raného kontaktu, jeho vzniku a o důležitosti podpory tohoto kontaktu. Jedním z doporučení by mohlo být podávat informace ženě při každé návštěvě poradny dle stáří těhotenství té určité ženy, jaké se dějí změny ve vývoji miminka a v jeho vnímání a jak již může podpořit vznikající vztah mezi ní a dítětem. Nicméně je mi jasné, že by musely mít porodní asistentky mnohem více času vyhrazeného pouze pro danou ženu. Dále by měly porodní asistentky pokračovat v podpoře raného kontaktu v porodnicích a měly by se snažit posunout již zavedené metody kvalitativně výš, aby podpořily vznik pevného pouta mezi matkou a dítětem a odvrátily tak časy konzervativního přístupu k matkám a jejich dětem.

ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zmapovat retrospektivně, jak jsou matky informovány o podstatě utváření raného vztahu mezi matkou a dítětem a jak je realizována podpora tohoto vztahu. Cíle jsem dosáhla, neboť jsem se dozvěděla o informovanosti žen o daném tématu a zjistila jsem, jak tento vztah podporovaly a jak je v tomto vztahu podporovali zdravotníci.

Teoretická část je věnována utváření tohoto vztahu a aspektům podporujícím tento vztah. Je zde věnována pozornost prenatálnímu vývoji a faktorům ovlivňujícím tento vztah prenatálně. Dále je zde zmiňován porod, psychologie porodu a vliv porodu na budoucí život jedince. A nakonec jsou zde popisovány metody utváření raného kontaktu po porodu. Pozornost je věnována především bondingu a rooming in.

Praktická část tvořená výzkumem byla uskutečněna formou anonymního dotazníku, dle kterého se následně vyhodnocovaly cíle a předpoklady. Veškeré předpoklady byly potvrzeny. Jedním z nejdůležitějších výsledků je nedostatečná informovanost matek o utváření a podpoře prvotního kontaktu ze strany porodních asistentek. Z výsledků vyšlo, že podpora raného kontaktu je vysoká. Avšak je zde ještě mnoho míst, na kterých by se mělo zapracovat.

LITERATURA A PRAMENY

BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 356 s. ISBN 978-807-3676-704.

ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 97880247130382010.

DAVIES, Kim. *Dítě a vy: moderní příručka péče o dítě od narození do předškolního věku*. 1. české vyd. Praha: Fortuna Libri, 2008, 256 s. ISBN 978-80-7321-388-6.

DEANSOVÁ, Anne. *Kniha knih o mateřství*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2004, 392 s. ISBN 80-732-1117-3.

GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. 1. vyd. Překlad Veronika Hilská. Praha: One Woman Press, 2004, 253 s. ISBN 80-863-5632-9.

HRODEK, Otto a Jan VAVŘINEC. *Pediatric*. 1. vyd. Praha, 2002, 767 s. ISBN 80-726-2178-5

HÜTHER, Gerald a Ingeborg WESER. *Tajemství prvních devíti měsíců: vývoj dítěte před narozením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 117 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-763-3.

JANOV, Arthur. *Prvotní otisky a jejich vliv na život člověka*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Maitrea, 2012, 430 s. ISBN 978-80-87249-28-4.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. LANGMAIER. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.

MROWETZ, Michaela a PEREMSKÁ, Marcela. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti?. *Pediatric pro praxi* [online]. Břesko: Solen, 2013, 14(3), 201-204 [cit. 2014-03-23]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>

MUZA, Sharon. Remembering Dr. John Kennell and His Great Contributions to Mothers and Babies Worldwide. *Science & Sensibility* [online]. 2013 [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: <http://www.scienceandsensibility.org/?p=7268>

ONDŘIOVÁ, Iveta — CÍNOVÁ, Janka. Vliv prenatální komunikace na zdravý vývoj dítěte. *Sestra*. Praha: Knižní podnikatelský klub. 2012, 22(12), s. 28-29. ISSN: 1210-0404.

ORLOVÁ, Kateřina. *Těhotenský deník*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Alpress, 2007, 143 s. ISBN 978-80-7362-417-0

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 738 s. ISBN 978-807-2626-533.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

SKORUNKOVÁ, Radka. *Základy vývojové psychologie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 159 s. ISBN 978-80-7435-253-9.

ŠRÁČKOVÁ, Danuše. Rooming in. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. Brno: Medica Publishing and Consulting. 2007, 11(1), s. 26-29. ISSN: 1211-6645

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 247 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze, 4. ISBN 978-802-4618-203.

TAKÁCS, Lea. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. 2012, 77(1), s. 15-21. ISSN: 1210-7832.

TEUSEN, Gertrud a Iris GOZE-HÄNEL. *Prenatální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 79 s. Průvodce výchovou v rodině. ISBN 80-717-8753-1.

VALEŠOVÁ, Monika a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. 1. vyd. V Plzni: Západočeská univerzita, 2012. 54 s. ISBN 978-80-261-0156-7.

WEIGERT, Vivian. *Všechno o kojení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 159 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-736-7071-2.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1 – Věková skupina respondentek
- Tabulka č. 2 – Vzdělání
- Tabulka č. 3 – Parita
- Tabulka č. 4 – Plánovanost dítěte
- Tabulka č. 5 – Informovanost o prenatálním vývoji
- Tabulka č. 6 – Informovanost o prenatální komunikaci
- Tabulka č. 7 – Informovanost o budování raného kontaktu
- Tabulka č. I – Celková informovanost matek prenatálně
- Tabulka č. 8 – Metody prenatální komunikace
- Tabulka č. 9 – Oslovení dítěte
- Tabulka č. 10 – Vnímání mateřství
- Tabulka č. II – Celkové navazování kontaktu prenatálně
- Tabulka č. 11 – Informovanost v prenatální poradně
- Tabulka č. 12 – Skin to skin
- Tabulka č. 13 – První přiložení dítěte k prsu matky
- Tabulka č. 14 – Kontakt na porodním sále
- Tabulka č. III – Celková podpora raného kontaktu na porodním sále
- Tabulka č. 15 – Rooming in
- Tabulka č. 16 – skin to skin na oddělení šestinedělí
- Tabulka č. 17 – Laktace
- Tabulka č. 18 – Informovanost o laktaci
- Tabulka č. IV – Celková podpora raného kontaktu na oddělení šestinedělí
- Tabulka č. 19 – Spokojenost s podporou raného kontaktu
- Tabulka č. 20 – Připomínky respondentek

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Položení nahého dítěte na nahé tělo matky (skin to skin) ihned po porodu

Příloha 3 – Položení dítěte po císařském řezu tváří k tváři matky

Příloha 4 – Zabalení dítěte a matky do suchých, teplých osušek jako jedné spojené jednotky

Příloha 5 – Vizualní kontakt (pohled z očí do očí)

Příloha 6 – Přirozené přisátí připraveného dítěte po porodu

Příloha 7 – Rooming in

PŘÍLOHA 1 – Dotazník

Dobrý den, milé maminky,

jmenuji se Kateřina Zemanová a jsem studentkou třetího ročníku Západočeské univerzity v Plzni, studijního oboru porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který použiji pouze pro zpracování výzkumu své bakalářské práce. Tématem mé bakalářské práce je „ Vývoj vztahu matky a dítěte během těhotenství a po porodu“. Vyplnění tohoto dotazník je zcela anonymní. Vaše odpovědi budou použity výlučně jen v mé bakalářské práci. Zvolené odpovědi zakroužkujte (vždy pouze jednu odpověď), v určitých otázkách se prosím písemně vyjádřete.

Pokud máte jakékoliv dotazy, můžete se na mě obrátit na email: katulik-zemi@seznam.cz

Mockrát děkuji za Vaše odpovědi a Váš čas. Kateřina Zemanová

Tento dotazník se zabývá vývojem raného kontaktu matky a dítěte. To znamená, vytvoření si vztahu (vazby) mezi matkou a dítětem a jejich vzájemného sblížení již před porodem, během porodu a následně po porodu.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) 15 – 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) více jak 30 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vysokoškolské

3. Rodila jste poprvé?

- a) Ano
- b) Ne

4. Bylo Vaše dítě plánované?

- a) Ano, miminko jsme plánovali a chtěli
- b) Ne, miminko jsme sice neplánovali, ale těšili jsme se na něj
- c) Ne, miminko jsme neplánovali a zpočátku jsem zvažovala i interrupci.

- 5. Byla jste podrobně informována porodní asistentkou či jiným zdravotníkem o tom, kdy se miminku vyvíjí zrak, sluch nebo pohybová soustava?**
- a) Ano, dostala jsem informace od porodní asistentky
 - b) Ne, ale informace jsem si našla sama na internetu či v knihách
 - c) Ne, a ani jsem informace nevyhledávala
- 6. Byla jste informována porodní asistentkou o tom, jak komunikovat s miminkem již před porodem?**
- a) Ano, dostala jsem informace od porodní asistentky
 - b) Ne, ale informace jsem si našla sama na internetu či v knihách
 - c) Ne, a ani jsem informace nevyhledávala
- 7. Dostala jste informace od porodní asistentky o tom, jak podpořit budování vztahu mezi Vámi a miminkem?**
- a) Ano, dostala jsem informace od porodní asistentky
 - b) Ne, ale informace jsem si našla sama na internetu či v knihách
 - c) Ne, a ani jsem informace nevyhledávala
- 8. Používala jste nějaké metody navazování vztahu s dítětem již prenatálně (během těhotenství)? Např. zpívání, povídání si s dítětem, hlazení apod.**
- a) Ano, používala jsem
 - b) Ne, nic takového
 - c) Jiné
- 9. Oslovovala jste své dítě jménem již v těhotenství?**
- a) Ano, od první chvíle
 - b) Ano, od chvíle prvních pohybů
 - c) Ne, až po porodu
 - d) jiné.....
- 10. Od jaké chvíle jste vnímala své mateřství (vnitřní pocit, že jste matkou)?**
- a) Již od prvního zjištění těhotenství
 - b) Od prvních pohybů dítěte, které jste ucítila
 - c) Po porodu svého dítěte
 - d) Jiné

11. Uvítala byste více informací o vývoji miminka a vztahu mezi ním a Vámi v prenatální poradně?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Dostala jste Vaše novorozené dítě na nahé tělo ihned po porodu?(skin to skin = kůže na kůži)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné

13. Za jak dlouho Vám bylo umožněno první přiložení dítěte k prsu?

- a) Do půl hodiny
- b) Do hodiny
- c) Déle (odhadněte a napište prosím dobu, za jak dlouho k přiložení došlo)
.....

14. Byl Vám umožněn intenzivní kontakt s Vaším dítětem ještě na porodním sále, tedy měla jste miminko u sebe během celých dvou hodin po porodu?

- a) Ano, měla jsem celou dobu své dítě u sebe
- b) Ne, dítě mi bylo po určité době odneseno z důvodu:
.....
- c) Ne, dítě mi bylo ihned odneseno z důvodu:
.....

15. Proběhl u Vás systém rooming in?(což znamená, že má maminka po porodu dítě u sebe na pokoji v postýlce, kojí ho a stará se o něj 24h)

- a) Ano, měla jsem celou dobu své dítě u sebe
- b) Ano, ale v noci bylo dítě umístěné na novorozeneckém oddělení z důvodu:
.....
- c) Ne, dítě jsem u sebe neměla z důvodu:
.....

16. Dávala jste si své dítě na Vaše nahé tělo i na oddělení šestinedělí?(skin to skin = kůže na kůži)

- a) Ano, po celou dobu na oddělení šestinedělí
- b) Ne, jen výjimečně
- c) Ne
- d) Jiné

17. Kojíte či kojila jste své dítě?

- a) Ano, (napište prosím jak dlouho)
- b) Ne, již při odchodu z porodnice jsem nekojila z důvodu:
.....
- c) Ne, z důvodu:
- d) Jiné

18. Byla jste dostatečně informována o zásadách kojení a byla jste dostatečně podpořena v kojení ze strany zdravotníků?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné

19. Jaká je Vaše spokojenost s podporou raného kontaktu (podpory vztahu matky s miminkem) ze strany zdravotníků v porodnici?

- a) Velmi spokojená
- b) Spokojená
- c) Ani spokojená / ani nespokojená
- d) Nespokojená
- e) Velmi nespokojená

20. Zde se můžete volně vyjádřit k tomu, co Vám nejvíce chybělo či překáželo v prvních hodinách a dnech navazování vztahu s Vaším dítětem ze strany zdravotníků. Co byste uvítala nebo změnila.

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

**PŘÍLOHA 2 – Položení nahého dítěte na nahé tělo matky (skin to skin)
ihned po porodu**



Zdroj: <http://www.azrodina.cz/kalendar-akci/20173-bonding-aneb-proc-mit-od-prvnich-okamziku-detatko-po-porodu-u-sebe>

PŘÍLOHA 3 – Položení dítěte po císařském řezu tváří k tváři matky



Zdroj: <http://kojim.webnode.cz/jak-predchazet-problemum/prvni-kojeni-po-porodu/>

PŘÍLOHA 4 – Zabalení dítěte i matky do suchých a teplých osušek jako jedné spojené jednotky



Zdroj: <http://www.bambiklub.cz/akademie-clanek.php?id=32>

PŘÍLOHA 5 – Vizuelní kontakt (pohled z očí do očí)



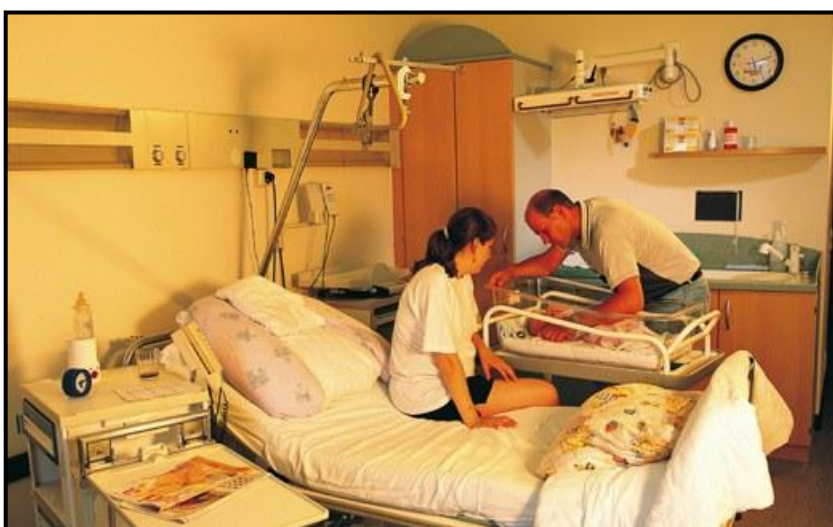
Zdroj: <http://nemocnicesternberk.agel.cz/oddeleni/gyn-por/porodnice/poporodni-bonding.html>

PŘÍLOHA 6 – Přirozené přisátí připraveného dítěte po porodu



Zdroj: <http://www.familyservice.cz/Lifestyle/Bonding--Bonding>

PŘÍLOHA 7 – Rooming in



Zdroj: <http://www.wellness-tribune.de/angebot/krankenhaus/zell/st-josef-krankenhaus-in-zell.html>