

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav Ošetrovatelství



Lenka Bartáková

Edukace v kontextu bonding

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr., Danuška Tomanová, CSc.

Olomouc 2012

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

V Olomouci 30. dubna 2012

.....

podpis

Děkuji paní doktorce Danušce Tomanové za odborné vedení bakalářské práce, za vstřícnost a trpělivost. Poděkování patří také všem, kteří mě podporovali při zpracování bakalářské práce i po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD	5
1 PRAMEN A POČÁTEK BONDINGU	7
1.1 Historie porodnictví	7
1.2 Poporodní péče ve světě	8
1.3 Duševní vývoj novorozence	9
1.4 Vztah matky a dítěte	10
2 PROBLEMATIKA BONDINGU	13
2.1 Co je to bonding?	13
2.2 Podpora bondingu	13
2.3 Vlastní provedení boxingu	17
2.4 Proces kangaroo care	19
2.5 Vliv bondingu na dítě a na matku	20
2.6 Škály hodnocení bondingu	24
2.7 Připravenost dítěte na bonding	26
2.8 Spolupráce rodičů a odborníků	26
ZÁVĚR	30
ANOTACE	32
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	34
SEZNAM PŘÍLOH	37
Příloha č. 1	38
Příloha č. 2	39

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce bylo vytvoření přehledové zprávy z dostupných periodických informačních zdrojů. Sleduje edukaci pro odborníky, sestry a porodní asistentky, které byly nalezeny v různých odborných databázích. Jsou zde zpracovány i články z jiných informačních zdrojů než jsou recenzované odborné, recenzované periodika z oboru ošetřování v období porodu. Vzhledem k tomu, že velká část informací k bondingu je směřována laické klientele, je edukace zprostředkována prostřednictvím informací o bondingu i na nosičích určených laikům. V ČR k nim patří dnes rozšířený Internet Explorer, Mozilla Firefox či Opera, které spíše využívá laická veřejnost.

Přes skutečnost, že skupina věnující se problematice péče o ženu a dítě po porodu na profesionální úrovni má některé výtky k novým postupům, musíme konstatovat, že informace pro laickou klientelu mívají i přes mnohá zpochybnění velkou životnost. Moje práce se zaměřila na zjištění studií podporujících postup zvaný bonding aj. Předkládá v průzkumech a šetřeních zjištěná data osvětlující metodu zvanou bonding nebo výroky odkazující na některé z výzkumů.

Zkoumaný problém

Otázka existence výzkumných studií o bondingu v péči o matku a dítě je základním problémem předkládané práce. Problém jsem formulovala do cílů:

- 1) Zjistit ověřené poznatky o užitečnosti bondingu v období péče o matku a dítě po porodu.
- 2) Zjistit, komu jsou které studie určeny – laické a profesionální cílové skupině, PA a dětským sestrám.

Bonding je postup užívaný po porodu v péči o dítě a matku prostřednictvím kontaktu kůže na kůži po dobu minimálně jedné hodiny. Bonding lze provádět ihned po porodu nebo později u lékařsky indikovaných oddálení dítěte od matky např. u novorozenců s nízkou porodní hmotností nebo při jejich hospitalizaci na novorozenecké jednotce intenzivní péče. Byla provedena rešerše z článků, studií a výzkumů, které byly publikovány v letech 2002 až únor 2012 pomocí databází Ebsco, Medline, Pubmed,

Solen, Proquest. Do těchto databází byla zadána tato klíčová slova: bonding, kontakt kůže na kůži, vztah matky a dítěte, metoda bondingu, kangaroo care, zdravotnická edukace a jejich kombinace. V prvním rešeršním šetření nabídly databáze kolem 500 zdrojů. K některým článkům nebyl povolen přístup, jelikož byly určeny pro lékaře, jiné nebyly přístupné online. Při tomto postupu bylo zjištěno, že bude nutné zajistit přístup k databázím pomocí VPN, které bylo zprostředkováno pomocí pana inženýra Gembického. Poté bylo možné pokračovat ve vyhledávání fulltextů těchto zdrojů. Z druhého rešeršního šetření tedy z těchto 54 zdrojů bylo použito pro vypracování bakalářské práce s tímto tématem 19 elektronických zdrojů a 6 knižních zdrojů. 11 článků bylo v anglickém jazyce a v českém jazyce bylo použito 8 článků. Použita byla ta data, která byla určena pro odbornou skupinu, tj. sestry a porodní asistentky, neonatology, sestry na neonatologických odděleních a dětské sestry. Tyto informace jsem se snažila zpracovat tak, aby byly i přínosným zdrojem pro laickou veřejnost. Zároveň byly do celkové zprávy vedle bondingu zahrnuty informace o problematice kangaroo care, kontaktu kůže na kůži, které se používají s podobnými cíly. Za důležitý byl považován i stručný popis historie porodnictví a popis účinku tohoto procesu na dítě i na matku. V textu dále odkazuji na materiály, které tyto metody doporučují. Během rešeršního šetření byly nalezeny i informace týkající se hodnotících škál bondingu. Vzhledem k tomu, že cesta odborných informací k laikům se děje prostřednictvím speciálně tvořených textů nebo způsobů prezentace, byly v mé práci uvedeny i tyto sekundární zdroje, které však nepatří mezi recenzované publikace.

1 PRAMEN A POČÁTEK BONDINGU

1.1 Historie porodnictví

Historií babictví se v posledních letech v ČR věnovala V. Vránová, která soustředila pro účely studia oboru Porodní asistence do studijního textu základní poznatky o vývoji porodnictví. Přijímá prověřenou ideu, že bezpochyby jeden z nejdůležitějších okamžiků v životě člověka je jeho narození, tedy porod. Z mnoha literárních zdrojů a ze zkušeností matek i porodních asistentek (dříve porodních babek) a porodníků-lékařů vyplývá, že porod je sice událost pro ženu přirozená, ale zároveň je spojená s určitými riziky a za určitých situací může ohrozit život matky i novorozence. Historie babictví ukazuje, že porodnictví se vyvíjelo tak dlouho jako lidstvo samo. Literatura uvádí že, až v době, kdy se začala vytvářet pospolitá společnost, začaly ženy rodit za pomoci druhé osoby a tak se postupně vyvinulo babictví a později porodnictví. Například židovské a egyptské porodnictví je popsáno ve Starém zákoně. V Egyptě byly dokonce při chrámech zřizovány jakési porodní domy nebo místnosti. V Řecku se porodnictví věnoval lékař Soranos z Efesu (98 – 138 n.l.). Porodní báby se vyskytovaly i u Aztéků, Inků a Mayů, kde těhotná žena byla velice vážená a péči o ni i novorozence byla věnována velká pozornost. V českých zemích se porodní báby učily nejprve individuálně předáváním zkušeností od jiných starších porodních bab. Teprve při vzniku Univerzity Karlovy v Praze se vzdělávání porodních bab přesunulo do instituce. Co se týká novorozence samého, péče se soustřeďovala hlavně na hygienu a výživu. (Vránová, 2007, str. 11-18) Od poloviny 18. století se většina porodů odehrávala doma za přítomnosti porodní báby a několika dalších žen. Stále více žen ale vyžadovalo, aby byl u porodu lékař a už na konci 18. století téměř každý lékař nabízel i porodnickou pomoc. Rozvoj porodnictví měl několik příčin a jednou z nich byly finance. Tehdejší angličtí lékaři tuto změnu vítali, jelikož si každým úspěšným porodem zvedli reputaci a získávali tak více pacientů. Vzniklo rodinné lékařství. Na konci 18. století bylo 0,3 % porodů v soukromých nemocnicích a 1% v chudých státních zařízeních, ale již v polovině 19. století to byla již 3 %, později 20-30 % a v první třetině 20. století to bylo až 50 %. Stále byla velká úmrtnost matek i dětí při porodech v institucích. Na tuto skutečnost poukázal Villiam Farr, který publikoval několik článků o výši kojenecké úmrtnosti a úmrtnosti matek, kterým se dalo zabránit a že stav porodnictví je v katastrofálním stavu, navzdory vyvíjejícím se jiným

odvětvím lékařství. Lékaři začali osočovat porodní báby, ať už neoprávněně, ale tyto útoky byly velmi efektivní. Ve Spojených Státech v roce 1948 rodilo v nemocnicích již 95 % žen, ve Velké Británii těchto čísel dosáhli v roce 1955 a u nás v 60. letech 20. století. (Marek, 2002, s. 64-65)

1.2 Poporodní péče ve světě

Marek uvádí že, mechanismus porodu i těhotenství je neměnný proces, který je po staletí stejný. (Marek, 2002, s. 26) Vlivem vývoje porodnictví a lékařské i zdravotnické péče se ale změnil postoj k tomuto procesu a vlivem doby a vývoje společnosti se změnila filozofie, životní styl a dokonce i potřeby člověka. Změnily se ale i samotné ženy a jejich představy o porodu a péči po porodu. Péči o ženu před, během i po porodu je nutné věnovat pozornost nejen po fyzické stránce ženy, ale i po stránce psychosociální. Žena a dítě tvoří totiž již od pradávna velmi křehkou, citlivou a až mýtickou vazbu, a proto by péče měla být komplexní, individuální a holistická. (Festová, 2010, s. 381) V různých kulturách se k porodu přistupuje různými způsoby. V Austrálii v kmeni Aboridžinců se žena po porodu uchyluje do vykopané jámy a leží v ní i s novorozencem přitisknutém na svém těle pod povrchem země. Jiný kmen Toda, který žije na náhorní planině v jižní Indii, izoluje matku s novorozencem do příbytku uplácaného z hlíny, kde spolu zůstávají asi jeden měsíc a matka se věnuje pouze novorozenci. Tyto ženy kojí zpravidla své dítě dva roky a za dítě přijímají odpovědnost i jiní muži, než jen jeho otec. Na Filipínách Monteská žena rodí ve stoje do teplého popela, pupeční šňůru přereže žena sama a poté dítě omyje ve vodě a vrátí se do své vesnice, kde si lehne i s novorozencem a přikryje se listím. Za krátkou dobu nosí dítě zabalené na zádech a vykonává běžné denní činnosti dál. U většiny domorodých lidí pupeční šňůru nepřerézávají do té doby, než odejde placenta, protože věří, že dítě tak dostane od matky hodně síly. V jiných kmenech se pupeční šňůra nepřerušuje vůbec, nechávají ji spojenou s dítětem a placentou, dokud neodpadne spontánně, neboť věří, že pokud by mělo dítě dechové potíže, placenta by ho vyléčila. Ve většině domorodých kmenů tedy dítě setrvává po porodu s matkou a nevědomě přirozeně je prováděn „bonding“. (Marek, 2002, s. 26-32)

1.3 Duševní vývoj novorozence

Duševní vývoj dítěte je intenzivní proces a prodělává jej od narození, přes vstup do školy, v pubertě a po celý jeho další život. Člověk potřebuje uspokojovat své biologické potřeby, které jsou důležité pro rozvoj jeho organismu, ale i potřeby psychické, pro rozvoj jeho osobnosti. Pro dítě je tedy nezbytná nejen senzomotorická stimulace jeho poznávacích schopností, ale i rozvíjení a naplňování sociálního kontaktu a potřebuje cítit citovou oporu ze strany rodičů. Psychický vývoj dítěte začíná již v nejranějších fázích jeho života, a to už prenatálně. Takzvané *prepsychické chování* se objevuje již u embrya a potom plodu a teprve od pátého měsíce, jak uvádí Otto Čačka, se diferencují reflexní pohyby jednotlivých svalových skupin, nervová soustava má již plný počet neuronů, ale stále je vše ve vývinu. Novorozenec se narodí se základními nepodmíněnými reflexy. Patří mezi ně reflex hledací, sací, polykací, vyměšovací, obranný, orientační, úchopový, polohový aj. Jeho nervové buňky nejsou ještě zcela vyvinuté a jsou rychle unavitelné. Novorozenec spí i 20 hodin denně a probouzí se jen na kojení nebo pro pocity vlhka. Názorně prožitkovou formou se novorozenec učí přijímat podněty podvědomě i globálně. Reaguje tak na komplex dotyků lidského těla nebo zná podobu a hlas matky. V knize Psychologie dítěte Čačka popisuje: „Dítě se tak učí, ale na své úrovni i „hledá řešení“ sobě vlastních problémů. Zdá se, že jde o jistý druh operačního prožitkového myšlení. Obdobnou emotivní cestou jsou i mnohé matky schopné téměř intuitivně reagovat i na nepatrné nuance projevů dítěte, ať jde o křik, či určitý charakter jeho pohybů. Po počáteční difúzní excitaci začínají děti signalizovat plynulými a vláčnými pohyby, či naopak křečovitými a trhavými, prožívanou *libost* či *nelibost*. Novorozenec je sice dosud „sociálně naivní“, ale není „sociálně slepý“, nechybí mu tedy určitá schopnost odrážet jisté sociální signály. Jde však o velmi jemnou interakci novorozeného dítěte s matkou na základě vzájemného *vcítění*, která přináší oběma stranám potěšení.“ (Čačka, 1997, s. 39) Je znám pojem *kritická senzitivní mateřská perioda* bezprostředně po porodu, což vedlo k vytvoření systému *rooming in* v porodnicích a tím vytvoření podmínek pro 24 hodinový kontakt novorozence s matkou. Matka by měla novorozence ošetřovat tak, aby plnila jeho potřeby a aby dítě cítilo hlavně *libost*, protože ta je základem větší přichylnosti dítěte a podrobnosti lásky, kdežto *nelibost* je základem pro upevňování strachu, zlosti a vzpurnosti. (Čačka, 1997, s. 36-40)

Psychologové hodnotí psychomotorický vývoj dítěte pomocí různých teorií a jednou z nich je Eriksonova teorie osobnosti, jejímž základem je „*osm věků života*“. V každém z osmi těchto období, má podle Eriksona každý člověk splnit určitý vývojový úkol a výsledkem řešení tohoto úkolu je ovlivnění osobnosti člověka. Ranné období, týkající se rozvoje vztahu matky a dítěte, Erikson nazval „*Základní důvěra proti základní nedůvěře*“, kdy matka pečuje o své dítě a tím v něm vyvolává zpětnou reakci, důvěru nebo nedůvěru. Úkolem mateřské péče je vybudování základní důvěry u dítěte. Tvrdí, že: „*Nezdá se, že by celkové kvantum důvěry záviselo na absolutním množství potravy, či na projevech lásky, nýbrž na kvalitě mateřského vztahu.*“ Matka a dítě se navzájem ovlivňují tím, že matka péči poskytuje, plní potřeby svého dítěte a dítě péči přijímá a učí se tím chování, které matku zpětně motivuje k tomu, aby se o něho starala a všímala si jej. Oba tak docílí vzájemného uspokojení a harmonie a dítě se učí projevoval své potřeby navenek. Kdyby tomu tak nebylo, dítě by se stáhlo a uzavřelo okolnímu světu a bálo by se vyjadřovat své potřeby a zároveň by se u něj mohla rozvinout nedůvěra k sobě samému a porucha identity. Proto je důležité, aby matka péči zvládala bez použití agrese a nenásilně. (Metalová, 2008) Marek tento proces ve své knize Nová doba porodní také popisuje. Necitlivá matka, která málo reaguje na podněty dítěte, v něm pěstuje takzvanou *vynucenou bezmoc*. Dítě je pak málo sebejisté a není v citlivém období raného dětství připraveno na další vývoj. Sebedůvěra dítěte se vyvíjí na základě pozornosti, která je mu věnována. (Marek, 2002, s. 87-88)

1.4 Vztah matky a dítěte

Vztah mezi matkou a jejím dítětem nevzniká až samotným porodem, ale vyvíjí se během celého těhotenství postupně. Období po porodu může mít zásadní význam pro vznik pevné vazby, protože většina matek je obdařena takzvaným *primárním mateřským zaujetím*. Na tento pojem poukazuje ve svém článku Figueiredo a kol. Tvrdí, že tato dispozice matky umožňuje dlouhodobou, zvláštní a unikátní emoční vazbu ke svému dítěti, která je řízena od prvního kontaktu s novorozencem a je usnadněna hormonálním systémem matky. Změny na hormonální úrovni v těle matky se týkají především vysoké hladiny kortizolu a progesteronu během těhotenství následované poklesem progesteronu a nárůstem estrogeneru, oxytocinu a prolaktinu po porodu. (Figueiredo et al, 2008, s. 540) Shoduje se s ním i Mrowetz, která v článku „*Děti chtějí být připoutány k matkám*“ popisuje takzvanou *opatrovatelskou*

připravenost matky po porodu a že existuje biologicky naprogramované období, které začíná po porodu a trvá asi 12 hodin. Odkazuje se na autory této teorie Klause a Kennela. Výsledky zkoumání publikovali v knize *Maternal infant bonding*. (Mrowetz, 2009, [online]) Ve výzkumech, jejichž výsledky Figueiredo a kol. uvádí ve své práci, se vědci zabývali dalšími faktory ovlivňující vztah matky k dítěti. Matky prvorodičky nebo matky, které měly těžký nebo komplikovaný porod se silnou bolestí se podle výzkumu Newtona (1962, *Mothers reaction to their newborn babies*) a Robsona (1967, *The role of eye-eye contact in maternal infant attachment* a 1980, *Delayed onset of maternal affection after childbirth*) méně podíleli na péči o dítě v prvních dnech po porodu. Pokud se jedná o způsob porodu, po císařském řezu a zvláště pak po akutním císařském řezu, nejsou první reakce matky na dítě tak pozitivní ve srovnání s vaginálním porodem, což zkoumal ve výzkumných pracích Cummins (1988, *Views of cesarean birth among primiparous women of Mexican origin in Los Angeles*), DiMatteo (1996, *Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta analysis*), Garel (1987, *Psychological consequences of cesarean childbirth in primipares*) nebo Marut (1979, *Comparison of primiparas perceptions of vaginal delivery and cesarean births*). Podobně negativní dopad na rozvoj mateřské lásky může mít i epidurální analgesie, jejímž vlivem je snížení hladiny kortizolu matky, jak odkazuje Figueiredo na autora výzkumu Taylor (1994, *Serum Cortizol levels are related to moods of elation and dysphoria in new mothers*). Emocionální zapojení matky se zdá být obzvláště závislé na zpoždění kontaktu po porodu mezi matkou a dítětem. Matky, které měly kontakt se svým dítětem ihned po porodu, lépe přilnuly k dítěti, než matky, které se viděly se svým dítětem později. Této problematice se věnoval Huckabay (1999, *The effect on bonding behavior of giving a mother her premature babys picture*). Vztah mezi matkou a dítětem je obousměrný proces, kterého se dítě aktivně účastní. (Figueiredo et al, 2008, s. 540). I Kennel a McGrath uvádí, že pro vývoj a prospívání dítěte je péče matky zásadní. Nemocniční personál by měl péči matky jen podporovat a tím zpevňovat pouto mezi matkou a jejím dítětem a to tím, že podpoří kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu až do chvíle, než se novorozenec poprvé přisaje k prsu, dále podporou výlučného kojení a systémem *rooming in*. V případech, kdy matka zpočátku dítě odmítá, může personál matce citlivě nabídnout kontakt s dítětem, které umožní začátek jejich vztahu. Dále Kennel a McGrath popisují, že láska matky k dítěti nezačíná v okamžiku narození dítěte, ale během celého těhotenství a pak i v období po

porodu. Byl proveden výzkum (MacFarlane), kde se matek dotázali, kdy poprvé matky pocítily lásku k jejich dítěti. 41 % matek uvedlo, že lásku ke svému dítěti cítily již v průběhu těhotenství, 24% matek se domnívalo, že při narození jejich dítěte, 27% matek odpovědělo, že až v průběhu prvního týdne života novorozence a 8% matek lásku ke svému dítěti pocítilo až po prvním týdnu po porodu. Zároveň ale také cítily zklamání z toho, že ke svému dítěti necítily žádnou zvláštní reakci hned. I z tohoto výzkumu vyplývá, že je systém rooming in více než vhodný, aby matkám usnadnil proces poznávání dítěte. Matka a dítě by neměli být od sebe odděleni, neboť jsou fyziologicky i psychicky připraveni spolupracovat v prvních hodinách a dnech po porodu. (Kennel a McGrath, 2005, s. 775-777)

Důležitou součástí bondingu je problém edukace. Průcha nahlíží na elementy edukace jako na edukační činnosti probíhající ve specifickém edukačním prostředí, v jehož rámci se jedinec setkává s edukačním kurikulem (učivem). Sledujeme-li otázku edukace v textech věnovaných bondingu, pak vidíme, že cíle edukační nejsou zřetelně ve sledovaných textech formulované. Záměry jsou čitelné u většiny autorů, nejsou však formulovány jako cíl. Bonding má napomoci k vytvoření žádoucího vztahu mezi matkou a dítětem s cílem pomoci jim oběma ke kladné citové odezvě. (Průcha, 2002, 61-72)

2 PROBLEMATIKA BONDINGU

2.1 Co je to bonding?

Rakovská ve své bakalářské práci slovo „bonding“ z angličtiny překládá jako „lepení“. (Rakovská, 2011, s. 12) Nyquist pro tyto situace používá termíny „kontakt kůže na kůži“ anglicky „skin to skin contact“ nebo „kangaroo care“ (dále jen KC) nebo „kangaroo mother care“ česky „klokánkování“. (Nyqvist a kol., 2010, s. 820) Je to přirozený a složitý proces, který napomáhá matce a dítěti (ale také otci) v rozvinutí jejich vzájemného vztahu po porodu. Vztah mezi matkou a dítětem se vyvíjí již v prenatálním období, kdy má matka být s dítětem v myšlenkách spojena a neustále na něho myslet, aby byla emočně připravena na poporodní péči a výchovu dítěte. (Mrowetz, 2011, s. 45) Podle Nyqvista a kol. je klokánkování standardizovaná metoda v systému péče o předčasně narozené děti nebo děti s nízkou porodní hmotností a je založena na kontaktu kůže na kůži mezi narozeným dítětem a jeho matkou. Cílem tohoto procesu je postupně naučit matku dovednostem a odpovědnosti, aby byla schopná splnit každou fyzickou i emocionální potřebu svého dítěte. (Nyqvist a kol., 2010, s. 820)

Dále ve svém článku Nyqvist uvádí dva druhy bondingu, respektive kangaroo mother care (dále KMC). KMC rozděluje na kontinuální a přerušovanou. Kontinuální KMC znamená 24 hodinový přímý kontakt dítěte s matkou kůže na kůži používaný hlavně v rozvojových zemích, kde je nedostatek techniky v nemocnicích. Přerušovaný neboli intermitentní KMC, který je definován jako kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem uloženým matce mezi prsy ve vertikální poloze jednou nebo vícekrát za den za proměnlivého počtu dní a využívá se především na intenzivních odděleních. (Nyqvist a kol., 2010, s. 820)

2.2 Podpora bondingu

Laktační liga pod záštitou Baby-Friendly Hospital Initiative v České republice vydala v roce 2012 dokument Deset kroků k úspěšnému kojení jako indikátor kvality péče v porodnicích. V tomto dokumentu je popsáno deset jednotlivých kroků k podpoře kojení s cílem přivést matku k rozhodnutí plně kojit.

Krok č.1 „Mít písemně zpracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu.“

Krok č.2 „Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.“

Krok č.3 „Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.“

Krok č. 4, cituji: „WHO : Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu. Položit dítě v kontaktu kůže na kůži na matku hned po porodu po dobu nejméně 1 hodiny. Povzbudit matky, aby rozpoznaly, kdy je dítě připraveno ke kojení a poskytnout jim pomoc, pokud ji potřebují.“ Dále uvádí cíle, kterých by mělo být dosaženo u matek v nemocnicích: „Matky po porodu uvádí, že s výjimkou lékařských indikací pro oddálení kontaktu matky s dítětem, jim bylo dítě přiloženo v kontaktu kůže na kůži hned po porodu (vaginální nebo císařský řez bez celkové anestézie) nebo jakmile byla matka schopna reagovat či byla bdělá (po císařském řezu v celkové anestézii). Tento kontakt trval bez přerušení nejméně 60 minut nebo do skončení prvního kojení nebo tak dlouho, jak si to matka přála. Tyto matky potvrdí, že byly povzbuzovány k tomu, aby si všímaly znaků o připravenosti ke kojení a že pokud bylo třeba, dostalo se jim pomoci. Matky dětí vyžadující speciální péči, uvádějí, že mohly své dítě držet v kontaktu kůže na kůži, jakmile to umožňoval stav matky a dítěte s výjimkou lékařsky indikovaného oddálení tohoto kontaktu. Všechny matky uvádějí, že byly v prenatálních poradnách informovány o významu kontaktu kůže na kůži a byly povzbuzovány k tomu, aby tuto otázku probíraly se svými poskytovateli zdravotnické péče. Matky přemísťované na jiné místo (např. na nosítku nebo kolečkovém křesle) potvrzují, že kontakt kůže na kůži byl udržován tak dlouho, jak si matka přála nebo než skončilo první kojení. Pokud bylo dítě v pořádku, ale matka byla nemocná či nedostupná, potvrzují matky, že byl podporován kontakt kůže na kůži s pomocí jiné osoby (nejčastěji jejího partnera).“ Dalším stanoveným cílem bylo dodržet monitorování (teploty, dýchání, barvy kůže, svalového napětí) a pozorování dítěte i matky během kontaktu kůže na kůži. Dítě je od matky odděleno pouze z lékařské indikace nebo na přání matky. Do dokumentace by mělo být zaznamenáno, že byla provedena separace dítěte od matky. Dále je poukázáno na to, že kontakt kůže na kůži by měl být nepřerušovaný minimálně po dobu 60 minut a neuspěchaný.

Ukončení tohoto kontaktu rozhodne lékař nebo matka. Výkony jako je vážení a měření by se měly odložit na dobu po prvním kojení a léky by měly být dítěti podávány nejlépe ke konci prvního kojení a na hrudi matky. V nemocnicích a porodnicích by měly být k dispozici jen ty tištěné materiály, které jsou v souladu s těmito pravidly. (Laktační liga, 2012)

Krok č. 5 „Ukázat matkám, jak kojít a jak si udržet laktaci i pro případ, že jsou odděleny od svých dětí.“

Krok č. 6 „Nepodávat novorozencům žádnou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů.“

Krok č. 7 „Umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming in).“

Krok č. 8 „Podporovat kojení podle poptávky.“

Krok č. 9 „Nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.“

Krok č. 10 „Povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice.“ (Laktační liga, 2012)

Odbor reprodukčního zdraví a výzkumu spadající do Světové zdravotnické organizace vydal v roce 1999 dokument *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Mimo problematiku definice normálního porodu, stanovení cílů při normálním porodu a úlohy poskytovatele péče při normálním porodu se tento dokument zabývá poporodní péčí o novorozence a to v kapitole číslo 5.6. Uvádí že, musí být kladen důraz na jednotnou péči o matku a dítě. Nedílnou součástí poporodní péče o novorozence při normálním porodu je zajištění průchodnosti dýchacích cest, udržení tělesné teploty dítěte, podvázání a odstřižení pupeční šňůry a co možná nejčasnější přiložení k prsu matky. Tyto úkony lze provést okamžitě po porodu na břiše matky. Dále popisuje, že důležitým aspektem je časný tělesný kontakt matky a dítěte, který psychicky podněcuje matku a dítě v jejich začínajícím vztahu. První kojení by mělo být v první hodině po porodu, tudíž je nutná podpora časného sání novorozence. Dále v tomto díle byla sestavena klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu a rozdělena do čtyř kategorií.

Kategorie A jsou praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány a mezi ně byly zařazeny: osobní plán, který je vypracován ve spolupráci s rodičkou, vyhodnocení rizikovosti těhotenství, sledování tělesného i psychického stavu během všech dob porodních, poskytování tekutin během porodu, respektování výběru místa porodu, poskytování péče při porodu, tak aby byl bezpečný. Respektování soukromí ženy, empatická podpora během porodu, respektování doprovodu, který si žena vybrala. Poskytovat dostatek informací během porodu, poskytovat neinvazivní a nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, monitorovat plod poslechem, používat jednorázové pomůcky a dostatečně dekontaminované předměty používané opakovaně, používat rukavice při vaginálním vyšetření, dopřát rodičce volnost ve výběru polohy a pohyb při během porodu. Taktéž je sem zahrnuta podpora jiné polohy než vleže na zádech, pozorné sledování vývoje porodu, profylaktická aplikace uterotonik ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení, pupeční šňůru přestřihávat sterilními nástroji, prevence hypotermie novorozence, podpora časného kontaktu mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení, rutinní vyšetření placenty a vaku blan po porodu.

Kategorie B definuje praktiky jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány a patří sem rutinní podávání klystýru, rutinní holení pubické oblasti, rutinní zavádění periferní kanyly a podávání infuze během I. doby porodní, nařízená poloha vleže na zádech, vyšetření per rektum, použití rentgenové pelvimetrie, aplikace uterotonik před vypuzením plodu, nucení do tlačení se zadržným dechem, masáž a roztahování perinea, aplikace orálních tablet nebo parenterálně ergometrinu ve III. době porodní jako prevence krvácení, výplach dělohy po porodu a rutinní vyšetření dělohy po porodu.

Do kategorie C patří praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní. Jsou to: mírnění bolesti pomocí bylinek, ponořením do vody nebo nervová stimulace, časná amniotomie, tlak na fundus, ochrana perinea a vedení hlavy novorozence v okamžiku narození, aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození, rutinní aplikace oxytocinu a

kontrolovaný tak za pupeční šňůru, časné podvázání pupeční šňůry, stimulace bradavek ve třetí době porodní ke zvýšení intenzity stahů děložních.

Poslední kategorii D tvoří praktiky, které se často nevhodně používají a mezi ně se řadí omezení příjmu potravy a tekutin během porodu, tišení bolesti léky pro celkovou aplikaci nebo epidurální analgezií, elektronické sledování plodu, používání roušek a sterilního oděvu při porodu, časté vaginální vyšetření, urychlování porodu oxytocinem, převoz rodičky do jiné místnosti na počátku II. doby porodní, cévkování, nucení do tlačení v době, kdy žena ještě nemá potřebu tlačit, přísné dodržování času stanoveného pro trvání II. doby porodní, , když stav rodičky i dítěte je dobrý a porod postupuje, operativní porod, rutinní nástřih hráze a manuální kontrola dělohy po porodu. (Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka, WHO, 1999, s. 29-32) I autoři Mikkiel-Kostyra, Mazur a Boltruszko se shodují, že kontakt kůže na kůži ihned po porodu vytváří optimální prostředí pro adaptaci novorozence na extrauterinní život. Je to jednoduchý a finančně nenáročný postup a je doporučován pro zlepšení péče o novorozence. Autoři se odkazují na doporučení Světové zdravotnické organizace. (Mikkiel-Kostyra et al, 2002, s. 1301)

Mrowetz ve své knize píše: „Nepřerušovaný intenzivní kontakt matky a dítěte bezprostředně po porodu přináší rodičce pocity štěstí, porodní bolest střídá porodní radost. Úcta k procesům porodu, k jeho jedinečnosti pro matku a dítě, by se měla stát nepřekročitelnou normou v chování zdravotníků. Žena, která prožívala kontrolu nad svým porodním procesem, a budování rané vazby mezi ní a jejím dítětem bylo zdravotníky citlivě podpořeno, ať už porodila vaginálně nebo operativně, bude patrně pociťovat větší míru uspokojení ve své nové mateřské roli, a může tak snáze vytvářet vhodný rámec pro vývoj zdravého jedince.“ (Mrowetz, 2011, s. 52)

2.3 Vlastní provedení bondingu

Podle Mrowetz se ihned po porodu nahé dítě položí matce na nahé tělo (při porodu per sectionem se dítě otočí k matce), aby mu viděla do tváře. Pokud matka není bondingu schopná, kontakt kůže na kůži se provede s otcem. Bakterie, které má na kůži otec, jsou pro dítě do budoucna přínosnější, než bakterie na ruce zdravotnického personálu. (Mrowetz, 2011, s. 28-29) Toto tvrzení podporuje i text dokumentu vydaného Světovou zdravotnickou organizací, kde se píše, že po porodu se na kůži

dítěte usazují ihned bakterie a je přínosné, když tyto bakterie pochází od matky nebo od otce, než od zdravotnického personálu nebo nemocniční bakterie ze zdravotnických pomůcek a přístrojů. (Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka, WHO, 1999, s. 29)

Mezi deset kroků k podpoře bondingu podle Mrowetz patří:

1. Položení nahého dítěte bříškem na břicho matky, dále ošetření dítěte na břiše matky (hodnocení Apgar scóre, zkrácení pupeční šňůry, ošetření očí, označení novorozence).
2. Podpora kontaktu mezi matkou a dítětem nejméně dvě hodiny nejlépe ale 12 hodin. Pokud nemůže matka, zastoupí ji otec.
3. Nechat dítě v kontaktu kůže na kůži a zabalit je i s matkou jako jednu jednotku. Při podezření na možné prochladnutí dítěte, nasadit mu čepičku a ponožky. Neotírat jeho ruce.
4. Nechat dítě v kontaktu kůže na kůži.
5. Podpora vizuálního kontaktu mezi novorozencem a matkou například podložení hlavy matky a zajištěním pohodlné polohy matky na porodním lůžku nebo, pokud je dítě ze zdravotních důvodů od matky separováno (v inkubátoru, na vyhřívacím lůžku), zajištění fotografií nebo videa v pravidelných intervalech.
6. Důležitým krokem je také nechat dítě se přisát spontánně podle jeho tempa a nespěchat s přisátím, popřípadě matce pomoci. Počkat, až bude dítě projevovat zájem o přisátí (otevřené oči, olizování pěstiček, olizování rtů a kývání hlavou ze strany na stranu).
7. Zajistit matce vhodnou polohu pro tento kontakt a pro přisátí dítěte k prsu.
8. Zajištění klidného prostředí, ze kterého číší intimita a vstřícnost.
9. Veškerá vyšetření dítěte provádět na břiše matky, jako je odečtení Apgar skóre, ošetření pupečníku, ošetření očí, otření kůže kromě rukou apod.)

10. Doporučit rodičům, aby v této jedinečné chvíli eliminovali veškerou techniku, jako jsou mobilní telefon a videokamera, aby se plně věnovali svému dítěti. (Mrowetz, 2011, s. 28-29)

Pokyny pro provádění tzv. „kangaroo care“ na oddělení intenzivní péče popisuje také ve své studii Lisa DiMenna. Dítě leží na břiše nebo na hrudi matky či otce ve vzpřímené poloze v přímém kontaktu kůže na kůži. Hlava dítěte by měla být natočena tak, aby ucho dítěte bylo nad srdcem rodiče. V závislosti na schopnosti dítěte udržet si fyziologickou teplotu, je možné dítě i překrýt nebo mu obléci čepičku a ponožky. Personál by měl rodičům dopřát intimní a klidné prostředí postavením zástěny a ztlumením světla, nastavením zrcadla, aby viděli dítěti do tváře. Rodič držící dítě si podepře nohy, aby měl pohodlnou polohu, a takto mohou setrvat jednu až tři hodiny v závislosti na stabilitě stavu dítěte (např. intubované dítě se CPAP, extrémně nezralý novorozenec). (Lisa DiMenna, 2006, s. 409) I podle Nyqvista a kolektivu je dítě matce uloženo mezi prsy pod její oblečení ve vertikální poloze ideálně 24 hodin denně tj. *kontinuální kangaroo mother care* nebo *intermitentně* a to dvakrát až třikrát denně. Nedílnou součástí kontaktu kůže na kůži je výlučné kojení. Dále uvádí, že všechna zdravotnická zařízení by se měla držet jednoho paradigmatu: neseparovat dítě od matky. (Nyqvist a kol., 2010, s. 820)

2.4 Proces „Kangaroo care“

Proces „klokánkování“ podle Lisy DiMenny, je bezpečná technika a měla by být nabídnuta všem rodičům a jejich stabilizovaným novorozencům co nejdříve, bez ohledu na hmotnost, gestační věk, teplotu dítěte, centrální či periferní intravenózní vstupy a podávané léky. Jakmile je rozhodnuto začít s „klokánkováním“, je nutné zajistit dostatečné seznámení rodičů i sester s touto metodou, aby byla optimálně použita. Správná výchova snižuje obavy a zájmy a zvyšuje využití KC čili „kangaroo care“. Příprava prostředí spočívá ve shromáždění potřebného technického vybavení, jako je křeslo, polštář, teplá přikrývka, kapesní zrcátko, správné nastavení monitoru (i co se týká ochrany osobních údajů), klid, mírné osvětlení, zástěna, fotoaparát, tekutiny pro rodiče a náplast na upevnění katetrů a svodů. Rodiče by měli mít rozepínací svršek, umyté ruce, dostatek času, vyprázdněný močový měchýř, měli by být najezení a napítí, aby se pak těmto záležitostem nemuseli věnovat, pokud by bonding trval až tři

hodiny. Matka by měla mít nalitá prsa, v tom smyslu, aby neodstříkávala mléko těsně před „klokánkováním“. K tomuto procesu je nutné připravit i dítě a to zhodnocením jeho vitálních funkcí, přebalení, svléknutí, popř. odsátí dýchacích cest. K přesunu dítěte na hrud' rodiče je dobré využít dvě osoby, jedna drží a hlídá hadice od ventilátoru a druhá přenáší dítě. Po umístění dítěte na hrud' rodiče je nutné dítě upravit do správné polohy, končetiny ve flexi, hlava na stranu a překrýt dekou, zkontrolovat fyziologické funkce. Dvě osoby jsou doporučovány z důvodu minimalizace rizika extubace nebo ztráty žilní linky. Když je dítě správně umístěno a překryto je třeba upevnit hadice od ventilátoru přes rameno matky a zajistit přívod kyslíku. Podložit matce nohy a nechat je relaxovat. Takto by měli spočinout nejméně hodinu. Jakmile dítě začne vykazovat známky neklidu nebo neklidu rodiče, ukončí se „klokánkování“ a s pomocí dvou osob se vrátí dítě do inkubátoru. Poté je nutné zkontrolovat všechny invazivní vstupy a fyziologické funkce a provést kompletní hodnocení stavu dítěte a vše zdokumentovat. (Lisa Di Menna, 2006, s. 409)

Dvacetičtyřhodinový kontakt kůže na kůži byl prozkoumán ve studii v Kolumbii v Bogotě lékařem Edgarem Rayem už v roce 1978, kdy nemocnice neměla prostředky na potřebnou výbavu novorozeneckého oddělení, a novorozenci byli umístěni matce mezi prsa na hrud' do takzvané klokaní pozice pod šaty. Tento proces byl nazván jako *kangaroo mother care* a byl definován v roce 1996 jako raný, průběžný a dlouhodobý kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem s výlučným kojením a zajištěním termokomfortu v závislosti na dostupnosti zdravotní a lékařské péče. V roce 2004 bylo zjištěno, že v zemích s poměrně vysokou morbiditou se *kangaroo mother care* vyskytuje jen velmi málo a bylo stanoveno, že by integrace této metody měla být nepostradatelnou součástí v péči o novorozence. (Nyqvist a kol., 2010, s. 820)

2.5 Škály hodnocení bondingu

Spolu se svými kolegy se Reck ve své studii odkazuje na Brockingtona, který v roce 2001 publikovat dotazník pro posouzení poporodního bondingu, anglicky Postpartum Bonding Questionnaire, odsud zkratka PBQ. Brockington chtěl prozkoumat vztah mezi poporodní depresí a průběhem bondingu. Dále si byl vědom toho, že vztah mezi matkou a dítětem je jedním z nejvýznamnějších psychologických procesů. Podle epidemiologických studií k rozvoji deprese po porodu má tendenci asi 10 % žen. Podle

Brockingtona je důležité rozlišovat mezi depresí na jedné straně a na straně druhé poruchou vztahu mezi matkou a dítětem, a proto vyvinul screeningový nástroj v diagnostice poruchy bondingu. Původní originální verze obsahovala 25 položek, které matky hodnotily 6 různými odstupňovanými pojmy viz. Tabulka č. 1:

Tabulka č. 1

č.	Otázka	Vždy	Hodně často	Poměrně často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1.	Mám pocit blízkosti ke svému dítěti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Přála bych si vrátit čas, kdy jsem dítě neměla.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Cítím se distancovaná od svého dítěte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Miluji mazlení se svým dítětem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Lituji, že mám toto dítě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Dítě se nezdá být moje.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Mé dítě mě vytáčí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Mé dítě mě (irituje) rozčiluje.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Cítím se šťastná, když se mé dítě směje nebo usmívá.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Miluji každý kousek svého dítěte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Baví mě hrát si se svým dítětem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Mé dítě moc křičí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Jako matka se cítím v pasti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Cítím se naštvaná na své dítě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Nesnáším své dítě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Mé dítě je nejkrásnější na světě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Přeji si, aby mé dítě nějak zmizelo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Udělal jsem mému dítěti špatné věci.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Mé dítě ve mně vyvolává úzkost.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Obávám se o své dítě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Mé dítě mi vadí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Cítím se sebejistě, když převlékám své dítě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Řešením je, aby se o mé dítě staral někdo jiný.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Cítím, že svému dítěti ubližuji.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Mé dítě lze snadno utěšit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Na základě výzkumu, kterého se účastnilo 862 žen, zjistil Reck se spolupracovníky, že devět položek obsažených v tomto dotazníku nedává smysl a vyloučil je. Vznikla tak 16 položková verze PBQ pro prověření poruchy bondingu, viz tabulka č. 2:

Tabulka č. 2

č.	Otázka	Vždy	Hodně často	Poměrně často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1.	Mám pocit blízkosti ke svému dítěti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Přála bych si vrátit čas, kdy jsem dítě neměla.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Cítím se distancovaná od svého dítěte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Miluji mazlení se svým dítětem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Mé dítě mě vytáčí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Mé dítě mě (irituje) rozčiluje	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Cítím se šťastná, když se mé dítě směje nebo usmívá.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10.	Miluji každý kousek svého dítěte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Baví mě hrát si se svým dítětem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Jako matka se cítím v pasti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Cítím se naštvaná na své dítě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Nesnáším své dítě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Mé dítě je nejkrásnější na světě.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Mé dítě ve mně vyvolává úzkost.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Mé dítě mi vadí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Mé dítě lze snadno utěšit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Výsledky tohoto dotazníku pozitivně korelovaly s dotazníkem pro diagnostiku postnatální deprese: Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS). Souvislost se projevila tím, že vyšší skóre EPDS korelovalo s vyšším skóre PBQ, tj. s větším poškozením procesu bondingu. EPDS je používán pro posouzení poporodní deprese a byl úspěšně používán a ověřen v řadě mezinárodních studií. (Reck et al, 2006, s. 266-271) Toto potvrzuje Mrowetz, která ve svém článku „Děti chtějí být připoutány k matkám“ uvádí, že je-li dítě po porodu odděleno od matky, prožívá separační úzkost a u matky se může rozvinout poporodní deprese, kterou prohlubuje pocit ztráty kontroly nad procesem porodu. Matka ztrácí kontrolu nad svým dítětem, které je od matky separováno a může se u ní vyvinout posttraumatická stresová porucha, porucha výchovné kompetence nebo rozvolněná vazba k dítěti. (Mrowetz, 2009, s. 2)

Dalším vyvinutým dotazníkem pro diagnostiku poruchy bondingu je Mother-to-Infant Bonding Scale, ve zkratce MIBS. Užitečnost a praktičnost tohoto dotazníku ověřili Taylor a kol. ve svém výzkumu, který publikovali v roce 2005 v časopise Arch Womens Ment Health a provedli jej v Porodnici královny Charlotty a Chelsea v Londýně. Výzkumu se účastnilo 162 matek, které porodily vaginálně a neměly žádné komplikace. Vyplňovaly tento dotazník MIBS 3. den po porodu a 12 týdnů po porodu. Tyto vyplněné dotazníky pak posílali zpět poštou. Správně vyplněných dokumentů se vrátilo 144, ze kterých autoři prováděli analýzu výsledků. Pro srovnání klinického významu MIBS autoři použili již výše zmiňovaný dotazník Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) a Kennerley Blues Scale, zkratka KBS (skóre vyhodnocující náchylnost matky k poporodnímu blues). Analýza ukázala, že výsledky pozitivně korelovaly s oběma srovnávacími škálami EPDS i KBS, tzn. Že vyšší skóre se shodovalo s vyššími skóre těchto dotazníků. Autoři tedy ověřili, že Mother-to-Infant Bonding Scale je použitelný v praxi a je vhodný pro detekci spojených s poruchou kontaktu kůže na kůži ihned po porodu. Tabulka č. 3 předkládá překlad anglického

originálu. Matky, které dotazník vyplňují, nemají v tabulce zobrazeny skórovací hodnoty, aby nebyly ovlivněny. (Taylor et al, 2005, s. 45-51)

Tabulka č. 3 :

Tyto otázky jsou o pocitech, které chováte k Vašemu dítěti v prvních několika týdnech. Slova nebo slovní spojení uvedena níže, popisují některé z pocitů matky, které cítí ke svému dítěti v prvních týdnech po narození. Prosím, zaškrtněte políčko, které nejlépe vystihuje Vaše pocity v prvních týdnech po porodu. Byla jste...,cítěla jste se...

Určitý pocit	Hodně moc	Méně	Málo	Vůbec
Milující	0	1	2	3
Rozzlobená	3	2	1	0
Neutrální, žádné pocity	3	2	1	0
Radostná	0	1	2	3
Cítící odpor	3	2	1	0
Ochranné pocity	0	1	2	3
Zklamaná	3	2	1	0
Agresivní	3	2	1	0

Originální verze viz. Příloha č. 2

Další prozkoumanou škálou hodnotící poruchy spojené s diagnostikou poruchy bondingu je Maternal Postpartum Attachment Scale (Condon a Corkindale 1998) Skládá z 19 prohlášení. Každá položka má dva, čtyři nebo pěti-bodové ohodnocení vztahující se k reakci, kterou matka pociťovala v určité situaci. S cílem zajistit stejnou váhu všech otázek, byly všechny možnosti reakcí překódovány do čísel jedna až pět a otázky byly rozděleny do tří podskupin. V prostudované literatuře ale nebyla nalezena originální tabulka tohoto skóre. (Bussel, Spitz, Demittenaere, 2010, s. 375)

Autoři Bussel, Spitz a Demittenaere provedli výzkum a srovnání třech škál posuzující vliv bondingu po porodu na matku. Zkoumali platnost a spolehlivost tří škál: Maternal Postpartum Attachment Scale, Postpartum Bonding Scale a Mother-to-Infant Bonding Scale. Výzkumu se zúčastnilo 263 matek a vyplňovaly dotazníky zpětně 8-12 týdnů po porodu a 20-25 týdnů po porodu. Výzkum ukázal, že dotazníky jsou správně konstrukčně sestaveny, protože výsledky

všech tří škál mezi sebou silně korelovaly. Bylo tedy doloženo, že jednotlivé dotazníky jsou spolehlivou pomůckou v diagnostice poruchy vazby matky na dítě a poskytují platné a spolehlivé informace.(Bussel, Spitz, Demittenaere, 2010, s.375)

2.6 Vliv „bondingu“ na dítě a na matku

Výsledky studií ukázaly, že v průběhu klockánkování (bondingu) u dítěte stoupala srdeční činnost, také teplota měřená na břiše dítěte, k tepelným ztrátám vlivem tohoto kontaktu nedocházelo, dítě bylo klidnější, mělo hlubší spánek a pravidelně dýchalo. (Lisa Di Menna, 2006 ,s. 405) Vlivem časného kontaktu kůže na kůži na matku a na dítě se zabýval i M. Gabriel a kolektiv dalších autorů. V úvodu své práce popisují, že byly provedeny různé studie, které prokazují přínosy kontaktu kůže na kůži na zahájení a dobu trvání kojení, na regulaci tělesné teploty, analgetický efekt při bolestivých výkonech nebo fyziologickou stabilizaci novorozence. Dalším vlivem bylo snížení poporodní deprese u matek předčasně narozených dětí. Kontakt kůže na kůži zvyšuje hladinu oxytocinu v krvi matky, což podporuje stahování dělohy a rozvoj laktace, ale má i vliv na emocionální proces mezi matkou a dítětem. Hlavním cílem jejich výzkumu bylo odhadnout vliv na termoregulaci dítěte narozeného v termínu a sekundárními cíli bylo, zda má kontakt kůže na kůži vliv na termoregulaci podchlazeného dítěte, odhadnout míru kojení po propuštění z nemocnice ve věku jednoho měsíce po porodu nebo zda snižuje bolest matky při šití episiotomie a zda urychluje proces odloučení placenty. Velikost zkoumané skupiny byla 350 párů matek a novorozenců, které rozdělili do dvou skupin. První skupina byla v kontaktu kůže na kůži nepřetržitě po 2 hodiny a druhá skupina novorozenců byla nejprve ošetřena na termolůžku a po 10 minutách bylo zabalené dítě vráceno k matce bez kontaktu kůže na kůži. Měření bylo provedeno v 1. a 5. minutě a po dvou hodinách. Autoři zjistili, že vyšší tepelnou stabilitu vykazovaly děti v 1. skupině v prvních pěti minutách, ale žádné rozdíly nebyly po dvou hodinách. Děti v kontaktu kůže na kůži měly teplotu v prvních pěti minutách nižší, což bylo přisuzováno teplotě na porodním sále. Matky z 1. skupiny výlučně kojily při propuštění z nemocnice, ale žádné rozdíly nebyly nalezeny v době jednoho měsíce po porodu. V první skupině byla doba odloučení placenty kratší než ve druhé skupině. Větší bolest prožívaly matky v 1. skupině, i když v obou skupinách bylo VAS skóre nízké (škála hodnotící stupeň bolesti u pacienta), což bylo následkem běžného používání epidurální analgezie. Nebyly zjištěny žádné

rozdíly mezi matkami, co se týkalo poporodní deprese a úzkosti. (Gabriel et al, 2009, s. 1630)

Metoda KC má uklidňující vliv na matku i na otce. Dále byl prokázán pozitivní vliv na dřívější zahájení kojení i na délku kojení a zvýšení větší odhodlanosti matky kojít. Klokánkování podporuje relaxaci a uvolnění matky a tím zároveň minimalizuje stres matky i otce. Poskytuje rodičům přímý kontakt a interakci s jejich dítětem, které je nutné hospitalizovat. Umožňuje rodičům i dítěti učit se vzájemným podnětům jako je vůně, hlasy rodičů a pláč dítěte. Zvyšuje připravenost rodičů na péči o novorozence po propuštění a zlepšuje vzájemné pouto. (Lisa DiMenna, 2006, s. 411)

Kennel a McGrath uvádí, že u matky při prvním přisátí k prsu po porodu je stimulován metabolismus parasymptiku. V periférii se začne uvolňovat oxytocin, což zapříčiňuje produkci mléčiva a stahování dělohy matky. Oxytocin je uvolňován i centrálně, jak u matky, tak u dítěte, a vlivem tohoto hormonu oba pociťují lásku, ospalost, euforii a úlevu od bolesti. Dalším účinkem kontaktu kůže na kůži na matku v první hodině po porodu, je rozhodnutí, že si dítě chce nechat u sebe na pokoji a 100 minut a déle trvající bonding má za následek, že i druhý a třetí den po porodu během jejího pobytu v nemocnici chce zachovat systém rooming in. Pro novou matku je důležitým aspektem pro další kojení pocit, který zažívá při prvním kojení ihned po porodu. Působí na ni vzhled dítěte, silné sání z prsu při prvním přisátí, stabilní pohled dítěte z očí do očí, pocit při dotýkání se kůže novorozence, která je hladká a teplá. Tyto reakce se násobí při každém dalším kojení a matka tak postupně odhaluje přitažlivost svého dítěte a bude vyhledávat další kontakt s ním. (Kennel a McGrath, 2005, s. 775-777)

Mikkiel-Kostyra, Mazur a Boltruszko provedli v Polsku výzkum, který se týkal vlivu časného kontaktu kůže na kůži na délku kojení. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem ihned po porodu trvající déle než 20 minut, prodlužuje dobu trvání výlučného kojení. Výsledky dále ukázaly, že v případech dvojic bez kontaktu kůže na kůži bylo vícekrát používáno kojeneckých lahví či kloboučků. (Mikkiel-Kostyra, Mazur a Boltruszko, 2002, s. 1301-1303) Důležitým aspektem v péči o novorozence je léčba bolesti. Gray, Watt, Elliott a Blass provedli výzkum týkající se vlivu kontaktu kůže na kůži na bolest, kterou prožívá

novorozenec při odběru krve z paty. 30 dětí rozdělili do dvou skupin. Jedna skupina byla v kontaktu kůže na kůži při odběru krve a druhá byla v postýlce. Účinnost zásahu byla stanovena porovnáním pláče, grimas a rozdílů mezi srdeční frekvencí při kontaktu kůže na kůži během a po odběru krve. Výsledky ukázaly, že pláč a grimasy byly sníženy o 82 % a 65 % u dětí v kontaktu kůže na kůži při odběru krve z patičky. Srdeční frekvence byla rovněž podstatně snížena při tomto kontaktu. Dospěli k závěru, že kontakt kůže na kůži je mimořádně účinný v zasahování proti bolesti při odběru tohoto typu. (Gray et al, 2002, s. 506)

2.7 Přípravenost novorozence/kojence ke klokánkování či bondingu

Porod je pro matku i dítě přirozené trauma, které lze i přirozeně léčit a to kontaktem kůže na kůži mezi matkou a dítětem. Tento kontakt slouží k tomu, aby oba zvládli důležitý a těžký vývojový krok. Pokud porod neprobíhá normálně, neuskuteční se kontakt kůže na kůži, vzniká psychotrauma. Proto je podpora vzájemného kontaktu nutnou skutečností. (Mrowetz, 2011, s. 63) . Ihned po porodu je dítě vzhůru, čilé a vyžaduje pozornost matky a tím je přirozeně naprogramované pro interakci s matkou během prvních 24 hodin po porodu, jak uvádí Figueiredo (Figueiredo et al, 2008, s. 540) Nyqvist a kol. popsal fáze chování dítěte ihned po porodu, které, jak tvrdí, jsou vrozené. Nejprve novorozenec po porodu začne křičet, poté relaxuje, po chvíli se probouzí a začíná se plazit směrem k prsu, které si potom připraví k přisátí hnětením bradavky rukou a nakonec se snaží přisát a přisaje se. Tyto fáze probíhají během první hodiny po porodu, a pokud je společně matka s dítětem zažijí, je matka citlivější ke svému dítěti a dokáže na chování dítěte lépe reagovat. (Nyqvist et al, 2010, s. 821) Pro kriticky nemocného novorozence je nutné stanovit, zda je kangaroo care (kontakt kůže na kůži) vhodnou péčí. Týmový přístup mezi rodiči a zdravotníky umožňuje lepší spolupráci na obou stranách. Je nutné zvážit odložení „klokánkování“ pro novorozence narozeného před 27. týdnem gestace v průběhu prvního týdne. Dítě by mělo být hemodynamicky stabilizováno, jinak je vystaveno riziku výkyvu krevního tlaku, bradykardii, apnoe, desaturacím. Nemí vhodná pro děti s gastroschízou, omfalokélou nebo myelomeningokélou. (Lisa DiMenna, 2006, s. 409)

2.8 Spolupráce rodičů a odborníků

Odborníci, zdravotníci a personál nemocnic, ale i rodiče by se měli snažit o partnerskou spolupráci, protože obě skupiny mají stejné cíle a to prospěch dítěte. Měli

by mezi sebou diskutovat se vzájemným respektem a ochotou jednat. Součástí nabídky odborných služeb by tedy měla být i ochota sdílet informace, odpovědnost i rozhodování. Konec konců rodiče jsou nejlepšími znalci psychiky svých dětí a jejich zkušenosti by měly být využity v péči o dítě. Poněkud špatným postojem některých expertů bývá pocit, že laikovi je zbytečné něco vysvětlovat a na dotazy rodičů občas neprofesionálně zareagují. U nás i v zahraničí se partnerský přístup k rodičům stále rozvíjí a jedním s důkazů je již existující projekt „Baby Friendly Hospital“. (Sobotková, 2003, s. 256-258) I sestry na jednotkách intenzivní péče starající se o hospitalizovaného novorozence by měly matky povzbuzovat k účasti na péči o dítě. Vyzývat matky k tomu, aby na své dítě hovořily, dotýkaly se jej a hladily ho. Pokud to stav dítěte umožňuje, nechat matku dítě pochovat v náručí, nakrmit ho nebo vykoupat. Některá oddělení provádí metodu kangaroo chování novorozence, kdy je nahé dítě uloženo na hrud' matky v kontaktu kůže na kůži a je překryto halenkou nebo oblečením matky. (Nečasová a kol., 1996, s. 166)

Dnešní matky mají spoustu požadavků, co se týká péče před, v průběhu porodu a po porodu. Již mnoho porodnic se snaží těmto požadavkům vyhovět. V České republice existuje *Hnutí za aktivní porod*, které pro matky rozhodující se, do jaké porodnice by chtěly jít родit, sestavilo návod, jak si porodnici vybrat. Vydaná brožura se jmenuje *Cesty ke spokojenému porodu*. Jsou zde informace pro matky, jakými kritérii se mají řídit a jaké otázky si mají na zdravotnický personál připravit. V první kapitole je popsána definice normálního porodu podle světové zdravotnické organizace: „Spontánně započatý, s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní, které je neměnné během celé I. i III. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.“ Podle Evropské sítě porodních organizací (European Network of Childbirth Associations, zkratka ENCA) definice zní takto: „Normální porod je takový porod, který začne a postupuje spontánně a při němž žena porodí dítě i placentu ve svém vlastním rytmu, svým vlastním úsilím a bez vnějších zásahů. Dítě po normálním porodu zůstává s matkou v úzkém kontaktu, tvoří nedělitelnou jednotku.“ Ve druhé kapitole je popsáno, jak si má matka vybrat porodnici a jak má postupovat. Porodnici by měla navštívit již v těhotenství, získat informace o užívaných postupech a ptát se na vše, co je pro matku podstatné. Brožura předkládá i několik otázek jako příklad. Mezi

ně patří dotazy týkající se průběhu porodu, statistiky komplikovaných porodů, bezprostřední péče o novorozence po porodu, což přímo souvisí s časným kontaktem kůže na kůži. Ve třetí kapitole je popsán návod, jak sepsat *Porodní plán*. Rodiče by měli nejprve uvést své iniciály, adresu, termín porodu, jména dítěte, obvodního lékaře dítěte, gynekologa, kterého matka navštěvovala v prenatálním období. Pokud má matka nějaké zdravotní problémy, měla by je uvést v druhé části porodního plánu. Jsou to například alergie, dietní omezení nebo užívané léky. Autoři této brožury sestavili pro matky i body, které by měly promyslet při sestavování porodního plánu. Týkají se nejen výkonů prováděných během porodu jako je holení, klystýr, vyvolávání porodu, přítomnost vybrané osoby u porodu, medikace, polohy při porodu, nástřih hráze, tlačení atd., ale i dobu přestihnutí pupečníku (až po dotepání pupečníku), péče o miminko bezprostředně po narození, odchodu placenty, nepřetržitého kontaktu matky a dítěte, a nebo i kojení. Čtvrtá kapitola pojednává o problematice postupů, běžně užívaných v českých porodnicích. Mezi tyto postupy patří holení, klystýr, omezování jídla a pití, umělé vyvolání porodu, dirupce vaku blan, epidurální analgezie a anestezie, řízené tlačení, nástřih hráze a přerušovaný kontakt matky a dítěte. Kontakt mezi matkou a dítětem je přerušován z důvodu rutinních vyšetření, observace na novorozeneckém oddělení nebo uložení dítěte na termolůžko, aby si matka po porodu odpočinula. Pátá kapitola je souhrn informací získaných od rodičů, kteří už mají zkušenosti s porodem a na základě těchto jejich rozhovorů sestavili text: „Jak dobře a bezpečně porodit.“ V šesté kapitole autoři doporučují literární tituly, které se týkají humanizace porodu a kontaktu dítěte a matky např. *Znovuzrozený porod*, jehož autorem je Michel Odent. Hnutí za aktivní mateřství bylo založeno roku 1999 a prosazuje změny v českém porodnictví, aby tato péče vycházela hlavně z potřeb matky. Při tvorbě svých doporučení vychází z odborných a důvěryhodných zdrojů – výsledků výzkumů, randomizovaných studií Cochrane Collaboration a doporučení Světové zdravotnické organizace. (Sovová, Suchánková, Königsmarková, 2010, s. 1-11)

Právě spolupráce rodičů s personálem v porodnicích často matky motivuje k tomu, že se rozhodnou podstoupit riziko domácího porodu, aby předcházeli tomu, že po porodu budou odděleny od svého dítěte. (Mrowetz, 2011, s. 97) Vědecká rada České lékařské komory vydala odborné stanovisko k problematice domácích porodů nebo porodů

plánovaných mimo zdravotnická zařízení. Upozorňuje na to, že porod je dynamický proces a tudíž je nemožné dopředu rozpoznat, zda komplikace nastanou nebo ne. Mezi komplikace, které ohrožují dítě i matku, patří např. abrupce placenty, výhřez pupečníku, akutní hypoxie dítěte, hypotonie dělohy, krvácení po porodu apod. Komplikovaných porodů se uvádí 12 %. Porod mimo zdravotnické zařízení je podle Vědecké rady České lékařské komory „non lege artis“ postup a zbytečně ohrožuje na životě matku i dítě. Odkazuje na Úmluvu o právech dítěte, kdy je stát povinen garantovat dítěti poskytnutí nejvyšší možné dostupné zdravotní péče. Zároveň se ztotožňuje s podporou přirozených porodů, ale v porodnicích s řádnou personální, technickou a organizační výbavou a s vytvořením příjemného prostředí pro rodičku a doprovázející osoby. (Česká lékařská komora, 2012, [online])

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá tématem bonding. Během rešeršního šetření byly nalezeny informace týkající se bondingu, ale o edukaci odborníků nebo laiků nebyly nalezeny články, výzkumy či studie s tímto tématem, které se přímo týkají edukace v kontextu bonding. Edukace z těchto literárních a elektronických zdrojů spíše vyplývá. V několika článcích je popsána definice bondingu, postupy v jednotlivých situacích po porodu, jak bonding provádět krok za krokem, což můžeme v edukaci zařadit do instrukcí, popisu, případně vysvětlení, což patří do slovních expozičních metod. Chápeme-li edukaci jako záměrný rozvoj očekávané kvality jednání a chování účastníků edukace, pak vše, co bonding sleduje, je dosažení kvality bezpečného života a vývoje dítěte, vývoje vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem, případně otcem. Součástí edukace je proces informování o významu bondingu, který byl ověřen cílenými výzkumnými studiemi nebo příklady dobré praxe. Proces poskytování informací sleduje různé cílové skupiny. V práci všechny informační zdroje přispívají k primárnímu ovlivnění poznávání edukantů. Popisovaná praxe zdravotnických zařízení pečujících o matku a dítě po porodu je realizací základních poznatků, vytvořením zkušeností a hlavně ovlivnění emočního vztahu mezi matkou, dítětem, příp. otcem. Metody užívané v tématu bonding můžeme rozdělit na slovní, názorné a praktické. Pro argumentaci idejí bondingu jsou užity badatelské aktivity, které potvrzují pozitivní vliv technik kontaktu kůže na kůži.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit ověřené poznatky o užitečnosti bondingu v období péče o matku a dítě po porodu. V kapitolách Vliv bondingu na matku a dítě, Vztah matky a dítěte a Škály hodnotící bonding bylo popsáno pomocí výzkumů a studií uvedených v těchto kapitolách, které ověřovaly, že tato metoda má příznivý vliv nejen na matku, ale i na dítě a jejich další život. Tento cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, komu jsou které studie určeny – laické a profesionální cílové skupině, porodním asistentkám a dětským sestrám. Zjištěné informace použité v této bakalářské práci byly nalezeny většinou v odborných databázích, ke kterým má laická veřejnost přístup povolen pouze zčásti. Fulltexty těchto zdrojů jsou přístupny, pokud má hledající osoba VPN přístup nebo jsou to stránky placené. Z toho vyplývá, že tyto informace jsou určeny pro odborníky, jako jsou lékaři a sestry. Pro laickou veřejnost jsou studie interpretovány až v sekundárních zdrojích, ke kterým mají přístup

z běžného serveru, např. www.hnutizaaktivniporod.cz, nebo nerecenzovaných periodik, jako např. Zdravotnické noviny či časopis Sestra.

Přínosem této bakalářské práce bylo nalezení informací týkajících se škál hodnotících poruchy bondingu. Tyto škály by byly vhodným podkladem pro výzkum v porodnicích v České republice a bylo by tak ověřeno tvrzení autorů těchto škál i u českých matek. Zajímavou studií by bylo ověření vlivu bondingu na prožívání bolesti matky po porodu a prožívání bolesti dítěte při invazivních vyšetřeních, které je možné provádět v kontaktu kůže na kůži. Tyto výzkumy už byly sice prováděny, ale ne v České republice, což bylo vyvozeno z přístupných dat o tomto tématu. Autoři těchto výzkumů by měli k dispozici materiály, které by mohly pomoci zavést metodu bondingu do běžné praxe porodníků a tím i zajistit pro matky, které se rozhodují, zda budou rodit v porodnici nebo doma, vstřícnější prostředí zdravotnického zařízení.

Minimálně uvedený text přináší poznatky, které by měly být povinným učivem současných studentek oboru Porodní asistence a kapitolou v celoživotním poznávání porodních asistentek již činných v praxi, učivem, které by měly znát sestry v neonatologii a v neposlední řadě by měli problematiku sledovat, zkoumat a uvádět na pravou míru neonatologové.

Z uvedených informací o užitečnosti bondingu v praxi porodníků a neonatologů v této bakalářské práci vyplývá, že tato metoda je cestou vedoucí k humanizaci českého porodnictví a tím i předcházení nebezpečí domácích porodů.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Edukace v kontextu bonding

Název práce v AJ: Edukation of the context in bonding

Datum zadání: 20.01.2012

Datum odevzdání: 30.04.2012

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav Ošetrovatelství

Autor práce: Lenka Bartáková

Vedoucí práce: PhDr. Danuše Tomanová, CSc.

Abstrakt v ČJ:

Předmětem bakalářské práce je hodně diskutované téma bonding. Cílem práce bylo vytvořit přehledovou studii na téma edukace v kontextu bonding, popsat tuto problematiku a předložit poznatky o vlivu tohoto procesu na matku a dítě. Výzkumy a studie uvedené v této práci vycházejí především z analýzy zahraničních zdrojů a studií. Byly nalezeny i škály hodnotící bonding, které by mohly být podkladem k dalším výzkumným pracím především v České republice. Metoda bonding zavedená do praxe porodníků a neonatologů by mohla vést k humanizaci českého porodnictví, čímž by se mohlo předcházet nebezpečí domácích porodů.

Abstrakt v AJ:

This thesis will focus on discussed theme bonding. The main aim of the thesis was to make a survey regarding education in bonding, to describe problems which are connected to this theme and to present information about influence of this process on both mother and child. Researches and studies used in this thesis have their origin in foreign sources and studies. Many scales which judged bonding have been found and could be used for other researches mainly in the Czech republic. Bonding used in practise of obstetricians and neonatologists could lead to humanization of the Czech obstetrics and therefore to prevent the dangers of childbirths at home.

Klíčová slova v ČJ: bonding, kontakt kůže na kůži, vztah matky a dítěte, metoda bonding, klokánkování, zdravotnická edukace

Klíčová slova v AJ: bonding, contact skin to skin, bonding method, kangaroo care, health education

Rozsah: 37 s., 2 přílohy

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. Anonymous. 2012. *Odborné stanovisko Vědecké rady ČLK k porodům v domácnosti*. [online]. [cit. 8.3.2012]. 2012. s. neuvedena, ISBN neuvedeno. Dostupné z WWW: [http://www.lkcr.cz/aktuality322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99307](http://www.lkcr.cz/aktuality322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99307).
2. Anonymous. 2012. *Baby-Friendly Hospital Initiative v ČR. Deset kroků k úspěšnému kojení jako indikátor kvality péče v porodnicích. Strategie postupů v ČR. Laktační liga*. Vyd.neuvedeno, Místo vydání neuvedeno, 2012. ISBN neuvedeno.
3. BUSSEL,Johan, SPITZ, Bernard, DEMYTTENAERE, Koen. 2010. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Arch Womens Ment Health* [online]. 2010, roč. 13, 373-384. [cit. 20.12.2011]. Dostupné z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=9&sid=8ba58ab6-45df-4cda-ae6a-7844ac103a2d%40sessionmgr11>.
4. ČAČKA, Otto. 1997. *Psychologie dítěte*. 3.vyd. Tišnov: SURSUM, 1997. ISBN 80-85799-03-0.
5. DIMENNA, Lisa. 2006. Considerations for implementation of a neonatal kangaroo care protocol. *Neonatal Network* [online]. Nov-Dec 2006, roč. 25, č. 6, 405-412. [cit. 1.2.2012]. ISSN 1539-2880. Dostupné z WWW: <http://neonatalnetwork.metapress.com/content/62458u3332027738/>.
6. FESTOVÁ, Andrea, BÁRTLOVÁ, Sylva, TÓTHOVÁ, Valérie. 2010. Názory odborné a laické veřejnosti na možné uplatnění porodní asistentky v komunitní péči. *Kontakt* [online]. 2010, č. 4, 380-386. [cit. 29.1.2011]. Dostupné na WWW: <http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotliva-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt-2010/4-2010/nazory-odborne-a-laicke-verejnosti-na-mozne-uplatneni-porodni-asistentky-v-komunitni-peci>.
7. FIGUEIREDO, Bárbara, COSTA, Raguei, PACHECO, Alexandra et al. 2008. Mother-to-infant Emotional Involvement at Birth. *Maternal and Child Health Journal* [online]. 2009, č. 13, 539-549. [cit 15.11.2011]. ISSN 1573-6628. Dostupné z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=c7a57376-ce36-4bc8-9592-30b104a360e0%40sessionmgr14>.
8. GABRIEL, M., MARTIN, I.L., ESCOBAR, A.L. et al. 2010. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effect on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica* [online]. 2010, 99, 1630-1634. [cit. 15.1.2012]. ISSN 0803-5253. Dostupné z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=9&sid=c7ca4916-0f43-42cb-8453-51506e1e00b6%40sessionmgr14>.
9. GRAY, Larry, WATT,Lisa, BLASS, E.M. 2000. Skin-to-skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics* [online]. 2000, 105, e14, s. neuvedeny. [cit.

- 20.11.2011]. ISSN 1098-4275. Dostupné z WWW:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/105/1/e14.full.pdf+html>.
10. KENNEL, John, McGRATH, Susan. 2005. Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica* [online]. 2005, 94, 775-778. [cit. 15.11.2011]. ISSN 1651-2227. Dostupné z WWW:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=c7ca4916-0f43-42cb-8453-51506e1e00b6%40sessionmgr14>.
 11. MAREK, Vlastimil. 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-091-1.
 12. METALOVÁ, Luciena. 2008. *Eriksonova teorie osobnosti*. [online]. [cit. 27.1.2012]. 2008, s. neuvedena. Dostupné z WWW: <http://psychologie-metalova.cz/clanky/osm-veku-zivota.html>.
 13. MIKIEL-KOSTYRA, K., MAZUR, J., BOLTRUSZKO, I. 2002. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica* [online]. 2002, 91, 1301-1306. [cit. 2.11.2011]. ISSN 0803-5253. Dostupné z WWW:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=9&sid=c7ca4916-0f43-42cb-8453-51506e1e00b6%40sessionmgr14>.
 14. MROVETZ, Michaela. 2009. Děti chtějí být připoutány k matkám. *Zdravotnické noviny* [online]. [cit. 29.1.2012]. 2009. roč. neuveden, č. 3, s. neuvedena. ISSN 1214-7664. Dostupný z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/deti-chteji-byt-pripoutany-k-matkam-400411>.
 15. MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri, ANTALOVÁ, Ivana. 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti*. vyd. neuvedeno. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.
 16. NEČASOVÁ, Anna a kol. 1996. *Výbrané kapitoly dětského lékařství a ošetrovatelské péče o děti a dorost – II. díl*. vyd. neuvedeno. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. ISBN 80-7013-223-X.
 17. NYQUIST, K.H., ANDERSON, G. C., BERGMAN, N. et al. 2010. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica* [online]. 2010, 99, 820-826. [cit. 15.11.2011]. ISSN 0803-5253. Dostupné z WWW:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=9&sid=c7ca4916-0f43-42cb-8453-51506e1e00b6%40sessionmgr14>.
 18. PRŮCHA, Jan. 2002. *Moderní pedagogika*. 3. přeprac. aktual. vyd. Praha: Postál s.r.o., 2002. ISBN 80-7367-047-X.
 19. RAKOVSKÁ, Jana. 2011. *Kontakt matky a dítěte po porodu*. Obhájená bakalářská práce. Katedra porodní asistence .Masarykova Univerzita. Rok obhajoby 2011, 69 s.

20. RECK, C., Klier, C. M., PABST, K. et al. 2006. The German vision of the Postpartum Bonding Instrument: Psychometrics properties and association with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* [online]. 2009, 9, 265-271. [cit. 20.12.2011]. ISSN 1435-1102. Dostupné z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=9&sid=c7ca4916-0f43-42cb-8453-51506e1e00b6%40sessionmgr14>.
21. SOBOTKOVÁ, Irena. 2003. Odolná a funkční rodina – jeden z předpokladů zdravého vývoje dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, č. 5, 256-258. [cit. 2012-01-05]. ISBN 1803-5264. Dostupné na WWW: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2003/05/05.pdf>.
22. SOVOVÁ, Petra, SUCHÁNKOVÁ, Martina a KÖNIGSMARKOVÁ, Ivana. 2010. *Cesty ke spokojenému porodu* [online]. 2. dopl. vyd. Hnutí za aktivní porod, 2010 [cit. 2011-11-05]. ISBN neuvedeno. Dostupné z WWW: http://iham.cz/wpcontent/uploads/2012/02/cesty_k_porodu_CZE_2011_cervena.pdf.
23. TAYLOR, A., ATKINS, R., KUMAR, R et al. 2005. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health* [online]. 2005, roč. 8, 45-51. [cit. 3.1.2012]. ISSN 1435-1102. Dostupné z WWW: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=9&sid=8ba58ab6-45df-4cda-ae6a-7844ac103a2d%40sessionmgr11>.
24. Technická pracovní skupina Odboru reprodukčního zdraví a výzkumu Světové zdravotnické organizace. 1999. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. [online]. Ženeva: Světová zdravotnická organizace. [cit. 12.11.2011]. ISBN neuvedeno. Dostupné z WWW: http://www.aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf.
25. VRÁNOVÁ, Věra. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. č. 1 - Originální verze Postpartum Bonding Scale

Příl. č. 2 – Originální verze Maternal-to-Infant Bonding Scale

Appendix 1

Items of original 25-items version of the Postpartum Bonding Questionnaire

ngfep2052

Name: _____

Date: _____

Please indicate how often the following are true for you. There are no "right" or "wrong" answers: Choose the answer which seems right in your recent experience.

	Always	Very often	Quite often	Sometimes	Rarely	Never
Q 1: I feel close to my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 2: I wish the old days when I had no baby would come back _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 3: I feel distant from my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 4: I love to cuddle my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 5: I regret having this baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 6: The baby does not seem to be mine _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 7: My baby winds me up _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 8: My baby irritates me _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 9: I feel happy when my baby smiles or laughs _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 10: I love my baby to bits _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 11: I enjoy playing with my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 12: My baby cries to much _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 13: I feel trapped as a mother _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 14: I feel angry with my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 15: I resent my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 16: My baby is the most beautiful baby of the world _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 17: I wish my baby would somehow go away _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 18: I have done harmful things to my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 19: My baby makes me anxious _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 20: I am afraid of my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 21: My baby annoys me _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 22: I feel confident when changing my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 23: I feel the only solution is for someone else to look after my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 24: I feel like hurting my baby _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q 25: My baby is easily comforted _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© Brockington et al (2001)

Appendix 1. Maternal-to-Infant Bonding Scale

PLEASE NOTE SCORES HAVE BEEN INSERTED IN THIS COPY TO CLARIFY THE SCORING PROCEDURE.

Name:

Hospital Number:

These questions are about your feelings for your child in **the first few weeks**. Some adjectives are listed below which describe some of the feelings mothers have towards their baby in the **FIRST WEEKS** after they were born. Please make a tick against each word in the box which, best describes how you felt in the **FIRST FEW WEEKS**.

	VERY MUCH	A LOT	A LITTLE	NOT AT ALL
Loving	0	1	2	3
Resentful	3	2	1	0
Neutral or felt nothing	3	2	1	0
Joyful	0	1	2	3
Dislike	3	2	1	0
Protective	0	1	2	3
Disappointed	3	2	1	0
Aggressive	3	2	1	0

Date of birth of baby:

Date form filled in: