

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce

**Bonding matky a novorozence**

**Zdenka Slezáková**

Vedoucí práce Mgr. Gabriela Seidlová Málková, Ph.D.

Praha, 2013

Prohlá-uji, že jsem tuto práci vypracovala samostatn ě s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejn ěním v ti- ěné nebo elektronické podob ě .

V Praze, dne

í í í í í í .í í í í í .í í í .  
Zdenka Slezáková

Děkuji Mgr. Gabriele Seidlové Málkové, Ph.D. za odborné vedení této práce, respondentkám za účast na výzkumu a mým přátelům a rodině za podporu, hlavně mým dvěma dcerám, které mne toho o studovaném tématu naučily nejvíce.

# Obsah

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| Úvod                                         | 1  |
| I.      ÁST TEORETICKÁ                       |    |
| 1. Pojem bonding                             | 2  |
| 2. Historie zkoumání bondingu a citové vazby | 2  |
| 3. Úloha raného kontaktu                     | 5  |
| 4. Separace matky a novorozence              | 8  |
| 5. Podpora bondingu                          | 10 |
| 6. Situace v českém prostředí                | 12 |
| II.     METODOLOGIE                          |    |
| 7. Výzkumný problém                          | 18 |
| 8. Výzkumná strategie                        | 18 |
| 9. Výběr vzorku a techniky sběru dat         | 18 |
| III.    ÁST EMPIRICKÁ                        |    |
| 10. Analytické postupy                       | 25 |
| 11. Výsledky a interpretace                  | 33 |
| IV.     ZÁVĚR                                |    |
| 12. Souhrn                                   | 35 |
| 13. Diskuze                                  | 37 |
| Seznam literatury                            | 39 |
| Příloha 1: Přidání o účast na výzkumu        | 43 |
| Příloha 2: Informovaný souhlas               | 44 |

# Úvod

Tématem práce je bonding matky a novorozence v období bezprostředně po porodu. V prvních hodinách po porodu jsou matka a dítě nejlépe hormonálně naladěni na vzájemné poznávání, které kromě jiného podporuje tvorbu rané vazby. Nejlepší formou, jak vznikající pouto mezi matkou a dítětem po porodu podpořit, je kontakt matky s dítětem kůže na kůži v poloze, která zároveň umožňuje o něj kontakt. Práce se zaměřuje na matky, kterým byl umožněn takový kontakt se svým dítětem v prvních dvou hodinách po porodu.

Bylo provedeno mnoho výzkumů o přínosech a vlivu raného kontaktu matky a novorozence na jejich fyzické i psychické zdraví, první kontakt s dítětem a proces bondingu se však tělí jeví jako velmi silný emoční zážitek pro matku. Cílem práce je pomocí rozhovorů s matkami s první zkušeností po porodu zachytit, jak první společné chvíle po porodu vnímají samy matky a co pro ně bonding znamená - tedy konstruovat obraz bondingu.

Východiskem této práce je teorie bondingu amerických pediatrů Kennella a Klause, která souvisí s teorií citové vazby J. Bowlbyho a jejich následovníků. Pro mnohé odborníky je jméno Johna Bowlbyho synonymem pro teorii citové vazby. Od jeho objevu až dodnes se stále u nás ptáme, jaké je vlastně pouto mezi dětmi a jejich rodinami, a co se stane, když se toto pouto naruší. Na tyto poznatky mohou reagovat rodiče i odborníci a snažit se tak dítětem zajistit co nejlepší citové zázemí pro jejich zdravý vývoj.

Teoretická část práce podává stručný pohled o problematice bondingu a citové vazby, sleduje kontakt matky a dítěte po porodu. Popisuje jeho vliv a důsledky, zmíněna je též separace dítěte od matky. Závěr teoretické části se vztahuje k aktuální situaci v českém prostředí.

V dalších částech práce je zaznamenána metodologie, výběr výzkumného vzorku, sběr dat a analýza. Tyto části se vzájemně prolínají, nebo vlastní výzkum započíná už při sběru dat a v průběhu výzkumu se upravuje i konečný výzkumný vzorek. Nakonec jsou zapsány výsledky a závěry, tedy jak matky prožívají raný kontakt se svými dětmi a na které aspekty, které je ovlivňují.

# I. ÁST TEORETICKÁ

## 1. Pojem bonding

Termín bonding by se dal p elořit jako p ipoutání, i lepení, v tomto p ípad matky k dít ti. Za íná vznikát okamfikem narození dít te. Je vlastn p írozeným pokračováním pouta, které mezi matkou a dít tem vzniká jifl v t hotenství a bude se upev ovat b hem flivota. Proces bondingu podporuje mimo jiné vznik citové vazby (attachment). Je t eba rozli-ovat pojmy bonding a citová vazba. Americký pediater T. Berry Brazelton uvádí rozli-ení bondingu a attachmentu. íká, fle bonding je jako kdyfl se zamilujete, a citová vazba je o tom, z stat zamilování (šBonding is like falling in love, and attachment is about staying in love.õ Brazelton, 1992, In: Mooney, 2010, str. 69). Bonding je tedy biologický (a imunologický a emocionální) proces vznikání pouta mezi matkou a dít tem, z n hofl se vyvíjí citová vazba (Mrowetz, Chrástilová, Antalová, 2011).

## 2. Historie zkoumání bondingu a citové vazby

Impulsem pro studium citové vazby bylo pozorování kojenc v ústavní pé i. Jednou z prvních prací o flivot d tí v ústavní pé i byl film amerického psychoanalytika, narozeného ve Vídni, Reného Spitze *Grief ó A Peril in Infancy* z roku 1947, který zdokumentoval smutek a izolaci d tí v ústavní pé i a urychlil tak aktivity zabývající se popsáním následk mate ské deprivace na novorozence. Tento film ukazoval sterilní podmínky a uspokojení fyzických pot eb d tí jako cíl pé e, zatímco vztah s pe ovateli chyb l. Práce Reného Spitze odhalila rizika, kterým elily citov nep ipoutané d tí, ale nenabízela plán k náprav situace. Byla plamenn kritizována, asto proto, fle byla prost pro lidi p íli-nep íjemná (Mooney, 2010).

Ze Spitzových poznatk vycházel britský léka , psychiatr a psychoanalytik John Bowlby (1907 ó 1990), ve své teorii citové vazby. Bowlby tvrdil, fle první vztah lov ka, obvykle k matce, má velký vliv na jeho dal-í sociální vztahy a jeho naru-ení m fle mít negativní vliv na vývoj jedince. Výzkumy provád né u r zných druh zví at potvrdily, fle vazba je jev, který se vyskytuje u v-ech savc . Bowlby zmi uje výzkumy H. F. Harlowa, který zkoumal vývoj

mláček opic druhu makak rhesus. Mláček oddělen od matky a vrstevníkům a dal jim do klece makety o drátovou konstrukci nahrazující matku, která poskytovala mléko a maketu obalenou měkkým koflíkem. Mláček se chodila k drátové šmatce napít, ale u měkké makety hledala kontakt, teplo a bezpečí za různých podmínek. Pevnější pouto si mláček vytvořila k měkkým matkám bez ohledu na zdroj potravy. Nicméně i když mláček opice k dispozici plyšovou matku, jejich vývoj byl vážně narušen. V dospělosti mláček výrazné potíže při komunikaci s ostatními příslušníky svého druhu, a pokud se jim podařilo přiblížit mláček, chovaly se k nim agresivně. Z těchto pokusů vyplývá, že abychom byli schopni navazovat vztahy a pečovat o vlastní děti, musíme sami zažít vztah a péči mateřské figury (Bowlby, 2010).

U jiných živočišných druhů dochází k tzv. imprintingu neboli vtištění, kdy mláček považuje za matku první pohyblivý objekt, který po narození vidí. K tomu dochází například u kachátek a housátek, které studoval K. Lorenz. Byly po narození schopné následovat třeba dospělé mluňky, i jezdící autí, které považovat je za matku, pokud jim byla tato figura v této kritické době hned po narození prezentována. (Bowlby, 2010).

Rychlý mechanismus vytváření vazeb s novorozencem má u různých druhů velký význam. Podle Bowlbyho má biologický základ a v případě člověka se objevuje proto, aby motivoval matku starat se o naprosto bezbranného tvora, který je na ní zcela závislý. Bez této motivace, vyčerpaná náročným porodem, by matka nebyla schopna sama sebe mobilizovat k péči o dítě a novorozenec by neměl šanci přežít. Citová vazba se u dítěte hlásí o slovo v nebezpečných situacích, kdy se uchyluje pro ochranu k člověku, který se o něj nejprve stará (attachment figure), což bývá většinou matka (Bowlby, 2010). Citovou vazbu lze dle Bowlbyho definovat jako šrozměr vztahu mezi malým dítětem a pečovatelem, který zahrnuje ochranu a pravidla bezpečnosti. V tomto teoretickém rámci je citová vazba chápána jako intenzivní a trvalé citové pouto, které si malé dítě vytvoří k mateřské postavě, pouto, jehož kořenem je biologická funkce ochrany před nebezpečím (The dimension of the infant-caregiver relationship involving protection and security regulation. Within this theoretic framework, attachment is conceptualized as an intense and enduring affectional bond that the infant develops with the mother figure, a bond that is biologically rooted in the function of protection from danger) (Bowlby, 1982, In: Mooney, 2010, str. 7).

S Bowlbym začala spolupracovat Mary Ainsworthová (1913–1999), kterou stejně jako Bowlbyho fascinovaly malé děti, citové vazby a separace. V oboru malých dětí je nejznámější

pro zpracování posouzení *Neznámé Situace*. Podle ní je matka hlavní osobou, která zprostředkovává dítěti pocit bezpečí. Čím jistější základy dítěti vytvoří, tím snáze se dítě odvažuje zkoumat svět kolem sebe. Podle toho, jak děti reagovaly na odchod matky a její návrat, rozlišila Ainsworthová děti s bezpečnou vazbou, jejichž matky reagují na potřeby dítěte citlivě a spontánně; děti s nejistou vazbou, jejichž matky do určité míry nerozumí potřebám svých dětí; a děti s vyhýbavou vazbou, jejichž matky reagují na potřeby dítěte nekonzistentně. Tato vazba se pak projevovala i při vytváření dalších vztahů v dospělosti (Mooney, 2010).

Další věci se snažili popsat, kdy matky a novorozenci budují základy svých emočních vazeb, a tak vznikla teorie bondingu. S ní jsou spojeni američtí pediatři John Kennell a Marshall Klaus, kteří provedli v roce 1976 studii se závěrem, že prvních 60–120 hodin po porodu je šcitlivé období pro matku a dítě, během kterého je důležité podpořit bonding kontaktem mezi matkou a dítětem, jinak může být vazba mezi nimi narušena. Domnívali se, že u matek je v tomto období biologicky naprogramovaná připravenost starat se o své dítě. Svě pozorování prováděli na sociálně znevýhodněných matkách se snahou podpořit je v péči o své dítě tím, že jim byl umožněn delší a častější kontakt s dítětem, než byl tehdejší standard v porodnicích. Výsledkem jejich studie bylo, že jež po roce po porodu se matky, kterým se dostalo podpory bondingu, ke svým dětem chovaly citlivěji než matky, kterým byl kontakt s dítětem minimální. Jejich práce znamenala v západním světě velkou změnu v postupu k porodu a poporodní péči o matku a dítě, kteří jsou nyní bráni jako jedna jednotka.

I když pozdější výzkumy (např. Jerome Kagan, 1998 a Jean Mercer, 2006) ukázaly, že význam podpory bondingu není tak velký pro další život jedince, jak Kennell a Klaus předpokládali, ale nelze jej podceňovat a má mnohé přínosy, zejména pro poporodní období.

U nás se na citovou vazbu odkazovali profesori Matějka a Langmeier, dvěti psychologové, kteří se zabývali lidským duševním životem a vývojem dětí. Základy duševního života se u člověka vytvářejí již před narozením. Podle nich je důležité co nejdříve po narození dítěti umožnit, aby byl tento proces ve zdravím prostředí. Dítě má být v kontaktu s matkou, protože to usnadňuje vytvoření intimacy, která je základem pro další vývoj citové vazby. Začíná dotyky, pohledy, mimikou a jednoduchými hlasovými projevy. Dítě má přirozené tendence přilnout k matce, kterou on je nejčastěji (v těle rodiče) a tento proces přilnutí se přeměňuje v trvalé citové pouto mezi rodiči a dítětem (Matějka, Langmeier, 1986).



### 3. Úloha raného kontaktu

Matino pouto k dítěti vzniká již v těhotenství. Během těhotenství sleduje, jak dítě roste, jak se mění její tělo, cítí první pohyby a vytváří si imaginární obraz svého dítěte. Po porodu nastává důležitý krok integraci tohoto mentálního obrazu dítěte s obrazem skutečného dítěte. (Mrowetz, Chrástilová, Antalová, 2011).

Na společné prožití prvních chvil po porodu jsou matka a dítě od přírody nastaveny. Kontakt s matkou usnadňuje dítěti přechod z dýchání na svět, pomáhá mu stabilizovat srdeční rytmus, tělesnou teplotu a dýchání (Mahmud, Masuzaki Yasunaga, et al., 1991). Dítě se nachází ve stavu klidné bdělosti, kdy je připraveno přijímat podněty. Matka se nachází ve stavu šprimárního mateřského zaujetí (Winnicott, 1987). Britský psychoanalytik Donald Winnicott svými pozorováními zjistil, že stav primárního mateřského zaujetí započiná u matky již koncem těhotenství a přetrvává i několik prvních týdnů po porodu. Krátce po porodu matky projevují zvláštní zájem, kdy doufají, že se na dítě podívá, a ve spojení s klidnou bdělostí dítěte tak může započít vzájemná komunikace a seznamování. To matce usnadní naladit se na potřeby dítěte a plnit tak svůj úkol primárního pečovatele.

Zde hrají velkou roli tělesné vjemy. U novorozence dítě rozeznává vůni své matky a matka často přichází k vláskám svého dítěte, což jí navozuje slastné pocity a podporuje mateřské chování. Páchné vjemy jsou důležité pro nastartování mateřského chování. U savců hrají důležitou roli při navazování vazby matky na dítě a její vyladění na potřeby dítěte (Ludington-Hoe, 1993).

Toto pouto vytvářejí feromony, které dítě pozná již v době, kdy je ještě v děloze a dále je vnímá při každém fyzickém kontaktu s matkou. Matiny bradavky voní stejně, jako plodová voda, a to dítě smůže neomylně za zdrojem potravy. (Kodis, 1998). Umocní-li se matce a dítěti kontakt kůže na kůži a nejsou-li vyrušováni, novorozené dítě má schopnost samo se dopřít k matčinu prsu a začít sát, tzv. breast crawl i esky samopisání.

Proces samopisání, je-li mu ponechán potřebný volný prostor, probíhá takto: V prvních dvaceti minutách po porodu dítě odpočívá a navazuje o něj kontakt s matkou. V rozmezí první hodiny až jedné hodiny začíná projevovat připravenost k prvnímu kojení. Za nedlouho

grimasy, pomlaskávat a začne se pomalu pohybovat vpřed, otáčí hlavou ze strany na stranu a otevírá ústa na blížící se bradavku. Po několika pokusech se ústy zachytí dvorec a začne užívat. Aby se dítě bylo schopno takto doplazit k prsu a pít, je třeba, aby nebylo umyté a mohlo tak cítit známou vůni plodové vody ze svého těla (otěhlává si pěstíčky) a najít ji na matčiných bradavkách. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011).

Breast crawl má prokazatelný pozitivní vliv na kojení – matka se dříve spustí mléko, dítě efektivně sají, což snižuje % poporodní ztráty váhy (WHO, 1988, i Girish, Mujawar, Gotmare, Paul, Punia a Pandey, 2013).

Výzkumy ukázaly, že matky, jejichž dítě v první hodině po porodu pije od ní z prsu, si dítě vyhledávají k sobě na pokoj dříve než matky, které tento zážitek neměly (Widström, Wahlburg, Matthiesen, Eneroth, Uvnäs-Moberg, Wernert, Winburg, 1990). Bylo provedeno několik studií dokazujících přínos kontaktu kůže na kůži po porodu pro snadnější kojení (Moore, Anderson, 2007). Kojení s navazováním vztahu mezi matkou a dítětem souvisí; je důležitým pilířem pro vznik pouta mezi matkou a dítětem. Napomáhá dítěti naplnit potřebu fyzického i emočního zájmu a matky jsou díky působení hormonu prolaktinu, uvolněným při kojení, klidnější. (Takács, 2012).

Novorozenci, kteří stráví první hodiny života v kontaktu s matkou kůží na kůži, málokdy pláčou ve srovnání s novorozenci, kteří byli zabalení do ručníku, v oblečení a separováni. Zdá se, že pláč je biologicky naprogramovaná odezva na separaci, dávný mechanismus nutný k přežití dítěte (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011).

Pokud je matka v první hodině po porodu umožněn kontakt s dítětem šikmo na kůži, dochází k výraznému zvýšení hladiny oxytocinu, který při porodu souvisí s důležitými procesy, spouští tvorbu mléka a u matky podporuje mateřské a péčovské chování (Nissen, Lilja, Widström, Uvnäs-Moberg, 1995). Protože oxytocin také tlumí úzkost, nepřerušovaný kontakt s dítětem po porodu má vliv na emoční vyladění rodičky a působí jako prevence poporodního smutku. Separace matky a dítěte po porodu tedy pravděpodobně narušuje tuto hormonální rovnováhu, jejímž účelem je chránit matku a dítě (Takács, Kodyšová, Kejslová, Bartošová, 2011).

Aby raný kontakt matky s dítětem spustil u matky produkci hormonů, jež podporují mateřské chování, napomáhají zavinování dělohy a usnadňují kojení, je důležitá jeho asnost

a délka. Výzkumy se vesměs shodují, že ať se vztah matky k dítěti utváří již v těhotenství, je nejdřívejším okamžikem narození dítěte a doba těsně po porodu. Za klíčovou bývá považována první hodina po porodu, někdy nazývaná jako žlutá hodinka, či senzitivní perioda, kdy se aktivuje biologicky podmíněné pečovatelské chování (Kennel, Klaus, 1976, i Chateau a Wiberg, 1977). Bezprostředně po porodu dochází k synchronizaci interakcí mezi matkou a dítětem, což upevňuje jejich citovou vazbu. A pokud nepanuje úplná shoda, jak dlouho tato senzitivní perioda trvá, je známo, že nejhorší následky má separace matky a dítěte v období krátce po porodu. (Mělová, 2005, In: Takács, 2012).

Obavy o prochlazení novorozence, pokud zůstane u matky, jsou liché. Je pravda, že novorozenci ho regulují tělesnou teplotu, a právě k lepší regulaci teploty novorozence pomáhá kontakt kůže na kůži. Výsledky srovnávací studie ukázaly, že nejvyšší tělesnou teplotu měly děti, které byly hned po porodu v kontaktu kůže na kůži s matkou, nižší ty, které měly matky kůže na kůži až po poátním ošetření a než se regulovali tělesnou teplotu novorozenci, kteří kontakt kůže na kůži neměli a byli umístěni ve výševném lůžku či inkubátoru (Bystrova, Widström, Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Welles-Nyström, Wassberg, Vorontsov, Uvnäs-Moberg, 2003).

Pro ženy, jimž se narodí dítě předčasně, bývá první kontakt se svým dítětem úlevný. Na předčasný porod nebyla žena připravená a je z ní ještě roztrázená. Poté, co je v přítomnosti svého dítěte, snadno jí uvěří lékařka pozitivní prognózy. Kontakt s matkou je přínosný i pro předčasně narozené dítě. Dítě pomáhá se uvolnit, pozitivně ovlivňuje jeho dýchání a další vývoj. A pokud kontakt s předčasně narozeným dítětem nebývá pro rodiče snadný, je pro všechny prospěšné v něm rodiče podpořit.

Z toho důvodu vznikl v sedmdesátých letech dvacátého století v nemocnici v Bogotě koncept klokánkování (Kangaroo Mother Care), kdy rodiče mají se svým předčasně narozeným dítětem kontakt kůže na kůži. Ke komplikovanému startu do života předčasně narozeného dítěte se přidává na jedné straně množství podnětů, než by mohlo v matčině lůžku, na druhé straně mohou mít negativní vliv tělesně neprovozené podněty při hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Předčasně narozené dítě má stejnou potřebu láskyplné péče mateřské figury jako dítě donošené.

Přikloňování teplotu dítě pomáhá udržet teplo těla rodiče, ostatní životní funkce nejsou negativně ovlivněny. U matky takový kontakt podporuje bonding a tvorbu mléka (Whitelaw, Heisterkamp, Sleath, Acolet and Richards, 1988). Dnes je Kangaroo Mother Care definována Světovou zdravotnickou organizací jako těsný kontakt kůže na kůži, kojení a podpora pro matku a dítě od zdravotnického personálu. Výzkumy ukazují, že kloňování pomáhá i samotným nedonošeným dítěm. U dítě s porodní váhou již od 1200 gramů byly porovnávány fyziologické funkce (srdečníinnost, stabilita dýchání) v případě, že byly v inkubátoru, či u matky na nahé hrudi. Novorozenci, kteří byli v kontaktu s matkou, měli tyto hodnoty lepší a nebyli ve stresu. Studie naznačuje, že kontakt s matkou lze použít jako důležitý faktor pro stabilizaci nedonošeného dítě (Bergman, Linley, Fawcus, 2004).

Raný kontakt matky a dítě je důležitý, i když se dítě narodí s nějakou vadou či postižením. Tím spíše, že, jak Kennel, Klaus a Kennel (1995) píše, se matky obávají přilnout k dítě. Mají strach o jeho život, z budoucnosti, jsou v šoku a bojují s pocitem viny. Pokud dostanou dítě do náruče, popisují, že jejich obavy se zmírují, postižení či vada se již nejeví tak hrozné. Zmírují například práce, kde Ethel Roskies popisovala chování matek dítě postižených malformacemi způsobených thalidomidem, které se po sdělení, že dítě mají vývojové vady, rozhodovaly, zda dát dítě do útavu (Nechvalná známá šthalidomidová aféra se odehrávala v 50. a 60. letech 20. století, kdy se tento nový lék doporučoval těhotným ženám na ranní nevolnosti. Bohužel se ukázalo, že byl teratogenní a dítě se narodily s vážnými malformacemi, především končetin). Kontakt s dítěm na matce zapůsobil tak, že se rozhodly dítě si ponechat (Roskies, 1974).

#### **4. Separace matky a novorozence**

Výše uvedené výzkumy a studie zdůrazňují přínosy kontaktu matky a dítě. Měly mít jejich separace i přímé negativní následky?

Lidé jsou jediní savci, kteří praktikují separaci novorozence a matky po porodu. Přes výzkumy na zvířatech je oddělení novorozeného mláděte od matky způsobem, jak vytvořit stresovou situaci k pozdějšímu zkoumání škodlivého vlivu stresu na vývoj mozku mláděte. Takové studie u lidí nemáme. Dosud nebyly provedeny výzkumy, které by prokázaly přímou

souvislost se separací dítěte od matky a pozdějším vývojem dítěte. Existuje však studie, která pro měření srdeční frekvence novorozenců spících v matčině náruči a dětí spících v postýlkách či inkubátorech, tvrdí, že separace od matky je pro novorozence nejvíce fyziologickým stresem (Ringler, N. M., Kennell, J. H., Jarvella, R. et al, 1975).

Také matky si přejí být se svými dětmi. Česká klinická psychologička Michaela Mrowetz provedla v roce 2008 výzkum o motivech k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení a zjistila, že nejsilnějším motivem žen je nepřerušovaný kontakt s dítětem hned po narození a vyhnutí se traumatickému zážitku separace. Podle tohoto výzkumu zafilo jen 19 % žen rodiček v českých porodnicích nepřerušovaný dvouhodinový kontakt se svým právě narozeným dítětem, delší kontakt jen 2 % (Mrowetz, 2011).

Matky, kterým bylo dítě po porodu odneseno, popisují pocity smutku, i jakési neukončenosti porodu. Byť u některých odnesení dítěte uvítají z důvodu nabrání síly po vyerpávajícím porodu, většina žen si kontakt se svým dítětem po jeho a separaci pro ni bývá traumatizujícím zážitkem (Takács, Kodyšová, 2011).

Takové zážitky mohou mít velmi negativní následky na psychiku ženy. Kontrola rodičky nad sebou po porodu, stejně jako kontrola nad novorozencem, snižuje riziko rozvoje poporodních depresí. Pokud rodička ztratí nad porodním procesem a svým dítětem kontrolu jeho separací, zvyšuje se pravděpodobnost rozvoje negativních prožitků, ať už riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Jak bylo napsáno výše, zamezení kontaktu matky a novorozence kvůli nákladu snižuje u matky vyplavování oxytocinu a dalších důležitých hormonů, působících na emoční vyladění rodičky. Dle výzkumů jsou ženy, které byly po porodu separovány od svých dětí, více ohroženy tím, že si z porodu odnesou negativní zážitek i trauma. To má u takových žen větší vliv na vznik poruch ve vztahu k dítěti i partnerovi, jejich sníženou sebevědomost v roli matky a komplikace v dalších vztazích a porodech (Mrowetz, M., Peremská, M., 2013)

Výhodou raného kontaktu matky a dítěte je i pohoda personálu. Pokud personál ihned po porodu dítě matce vezme a snaží se rychle provést všechny rutinní ošetřovatelské a administrativní úkony, může se tak dostat do stresové situace, která zvyšuje riziko chyb. Upřednostnění rutinních praktik před psychickými aspekty péče, které s sebou nese i separaci matky a dítěte, zvyšuje i riziko nespokojené rodičky a případné střípnosti. To připadá

ke stresu ošetřovatelského personálu. Klidný a vyčkávací přístup personálu tedy zvyšuje psychickou pohodu jak matky a dítěte, tak personálu, a snižuje riziko chyb (Takács, L., 2012).

Při separaci před narozených dětí matky mohou pociťovat menší důvěru ve své mateřské schopnosti (Kennel, Klaus, 1976)

## 5. Podpora bondingu

Aby mohly všechny tyto důležité poporodní procesy proběhnout, a aby se matce a dítěti usnadnil bonding a attachment, je třeba je podpořit. Základem podpory bondingu je umožnit matce a dítěti nepřerušovaný společný kontakt, ideálně křížem, tak dlouho jak chtějí a potřebují, a vytvořit jim k tomu vhodné podmínky. Ty spoívají v tom, že dítě po porodu nikdo neodnáší na rutinní vyšetření, ošetření či koupání, nýbrž jej zdravotnický personál předá matce do náruče, přikryje je a neruší; je ale připraven pomoci v případě potřeby. První vyšetření a ošetření se provádí na matce. Nespěchá se na první kojení, ale pokračuje, ať je dítě k sání připraveno. O dítě a matku se pečuje jako o jednu jednotku a nikdo je od sebe neoddluže. Kontakt s dítětem lze začít i matkám po porodu císařským řezem, a v případě špatného zdravotního stavu matky je prospěšné, aby dítě měl u sebe otec. Podporou nové rodiny může být i další doprovázející osoba. Tyto a další body zpracovala ve svém doporučení Světová zdravotnická organizace (WHO, 1998) a v českém prostředí byly nedávno zpracovány jako 10 kroků podpory bondingu a postupně se s nimi seznamuje personál porodnic, i veřejnost (Mrowetz, Peremská, 2013). Základní doporučení zní takto:

1. Položení nahého novorozence na nahé břicho matky bezprostředně po porodu. Matka si dítě drží sama, v případě potřeby dítě přidržuje další osoba (otec, zdravotník). Novorozenec se osuší na těle matky, poté se přikryje i s matkou jako jedna jednotka. Pupečník se přeručí ať po dotepání, což zajistí dostatečnou placentární transfúzi. Časně přeručení pupečníku totiž může ochudit objem krve novorozence ať o 30 až 50 %, a to může způsobit problémy s poporodní adaptací (Mercer, Skovgaard, 2002).
2. Věčná vyšetření a základní ošetření novorozence se provádí na těle matky. Dítě není třeba odnášet pro hodnocení Apgar skóre, přeručení pupečníku či označení identifikačním náramkem.

3. Je třeba umožnit a podpořit vizuální kontakt o pohled matky a novorozence z očí do očí. Pokud matka leží na zádech, personál jí podloží záda. Pokud ufl dítě v inkubátoru být musí, umístíme jej do stejné místnosti.
4. Breast crawl o kdyfl je matce a novorozenci dopán dostatek času na seznámení, je dítě p ipraveno k prvnímu sání. Neteba mu nijak pomáhat, postaí vykávací p ístup personálu. Dítě bradavku najde a začne sát (viz vý-e).
5. Matka a dítě jsou v kontaktu k fle na k fli. Matka pot ebuje téfl cítit v ni svého miminka. Nejlépe ji p íjímá z d tské hlavy i vlásk . Proto je d leflité, aby dítě nebylo oble ené, a nem lo ani epici. Výzkum ukázal, fle ichové vjemy jsou d leflitým spou-t em mate ského chování (Ludington-Hoe, 1993). Je vhodné nep eru-ovat tento kontakt nejmén 2 hodiny po porodu, ideáln v-ak déle. I z porodního sálu lze matku a dítě p evést, ani fl by byli odd leni. P í -patném zdravotním stavu matky m fle matku zastoupit otec.
6. Zdravotnický personál zajistí klidné, vlídné a intimní prostředí a pohodlí pro matku, novou rodinu nevyru-ují v seznamování.
7. Eliminace techniky o fotoaparáty, videokamery, mobilní telefony tyto jedine né okamfliky naru-ují. Fotit m fle p ípadn zdravotník i dula.
8. Ve-kerá vy-et ení novorozence provád t v p ítomnosti matky, v její náru i k flí na k fli a p í kojení, cofl eliminuje u novorozence vyplavování kortizolu a mírní bolest nap . p í odb ru krve z paty (Gray, Watt, Blass, 2000).
9. P í transportu do jiného zdravotnického za ízení transportovat matku i dítě , podle zdravotního stavu, jedním sanitním vozem a zajistit jim p íjem na nové odd lení.
10. P í porodu mrtvého dítě te i p í úmrtí dítě te po porodu podpo it matku v kontaktu s dítě tem a umožnit jí i rodin rozlou ení s dítě tem a poskytnout jim k tomu tolik času, kolik pot ebují.

## 6. Situace v českém prostředí

Po druhé světové válce se porodnictví v České republice pomalu začalo přesouvat do porodnic. Rozvoj moderní medicíny snížil novorozeneckou i mateřskou úmrtnost a poskytl odbornou péči i rodičkám i dětem, ale negativně se podepsal na kontaktu matky a dítěte. Ještě generace dnešních babiček a prababiček vzpomíná, že dítě jim bylo po porodu pouze ukázáno, a poté odneseno na novorozenecké oddělení, kde trávilo převážnou většinu času, kdy byla matka s dítětem v porodnici. Matky si měly po porodu odpočinout, o děti se starali zdravotníci, samy matky děti ani nerozbalovaly a děti jim nosily sestry pouze na kojení v pravidelných intervalech. To nerespektovalo přirozené potřeby matek a jejich dětí, vedlo k potížím s kojením a brzkému přecházení na umělé mléko. Otcové mohli vidět své děti pouze přes sklo či v okno. Taková vyprávění si pamatuje mnoho dnešních matek, slyšelo je mnoho z nás a měly je vidět v dobových filmech a seriálech.

V Evropě se v sedmdesátých letech začíná prosazovat systém rooming-in, který znamená, že dítě je v porodnici na jednom pokoji s matkou (praktikoval se v různých místech, kde ať od druhého dne po porodu či později, kde se na noc se dítě odnášely na novorozenecké oddělení, aby se matka mohla vyspat). Tento model péče o matku a dítě přispíval k větší spokojenosti obou a pomáhal rozvíjet jejich vzájemný vztah. V České republice se začíná prosazovat až koncem osmdesátých let dvacátého století a měly se o něm doisté zmíněných profesor Matějka a Langmeiera (1986).

Po Sametové revoluci se dále mění české porodnictví a přechází k rodičkám. Díky moderním informačním technologiím mají rodičky přístup k informacím o rodičovství tak jako z celého světa a na základě svých informací se rozhodují také pro místo a způsob porodu.

Obanské sdružení Aperio udržuje na svých webových stránkách pravidelně aktualizovaný přehled porodnic v České republice, kde jsou nejen základní informace o zařízení, jako kontakty či doporučené vybavení, které si s sebou rodička má vzít, ale i dotazníky, ve kterých odpovědi zaměstnanců daného zařízení vypovídají o rutinních postupech a zvyklostech, týkajících se právě u porodu, poporodního období a pobytu na oddělení –tested lí. Dále je zde prostor pro diskusi, kde si ženy vymění své zkušenosti s dotyčnou porodnicí. Z tohoto hodnocení vyšla i kniha (Aperio a kolektiv. 2004. *Průvodce porodnicemi České republiky*).



Praha: Argo). Pro účely této práce jsou používána data z webových stránek sdružení (<http://www.aperio.cz/9/budeme-rodit>), nebo jsou aktuálnější, než v knize (v době vzniku této práce zde byla data uvedena z let 2011 a 2012).

Porodnice uvádí různé postupy, postupy a zvyklosti, takže pokud má žena konkrétní požadavky, často podle toho porodnici volí. Na které porodnice se prezentují velmi vstřícně k porození dětí, například. Personál je zvyklý zacházet s porodními plány. Při fyziologickém porodu bez komplikací personál porodnice považuje porodní plán za závazný. (porodnice Krnov). Nabízejí také spolupráci dalšími osobami: Personál porodnice je zvyklý spolupracovat s doulou (porodnice Píbram) a volbu porodních poloh: (sídlo) je možno rodit vsedě, ve stoje, v kleku, na boku, v poloosedle podle porození dětí (porodnice Krnov). Snahou se ženám dopřát pohodlí umožní výber doprovázejících osob: Počet osob, které mohou ženu doprovázet k porodu, závisí na jejím porození a možnostech porodního sálu (porodnice Jihlava).

Pozn.: U doprovázejících osob je dobré připravit funkci duly. Dula je žena, která prošla výcvikem a lze si ji objednat k doprovázení ženy během porodu, kdy jí poskytuje psychickou i fyzickou podporu. Snahou se připravit k dobré tělesné i duševní pohodlí matky i dítěte, usnadňuje komunikaci se zdravotníky. Neposkytuje zdravotnické služby a nenahrazuje porodní asistentku ani lékaře. Má však svou přítomností vliv na pozitivnější zážitek porodu pro ženu, dokonce její přítomnost snižuje procento císařských řezů, používání léků proti bolesti a léků na podporu porodu (Klaus, Kennel, Klaus, 1993). Dula může ženám pomáhat již v těhotenství a těm po porodu například s kojením. Záleží na jejich znalostech a domluvě spolupráce se ženou. V českém prostředí jsou sdruženy do České asociace dulařek ([www.duly.cz](http://www.duly.cz)) a občanského sdružení Česká dula ([www.mojedula.cz](http://www.mojedula.cz)).

Porodní plán je dokument, ve kterém rodička sepíše své požadavky a porození ohledně porodu a doby poporodní, a konzultuje pak jeho obsah, často ještě v těhotenství, se zdravotnickým personálem porodnice, kde se chystá rodit. Různé porodnice bývají různě vstřícné a mají různé rutinní postupy, neexistuje tedy standardní unifikovaný postup pro všechna zdravotnická zařízení, ani univerzální porodní plán. Může se bohužel stát, že personál porodnice odmítne rodičce její požadavky splnit. Porodní plán není žádný právně závazný dokument, takže žádné požadavky nelze po porodnici vymáhat.

V porodnicích se ale setkáváme i s direktivním přístupem: šfieny smí doprovázet maximálně 1 osoba (porodnice Motol, Praha). ŠO zprávu o vedení porodu rozhoduje lékař. Šfieny plánující alternativní vedení porodu jsou doporučovány do jiného zdravotnického zařízení. (Porodnice Na Bulovce, Praha). Nebo porodnice uvede, že šporodní plány nepovažuje za závazné (porodnice Motol, Praha).

Diametrálně odlišné přístupy prezentují porodnice i v otázce podpory bondingu formou kontaktu matky s dítětem. Porodnice Teplice uvádí:

ŠPo spontánním porodu je fyziologický novorozenec ihned položen na břicho matky. Pupečník je přerušován po jeho dotepání. Novorozenec je ošetřen na břiše matky (osušen, definitivní podvaz pupečníku a označení identifikačním náramkem), poté je přikryt nahátou plenou a flísovou červenou dekou k udržení teploty. Po celé dvě hodiny, kdy je matka na porodním sále zůstává novorozenec s ní, nejlépe v kontaktu kůže na kůži, kde je podpořen v samopisání nebo je přiložen k prsu s pomocí novorozenecké sestry.

Naproti tomu porodnice Motol přičítá jen stručně: ŠNovorozenec je po porodu oddělen od matky bez jejího výslovného souhlasu na první ošetření po dobu 10 - 15 minut. (Porodnice Valašské Meziříčí informuje takto: ŠPo porodu bývá dítě od matky odděleno na dobu předepsaného dvouhodinového poporodního odpočinku matky. Matka je o odloučení informována, není žádán její výslovný souhlas.)

Některé porodnice je také popisují separaci dítěte od matky: ŠDoprovod rodičky může být přítomen u poporodních vyšetření dítěte, (Porodnice Královské Vinohrady, Praha). Separaci prezentuje též porodnice U Apolináře v Praze: ŠNesetkali jsme se s odmítnutím nedělků s krátkým šoddělením" novorozence, nebo :

- a. je s tímto postupem seznámena v "šInformovaném souhlasu", který obdrží v poradně pro těhotné v 36 resp. 38 týdnu těhotenství
- b. doprovázející blízká osoba může být po celou dobu přítomna s novorozencem na neonatologii (umožní-li to provoz)
- c. po ozvejení dýchání a vysvětlení, že se jedná pouze o dobu asi 60 minut šoddělení" miminka, ženy nenamítají nic.

U poporodních vyšetření může být přítomen i doprovod rodičky.

Přístup porodnic k rodičkám a jejich dětem je důležitý pro psychiku ženy. V odborném pojednání o psychologii porodu českých psychologek E. Kodyšové a M. Mrowetz se žena potěbuje cítit na místě porodu v bezpečí, aby mohly všechny porodní procesy probíhat tak, jak mají. K pocitu bezpečí přispívá též pocit, že je žena v porodnici zdravotníky respektována a dle autorek respektování přirozených potřeb rodiček žen není naplňováno na úkor porodu, ale naopak zvyšuje v této bezpečnost porodu a proces s ním spojených. Bohužel je v České republice stále více upravená rutina zdravotnických postupů před potěbami matek a novorozenců, přitom kvalita porodního zážitku sahá dále než k fyziologickým procesům (Kodyšová, Mrowetz, 2010). Kroky ke zlepšení porodnictví, o jaká lánek dále uvádí, již byly podniknuty, ovšem celá záležitost je komplexnější problém. Zdravotníci popisují zhoršení vztahů mezi rodičkou a porodníkem, rodička lékárna často neví, což je zase stresuje a za takové situace se vzájemná komunikace mezi nimi jen zhoršuje a vzájemné pochopení není nemohly. Obě strany to frustruje a zdravotníci přistupují k porodu se zvýšenou mírou úzkosti. Situaci také vyhrocuje současný mediální obraz porodu jako nebezpečné a patologické záležitosti. Dle autorek by zdravotnický personál, který pracuje s takovou mírou odpovědnosti a s psychikou pacientky, měl mít povědomí o psychologických aspektech porodu a pravidelnou supervizi, aby mohl ženy lépe podpořit a sebe zbavit úzkosti při práci s nimi.

Velkým problémem je dle autorek kontakt matky a dítěte po porodu císařským řezem. Matky jsou rutinně umístěny na Jednotku intenzivní péče, kde je bohužel možnost mít novorozence vedle postele prakticky nulová. Také se zde nepočítá s přítomností doprovázející osoby, která by matce a dítěti pomáhala.

Zemoňích potřeb rodičky vycházel i průzkum provedený v českých porodnicích v roce 2011 o psychosociálním klimatu porodnic (Takács, Kodyšová, Kejíková, Bartošová, 2011). I v něm se jako jeden z důležitých faktorů, které ovlivňují emoční pohodu rodičky, objevil osný kontakt s dítětem. V průběhu porodu a v poporodním období vykazuje žena zvýšenou vnímavost vůči prostředí, v němž se nachází, a potěbuje vstřícnost, porozumění a podporu.

Tento výzkum odhalil čtyři základní hlediska, která tvoří psychosociální klima porodnice:

- 1) Vztahové hledisko šjde o přístup zdravotníků k rodičkám. Pro ženy je důležité, aby jí zdravotníci poskytli psychickou podporu, byli ochotní pomoci, chovali se k ní

ohledupln , respektovali její soukromí a stud, poskytovali jim dostatek informací a brali je jako rovnocenné partnery a nezařizovali k nim nadřazenou roli. Ve výpovědích respondentek se často objevovaly stesky na nezdvořilé a necitlivé chování zdravotníků , někdy vnímané i jako ponižující. Naopak pozitivně působilo i hřejivé slovo i pochvala. Související výzkum o spokojenosti rodiček (Takács, Kodyová, 2011) odhalil přístup zdravotníků jako nejdůležitější kritérium spokojenosti rodiček s péčí.

- 2) Hodnotové hledisko se týká se hodnot a přesvědčení panujících a uplatňovaných zdravotníků při péči o rodičku a dítě. Důležitý je pro ženy podíl na rozhodování, respektování jejich potřeb, podpora kojení a podpora raného kontaktu matky a dítěte. Zde bylo najevo, že pokud má matka své dítě po porodu bez přerušování u sebe, ustupují ostatní faktory, které formují klima porodnice, zcela do pozadí. Většina respondentek tohoto výzkumu dítě bezprostředně po porodu u sebe neměla, ale ať na výjimky neváží radu zdravotníků , aby si po porodu odpočinuly, pozitivně , a o kontakt s dítětem stály.
- 3) Systémové hledisko se souvisí s orientací rodiček v porodnici a porozumění jejím pravidlům a kompetencím zdravotníků . Ženy potřebují a pozitivně hodnotí, pokud je s nimi jednáno jako s rovnocenným partnerem a tato pravidla jsou jim připisována. Zaznamenaly stížnosti na to, že se informace, které porodnice předem prezentovala, se pak neshodovaly s realitou. Rodičky si pak nemohly například vybrat volbu polohy při porodu, nebo s nimi nemohl být u porodu partner. Velmi stresující také pro ženy byl pocit, že zdravotníci určují pravidla s ohledem na své pohodlí a ony se musí pouze připisovat.
- 4) Ekologicko-architektonické hledisko se týká uspořádání a vybavení prostor porodnice. Důležitá pro respondentky byla čistota, domácí vzhled porodních pokojů , strava a prostory na oddělení –estinedlí.

V České republice se stejně jako v ostatních částech Evropy a světa nerodí pouze v porodnicích. Volbou žen, i když méně často, je porod v domácím prostředí. O ženu a dítě se stará vybraná porodní asistentka, do jejích kompetencí spadá, dle legislativy Evropské unie, také samostatné vedení porodu (Směrnice EU č. 80/155 EEC a č. 80/154 EEC). Podle

odborného názoru Mgr. Adély Hořejší, která zpracovala analýzu pro pracovní skupinu Porodnictví při Ministerstvu zdravotnictví, bohužel Česká republika plně nepříspěla své právní předpisy požadavkům EU, a tak je v současné době právní postavení porodních asistentek nejisté a nemohou vykonávat své povolání v plném rozsahu svých kompetencí. Pro samostatnou práci jim Česká legislativa klade nesplnitelné podmínky. A pokud neexistuje žádný zákon, který by porody v domácím prostředí zakazoval, je tak ženám upírána možnost na svobodnou volbu místa porodu (Hořejší, 2012).

Nově dokonce porodním asistentkám hrozí vysoká pokuta, pokud budou asistovat ženě u domácího porodu, a tak se musí uchýlovat k různým obcházejícím praktikám (V tomto smyslu se vyjádřil ministr zdravotnictví Leo-Heger ve vysílání České televize v dokumentu Porody podomácku z cyklu Polo-ero, vysílaném dne 16. 4. 2013. Dostupné on-line ve webovém archívu vysílání na [www.ceskatelevize.cz](http://www.ceskatelevize.cz)). O porody v domácím prostředí však také ženy stojí a tyto probíhají i za těchto ztížených podmínek.

Ve výše zmíněném výzkumu M. Mrowetz (2011) se ukázalo, že nejsilnějším motivem žen, které plánovaně rodily mimo zdravotnické zařízení, byl pro toto rozhodnutí nepřerušovaný kontakt s dítětem. Tyto ženy volily porod doma proto, že v domácím prostředí je možnost, že dítě zdravotník oddělí od matky kvůli rutinním vyšetřením minimálně. Separace od dítěte je dle autorky výzkumu jedním z faktorů rozvoje poporodního traumatu. Trauma, které žena prožije v porodnici, je pak významným faktorem pro rozhodnutí víceroditelk pro porod mimo porodnici. U prvoroditelky je to pak obava z tohoto traumatu.

Kromě pobytu v příjemném domácím prostředí, který je významnou motivací pro porod doma, byly dalšími faktory, které výzkum přinesl, zajištění individuálního tempa porodu a respektování potřeb ženy (svoboda pohybu, klid, atd.) i dítěte (odlovení přestíhání pupku – rý). Ženy se tedy chtěly vyhnout rutinním zásahům do porodu (protržení vaku blány, nástih) a chtěly mít kontrolu nad porodním procesem. To jiní volbu porodu mimo zdravotnické zařízení šnegativní volbou, (Mrowetz, 2011) tj. tyto ženy by se pro porod doma nerozhodly, pokud by jejich potřeby v porodnici byly naplněny. Výzkum proto doporučuje zkvalitnit a rozšířit nabídku služeb v porodnictví, nebo posttraumať ženy být zpočátku i necitlivým personálem zdravotníků, kteří nerespektují potřeby a přání rodičky. Jedním ze způsobů změny může být doprovod porodní asistentky, která by pečovala o ženu a dítě před porodem, při porodu a v poporodním období jako o jednu neoddelitelnou jednotku.

## II. METODOLOGIE

### 7. Výzkumný problém

Dle výše uvedeného má tedy raný kontakt matky a dítěte mnohé přínosy a je významný pro podporu bondingu a následně citové vazby. První kontakt s dítětem a proces bondingu se též jeví jako velmi silný emocionální zážitek pro matku. A právě na matky se tato bakalářská práce zaměřuje. Jejím cílem je pomocí rozhovorů s matkami s první zkušeností zachytit, jak první společné chvíle po porodu vnímají matky a co pro ně bonding znamená. Zaměřuje se na období bezprostředně po porodu a prvních několika dnech. Výše zmíněné studie a výzkumy zkoumaly raný kontakt s dítětem z různých hledisek a hledaly jeho vliv a následky. Na pocity matek se výslovně nezaměřovaly a řádnou takovou práci se nepodařilo nalézt. Dále se tato práce snaží identifikovat důležité aspekty a faktory prostředí, které mohou prožívání žen ovlivnit.

### 8. Výzkumná strategie

Byl vybrán kvalitativní výzkum z důvodu sledování fenoménu po zátku bondingu do detailu. Výzkum se uskutečnil prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které umožnily ženám, aby vyprávěly své emoce a pocity, tak jak byly podle nich nejdůležitější nebo nejintenzivnější. Především bylo zaměřeno použít narativní rozhovory, bohužel se však ukázaly být obtížnými pro respondenty a přikročilo se tedy k polostrukturované formě.

### 9. Výběr vzorku a techniky sběru dat

Pro výzkum byly osloveny české a slovenské ženy nezávisle na místě a způsobu porodu. Výzkum se zaměřoval na ženy, které měly termín porodu v průběhu prvního čtvrtletí roku 2013. Vzhledem k tomu, o jak intimní chvíle se jedná, bylo rozhodnuto oslovit ženy ještě v těhotenství, aby se nejprve seznámily s cíli výzkumu a s výzkumníkem, a aby tudíž v citlivém období ještě nezáskaly pocit, že jsou zpovídaný někým cizím. Jak pro

psychickou pohodu respondentek, tak pro účel sběru dat, byla uvolněná atmosféra výzkumného rozhovoru dle potřeb.

Respondentky se získávaly dotazováním v okolí a ve stejnou internetovou výzvou (viz Příloha 1) – čtenou prostřednictvím Facebooku a rodinných diskuzních internetových serverů (www.rodina.cz, www.baby-cafe.cz). Na tuto žádost reagovaly respondentky aktivně samy. Měly možnost reagovat pomocí facebookových zpráv, e-mailem i telefonicky.

Do výzkumu se přihlásilo přes 30 žen, zájem měly i takové, které ufl měly po porodu, ale i tak se chtěly o svůj zážitek podílet. Bohužel nebyly cílovou skupinou a nakonec bylo do výzkumu po informačním rozhovoru zapsáno 26 žen. Bylo nutno počítat s tím, že konečné číslo bude nižší, protože některým respondentkám z různých důvodů nebude kontakt s jejich dítětem bezprostředně po porodu umožněn, nebo nebudou schopné i ochotné výzkumný rozhovor poskytnout. Nakonec bylo pro výzkum použito 20 výzkumných rozhovorů. Popis výzkumného vzorku se vztahuje na tento konečný počet 20 respondentek, jejichž výpovědi byly do výzkumu zahrnuty. Některé jsou popsány i dle vody, jak se doplnělo k tomu po tu.

Sběr dat pro výzkum zahrnoval vlastní její reakce žen na žádost o účast ve výzkumu a prvním informačním rozhovorem, ze kterého se kromě statistických údajů daly zjistit další informace o respondentkách, jejich plány, týkající se porodu a novorozence, případně jejich motivace pro účast ve výzkumu. Tento informační rozhovor se uskutečnil ještě dříve před hotovostí respondentek. Bohužel nebyly respondentky seznámeny s cílem a průběhem výzkumu a účelem, k jakému se data využijí, se záměrem na to, aby jim nebyly sdělovány žádné návodné informace, které by mohly výsledky výzkumu zkreslit. Také byly seznámeny s tím, že výzkumný rozhovor je zcela anonymní a jejich účast dobrovolná a mohou se kdykoli rozhodnout její ukončit. Byly jim zodpovězeny případné otázky a získán informovaný souhlas (vzor informovaného souhlasu viz příloha 2). Ten jim byl předán osobně, nebo zaslán a ony podepsaný vracely (většina z nich preferovala zaslání e-mailem a s naskenovaným podpisem posílaly zpět). Informační rozhovor nebyl nahráván.

V rozhovoru byly sledovány tyto statistické údaje: kraj, kde se rodička chystá родit, zda bude родit v porodnici i mimo zdravotnické zařízení a kolikáté dítě čeká. Tyto údaje byly zapsány do tabulky v počítačovém programu MS Excel. Dále tabulka obsahovala kontaktní údaje a

poznámky, které rodičky považovaly za důležité sdělit při tomto rozhovoru, i její reakci na Výzvu. Některým zde byla přidělena kódovací jména a celá tabulka byla chráněna heslem.

Všechny respondenty, jejichž data byla zahrnuta do výzkumu, byly těhotné, plánující porod v různých krajích a zdravotnických zařízeních i mimo ně. Rozložení respondentek dle krajů viz tabulka 1.

**Tabulka 1: Rozložení respondentek dle krajů**

| <b>Kraj</b>    | <b>Počet respondentek</b> |
|----------------|---------------------------|
| Praha          | 5                         |
| Středočeský    | 3                         |
| Ústecký        | 3                         |
| Západočeský    | 1                         |
| Pardubický     | 1                         |
| Jihomoravský   | 4                         |
| Severomoravský | 2                         |
| Zahraničí      | 1                         |
| <b>Celkem</b>  | <b>20</b>                 |

Věk rodiček nebyl sledován, neboť pro účely výzkumu byl zajímavější údaj, o kolikáté dítě respondentky se jedná. Výzkumný vzorek nebylo možné sestavit tak, aby byl heterogenní, což se týká vzdělání. Nejvíce bylo zastoupeno vzdělání vysokoškolské a středoškolské s maturitou.

Všechny ženy, tvořící výzkumný vzorek, by mohly být označeny pojmem šinformovaná rodička. Informovaná rodička je vřídě označení pro ženu, která se aktivně zajímá o své těhotenství a porod, má o těchto věcech určitou představu a projevuje svá přání a do určité míry přebírá odpovědnost za své porod.

Všechny respondenty měly alespoň základní povědomí o pojmu bonding a chtěly mít dítě po porodu u sebe. U prvorodiček zaznělo, že se v těhotenství informovaly: ŠN co jsem o bondingu na etla, (Gabriela). Některé rodičky sdělovaly její reakci na Výzvu, i při



prvním informačním rozhovoru, že po zkušenosti se separací předchozího dítěte se toho jíft chtějí vyvarovat. Darina napsala, že: „Ze zkušeností s prvním porodem, kdy o bondingu nemohla být e , se teď chystáme miminko lékat pokud možno ani nep j it.“ Ivana kvůli oddělení od svého dítěte tentokrát plánovala domácí porod: „Vnímala jsem to dlouho jako naprosto zásadní životní újmu, vedlo to u mě k rozvinutí posttraumatické stresové poruchy. Moje dřívější porodnický systém byla ot esena do té míry, že plánuji rodit doma.“ Výpověď této respondentky koresponduje se závěry Mrowetz a Peremské (2013) o v t-ím ohrožení posttraumatickou stresovou poruchou z důvodu separace.

N které respondentky rodičů v porodnici se snažily dopředu si zajistit kontakt s dítětem, například sepsáním porodního plánu. Jiné respondentky si přizvaly k porodu svou porodní asistentku. Cítily se bezpečně a pohodlně v přítomnosti odborníka, kterého znaly již z těhotenství. Takové řešení, byť profesionálce, není ale dovoleno zasahovat do vedení porodu místnímu personálu, jak to bývá v jiných zemích, zde tedy plní funkci podpory a prostředníka mezi personálem a rodiči i rodiči dítěte, tedy dule.

Další respondentky kontakt s dítětem ponechávaly na zdravotnických zařízeních: „Plánuju rodit ve velké porodnici, takže tam s nějakým bondingem moc nepočítám“ (Celestýna), i když zkušenost, že není třeba se jej domáhat a vyjednávat (šDělají to automaticky,“ Barbora).

Bylo zajímavé, že některé respondentky sdělovaly, že na žádost o účast ve výzkumu reagovaly proto, že podle nich se tématu bondingu a pocitem rodičů nevěnuje dostatečný prostor, včetně ze své vlastní zkušenosti. Měly pocit, že taková práce by mohla přispět ke změně v českých porodnicích, a ony toho tak mohou být součástí: „Nedávno jsem se byla přihlásit v porodnici a obávám se, že realita bude vypadat trochu jinak, než jak bychom s partnerem rádi. Ale doufám, že bonding podporují. Každopádně ráda podpořím cokoli, co pomůže bonding zpropagovat,“ napsala Gabriela. i Darina: „S prvním dítětem jsem měla kontakt asi tak půl minuty, pak malou odnesli a já jsem pak dvě hodiny otravovala personál porodnice, že chci svoje dítě takhle tomuto bych se teď ráda vyhla. Doufám, že vaše práce pomůže posunout české porodnictví k lepšímu.“

Po termínu porodu byly respondentky znovu kontaktovány, některé preferovaly ozvat se samy (e-mailem, SMS, telefonicky). Vzhledem k tomu, jak velká změna je narození dítěte a jak citlivé je období těhotenství, bylo nakonec upraveno od plánovaných osobních

výzkumných rozhovorů, čímž bylo možno získat větší výzkumný vzorek. Výzkumné rozhovory tedy probíhaly prostřednictvím skype i telefonicky.

Samotný výzkumný rozhovor se odehrával ať poté, co se ženy, rodičí v porodnici, vrátily zpět do domu, ne však dříve, než 10 dní po porodu, aby byly jejich vzpomínky zachyceny co možná nejrychleji a nezkresleně časem uplynulým od porodu. Struktura rozhovoru nebyla předem dána. Úvod rozhovoru výzkumník směřoval k navození uvolněné a příjemné atmosféry (gratulace k narození miminka aj.), dále byla respondentka znovu poučena o své dobrovolné účasti a o nahrávání rozhovoru.

Poté byla všem položena stejná otázka, a to: „Jaký pro vás byl první kontakt s vaším miminkem?“ Váhající případně byly vybídnuty, ať vypráví cokoliv, co jim ohledně kontaktu s dítětem přijde důležité zmínit. Většinou respondenty řadily své vyprávění chronologicky a začínaly samotným porodem, i případnou náhrou, na něž, které srovnávaly své představy s realitou, víceméně kdy své porody porovnávaly. Všechny respondenty sledávaly volně vyprávění obtížným, a tak jim byly pokládány doplňující otázky na okolnosti, které mohly ovlivnit matino prožívání kontaktu s dítětem a bondingu a pomohly jim vybavit si je. Otázky byly voleny na témata, která zmiňovaly v předchozích rozhovorech jiné respondenty.

- Dostala jste dítě do náruče hned po porodu, nebo ať po ošetření i jiných procedurách?
- Bylo dítě ještě nahé, i uť zabalené?
- Co dělalo miminko u vás v náruči (první zkušené rozhovory ukázaly, že pokud matky toto popisují, lépe si vybaví své reakce a pocity)?
- Jak vám bylo, když jste dávala miminko z náruče pryč?
- Chtěla byste zmínit něco z prvních dní po porodu?

Rozhovor byl ukončen poděkováním za účast ve výzkumu a i případným zájmu respondenty dohodou o zaslání výsledků výzkumu po jeho dokončení.

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu měla velkou roli i sběru dat hrát výzkumník. Proto byl kladen důraz na co nejmenší zasahování do vyprávění žen, aby říkaly to, co je pro ně důležité, nikoli aby se snažily vyhovět tazateli. Bylo třeba brát v úvahu citlivost tématu, proto byly doplňující otázky stavěny tak, aby respondenty neměly potřebu se proti podpoře

bondingu vymezovat (šjsem –patná matka, kdyfl jsem nem la dít u sebeõ), jak popisují Klaus, Kennell a Klaus (1995) a nezískaly pocit, fl jsou za své odpov di a pocity hodnoceny.

Z p vodních 26 respondentek, se kterými se b hem informa ního rozhovoru dohodla ú ast, byly nahrány výzkumné rozhovory s celkem 22 flenami. 4 rozhovory se neuskute nily proto, fl 3 respondentky se nepoda ilo v daném limitu dní po porodu zkontaktovat a 1 respondentka poslala po porodu e-mail, fl kv li poporodním obtíflím nemá as poskytnout rozhovor.

Dále byly z t chto 22 rozhovor vy azeny 2, protofl respondentky rodily císa ským ezem a ani jedné nebyl umofln n raný kontakt s dít em. Své d ti vid ly déle nefl 12 hodin po porodu, a to pouze na chvilku, pozd ji jim d ti byly p iná–eny jen na kojení, kontakt k flí na k flí jim nebyl umofln n. To zapadá do záv r Kody–ové a Mrowetz (2010), fl kontakt s dít em po porodu nebyvá umofln n. Ob fleny popisovaly p edev–ím strach, zda je jejich dít v po ádku.

Do výzkumu tedy bylo za azeno 20 rozhovor . P i tomto po tu respondentek je jifl zajímavé sledovat i etnost jejich odpov dí v závislosti na míst a po adí porodu Proto byly rozd leny na 2 skupiny: První skupinu tvo ilo 15 flen, které rodily vagináln v porodnici. Z nich bylo 5 prvorodi ek a 10 vícerodi ek. Ve druhé skupin bylo 5 flen, z nichfl 4 rodily doma a 1 flena v zahrani ním porodním dom . V této skupin byly v–echny fleny vícerodi ky. Podrobné rozlofení respondentek z hlediska místa a po tu porod ukazuje tabulka . 2.

**Tabulka . 2: Rozlofení výzkumného vzorku dle místa a po tu porod**

| Po adí/místo porodu | Porodnice | Domácí prost edí |
|---------------------|-----------|------------------|
| 1. dít              | 5         | -                |
| 2. dít              | 8         | 2                |
| 3. dít              | 1         | 3                |
| 4. dít              | 1         | -                |
| <b>Celkem</b>       | <b>15</b> | <b>5</b>         |

Toto rozd lení bylo u in no z d vod rozdílých podmínek pro porody v porodnicích a porody doma. Porody doma probíhají ve známém prost edí rodi ky a pe uje o ni porodní asistentka, kterou si flena sama zvolila a docházela k ní jifl b hem t hotenství. Porod a

následné procesy se podílejí rodiče. Naproti tomu při porodu v porodnici se rodička musí do určité míry podřídit tamnímu prostředí, personálu a rutině. Oficiálně si nemůže vybrat porodní asistentku nebo lékaře, kteří se o ni budou během porodu starat. Při porodu je často vidí poprvé. Na její požadavky nemusí být porodnice už soběstačná (Aperio, 2013). Tyto určité podmínky vedly k rozdělení respondentek do dvou skupin za účelem zjištění, jestli výpovědi členů rodiny jak ovlivní.

Porodní domy jsou zařízení pro přirozené porody, která simulují domácí podmínky, a bývají v těsné blízkosti nemocničních zařízení, kam lze pak rodičku rychle přemístit v případě komplikací. O rodičku pečuje především známá a dohodnutá porodní asistentka, po několika hodinách po porodu odchází rodina domů. Z důvodu této podobnosti s porodem v domácím prostředí byla data získaná od této respondentky posuzována společně s domácími rodičkami. V České republice porodní domy kvůli nevhodné legislativě neexistují, takže více rozhovorů z prostředí porodních domů se nepodařilo získat.

Respondentky pocházely z různých oblastí a rodily v rozdílných zařízeních, což vytvořilo heterogenní vzorku. Rozdílné podmínky porodnic však mohou ovlivnit průběh porodu a kontaktu matky s dítětem a jeho vnímání matkou. Výzkum Ley Takacs a kol. ale ukazuje na to, že při těsném a nepřerušovaném kontaktu matky s novorozencem ustupují pro matku faktory prostředí do pozadí (Takacs, Kodyšová, Kejřová, Bartošová, 2011). Každá rodička je jedinečná osobnost s jinými očekáváními. Srovnávání však hlavním účelem výzkumu nebylo, naopak, soustředil se na hledání společných prožitků těsného kontaktu matky s novorozencem.

### III. ÁST EMPIRICKÁ

#### 10. Analytické postupy

Data byla zpracována kvalitativn , cofl dob e umofl uje zachytit proflívání rodi ek. Pro rekonstrukci prvních okamflík a dal-ích d leflitých moment po narození dítě te, jak je vnímají erstvé matky, se pouflila obsahová analýza.

Získaná data byla zpracovávána elektronicky a v-echny po íta ové soubory, které obsahují data o respondentkách, nahrávky a p episy rozhovor , jsou chrán ny heslem. Dodrflovaly se povinnosti vyplývající z platné legislativy, zejména zákona . 101/2000 Sb. O ochran osobních údaj . V-em respondentkám byla z d vodu zachování anonymity p id lena fiktivní jména (dle abecedy, od A afl po T) a v celé práci jsou zmi ovány pouze pod t mito jmény. Získané informace jsou publikovány tak, aby z nich nebylo moflné nijak identifikovat konkrétní osobu.

Nahrané rozhovory byly p ehrány z diktafonu do po íta e a provedla se jejich doslovná transkripce za pouflití programu Express Scribe. Rozhovory nebyly nijak upravovány, aby z stala zachována autenti nost popisu proflitk respondentek. P episy v-ech rozhovor za ínají položením první výzkumné otázky a kon í v moment , kdy respondentka ufl nemá k tématu co doplnit.

Poté vznikla tabulka v programu MS Excel, do které byla zaznamenávána témata, která se objevovala ve v-ech rozhovorech, bu p ímo volným sd lením respondentek, i jako odpov di respondentek na otázky kladené v rozhovoru. Z každého rozhovoru byly vypsány výpov di respondentek na dané téma. V t chto tématech se potom hledaly jednotlivé významové jednotky, které ozna ovaly proflívání dané situace. Tyto jednotky se dále sdruflovaly do obecn j-ích kategorií, a tak se postupn rekonstruovalo proflívání po átku bondingu matkami. Témata byla 4:

- 1) První kontakt matky s dítě tem (Otázka: Jaký pro vás byl první kontakt s dítě tem?)
- 2) Projevy dítě te u matky (Otázka: Jak se chovalo miminko u vás v náru í?)

- 3) Pocity matek při separaci od dítěte (Otázka: Jak jste se cítila, když miminko opustilo vaši náruž?)
- 4) První dny po porodu a kontakt s dítětem (Otázka: Chtěla byste zmínit něco z prvních dnů po porodu s vaším miminkem?)

Některá sdělení obsahovala ještě informace, co je ovlivnilo, například negativně (ale): „Bylo to krásný, super, úžasný, ale pak mi ho hodně brzo vzali“ (Darina), nebo vysvětlovalo (protože): „No super, protože nám ho nikdo nikam neodnášelo“ (Klára). Tyto dodatečné informace byly pro analýzu též zaznamenány.

Přineslo to velice zajímavý poznatek u tématu 3. Pocity matek při separaci od dítěte – často zde ženy zmínily roli otce dítěte. Tato práce byla zaměřená na dyádu matka-dítě a otce nezahrnovala, ani respondenty nedostávaly vhodné otázky ohledně otce dítěte.

7 respondentek rodičů v porodnici vypovědělo, že přítomnost otce dítěte pro ni byla svým způsobem uklidňující, protože tento zastal roli ochránce dítěte ve chvíli, kdy je nemohla mít u sebe matka (typicky odnesení dítěte na vyšetření pryč od matky): „Nebylo to příjemný, ale byla jsem celkem v klidu, protože s ním –el táta a vím, že se o něj postará“ (Darina); „Byla jsem unavená a v děložce jsem, že je tam s ní manžel a ten ji hlídal“ (Soňa).

Ženy rodičů v porodnici sdělily, že dítě bylo ošetřováno v jejich blízkosti, mohly je aspoň slyšet i vidět. Kromě přítomnosti u dítěte toto 4 ženy zmínily jako důležitého faktora: „Dobře jsem se cítila, protože jsem na ni viděla a byl tam s ní tatínek. Vadilo by mi, kdyby ju prostě odvezli a já nevěděla, kde je“ (Barbora). Klára na toto téma sdělila: „Bylo to v pořádku. Kdyby ji odnesli mimo, tak by to byl dost divný pocit, ale viděla jsem, co se s ní děje.“

2 z žen rodičů doma také popsaly, že i když daly dítě z náruče pryč, měly ho pořád poblíž: „Bylo to nutný kvůli vyšetření, ale pořád jsem ji měla kolem sebe“ (Radka).

Pro tyto ženy, pro které bylo důležité ošetření dítěte v jejich blízkosti, a jejich rozložení dle místa a poadí porod, je zaznamenán v tabulce 3. Výpovědi jsou rozděleny do skupin podle toho, zda žena rodila v porodnici, či doma, a ještě dle toho, zda výpověď pochází od prvorodičky či vícerodičky. Tabulka má ilustrovat, zda tyto výroky ovlivňují rozdílné podmínky.

**Tabulka 3: Dleřitost o-et ení dít te v blízkosti matky**

| <b>Skupina respondentek (N=20)</b> | <b>Po et respondentek</b> |
|------------------------------------|---------------------------|
| Domáci prost edí - vícerodi ky     | 2                         |
| Porodnice - vícerodi ky            | 3                         |
| Porodnice - prvorodi ky            | 1                         |
| <b>Celkem</b>                      | <b>6</b>                  |

Dále respondentky uvád ly bu neutrální pocity v souvislosti s odd lením od dít te: šBylo to v po ádku, protoře jsem ho m la po ád na o íchõ (Klára), nebo negativní: šBylo mi to lítoõ (Eva); šCht la jsem ju nazpátek,õ (Olga). Zde n které objektivizovaly tuto separaci, i ji vid ly jako sou ást systému, kdyř si vybraly porod v porodnici: šNebylo to p íjemný, ale v d la jsem, ře s tím nic neud lámõ (Gabriela); šBylo mi to fuk. Bylo to na krátkou vzdálenost a -el s ní manřel. Rad ji jsem souhlasila hned, neř aby n kdo po ád otravovalõ (Hana). Otec p ítomný u dít te a o-et ení dít te alespo v blízkosti matky jsou tedy faktory, které řenám pomáhaly tyto negativní emoce sniflovat.

2 respondentky ze skupiny řen rodících v porodnici, Ivana a TMrka, sd lily, ře jim dít nikdo nikam neodná-el, ale musely si to takto domluvit p edem: šNikdo mi ji neodná-el, bylo to super, ře se to dalo takhle domluvitõ (TMrka). Ivana uvedla: šPo ád jsem m la dít u sebe, v-echna vy-et ení prob hla s miminkem na b i-e, takře já jsem naprosto spokojená.õ

řeny, které rodily doma, odná-ení dít te na vy-et ení nezařily a 4 respondentky uvedly, ře dít daly z náru e práv svému partnerovi. Tyto řeny p edávaly dít ze své náru e ař po podstatn del-í dob neř řeny rodící v porodnicích, bu v p ípad nutnosti (řpo hodin a p l, kv li placent ,õ Tá a), nebo ař poté, co se matka s dít tem dostate n seznámily, m ly dost prostoru na první kojení a spole ný odpo inek (ř10 hodin jsem ji m la jenom já, pak jen manřel na chvíli ku choval. Mohly jsme se nasytit.õ Martina).

Respondentky, které rodily doma, uř po dostate ném uspokojení pot eby být se svým dít tem byly schopny brát do úvahy otce dít te jako sou ást nové i roz-í ené rodiny, a myslet i na n j a jeho emoce: šNep i-lo mi to, protoře -la k tatínkovi na nahé t lo. Taky se na ni t -il a já byla hrozn py-ná, jak jim to spolu slu-řõ (Tá a). V souvislosti s odlořením dít te ze své náru e nepopisují řládne negativní pocity: šDala jsem ji ař za n kolik hodin muffi. Nevadilo

mi to, bylo to příjemné pro mufleň (Na a). Tabulka . 3 ukazuje počet žen, které do své výpovědi o separaci dítěte, i jeho odlovení ze své náruče, spontánně zahrnuly otce dítěte.

**Tabulka . 4 Pozitivní hodnocení přítomnosti otce u dítěte separovaného od matky**

| Skupina respondentek (N=20)   | Počet respondentek |
|-------------------------------|--------------------|
| Domácí prostředí - vícerodíky | 4                  |
| Porodnice - vícerodíky        | 4                  |
| Porodnice - prvorodíky        | 3                  |
| <b>Celkem</b>                 | <b>11</b>          |

Je to jsou tu tabulky . 5 a 6, z nichž první zobrazuje respondentky, které popisovaly své pocity při separaci i odlovení dítěte z náruče a druhá ženy, jimž dítěti nikdo nebral na rutinní plánované ošetření, a odlořily dítě z náruče samy. Zachycují skutečnost, že téměř všechny ženy rodičů v porodnici, zařily separaci od svého dítěte, a vyhnuly se jí jen ty, které si dopředu vyjednaly jiný postup. Naproti tomu k separaci v případě domácího porodu nedošlo u ani jedné z rodiček ve výzkumném vzorku, a když dítě opustilo jejich náruč, nevzbuzovalo to v ženách žádné negativní pocity.

**Tabulka . 5 Pocity žen při separaci od dítěte**

| Skupina respondentek/Pocit | Negativní pocity | Neutrální pocity | Celkem    |
|----------------------------|------------------|------------------|-----------|
| Domácí porod               | 0                | 5                | 5         |
| Porodnice - vícerodíky     | 3                | 4                | 7         |
| Porodnice - prvorodíky     | 2                | 3                | 5         |
| <b>Celkem</b>              | <b>5</b>         | <b>12</b>        | <b>17</b> |

**Tabulka . 6: ženy bez separace od dítěte po porodu**

| Skupina respondentek (N=20)   | Počet respondentek |
|-------------------------------|--------------------|
| Domácí prostředí - vícerodíky | 5                  |
| Porodnice - vícerodíky        | 2                  |
| Porodnice - prvorodíky        | 0                  |
| <b>Celkem</b>                 | <b>7</b>           |



Téma . 2 (šProjevy dítěte u matky) bylo do výzkumného rozhovoru vloženo pouze jako prostředek, který měl respondentkám pomoci lépe si vybavit situaci a rozprávět se o ní. Na chování dítěte, ani reakci jejich matek se práce nezaměřovala, není tedy toto téma ani analyzováno. Vesměs se respondentky shodují, že dítě se u nich v náručí chovalo klidně, pokud po narození plakalo, tak se upokojilo (šKrátce plakala, za chvíli k ní se přisála, ěRadka), a mohlo započít ono vzájemné seznamování, popisované v teoretické části práce (šByla celou dobu klidná a bdělá, ěAdéla). Na které respondentky popisují vzájemné pohledy z očí do očí (šKoukaly jsme na sebe, byla hrozná jako pí v domě, probuzená, ěTáňa), i další vjemy: šKrásně voní, nepláče, kouká na vásí ě (šMárka).

Téma . 1 (šPrvní kontakt matky s dítětem) hodnotí respondentky v podstatě dvěma způsoby:

- 1) Emoce (škrásný, úžasný, ěRadka) - zde se nejčastěji objevuje slovo šúžasný. ě Emocí prvního kontaktu s dítětem je tedy pro ženy velmi intenzivní a jedná se o velice pozitivní zážitek. (šBylo tu super, bomba, bylo to krásné, ěSoňa). Taková vyjádření se objevila celkem u 12 respondentek, napříč všemi skupinami respondentek - vyskytovala se jak u žen rodiček v porodnici, tak u žen rodiček doma, prvoroček i vícerodeček. Na tento pocit zřejmě nemá vliv ani prostředí, kde se porod odehrál, ani skutečnost, zda je žena prvoročka i vícerodečka.
- 2) Popisem situace o ženy popisují, jak první kontakt s dítětem probíhal, na co při tom myslely, i jak se chovalo miminko (šProbíhalo to bez problémů a bylo to strašně fajn, ěFrantiška; šJenom jsem se usmívala a byla jsem šťastná, že už je na světě, ěIvana). Ženy si vybavovaly ty nejsilnější vjemy tohoto výjimečného okamžiku: šTělo se tomu věřilo, že se to povedlo, že je už na světě a bude tady furt. Nejdříve jsem si ji ochala, pak jsem na ni koukala, že je krásná, že má vlasy a že je prostě moje (Táňa). Tyto popisy se také vyskytovaly u všech skupin respondentek, pokudě též doplněvaly ono vyjádření prvotních emocí. Pouze popisem situace (bez zaznamenání prvních emocí) mluvilo o prvním kontaktu celkem 8 respondentek. Tyto popisy se jífl vykazují určitou proměnlivostí a také zde vstupují do hry faktory prostředí (šNejlepší zážitek v životě, zatím nejkrásnější, ale rychle mi ji vzali, ěLenka), předchozí zkušenosti (šUfňovali jsme si to, na rozdíl od prvního porodu, kdy jsem pořád brečela, že jsem bez dítěte, ěRadka), racionalizace situace (šBylo mi líto,

řle to (kontakt s dít ěm) prob ělo ařl takhle na konci, ale byla jsem rad-ř, řle je o n ě postaráno,ř Franti-řka), nebo zd ěvodn ěn ř (řByli jsme řpln ě – ařtn řpokojen ř, proto řle n řs nikdo neru-řl,ř ěřka).

Tabulka . 7 ukazuje rozřlořen ř v řpov ř respondentek na t ěma prvn řho kontaktu se sv řm dít ěm. V řpov ři jsou nejprve rozř leny do skupin podle toho, zda řlena rodila v porodnici, ř doma, pot ě je-ř podle toho, zda v řpov ř poch řz ř od prvorod řky ř v řcerod řky.

**Tabulka . 7: Hodnocen ř prvn řho kontaktu s novorozencem**

| Skupina respondentek/Hodnocen ř    | Emo n ř | Pouze popis situace | Celkem    |
|------------------------------------|---------|---------------------|-----------|
| Dom řc ř prost ěd ř - v řcerod řky | 3       | 2                   | 5         |
| Porodnice - v řcerod řky           | 7       | 3                   | 10        |
| Porodnice - prvorod řky            | 2       | 3                   | 5         |
| <b>Celkem</b>                      | 12      | 8                   | <b>20</b> |

U t ěmatu . 1 se jako situa n ř aspekt nej ř ařt ři objevuje odejmut ř dít ěte matce. Jak řil ř bylo zm řn ěno v ř-ř, řleny rod řc ř doma se s odnesen řm dít ěte nemusely pot řkat, řl řdn ř ho tedy nezmi řje ve sv řm popisu prvn řho kontaktu. Pouze jedna respondentka o n ěm mluv ř z ř d ěvodu srovn řn ř se sv řm prvn řm porodem, kter ř se odehr řl v porodnici: řU řl řvali jsme si to, na rozd řl od prvn řho porodu, kdy jsem po řd ř bre ěla, řle jsem bez dít ěteř (Radka). U ostatn řch řlen rod řc řch doma se p řed řn ř dít ěte partnerov ři objevuje pouze okrajov ř, na p ř řmou ot řzku od v řzkumn řka.

Naproti tomu respondentky rod řc ř v porodnici (celkem 6) toto zm řn řj samy od sebe, jako d řle řl řt ř faktor. Eva v řpov ř řla: řChvili ku n řm ho takhle nechali. Byla jsem za to hroz n ř rada, ale pak si ho vzali k sob ř. Cht ěla jsem, aby byl dv ř hodiny u m ě a to mi nedovolili, byl vedle m ě v box řkuř (Eva). N ě kdy tento faktor dokonce dominoval cel ěmu z řřl řtku kontaktu s novorozen řm dít ěm (řMuseli jsme se h řdat ř o t ěch 10 minut, nem ěla jsem na miminko klid a vn řm řm sp ř-tyhle pocity, jak jsem jim ho necht ěla d řt,ř Darina).

V tabulce . 8 jsou zaznamen řny řleny, kter ě do sv ř zku-řnosti o prvn řm kontaktu s dít ěm spont řnn ř zahrnuly separaci od sv řho dít ěte. Jejich v řpov ři jsou op řt rozd řleny nejprve dle m řsta porodu, pot ě podle po řtu porod ř.

**Tabulka . 8: Situa ní aspekt separace dít te od matky**

| Skupina respondentek (N=20)     | Po et respondentek |
|---------------------------------|--------------------|
| Domácí prostředí - vícero di ky | 1                  |
| Porodnice - vícero di ky        | 3                  |
| Porodnice - prvoro di ky        | 3                  |
| <b>Celkem</b>                   | <b>7</b>           |

N které ženy popisují i situaci poté, co jim bylo dít po o-et ení a oble ení zdravotnickým personálem vráceno. Celkem t i respondentky popsaly, že kouzlo okamžiku kvůli tomu bylo pry (šVrátili mi ho zabaleného a hrozn divný to bylo. Pocit takový izolace. Jako by mi kamarádka dala pochovat mimino, myslím, že zabalený dít brzdí pocit euforie, šGabriela; šDali mi ho pak na chvíli ku oble eného. Nebylo to tak intenzivní, jako první kontakt, kdy byl nahý, šEva). Pro dv ženy nebyl v pocitech fládný rozdíl: šNebyl rozdíl, hlavn , že jsem ji m la u sebe š(Lenka); šPoté to bylo stejn příjemný a dosud je š(Olga). Tyto výpov di zobrazuje tabulka . 9.

**Tabulka . 9: Pocity žen po o-et ení a vrácení dít te**

| Skupina respondentek/Pocit | Stejně jako poprvé | Jiné nejl poprvé | Celkem   |
|----------------------------|--------------------|------------------|----------|
| Domácí porod               | 0                  | 0                | 0        |
| Porodnice - vícero di ky   | 1                  | 2                | 3        |
| Porodnice - prvoro di ky   | 1                  | 1                | 2        |
| <b>Celkem</b>              | <b>2</b>           | <b>3</b>         | <b>5</b> |

Téma . 4 se zabývalo obdobím prvních dn po porodu z hlediska kontaktu s dít tem (šPrvní dny po porodu a kontakt s dít tem š). Zde vystávají t i skute nosti, které ženy vyzdvihují:

- 1) Celkem 11 respondentek zd raz ovalo d lefitost neoddl ování od svých d tí. Mluvily o separaci d tí na novorozenecké odd lení. N které ženy popisovaly nutnost vymoci si p ítomnost svého dít te u sebe na odd lení –estined lí, oproti rutinnímu odná-ení d tí na noc i na n kolik hodin kvůli odpo inkou matky a nutnosti sledování dít te po porodu (viz prezentace porodnic na webu Aperio v teoretické ásti práce) ó šPo

odchodu ze sálu dítě odvezli na novorozenecký. říkala jsem, že ho chci okamžitě k sobě. Byla jsem docela rozdílná, tak mi ho na chvíli dali, říká (Pavla). Jiné se na separaci popravily především, jako Klára: šMěla jsem ho po chvíli u sebe. Po blbé zkušenosti s prvním dítětem jsem si sepsala porodní plán, jinak se dle ti standardně oddává její pryč. Zaznamenaly i popisy oddělení při separaci od dítěte: šPrvní noc byla na novorozeneckém oddělení. Nespala jsem, nešlo mi usnout, myslela jsem na to, jestli si pro ni nemám jít, ale netroufla jsem si, říká (Olga). Dále ženy zmiňovaly nepříjemné pocity při oddání dítěte na vyšetření, i smutek a pláč při separaci dítěte na fototerapii (tzv. osvětlení dítěte kvůli novorozenecké floutence. Na které nemocnice mají přesné zařízení, takže matka může mít dítě stále v postýlce u sebe na pokoji, ale dle ti respondentek trávily i kolikadenní terapii oddělení na novorozeneckém oddělení): šOsvícení, to bylo ok, to jsem nesla špatně, ale snad to pro ni nebylo tak zlé (Eva); šProblémelem jsem to. Byla jsem nervózní, když zabralo nějaké dítě, ale v dle jsem, že na tom není dobře. říkala jsem si, že to pak doženeme spolu (Gabriela).

Na oddělení sestinedlí hraje roli personál a rutinní postupy, což na které respondentky chválily: šVýborné bylo, že nám dle ti nebrali. říká (Pavla); šMně velmi mile popovídalo, že jsem měla porodní plán a nedělali s tím vůbec žádný drama, vycházeli mi hodnovstí. Věchno se dle tak, že se mně jenom zeptali, já jsem říkala, jak to chci a dle to nevěřili. říká (Františka). Na které respondentky si naopak postěžovaly: šSestra si rejpla, že nechtěla, abyste ji dle, tak te jste unavená, ale nechala jsem je, a si plácá, říká (Soňa); šNkte řívnímali negativně porodní plán, a jak mohli, tak si rejpli, říká (Gabriela).

Ani jedno dítě žen, které rodily doma, nemuselo fototerapii podstoupit. Přesto zaznamenala negativní zkušenost se separací v porodnici, kam šla respondentka Martina za dítětem poporodní odběry a vyšetření svého dítěte: šZa tři dny na odběrech mi ji vytrhli z náruče a zabouchli dveře a prostě jsem se na chodbě sesypala. říká

- 2) 5 žen popisovalo potřeby tělesné blízkosti se svými dětmi o společné spaní v posteli a touha po opakovaném kontaktu k dítěti na kůži: šNa pokoji jsem si ji rozbalila a měla ji až do večera jenom v plence na nahém hrudníku. říká (Hana). Františka, která své dítě poporodu k sobě dostala uflíoblené, sdělila: šU prvního kontaktu jsme ho nerozbalovali. Po nějaké době jsme si udělali takovou chvíli na pokoji, o rozbalila, svlíkla, uflívali jsme si to. říká

- 3) Kojení o O kojení se zmi ovalo 5 respondentek. šKojení –lo od za átku dob eõ (Barbora). Hana ho dávala do spojitosti s kontaktem s dít tem po narození: šNechali jsme ji samotnou doplazit k prsu a p ísát se, takže i te nemáme s kojením v bec fládné problémy.õ

Shrnutí kategorií podle výpov dí matek u tématu . 4 je v následující tabulce.

**Tabulka . 10: První dny po porodu a kontakt s dít tem**

| <b>Skupina respondentek/Kategorie</b> | <b>Neodd lování dít te od matky</b> | <b>T sný kontakt s dít tem</b> | <b>Kojení</b> |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------|
| Domácí porod                          | 1                                   | 0                              | 2             |
| Porodnice - vícerodi ky               | 6                                   | 4                              | 3             |
| Porodnice - prvorodi ky               | 4                                   | 1                              | 0             |
| <b>Celkem</b>                         | 11                                  | 5                              | 5             |

## 11. Výsledky a interpretace

Po provedení analýz výpov dí flen o po átku bondingu, sledovaného od prvního kontaktu s jejich dít tem po první dny po porodu, se objevují 3 témata, která popisují proflívání flen ve 3 r zných situacích. Jsou to:

- 1) První kontakt matky s dít tem;
- 2) Separace od dít te v souvislosti s o-et ením i jinými rutinními postupy;
- 3) Kontakt s dít tem dal-í hodiny a první dny po porodu.

V t chto tématech bylo identifikováno n kolik kategorií. První kontakt s dít tem hodnotí matky bu emocemi, nebo jeho pr b hem. Popisem situace fleny reagují na r zné situa ní aspekty, z nichfl hraje d leflitou roli v proflívání flen odnesení dít te od matky. Separaci od dít te matky vnímají bu neutráln , i negativn . Na toto vnímání mají vliv okolnosti: a) dostate ná doba na seznámení s dít tem, b) p ítomnost otce, c) o-et ení dít te v blízkosti

matky. V prvních dnech po porodu je pro ženy důležité neoddlouhování od svého dítěte, těsná blízkost dítěte a důležitou součástí kontaktu s dítětem je tělní kojení.

Přehled výsledků analýz je zanesen do tabulky 11. Nejprve jsou v ní témata, ve kterých se následně objevují určité kategorie. U těchto témat také bez ohledu na kategorie vystavují některé důležité aspekty, které je ovlivňují.

**Tabulka 11: Souhrn témat a kategorií vzešlých z analýz**

| <b>Téma</b>                   | <b>Kategorie</b>         | <b>Důležité aspekty</b>                  |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|
| První kontakt matky s dítětem | Emoční proflitky         | Separace dítěte od matky                 |
|                               | Popis situace            |                                          |
| Pocity při separaci dítěte    | Neutrální                | Přítomnost otce                          |
|                               | Negativní                | Ošetření v blízkosti matky               |
| První dny a kontakt s dítětem | Neoddlouhování od dítěte | Zdravotnický personál a rutina porodnice |
|                               | Těsná blízkost           |                                          |
|                               | Kojení                   |                                          |

Vliv místa porodu se na potřebu matek být v kontaktu s dítětem nikterak neprojevil. Matky chtějí mít dítě u sebe a kontakt s ním u nich vzbuzuje stejné emoce, a rodí v porodnici, doma i v porodním domě. Prostředí má však vliv na oddělení matky od dítěte, ke kterému dochází v porodnicích často dříve, než je na to matka připravená, zatímco v domácím prostředí fládná z respondentek takovou zkušenost neměla. Toto zjištění je v souladu s výzkumem M. Mrowetz (2011) v tom, že v domácím prostředí je pravděpodobnost separace minimální. S tím souvisí role otce a její vnímání rodiči, což se také mění v závislosti na prostředí. V porodnici má muž hlavní roli ochránce v případě separace dítěte, zatímco doma takové ochrany není třeba. Prostředí, v jakém se rodička a dítě nacházejí, ovlivňuje i další dny po porodu, nebo ženy rodičů v porodnici někdy musí své přání být s dítětem dle různých prosazovat.

Vícerodičky bývají na základě svých předchozích zkušeností připravenější na faktory prostředí, v důvěře na co se připravit a co udělat jinak než minule. Jinde se rozdíl mezi prvoroďkami a vícerodičkami neprojevil.

## IV. ZÁVĚR

### 12. Souhrn

Myslím, že po útek bondingu skvěle vystihla respondentka Adéla, která svou výpověď potvrdila slova T. B. Brazeltona, citovaného na začátku práce, když svůj pocit z prvního kontaktu se svým dítětem jednoduše shrnula slovy šprost jsme se zamilovaly.õ

Tato práce vycházela z premisy, že raný kontakt matky a dítěte, který podporuje bonding a následně tvorbu citové vazby, je vzhledem ke svým mnoha přínosům a zapojeným hormonům také silný citový zážitek pro matku. Tento předpoklad se potvrdil a matčina potřeba být v kontaktu se svým dítětem platí nejen v prvních hodinách po porodu, ale i v následujících dnech.

Proces po útku bondingu po narození dítěte a faktory, které jej ovlivňují, lze na základě obsahové analýzy rekonstruovat takto:

Pro ženy bonding znamená především kontakt s jejich dětmi. První kontakt se svým prvním narozeným dítětem je pro matku silný a pozitivní emoční zážitek, nezávisle na místě a po útku porodu. Je natolik intenzivní, že si jej ženy pamatují a vyhledávají i u dalších porodů. Jsou ochotny si jej vyjednat dopředu, vybírat si doprovázející osoby a místo k porodu, aby si ho určitě zajistily. Výpovědi respondentek v této práci potvrzují zjištění výzkumů L. Takacs, E. Kodyšové, K. Kejšové a M. Bartošové (2011) a M. Mrowetz (2011): ženy si předjíždějí u sebe své dítě a na které kvůli obavám o separaci, i negativním prožitkem z minulého porodu volí porod doma.

Když žena dostane své dítě poprvé do náruče, soustředí se na náručí a na vzájemné seznamování. Roli hrají všechny smysly, ženy vyzdvihují kontakt kůže na kůži, oční kontakt. K maximálnímu prožitku žena potřebuje podporu od okolí, která spočívá hlavně v zajištění vhodných podmínek a nevyrušování dvojice. Zásahy a požadavky dalších osob jsou velmi rušivé. Potřebuje žena dobře vystihnout zpracovaných 10 kroků k podpoře bondingů (Peremská, Mrowetz, 2013).

V souvislosti s pr b hem prvního kontaktu fleny nej ast ji popisují jako negativní záflitek separaci od dít te. Pokud flena není p inucena okolnostmi, dít v prvních hodinách neodkládá. Respondentky rodící doma dít dávaly z náru í afl po n kolika hodinách. Tento okamflík pak nebyl provázený fládnými negativními pocity, na rozdíl od flen, kterým bylo dít odebráno kv li rutinním o-et ením i dal-ím postup m. Zde fleny, tvo ící výzkumný vzorek v této práci, nepotvrdily prohlá-ení porodnic, fle flena má po porodu odpo ívat bez dít te, i fle fleny po vysv tlení separaci p ijmou (Aperio, 2013). I kdyfl n které rozumov vnímají a jsou p ipravené na to, fle jim dít bude odebráno, na emo ní úrovni dít cht jí zp t. Okolnosti odlofení dít te z náru e tedy výrazn ovliv ují, kdy a jak matky tento okamflík proflívají.

Jak u flen rodících doma, tak u t ch, co rodily v porodnici, v okamflíku separace p ichází na adu otec dít te. V domácnosti je po vlastním emo ním nasycení flena schopna vnímat otec dít te a jeho pocity a pot eby a ráda se o dít špod lí.ø Projevuje se zde ur ítá intimita a otec je považován za sou ást nov vzniklé i roz-í ené rodiny.

V p ípad , fle separace nastane d ív, nefl je matka p ipravená, m fle otec dít te neklid matky zmírnit, kdyfl dít doprovází na o-et ení, i se o n j stará, kdyfl matka nem fle. Tato situace nastala u v t-iny respondentek rodících v porodnici a mufl zastával hlavn í roli ochránce.

Otázkou z stává, jestli tato role otce pramení z p írozeného o ekávání flen a role mufl jako ochránce rodiny, nebo jako interpretace informací asto uvedených na stránkách a v prezentacích zdravotnických za ízení (Aperio, 2013), kdy uvád ní toho, fle otec m fle z stat p í vy-et ení dít te, má u rodi ky emo n navodit pocit klidu a bezpe í. V domácích podmínkách není takové ochrany t eba. Prost edí má tedy na roli otce zásadní vliv a je dobré, pokud není rodi ka v cizím prost edí porodnice sama.

Pokud nem fle mít flena dít u sebe, je dal-ím faktorem, který mírní nep íjemné pocity matky, moflnost dít alespo vid t i sly-et.

Nikde se v proflívání flen neobjevilo ohrani ení oné šzlaté hodinkyø, i šsensitivní periody,ø tedy období zvý-ené citlivosti a vnímavosti fleny a dít te. N které respondentky popisovaly velké zm ny ve svém proflívání poté, co jim bylo po o-et ení dít vráceno, jiné nevnímaly fládnou zm nu. Jisté v-ak je, fle fleny mají pot ebu být se svým dít tem od okamflíku porodu a tato pot eba nemízí ani v dal-ích hodinách i dnech po porodu. Nestojí o to, aby jejich dít



trávilo noci na novorozeneckém oddělení, ale přejít si být s ním. K tomu je nutná spolupráce zdravotnického personálu, což, jak popisují Takács a Kody-ová (2011), je nejdůležitějším faktorem ve spokojenosti rodiček s péčí v porodnici.

Důležitá je pro matky těhotná kojení, které je pro mnohé součástí iniciačního kontaktu a mají pocit, že tento iniciální kojení i dále snadnějším. Kojení ve výpovědích žen dotváří obraz poátku bondingu a prvních dnů s dítětem.

### 13. Diskuze

Po kontaktu se svým dítětem touží ženy bez rozdílu místa porodu, jak ženy rodičky ve zdravotnickém zařízení, tak ty, které zvolily porod v domácím prostředí. Vždycky budou ženy, které se rozhodnou pro porod doma, a mají právo na svou volbu a právo na odpovídající zdravotní péči. Porod v domácím prostředí by ovšem neměl být negativní volbou, ke které se ženy uchylují po negativním zážitku v porodnici, i kvůli obavám z negativních zážitků, které v porodnici mohou zažít. Porod ve zdravotnickém zařízení je volba v tichých chvílích, a proto by měl být kladen důraz na uspokojování potřeb rodiček a položit si otázku, jak je možné, že jednotlivé porodnice na území jednoho státu, fungující pod jedním zdravotním systémem, mají tak odlišné postupy a rutiny v rámci porodní a poporodní péče, když se zdá, že ženy mají potřeby stejné. Je to více je zarážející, že se ženy musí samy starat, aby si své potřeby zajistily, což je v citlivém období porodu a po něm, velmi obtížné, a ty, které to nedokážou, jsou podrobeny rutině, i když jim nevyhovuje.

Uvědomuji si, že výzkumný vzorek pro tuto práci byl do určité míry homogenní, protože se jednalo o informované rodičky, a žily na základě svého předání i předlého negativního zážitku. Pracovalo se tedy pouze s vaginálními porody a zdravými novorozenci a matkami. Jistě by bylo přínosné provést podobný výzkum v širším měřítku, mezi různými typy rodiček, a porovnat jejich potřeby a potřeby se systémy uplatňovanými v jednotlivých porodnicích. V těchto systémech pak hledat cesty, jak matkám umožnit být více se svými dětmi. Ženy, tvořící výzkumný vzorek pro tuto práci, by o takové změny stály. Je skvělé, že někde už tyto změny započaly (viz prezentace porodnic Aperio a transkripce rozhovorů respondentek Ivany a Marky). V těhotném kontaktu matky s dítětem těhotná uleví pracovnímu zatížení zdravotnickému personálu, jak zmiňuje Takács (2012).

Převodně byly výzkumné rozhovory mít narativní formu, ukázala se však obtížná pro informátora, a tak se přeložilo k polostrukturované formě. Kladené otázky nebyly vybírány náhodně, ale snažily se rozvíjet sdělení informátora a vycházely z předchozích rozhovorů. Tato potřeba nebyla oteklávaná, vzhledem k tomu, že ženy mezi sebou své zkušenosti s porodem sdílejí a jsou jich plně pískovité, dtská h i-t, vypráví jí si o nich matky s dcerami.

Vraťme se k vyprávění našich babiček, matek i dnešních mladých matek. Na otázku šjaké to bylo, si ženy vymějí zkušenosti s porodnicí, jaké jim zdravotníci dělali zákroky, jaká to byla dělna, n kdy zazní i horory z porodních sál, bolest, chaos, hrdinná záchrana v podobě lékaře. Málodky se objevují popisy proflítk, málodky si matky mezi sebou na pískovité povídají o tom, jak jim bylo smutno bez dítěte, výjimečně se jedna druhé zeptá, jak se cítila, když drfela své dítě poprvé v náruči. Možná je naase předávat našim dcerám informaci o tom, že na porod se dá nahlílet z různých stran a že se nemusí pouze přeflítk, ale též proflítk, a že nejlepší místo pro novorozené dítě je v mámině náruči.

## Seznam literatury

Aperio a kolektiv. 2013. Průvodce porodnicemi České republiky. *Společnost pro zdravé rodičovství Aperio* [online, citováno 20. 5. 2013]. Dostupný z WWW <<http://www.aperio.cz/9/budeme-rodit>>.

Bergman, N. J., Linley, L. L., Fawcus, S. R. 2004. Randomized controlled trial of maternal-infant skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200g to 2199g newborns. *Acta Paediatr.* Sv. 93, str. 779-785. Stockholm: ISSN 0803-5253.

Bowlby, J. 2010. *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Překlad Ivo Müller. Praha: Portál.

Bystrova, K., Widström, A. M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., Vorontsov, I., Uvnäs-Moberg, K. 2003. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica.* Sv. 92, .3, str. 320-6.

Chateau, P., Wiberg, B. 1977. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatrica.* Sv. 66, . 2, str. 137-143.

Girish, M., Mujawar, N., Gotmare, P., Paul, N., Punia, S., and Pandey, P. 2013 Impact and feasibility of breast crawl in a tertiary care hospital. *Journal of Perinatology.* Sv. 33, str. 288-291.

Gray, L., Watt, L., Blass, E. M. 2000. Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics* [online] Vol. 105 . 1/2000, str. 14. [cit. 20. 6. 2013]. Dostupný z WWW <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/1/e14>>

Hořejší, A. 2012. Analýza současného stavu v porodnictví s ohledem na právní postavení porodních asistentek a možnosti svobodné volby člen. *Normální porod* [online] 12. 5. 2012 [cit.

20. 6. 2013]. Dostupný z WWW < <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/09/Pravni-analyza-postaveni-PA.pdf>>.

Kagan, J. 2010. *Three seductive ideas*. Cambridge, MA, Harvard University Press. In: Mooney, C. G., *Theories of Attachment: an Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennel and Klaus*. USA: Redleaf Press.

Klaus, M. H., Kennell, J. H. 1976. *Maternal-infant Bonding: The impact of early separation or loss on family development*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H. 1995. *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.

Klaus, M., Kennel, J., Klaus, P. 1993. *Mothering the Mother: How a doula can help you have a shorter, easier and healthier birth*. MA: Addison-Wesley.

Kodis, M. 1998. *Love scents: How your natural pheromones influence your relationships, your mood, and who you love*. New York: Penguin Group.

Kody-ová, E., Mrowetz, M. 2010. Psychologie porodu ó chiméra, nebo realita? *Psychosom.* . 8, str. 37644.

Ludington-Hoe S. 1993. *Kangaroo Care: The best you can do to help your preterm infant*. New York: Bantam Books.

Mahmud, N., Masuzaki, H., Yasunaga, M., et al. 1991. Behavioral pattern of the newborn. Earliest timing for initiating attachment behavior in the infants. *Acta medica Nagasakiensia*, Sv. 36, .164, str. 94697.

Mat j ek, Z., Langmeier, J. 1986. *Po átky na-eho du-evního fívota*. Praha: Panorama.

Mercer, J. S, Skovgaard, R. L. 2002. Neonatal transitional physiology: a new paradigm. *Journal of perinatal and neonatal nursering.* . 4, str. 56-75

Mercer, J. 2006. *Understanding Attachment*. Westport, CT: Praeger Publishers, In: Mooney, C. G. 2010. *Theories of Attachment: an Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennel and Klaus*. USA: Redleaf Press.

Mooney, C. G. 2010. *Theories of Attachment: an Introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennel and Klaus*. USA: Redleaf Press.

Moore, R., Anderson, G. C. 2007. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *J Midwifery Womens Health*. Sv. 52, . 2, str. 116-125.

Mrowetz, M. 2011. Motivy k plánovanému porodu mimo zdravotnické zařízení. *Zdravotnické noviny* [online] 21. 1. 2011. [cit. 20. 5. 2013]. Dostupný z WWW <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/motivy-k-planovanemu-porodu-mimo-zdravotnicke-zarizeni-457509>>.

Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová, I. 2011. *Bonding ó porodní radost*. Praha: DharmaGaia.

Mrowetz, M., Peremská, M. 2013. 10 kroků k podpoře raného kontaktu. *Pediatric pro praxi*. Sv. 14, . 2.

Moore, E. R., Anderson, G. C. 2007. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *J Midwifery Womens Health*. Sv. 52, . 2, str. 116-125. © 2007 Elsevier Science, Inc.

Nissen, E., Lilja, G., Widström, A. M., Uvnäs-Moberg, K. 1995. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Sv. 74, . 7, str. 5306533.

Roskies, E. 1974. *Abnormality and Normality: The Mothering of Thalidomide Children*. New York: Cornell University Press. In: Klaus, M. H., Kennell, J. H., Klaus, P. H. 1995. *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.

Ringler NM, Kennell JH, Jarvella R., et al. 1975. Mother-to-child speech at 2 years: effects of early postnatal contact. *J. Pediatr.* Sv. 86, str. 141.

Tomlová, L. 2005. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum. In: Takács L. 2012. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká Gynekologie*. Sv. 77, . 1, str. 15-21.

Takács L. 2012. Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče. *Česká Gynekologie*. Sv. 77, . 1, str. 15-21.

Takács, L., Kodyšová, E, Kejřová, K., Bartoňová, M. 2011. Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro Praxi*. . 3-4 2011, str. 9 - 23.

Takács, L., Kodyšová, E. 2011. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká Gynekologie*. Sv. 76, . 3, str. 199-204.

Whitelaw, A., Heisterkamp, G., Sleath, K., Acolet, D., Richards, M. 1998. Skin-to-skin Contact for Very Low-Birth-Weight Infants and Their Mothers: A Randomized Trial of Kangaroo Care. *Archives of Diseases of Childhood*. 63, str. 22-26.

Widström, A. M., Wahlburg, W., Matthiesen, A. S., Eneroth, P., Uvnäs-Moberg, K., Wernert, S., Winburg, J. 1990. Short-term Effects of Early Suckling and Touch of the Nipple on Maternal Behavior. *Early Human Development*. Sv. 21, str. 153-63.

Winnicott, D. W. 1987. *Babies and Their Mothers*. Reading, Mass: Addison-Wesley. In: Mrowetz, M., Chrastilová, G., Antalová, I. 2011. *Bonding a porodní radost*. Praha: DharmaGaia.

World Health Organization (WHO). 1998. *Evidence for the 10 Steps to Successful Breastfeeding* (rev. Ed., WHO/CHD/98.9). Geneva.

## ŽÁDOST O ÚČAST NA VÝZKUMU

Dobrý den, jmenuji se Zdenka Slezáková a na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy píšu bakalářskou práci na téma: "Bonding matky a novorozence".

Chci popsat, jak první matky prožívají první kontakt se svým novorozeným miminkem. Pokud jste žena s termínem porodu během ledna až začátkem dubna 2013 kdekoli (místo, země) a jakkoliv (normální porod, medicínský, CS), Češka nebo Slovenka, prosím Vás o účast na výzkumu.

Váš příspěvek spočívá v tom, že Vás 2x zkontaktuji krátkým telefonickým či skype rozhovorem o

- poprvé před porodem
- podruhé během těhotenství.

Cílem bude zachytit, jaké pro vás byly první společné chvíle s vaším miminkem.

Jižli je tě před porodem vám zavolám, abychom si vyzpovídaly, a až se vám miminko narodí, ideálně tak 5 až 10 dní po porodu, bychom hovořily samotné vaše vyprávění. Veškeré získané informace budou samozřejmě anonymní a svou účast si můžete kdykoli rozmyslet.

V případě zájmu mě prosím kontaktujte přes Facebook formou komentáře či zprávy, nebo na e-mail [denyna@centrum.cz](mailto:denyna@centrum.cz). Těším se na spolupráci a děkuji Vám za Vaše as! Přejí Vám hezké těhotenství, porod a krásné chvíle s vaším miminkem.

## Informovaný souhlas

Zdenka Slezáková  
Fakulta humanitních studií Karlovy univerzity  
Studium humanitní vzdělanosti (3. ročník)  
Název práce: Bonding matky a novorozence

Obracím se na Vás s žádostí o poskytnutí rozhovoru pro účely bakalářské práce. Bakalářská práce se zabývá vznikem citového pouta mezi matkou a dítětem (tzv. bonding) v období po porodu. Rozhovor se bude týkat prvního kontaktu s vaším dítětem po narození, jeho prožitku a okolností. Jeho cílem je zachytit, jak vzpomínáte na první společné chvíle po porodu s vaším miminkem. Bude probíhat volnou formou, kdy vy sama si vyberete, co pováflujete za dlefité a co a v jakém rozsahu chcete k tématu íct. P ípadn vám poloífím n kolik dopl ujících otázek. Rozhovor tedy nemusí být dlouhý, ale samoz ejm budete mít pro svá vyjád ení tolik prostoru, kolik pot ebujete. Neexistují správné a –patné odpov di ani pocity. Rozhovor se bude konat osobn , p es skype í telefonicky, dle dohody. Pro pot eby bakalářské práce bude nahráváný.

Ve–keré poskytnuté informace budou pováflávány za d v rné a nebudou obsahovat fládné identifika ní údaje. Spojení s va–í osobou budu znát pouze já. Publikovány budou takovým zp sobem, aby nebylo moflné ur ít fládné informace o va–í osob . Tím bude zaji–t na va–e anonymita v souladu s platnou legislativou R.

Va–e ú ast je zcela dobrovolná. M flete rozhovor kdykoli p eru–ít nebo ukon ít bez udání d vodu. V takovém p ípad bude nahrávka automaticky zlikvidována. Neplnou z toho pro vás fládné d sledky.

Neváhejte se zeptat na cokoli pot ebujete, ve–keré dotazy vám samoz ejm zodpovím, p ed, b hem í po rozhovoru. K dosaflení jsem na telefonním ísle 603146394 nebo na e-mailu [denyna@centrum.cz](mailto:denyna@centrum.cz).

## Prohlá–ení

Prohla–uji, flé souhlasím s ú astí na vý–e uvedeném projektu. e–itelka práce mne informovala o výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou p í výzkumu pouffivány. Souhlasím s tím, flé v–echny získané údaje budou pouffity jen pro účely výzkumu a flé výsledky výzkumu mohou být anonymn publikovány.

M la jsem moflnost v–e si ádn a v klidu zváflit, m la jsem moflnost se e–itelky zeptat na v–e, co jsem pováflovala za pro mne podstatné a pot ebné v d t. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpov . Jsem informována, flé mám moflnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to í bez udání d vodu.

Jméno, p íjmení a podpis e–itele práce: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

Jméno, p íjmení a podpis ú astníka výzkumu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_