

Podpora bondingu po pôrode

Mazúchová L.¹, Kelčíková S.¹, Vasilková P.¹, Buchanec J.²

¹Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta UK, Martin
vedúca doc. Mgr. M. Bašková, PhD.

²Klinika detí a dorastu, Jesseniova lekárska fakulta UK a UNM, Martin
prednosta prof. MUDr. P. Bánovčin, CSC.

Čes-slov Pediatr 2016; 71 (4): 196–201

SÚHRN

Bonding predstavuje biokomfort ako pre matku, tak aj dieťa. Cieľom štúdie bolo zistiť, aké sú skúsenosti žien s podporou bondingu po pôrode, či prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode má vplyv na podporu bondingu.

Metódy: Bola použitá exploratívna metóda dotazníka vlastnej konštrukcie. Dotazník bol zameraný na zistenie podpory bondingu po pôrode. Štúdie sa zúčastnilo 2001 žien zo Slovenska (vek 30,0 rokov \pm 5,34 rokov). Pre štatistické spracovanie bola použitá jednorozmerná deskriptívna štatistika a chi-kvadrátový test.

Výsledky: Kontakt koža na kožu po pôrode nebol umožnený 55,7 % respondentkám. U 31,6 % matiek bolo zrealizované priloženie dieťaťa koža na kožu, avšak iba na krátku dobu, najčastejšie na 1–5 minút (27,1 %), čo môžeme považovať iba za čiastočnú podporu bondingu. Bonding bol podporený iba u 20,3 % respondentiek. Zistili sme štatisticky významný vplyv prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri pôrode ($\chi^2 = 47,340$; $p < 0,000005$) na podporu bondingu po pôrode.

Záver: Závety našej štúdie poukazujú na nepriaznivú skutočnosť, že podpora bondingu po pôrode sa preukázala nedostatočnou. Zistené výsledky môžu byť prínosom pre argumentáciu požiadaviek otvoriť sa novému prístupu smerom k norme, k potrebám matiek a detí pred všetkými rutinnými zásahmi zdravotníckych pracovníkov. Podpora bondingu po pôrode znamená realizáciu fyziologického spôsobu starostlivosti o dieťa a naplnenie biologických, psychických a sociálnych potrieb ako matky, tak aj novorodenca.

KLÚČOVÉ SLOVÁ

bonding, podpora bondingu po pôrode, bezprostredný kontakt matky a dieťaťa, kontakt koža na kožu

SUMMARY

Bonding support after child birth

Bonding represents bio-comfort for mother as well as for child. The aim of this study was to find out the experience of women with bonding support after child birth, as well as to recognize if the presence of accompanying person during child birth has an impact on bonding support.

Methods: As an explorative method, we have used a questionnaire of its own construction. The questionnaire was focused on the detection of bonding support after child birth. 2001 Slovak women have participated in this study (age 30.0 \pm 5.34 years). In order to statistically process the data, we have used one-dimensional descriptive statistics and „Chi-quadrat“ test.

Results: The direct skin to skin after child birth touch was not made possible for 55% respondents. 31.6% of women were enabled to lay their child skin to skin, however just for a short period of time, most frequently between 1 to 5 minutes (27.1%). This could be considered as only a partial bonding support. Bonding was supported only by 20.3% respondents. We have ascertained statistically significant influence of accompanying person during child birth ($\chi^2=47.340$, $p<0.000005$) on bonding support after child birth.

Conclusion: The conclusion of our study refers to the inconvenient fact that support of bonding after childbirth has proved to be insufficient. Gained results could be contributive to requirements argumentation for opening a new attitude towards the norm and needs of mother and child in relation to all routine interventions of medical personnel. Bonding support after child birth means realization of physiological way of child care and fulfillment of biological, psychological and social needs of both mother and newborn.

KEY WORDS

bonding, bonding support after child birth, immediate contact between mother and child, skin to skin touch

M.

ÚVOD

Bonding po pôrode predstavuje biokomfort pre matku, ktorý sa prejavuje zvýšenou tvorbou oxytocínu, lepším rozbehom laktácie, ľahším prekonávaním bolesti, rýchlejšim zavinovaním maternice. Zároveň predstavuje aj biokomfort pre dieťa, a to najmä pri podpore adaptácie dieťaťa, termoregulácie a tiež jeho imunity. Dieťa má

hneď po pôrode neobyčajný behaviorálny potenciál, ktorý mu umožňuje počuť, vidieť a je biologicky pripravené nadviazať vzťah s matkou. Naopak separácia matky od dieťaťa predstavuje diskomfort pre oboch. Proces bondingu matky s dieťaťom by mal byť podporený, ak sa nevyskytnú komplikácie (napr. patologický nález, nezistia sa žiadne riziká) počas tehotnosti a pôrod prebiehal bez komplikácií, ak novorodenec je životaschopný a matka prejaví záujem.

Znamená to, že hneď po pôrode a jemnom osušení by sa mal novorodenec položiť matke na brucho či hrudník kontaktom koža na kožu. Podpora bondingu je zahrnutá v základných dokumentoch – Vestníku MZ SR v Odbornom usmernení o podpore výživy dojčiat a batoliat dojčením, v ktorom sa uvádza, že bezprostredný kontakt rodičky s novorodencom po pôrode má byť zabezpečený vo všetkých pôrodných sálach a je podmienkou pre pracoviská označené ako „Nemocnice priateľské k matkám a deťom“ – Mother and Baby Friendly Hospital Initiative (MBFHI) [1]. Podpora bondingu po pôrode je zahrnutá aj v dokumentoch WHO a UNICEF – Baby Friendly Hospital (BFHI) [2].

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) v roku 2007 vykonala analýzu výskumov o popôrodnom bondingu, konkrétne o význame a účinku kontaktu koža na kožu. Poukázala na pozitívny dopad tohto kontaktu, v ktorom je novorodenec vystavovaný na koži matky, ktorá ho môže chrániť pred napadnutím choroboplodných patogénov [3]. Prikladanie koža na kožu má teda imunologický význam, v tom zmysle, že napomáha osídľovaniu nepatogénnych baktérií z tela matky a tým podporuje vytvárať ochrannú mikroflóru u novorodenca [4]. Taktiež sú vytvárané a podporované ideálne podmienky popôrodnej adaptácie. Uvádza sa, že títo novorodenci menej plačú, sú chránení pred podchladením, majú vyššie a stabilnejšie hladiny glukózy v krvi a nižšiu hladinu stresových hormónov v krvi, čo napomáha prirodzenejšiemu prechodu k dojčeniu [5, 6]. Závery systematického prehľadu Cochrane databázy dokazujú tiež pozitívny efekt včasného kontaktu koža na kožu v oblasti dojčenia [7].

Cieľom štúdie bolo zistiť skúsenosti žien s podporou bondingu po pôrode a či prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode má vplyv na podporu bondingu po pôrode.

METÓDY

Výskumný súbor tvorilo 2001 respondentiek zo Slovenska, s vekovým priemerom $30,0 \pm 5,3$ rokov. Výber respondentiek bol zámerný. Do súboru boli zaradené respondentky, ktoré spĺňali vopred určené **zaraďovacie (inkluzívne) kritériá**: spontánny vaginálny pôrod, obdobie pôrodu (posledné tri roky) a súhlas respondentky so zaradením do štúdie.

Medzi **vyraďovacie (exkluzívne) kritériá** sa určili: zlá/zhoršená popôrodná adaptácia dieťaťa po narodení, komplikácie pri/po pôrode. Zaraďovacie a vyraďovacie kritériá určovali u respondentiek predpoklad pre podporu bondingu. Na zber relevantných údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Pilotná štúdia bola realizovaná s 10 respondentkami. Na základe pilotáže sa modifikovali problematické formulácie niektorých položiek. Zvolil sa kombinovaný spôsob administrácie dotazníkov (osobne, elektronicky). Osobne bolo distribuovaných 150 dotazníkov v štyroch vybraných mestách na Slovensku, prostredníctvom 4 ambulancií pre deti a dorast, ktoré dali súhlas s realizáciou výskumu. Dosiahla sa určitá reprezentatívnosť a závery výskumu sa interpretujú len na podmienky tohto súboru.

Výber miest a ambulancií bol zámerný. Vybrali sa 4 mestá (Martin, Žilina, Bardejov, Bratislava) – s určením, že jedno z vybraných miest patrí do jedného z krajov Slovenska a tiež podľa našich dostupných možností. Oslovili sme

náhodných pediatrov v ambulanciách pre deti a dorast vo vybraných mestách a po ich súhlase sa distribuovali dotazníky v ambulanciách. Po dohode s pediatrami sme v čase preventívnych prehliadok oslovovali matky osobne, v súčinnosti zo zaraďovacími kritériami (ženy 0–3 roky po pôrode; s 0–3-ročným dieťaťom), ktoré v ten deň navštívili poradňu. Každá žena sa dôkladne inštruovala s postupom vyplňania dotazníka. Vyplnený dotazník mohli ženy vhodiť do označenej schránky určenej na tento účel. Responzibilita osobne distribuovaných dotazníkov bola 80 % ($n = 120$). Prostredníctvom internetu sa dotazník distribuoval na viacerých internetových stránkach prostredníctvom „link“-ového odkazu. V úvode dotazníka bolo uvedené, pre koho je dotazník určený (pre ženy, ktoré rodili spontánne za posledné tri roky) a tiež bola uvedená inštrukcia k vyplňaniu jednotlivých otázok. Prostredníctvom internetu sa nám podarilo získať 2037 dotazníkov.

Zo získaných dotazníkov ($n = 2157$) bolo 156 vyradených z dôvodu nesplnenia inkluzívnych kritérií ($n = 73$) a určených vyradovacích kritérií ($n = 83$) a tak pre účely výskumu bolo súhrnne použitých 2001 dotazníkov. Samotný zber empirických dát bol realizovaný v mesiacoch november 2014 – január 2015. Pre štatistické spracovanie bola použitá jednorozmerná deskriptívna štatistika a chi-kvadrátový test. Všetky testy boli vykonané na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Štatistické spracovanie (výpočty, tabuľky) boli realizované v programe Microsoft Office Excel a v programe SPSS 15.00.

VÝSLEDKY

Zistili sme, že odovzdanie dieťaťa po pôrode u väčšiny respondentiek (69,8 %) nášho súboru bolo automatické do rúk matky, u 13,9 % bolo dieťa odovzdané do rúk na ich vlastnú žiadosť a u 16,3 % respondentiek bolo dieťa po pôrode okamžite odnesené (tab. 1).

Čo sa týka spôsobu odovzdania, tak 41,2 % respondentkám bolo dieťa ukázané a následne odnesené, 14,4 % uviedlo, že ich dieťa po pôrode bolo okamžite odnesené. Za podporu bondingu považujeme polozenie dieťaťa na brucho/hruď kontaktom koža na kožu, čo bolo zrealizované u 31,6 % respondentiek nášho súboru. Dieťa priložené k prsníku bolo u 12,6 % respondentiek (tab. 2).

Preukázalo sa, že 27,1 % respondentkám po pôrode bolo umožnené polozenie dieťaťa kontaktom koža na kožu na brucho/hruď na čas 1–5 minút, 7,7 % na 5–10 minút, 2,3 % na 15–30 minút a 7,2 % respondentkám na 60 minút a viac. Kontakt koža na kožu nebol umožnený väčšine respondentiek (55,7 %) (tab. 3).

K navráteniu dieťaťa matke po jeho odnesení na prvé ošetrenie došlo u väčšiny respondentiek (79,4 %). Z toho

Tab. 1. Odovzdanie dieťaťa matke po pôrode.

Odpoveď	n	%
Automaticky do rúk matky	1397	69,8
Na moju žiadosť	278	13,9
Nedali mi ho	326	16,3
Σ	2001	100

Väčšina (69,8 %) respondentiek po pôrode bolo dieťa dané do rúk matky automaticky, 13,9 % bolo dieťa dané na ich vlastnú žiadosť a 16,3 % respondentkám dieťa po pôrode nebolo dané.

Tab. 2. Spôsob odovzdania dieťaťa matke.

Odpovede	n	%
Položené kontaktom koža na kožu na brucho/hruď	633	31,6
Priložené k prsníku	252	12,6
Dieťa mi ukázali a bolo okamžite odnesené	825	41,2
Dieťa bolo okamžite odnesené	289	14,4
Iné	2	0,1
Σ	2001	100

Najviac respondentkám (41,2 %) po pôrode bolo dieťa ukázané a okamžite odnesené, 31,6 % respondentkám bolo dieťa položené kontaktom koža na kožu na brucho/hruď, 12,6 % bolo dieťa priložené k prsníku a 14,4 % respondentiek uviedlo, že ich dieťa po pôrode bolo okamžite odnesené.

Tab. 3. Čas priloženia dieťaťa na brucho/hruď koža na kožu.

Odpovede	n	%
1-5 minút	542	27,1
5-10 minút	155	7,7
15-30 minút	46	2,3
60 minút a viac	144	7,2
Neumožnili mi priloženie dieťaťa	1114	55,7
Σ	2001	100

Po pôrode bolo 27,1 % respondentiek umožnené položiť dieťaťo kontaktom koža na kožu na brucho/hruď na čas 1-5 minút, 7,7 % na 5-10 minút, 2,3 % na 15-30 minút a 7,2 % respondentkám na 60 minút a viac. Kontakt koža na kožu nebol umožnený väčšine respondentiek (55,7 %).

66,3 % uviedlo, že dieťa im priniesli do pol hodiny a už bolo oblečené, čo nepovažujeme za podporu bondingu, a iba 13,1 % uviedlo, že dieťa im bolo navrátené do 5 minút nahé, u ktorých pokračoval kontakt koža na kožu. Po odnesení už svoje dieťa na pôrodnej sále nevidelo 18,1 % respondentiek (tab. 4).

Môžeme konštatovať, že popôrodný bonding v pravom zmysle bol podporený u 20,3 % žien (sčítaním 7,2 %, ktorým bolo dieťa položené hneď po pôrode na telo koža na kožu na 60 minút a viac a 13,1 %, ktorým dieťa po prvom ošetrení doniesli späť nahé a nechali ho s matkou v bezprostrednom kontakte koža na kožu), a nebol podporený u 79,7 % žien.

Väčšina respondentiek (65,8 %) z nášho súboru mala pri pôrode sprevádzajúcu osobu a 34,2 % ju nemalo. U 60,8 % respondentiek bol sprevádzajúcou osobou manžel/partner, u 2,3 % to bola matka, u 1,3 % sestra, u 1,4 % dula a 34,2 % respondentiek sprevádzajúcu osobu pri pôrode nemalo. Zistili sme štatisticky významný vplyv prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri pôrode na podporu bondingu po pôrode ($\chi^2 = 47,340$; $p < 0,000005$).

Tabuľky 1 až 4 popisujú skúsenosti žien súvisiace s procesom bondingu.

DISKUSIA

Vzhľadom k procesu podpory bondingu sme sa vo výskume zamerali konkrétne na odovzdávanie, spôsob odovzdávania dieťaťa po pôrode, čas priloženia dieťaťa na

brucho/hruď koža na kožu a spôsob navrátenia dieťaťa po odnesení. Aj keď väčšine respondentiek nášho súboru bolo dieťa po pôrode automaticky odovzdané do rúk, nie je to vždy samozrejmosťou, pretože niektorým bolo ich dieťa dané iba na základe domáhania sa ho a niektorým respondentkám dieťa nebolo dané (tab. 1). Za podporu bondingu po pôrode sa považuje položenie dieťaťa na brucho/hruď kontaktom koža na kožu, čo bolo uskutočnené u 31,6 % respondentiek (tab. 2). Za pozitívum považujeme aj priloženie dieťaťa k prsníku. Podpora procesu bondingu po pôrode však neznamená iba priloženie dieťaťa na telo matky. Podľa odporúčaní, novorodenca je potrebné nechať **v kontakte s matkou koža na kožu** tak dlho, ako to prevádzka pracoviska a teplota prostredia a samozrejme zdravotný stav oboch dovoľuje, ako má matka i dieťa záujem, najlepšie do samoprisatia dieťaťa k prsníku matky. Ideálnym časom sú 1-2 hodiny, počas ktorých, ak je dieťa v dobrom zdravotnom stave, adaptácia na život mimo matrice nebude nijako nepriaznivo ovplyvnená. Ak však nastane situácia, kedy si žena alebo dieťa vyžadujú urgentnú lekársku starostlivosť, kontakt koža na kožu je potrebné ponechať na neskôr. Aj keď snaha o popôrodný bonding bola u jednej tretiny matiek, vzhľadom k času môžeme konštatovať, že podpora bola vykonaná iba u tých, ktorých bolo dieťa s matkou viac ako 60 minút, čo bolo iba u 7,2 % respondentiek. Vnímanie dĺžky času podpory bondingu po pôrode kontaktom koža na kožu, ktorý respondentky uvádzali, bolo ich subjektívnym zhodnotením, ktoré však bolo pre náš výskum dôležité.

Väčšine respondentiek bolo dieťa priložené kontaktom koža na kožu iba na krátku dobu (tab. 3). Táto skutočnosť sa považuje iba za čiastočnú podporu bondingu. Naše výsledky sú porovnateľné so štúdiou v Čechách, podľa ktorej bolo zistené, že tretina rodičiek a ich detí zažije aspoň čiastočnú podporu bondingu zo strany zdravotníkov [8]. Je potrebné podotknúť, že výsledky tejto českej štúdie sú spreď 5 rokov. Veríme, že podpora bondingu v Českej republike pozitívne napreduje a intenzívne sa bude zlepšovať aj v slovenských nemocniciach.

Vzhľadom k spôsobu navrátenia dieťaťa (po odnesení na prvé ošetrenie) sme zistili, že späť ho doniesli väčšine respondentiek, a to do pol hodiny, ale už bolo dieťa oblečené, čo nepovažujeme za podporu bondingu, a iba 13,1 % žien uviedlo, že dieťa im bolo navrátené do 5 minút nahé, u ktorých pokračoval kontakt koža na kožu (tab. 4).

Súhlasné stanovisko k včasnému kontaktu vyjadruje aj Hašto [9], ktorý konštatuje, že aj keď už pôrodní-

Tab. 4. Navrátenie dieťaťa po odnesení.

Odpovede	n	%
Áno, nahé do 5 minút	262	13,1
Áno, už oblečené a zabalené do polhodiny	1327	66,3
Na pôrodnej sále som už dieťa nevidela	362	18,1
Iné	50	2,5
Σ	2001	100

V prípade, že dieťa po pôrode bolo odnesené na prvé ošetrenie, späť ho doniesli 79,4 % respondentkám. Z toho 66,3 % uviedlo, že dieťa im priniesli do pol hodiny a už bolo oblečené a iba 13,1 % bolo dieťa navrátené do 5 minút nahé. Po odnesení už svoje dieťa počas pobytu na pôrodnej sále nevidelo 18,1 % respondentiek.

ci, neonatológovia, pôrodné asistentky dbajú o včasný kontakt medzi matkou a dieťaťom, pravdepodobne to trvá príliš krátko. Dieťa po pár minútach matke odoberú, vážia, merajú, umývajú, obliekajú. Aj takéto cca 20-minútové odlúčenie obvykle spôsobí narušenie sacieho reflexu a sťaží interakciu primárnej dvojice. Výskum v Rakúsku ukázal, že 1/3 matiek mala bezprostredne po pôrode v kožnom kontakte dieťa len na 5–15 minút a len 12 % matiek malo dieťa nepretržite aspoň jednu hodinu. Podľa niektorých nových odporúčaní sa prvé ošetrovanie (iba nevyhnutné výkony) odporúča realizovať priamo na tele matky, alebo aspoň v jej blízkosti [10]. Ideálne je, ak novorodenecký box je v blízkosti matky (na jej dohľad), čo vzhľadom na priestorové usporiadanie a vybavenie niektorých pôrodných sál môže byť problémom. Niektoré výkony a vyšetrenia (meranie, váženie bezprostredne po pôrode nie je nutnosťou) sa môžu odložiť na neskôr, kedy je dieťa viac adaptované [11]. Ak sa nevyskytuje žiadny problém a dieťa je životaschopné, môže sa aj celé prvé ošetrovanie odložiť na neskôr až po bondingu [12].

Nevyhnutnosťou je vyjasniť si rôzne negatíva, ktoré sa tradujú v súvislosti s popôrodným bondingom, ako je napr. podchladenie dieťaťa v kontakte koža na kožu a pod. Zdravotnícki pracovníci často riešia telesnú teplotu novorodenca po narodení a preto majú obavy z toho, keď ostáva nahé, aby sa nepodchladilo. Existujú relevantné historické dôkazy zo severských krajín (oblasť ľadu a snehu), kedy pôrod napr. u eskymáčiek prebiehal v špeciálnych stanoch (iglú), ktoré k tomuto účelu postavil a vybavil otec dieťaťa a kontakt koža na kožu bol hlavným tepelným zdrojom pre dieťa. Dieťa bolo spolu s matkou zabalené do teplých kožušín a tento kontakt zotrval v popôrodnom a následnom období ako súčasť životného štýlu týchto žien. Dieťa nosili privitynuté v hrejivom bezpečí matkinej náruče a v špeciálnej kožušínovej kapucni. Mrowetz, Peremská [13] uvádzajú na základe výsledkov výskumu, že u skúmaných novorodencov, ktorí mali s matkou bezprostredný kontakt „koža na kožu“, bola telesná teplota vyššia, a u tých, ktorým bol kontakt „koža na kožu“ umožnený až po vykonaní vyšetrení a ošetrovaní novorodencov, bola ich telesná teplota nižšia. Najnižšia teplota sa preukázala u novorodencov z kontrolnej skupiny, ktorým nebol umožnený žiaden kontakt „koža na kožu“. Novorodenca a matku je treba zabaliť ako jednu jednotku spoločnou prikrývkou a práve kontakt „skin to skin“ bráni stratám tepla dieťaťa zospodu a prekrytím z hora (vrátane hlavičky dieťaťa) minimalizuje tepelné straty zhora.

Preukázalo sa, že popôrodný bonding podľa záväzných odporúčaní **bol podporený u 20,3 % žien**. Naše výsledky možno porovnať s podobnou slovenskou štúdiou [14] realizovanou u žien, ktoré rodili v rokoch 2010–2014. Podľa výsledkov z celkového počtu respondentiek (n = 3216) 16,3 % uviedlo, že bolo ihneď po pôrode so svojím dieťaťom v kontakte koža na kožu a tento kontakt trval neprerušene minimálne hodinu. Podľa výskumov Centers for Disease Control z roku 2010 bolo zistené, že v USA je rutinné oddelenie matiek od detí po vaginálnych pôrodoch okolo 37 %, na Aljaške 5 %, zatiaľ čo v Mississippi 81 % detí je oddelených od svojich matiek po vaginálnom pôrode [15]. Na danú skutočnosť môžu mať vplyv lokálne kultúrne a iné zvyklosti.

Častým dôvodom separácie dieťaťa a matky po pôrode je nemocničná rutina, čo sa preukázalo aj v našej štúdií

u viac ako polovice (60,0 %) respondentiek. Zistené výsledky sú porovnateľné so štúdiou v Čechách, podľa ktorej tiež najčastejšie dôvody, ktoré vedú zdravotnícky personál k nepodporeniu bondingu, boli tiež rutinné postupy, pohodlnosť, zlá organizácia práce, organizačné a technické dôvody [16].

V našej štúdií sme zisťovali aj celkovú spokojnosť respondentiek so starostlivosťou o nich a ich dieťa a spokojnosť s prístupom zdravotníckych pracovníkov vo vzťahu k podpore bondingu po pôrode. Išlo o otvorenú otázku s možnosťou otvorenej odpovede. Čo sa týka starostlivosti, tak aj keď prevažovalo pozitívne hodnotenie starostlivosti, nemožno sa s tým uspokojiť, pretože niektoré respondentky hodnotili starostlivosť aj ako nedostatočnú a zlú. Poskytovanie starostlivosti môže významne vplyvať na samotný priebeh pôrodu, na dieťa, na podporu bondingu či už pozitívne alebo negatívne. Môžeme konštatovať, že pri hodnotení prístupu zdravotníckych pracovníkov sa v našej štúdií preukázal viac negatívny prístup. Najčastejšie respondentky uvádzali neosobný, nadradený, neprofesionálny, nepriateľský, manipulatívny prístup, nevhodné poznámky, výsmech. Zdravotnícki pracovníci sú často pod stresom, ktorý vplyva z fyzických, psychologických a sociálnych aspektov pracovného prostredia a má za následok ich vyhorenie, čo sa prejavuje ich rutinným prístupom k práci [17]. Ako prevencia syndrómu vyhorenia sa zdravotníkom odporúča psychosociálna príprava a pravidelná supervízia. Pokiaľ má zdravotník rodičku skutočne podporovať, musí mať najskôr zaistenú vlastnú potrebu bezpečia, nikdy však nie na úkor psychosociálnych potrieb rodičiek, ako sa to v súčasnosti často stáva [18]. Podpora bondingu po pôrode významne závisí od ochoty zdravotníckeho personálu. Je potrebné dosiahnuť zmenu v myslení zdravotníkov pri vykonávaní rutinných postupov a motivovať ich ku kompliance s podporou bondingu. Je dôležité, aby chápali význam popôrodného bondingu u matiek a ich detí. Watson [19] uvádza na základe výsledkov štúdie, že pri podpore bondingu zdravotnícki pracovníci zažívajú emocionálne, duchovné pozitívne pocity z dobre vykonanej práce, spokojnosť a zmysluplnosť ich práce. Vhodným nástrojom edukácie sa už v zahraničí stali rôzne inštruktážne videá o tejto téme, taktiež výpovede samotných matiek. Vzhľadom k uvedeným skutočnostiam je žiaduce zavádzať do nemocníc nové dobre osvedčené trendy. Nehovoriac o nemocniciach, ktoré preukazujú príslušnosť k Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), ktorej súčasťou sú body podporujúce bonding.

Odborné literárne zdroje potvrdzujú teórie o pozitívnom vplyve sprevádzajúcich osôb rodičky na priebeh pôrodu a vnímanie celého procesu samotnou rodičkou, čo bolo taktiež cieľom sledovania našej štúdie. Zistili sme štatisticky významný **vplyv prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri pôrode na podporu bondingu** (tab. 6). Zrejme prítomnosť sprevádzajúcej osoby a ich spoločný záujem o popôrodný bonding vzbudzuje väčší rešpekt u zdravotníckych pracovníkov a zároveň aj dôveru v prípade obáv, že žena po pôrode nebude schopná sa o svoje dieťa postarať a sprevádzajúca osoba jej pomôže. Účasť otca pri pôrode napomáha formovať rolu otca, bezprostredne nadviazať jeho emočnú väzbu s dieťaťom, k vytváraniu si pozitívneho vzťahu s potomkom, ale aj vzťahu s manželkou/partnerkou [20]. Medzi kladné faktory prítomnosti

Tab. 5. Opisné charakteristiky súboru z hľadiska prítomnosti konkrétnej sprevádzajúcej osoby pri pôrode a jej vplyv na podporu bondingu po pôrode.

Sprevádzajúca osoba	n (%)	Podpora bondingu	
		chi ²	p
Manžel/partner	1218 (60,8 %)	47,340	<0,000005
Matka	46 (2,3 %)		
Sestra	26 (1,3 %)		
Dula	27 (1,4 %)		
Nikto	684 (34,2 %)		
Σ	2001 (100 %)		

U väčšiny (60,8 %) respondentiek bol sprevádzajúcou osobou manžel/partner, nasleduje matka (2,3 %), sestra (1,3 %) a dula (1,4 %) a 34,2 % respondentiek nemalo pri pôrode sprevádzajúcu osobu. Zistili sme štatisticky významný vplyv prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri pôrode na podporu bondingu po pôrode ($p < 0,000005$).

sprevádzajúcej osoby pri pôrode sa považuje aj vplyv na zlepšenie komunikácie rodičky s pôrodným tímom [21]. Sprevádzajúca osoba zvyčajne reaguje na dianie na pôrodnej sále veľmi vnímavo a môže primeraným spôsobom preniesť požiadavky personálu na rodičku a tiež požiadavky rodičky na personál aj vo vzťahu k podpore bondingu po pôrode.

Uvedené výsledky a zistenia je potrebné vnímať vzhľadom na **limity výskumu**. V našom prípade je to zámerný výber respondentiek pri osobnej distribúcii dotazníka, v dôsledku ktorého je možné závery interpretovať a generalizovať len na uvedený výberový výskumný súbor a taktiež aj váha reprezentatívnosti výskumnej vzorky získanej prostredníctvom internetových dotazníkov. Okrem nesporných výhod, ktoré majú online výskumy (časové, ekonomické, subjektívne vyšší pocit anonymity u respondentov a tým väčšia otvorenosť a úprimnosť, dobrovoľnosť pri vyplňovaní dotazníka), majú aj svoje slabiny vzhľadom na demografické odlišnosti medzi on-line a off-line populáciou, čím môžu byť výsledky výskumov prostredníctvom internetu skreslené. V našej štúdii môže ísť o riziko v zmysle, že internet využívajú viac vzdelanejšie ženy, ktoré mohli byť vnímavejšie k dôležitosti bondingu, prípadne, že dotazník mohli vyplňať viac tie ženy, ktoré cítili podporu bondingu ako nedostatočnú. Problém on-line dotazníkov býva aj v nesprávnom pochopení otázok, čomu sme sa snažili predísť pilotnou štúdiou, ktorej cieľom bola spätná väzba zameraná na porozumenie jednotlivých otázok a následná modifikácia problematických položiek. Taktiež minimalizovať nesprávne pochopenie postupu pri vyplňaní dotazníka sme sa snažili zabezpečiť jasnou a zrozumiteľnou inštruktážou. Predkladanú štúdiu môžeme považovať len za parciálnu. Môže byť východiskom pre vytvorenie ďalšieho kvalitnejšieho výskumu v tejto problematike s náhodným výberom respondentiek, s cieľom zistiť rozdiely v podpore bondingu komparáciou získaných výsledkov v iných kontextoch (napr. medzi jednotlivými nemocnicami vzhľadom k ich štatútu BFHI, k väčšiemu územiu – Euroregión), prípadne v inom čase a iné. Musíme tiež zdôrazniť, že obsah a rozsah príspevku nevyčerpáva všetky oblasti, ktoré v sebe zahŕňa problematika podpory bondingu v celom svojom kontexte. Aj napriek uvedeným limitáciám si

myslíme, že štúdia priniesla podnetné výsledky a môže byť prínosom pre prax. Poukázanie na problém by malo iniciovať jeho riešenie.

ZÁVER

Záveru našej štúdie poukazujú na nepriaznivú skutočnosť, že podpora bondingu po pôrode sa preukázala nedostatočnou. Na základe štúdie je možné konštatovať, že väčšina slovenských nemocníc iba čiastočne dodržiava, alebo nedodržiava doporučený postup určený Vestníkom MZ SR na podporu bondingu.

Zistené výsledky môžu byť prínosom pre argumentáciu požiadaviek otvoriť sa zo strany zdravotníckych pracovníkov novému prístupu smerom k norme, k potrebám matiek a detí pred všetkými rutinnými zásahmi, poskytnúť ženám pri pôrode maximálnu podporu, citlivý prístup, intimitu, aby mohli nerušene porodiť a po pôrode prežiť prvé chvíle so svojim dieťaťom, čo má veľký význam pre dieťa, matku a ich vzájomný vzťah. Je potrebné v nemocniciach vytvárať podmienky pre podporu bondingu, zmenou organizácie práce a manažmentu, zmenou priestorového usporiadanie pôrodných sál, aby mohli byť matky s deťmi neustále spolu, a to zvlášť v nemocniciach, ktoré sa preukazujú príslušnosťou k BFHI. Je veľmi dôležité, aby zdravotnícki pracovníci chápali význam a dôležitosť podpory bondingu po pôrode, aby mohli byť dôležitými iniciátormi zmien, postupov tak, aby podpora popôrodného bondingu patrila medzi priority v starostlivosti o matku a dieťa.

LITERATÚRA

1. Vestník Ministersva zdravotníctva SR časť 54–55, z 20. novembra 2009, normatívna časť 56 – Odborné usmernenie o podpore výživy dojčiat a batoliat dojením. MZ SR 2009: 404.
2. World Health Organization and Unicef. Original BFHI Guidelines developed. 2009.
3. World Health Organization. Evidence for the 10 Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Bašková M. Metodika psychofyzické prípravy na porod. Praha: Grada Publishing, 2015: 106–108.
5. Bystrova K, et al. „Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg.“ Int Breastfeed J 2007; 2: 9. doi: 10.1186/1746-4358-2-9.
6. Charpak N, et al. Kangaroo mother care: 25 years after. Acta Paediatrica 2005; 5: 514–522.
7. Moore ER, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst. 2012 May 16; 5:CD003519. doi: 0.1002/14651858.CD003519.pub3.
8. Mrowetz M. Bonding: Porodní bolest - porodní radost. Unipa, 2010.
9. Hašto J. Diskusia o význame popôrodného kontaktu matky a dieťaťa. Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika 2014; 2: 39–41.
10. Fendrychová J, Borek I, et al. Intenzivní péče o novorozence. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů, 2012: 51–53.
11. FIGO Guidelines. Mother-baby friendly birthing facilities. International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2015; 2: 95–99.

12. **Bašková M, et al.** Inovácia obsahu, foriém a metód na podporu praktických zručností v pôrodnej asistencii. 1. vyd. Martin: JLF UK, 2015: 152–180.
13. **Mrowetz M, Peremská M.** Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatr Praxi* 2013; 3: 201–204.
14. **Miklovičová D, Poloková A, et al.** Celoslovenská analýza podpory dojčenia v pôrodniciach. Výsledky prieskumu. *MAMILA*, o. z. 2015: 1–23.
15. **Dekker R.** Can Hospitals Keep Moms and Babies Together after a Cesarean? *Evidence Based Birth*, 2013.
16. **Sázavská A.** Podpora „Bondingu“ po cisárskom řezu. Bakalárská práce. Brno: LF MU, 2013: 52–53.
17. **Bánovčinová L, Bašková M.** Sources of work-related stress and their effect on burnout in midwifery. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 132: 248–254.
18. **Mrowetz M, Chrástilová G, et al.** Bonding – porodní radost, Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti? Praha: DharmaGaia, 2011: 100–105.
19. **Watson J.** *Caring science as sacred science*. Philadelphia: FA Davis Company, 2005.
20. **Nolan M.** Preparation for birth and beyond: our health and wellbeing. *Pract Midwife* 2012; 7: 20–21.
21. **Repková A, Padyšáková H.** Sprevádzajúce osoby pri pôrode. *Ošetrovateľský Obzor* 2007; 1–2: 33–35.

Došlo: 5. 2. 2016
Přijato: 29. 3. 2016

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.

Malá Hora 5
036 52 Martin
Slovenská republika
e-mail: mazuchova@jfmmed.uniba.sk

OZNÁMENÍ

Setkání absolventů Fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy v Praze po 60 letech

Žádáme absolventy bývalé Fakulty dětského lékařství (nyní 2. lékařské fakulty) Univerzity Karlovy v Praze a současně i ty, kteří tyto absolventy znají, aby sdělili své – nebo jejich adresy – prof. MUDr. Lidce Lisé, DrSc.

Plánujeme setkání těchto absolventů po 60 letech v roce 2017.

Kontakt:

e-mail: lidka.lisa@fnmotol.cz nebo lidkali@yahoo.com,
adresa: L. L., FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5.