

Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti?

Mgr. Michaela Mrowetz¹, MUDr. Marcela Peremská²

¹Ordinace klinické psychologie a psychoterapie, Ostrava

²Dětské oddělení, Nemocnice Teplice, o. z., Krajská zdravotní, a. s.

Nepřetržitý kontakt matky s dítětem bezprostředně po porodu má zásadní význam pro celou nově vzniklou rodinu a vede ke zdravým reakcím. V časně poporodní době (tzv. 3. a 4. doba porodní) dochází k jedinečným a neopakovatelným hormonálním změnám, které, za předpokladu trvalého kontaktu, zakládají psychickou i zdravotní stabilitu. Díky nepřerušnému kontaktu „kůže na kůži“ mezi dítětem a matkou dochází k posílení mateřského chování, k lepší poporodní adaptaci a kardiorepirační stabilitě u novorozence, snazšímu přisátí k prsu a rychlému nástupu laktace, dále pak ke snížení poporodních krvácení rodiček, omezení pláče novorozenců atd. Podpora raného kontaktu matky (resp. otce či blízké osoby v případě, že se matka nachází v život ohrožující situaci) s dítětem je tedy základem kvalitní porodní péče.

Klíčová slova: raný kontakt, bonding, separace, porod, kojení, kůže na kůži (skin to skin).

Support of early contact as a standard not to go below: a chimera, or a future reality?

Continuous contact of mother and child immediately after childbirth is of essential importance for the whole newly formed family and leads to healthy reactions. In the early postpartum period (stages 3 and 4 of labor), unique and unrepeatably hormonal changes occur that, provided there is sustained contact, establish mental and health stability. Continuous skin-to-skin contact between child and mother results in reinforcement of maternal behavior, improved postpartum adaptation and cardiorespiratory stability in the newborn, easier attachment to the breast and rapid onset of lactation as well as reduced postpartum bleeding in the mother, less crying in the newborn, etc. Therefore, support of early contact of the mother (or father or a close person in case the mother is in a life-threatening situation) with the child is the mainstay of good-quality obstetric care.

Key words: early contact, bonding, separation, childbirth, breastfeeding, skin-to-skin.

Pediatr. praxi 2013; 14(3): 201–204

Úvod

Raný a nepřerušovaný kontakt bezprostředně po porodu mezi matkou a novorozencem (bonding – z anglického slova lepení či připoutání – proces utváření láskyplné vazby mezi dítětem a jeho matkou po porodu podporovaný biologickými, imunologickými, fyziologickými a psychologickými procesy) má pro oba neopakovatelnou hodnotu. Přesto se v mnoha českých porodnicích setkáváme v raném poporodním období s různě dlouhou dobou separace. Přitom i krátká separace může vést k dlouhodobým problémům jak na straně matky, tak i novorozence. Bonding není metoda, jak je mnohdy zdravotníky chybně interpretováno. Zdravotníci mohou vazbu mezi dítětem a jeho matkou, potažmo rodinou, podporovat a tak podporovat zdravé adaptační mechanismy dětí, matek a celých rodinných systémů. Touto podporou dochází k léčbě kolektivního traumatu několika generací, způsobeného separací po porodu.

Odložené přerušení pupeční šňůry

Časné přerušení pupečníku způsobuje, že objem krve novorozence může být ochuzen až o 30–50 %. Takto masivní změna se neobjevuje nikdy v životě bez vážných následků. Včasné

přerušení pupečníku může bránit dobré poporodní adaptaci a přispívat k hypovolemickému a hypoxickému poškození u citlivých novorozenců (1).

Nedostatek železa a chudokrevnost z nedostatku železa jsou hlavními zdravotními problémy malých dětí na celém světě a jsou spojovány se špatným rozvojem nervové soustavy. U zdravých novorozenců se vyčkáním po dobu nejméně tří minut před přerušením pupeční šňůry zlepšují hodnoty železa ve čtyřech měsících a snižuje počet případů novorozenecké anémie. Navíc opožděné přerušení pupečníku není spojováno s žádnými vedlejšími účinky na zdraví (2).

Odložené přerušení pupečníku je doporučeno i Českou neonatologickou společností a Evropskou radou pro resuscitaci (3).

Kůže na kůži je léčivý kontakt

Raný kontakt matky a zdravého, nemocného i nedonošeného novorozence kůží na kůži (4) může zlepšit výsledky kojení, zlepšit vytvoření rané vazby (attachment) mezi matkou a dítětem, zmírnit novorozenecký pláč, zvýšit kardiorepirační stabilitu a nemá žádné zjevné krátkodobé ani dlouhodobé negativní účinky.

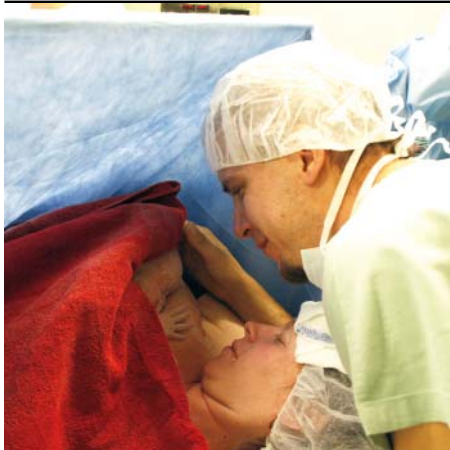
Pohled dítěte do očí matky léčí

Oční kontakt matky s dítětem stimuluje mateřské chování. Separací je očnímu kontaktu zamezeno (5–9). Separované matky mají menší zájem o dítě, jsou více ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou a depresí, méně vyhledávají oční kontakt se svým dítětem, a to ještě po roce od separovaného průběhu porodu. Je ztížený nástup laktace.

Dítě potřebuje, aby matka cítila vůni jeho hlavičky

Rutině užívaná čepička jako tepelná ochrana dětské hlavy po porodu může narušovat rozvíjení spontánního mateřského chování. Výzkum ukázal, že pachové vjemy z pokožky dítěte (nejblíže k matčinu nosu je při poloze u samopřísátí dětská hlava) jsou nejdůležitějším startérem ovlivňujícím mateřské chování (10). U savců hrají čichové vjemy důležitou roli v koordinaci navazování vazby matky na dítě a podporují normální vývoj potomstva. Limbické systémy matky i novorozence po porodu komunikují. Když je matka naladěná na pocity dítěte, limbický systém ji podporuje v chování adekvátním potřebám dítěte. Čím více synchronního mateřského chování matka vyprodukuje, tím

Obrázek 1. Porodnice Krnov – podpora kontaktu při porodu císařským řezem



Obrázek 2. Porodnice Krnov – podpora nové rodiny, porod císařským řezem



Obrázek 3. Porodnice Teplice – podpora kontaktu, novorozenec s nízkou porodní hmotností



více dopaminu produkuje hormonální systém novorozence a ten zajišťuje novorozenci libé pocity. Čepice tedy mohou ovlivnit čichové vjemy matky a tím i komplikovat startující mateřské synchronní chování a omezit potřeby dítěte.

Kojení jako dobrý důsledek dobře podpořeného raného kontaktu

Raný a nepřetržitý kontakt kůže na kůži (nejen) v prvních dvou hodinách po porodu usnadňuje první kojení a zvyšuje úspěšnost ko-

jení během raného poporodního období (11). Kontakt by neměl být omezován ani po dobu ošetřování perinea. Běžné ošetření novorozence by se mělo provádět teprve po prvním úspěšném samopřisátí k prsu.

Novorozenec, který je bezprostředně po narození osušen a položen kůže na kůži na matčin hrudník, po 15 minutách nečinnosti produkuje spontánní reakce a hledací pohyby, které dosahují vrcholu ve 45. minutě po narození, v 55. minutě dítě samo nachází bradavku a začíná sát. V průběhu první hodiny po narození se u lidí předvídatelným způsobem rozvíjí organizované chování vedoucí ke kojení se (12). Matka nemusí první hodiny vyvíjet žádnou aktivitu (proto je vhodné dítě pokládat a stimulovat k samopřisátí i u matky spící po narkóze), musí být pouze fyzicky přítomna v kontaktu kůže na kůži.

Samopřisátí doporučuje Evropská unie v dokumentu o doporučeních pro výživu kojenců a batolat (13) i slovenské Ministerstvo zdravotnictví (14).

Děti v kontaktu kůže na kůži s matkou pláčou méně

Dle výzkumu novorozenci v průběhu první hodiny života v kontaktu kůže na kůži s matkou pláčou v první půlhodině života jednu minutu, v druhé půlhodině života nepláčou. Děti separované od matek pláčou v první půlhodině života průměrně 16 minut a v druhé půlhodině průměrně 18 minut (12). Výsledky studií hovoří o tom, že pláč je geneticky naprogramovanou odpovědí na separaci.

Matka dobře zahřívá a přizpůsobí se potřebám dítěte

Při porovnání kontaktu kůže na kůži s vyhlášeným lůžkem jako podpory termoregulace novorozenců (15, 16) výsledky potvrdily hypotézu, že tělesná teplota bude nejvyšší u zkoumaných dětí, které měly kontakt nejdříve, nižší u zkoumaných novorozenců, kteří měli kontakt kůže na kůži až po počátečním ošetření, a nejnižší u těch dětí z kontrolní skupiny, kterým se nedostalo žádného kontaktu kůže na kůži s jejich matkami.

Matky se zkušeností se separací předchozího dítěte další dítě při raném kontaktu pevně drží a zamezují mu v přirozené adaptaci a pohybech

Podle pozorování autorek ženy, obzvláště ty, které byly u předchozího porodu separované od svého dítěte a pak se „naučily“ kojít metodou

„přiložení“ personálem, mají při porodu dalšího dítěte, kdy je raný kontakt podporován, někdy problém respektovat adaptaci a tempo dítěte a první adaptační zaplakání. Je nutné dát dítěti čas, aby se zadaptovalo a zorientovalo mimo dělohu, v čemž je podporuje kontakt s matkou kůže na kůži, její dech, tlukot jejího srdce i její doteky.

Jsmo odlišný druh savců, protože nespíme se svými mláďaty?

Lidé jsou jedinými savci, kteří praktikují separaci matky a dítěte po porodu (17). Její dopady na dítě však až dosud nebyly známy. Vědci měřili variabilitu srdeční činnosti u dvoudenních spících dětí po dobu jedné hodiny, a to jak během kontaktu kůže na kůži s matkou, tak během osamocení v postýlce vedle matčiny postele. Novorozenecká vegetativní činnost byla u separovaných dětí o 176 % vyšší a klidný spánek nižší o 86 % v porovnání s dětmi, u nichž probíhal kontakt kůže na kůži. Tento výzkum zdůraznil zvláštní rozpor: Při výzkumech se zvířaty je separace od matky běžným způsobem vytváření stresu, aby se mohly zkoumat škodlivé účinky na vyvíjející se mozek novorozence. Současně je separace lidských mláďat běžnou praxí, zvláště když je vyžadována speciální lékařská péče (například péče v inkubátoru).

Negativní následky prožité separace pro psychiku ženy

Z výzkumu (6), empirie i pozorování vyplývá, že kontrola nad způsobem porodu eliminuje rozvoj deprese. Kontrola nad novorozencem souvisí s kontrolou nad způsobem porodu. Pokud rodička ztrácí kontrolu nad porodem a novorozencem, zvyšuje se tím pravděpodobnost rozvoje negativních prožitků, rozvoje akutní reakce na stres a posttraumatické stresové poruchy. Separace novorozence po porodu od matky řadí WHO ke škodlivým rutinním zásahům do porodu. Zamezení kontaktu skin to skin vede ke snížení vyplavování oxytocinu a dalších hormonů, vytvářejících a pudících rodičku k pečovatelskému chování. Matky, které byly separované od svých dětí po porodu, mají větší sklon k negativnímu vnímání (17). Dle výzkumů jsou ženy s negativním porodním zážitkem, či dokonce s porodním traumatem (splňující psychiatrickým vyšetřením po porodu definici posttraumatické stresové poruchy podle DSM IV) v dalším životě významně častěji ohroženy poruchou vztahu k dítěti či partnerovi, mívají sníženou důvěru ve své rodičovské schopnosti, další-

mu těhotenství se častěji snaží vyhnout, a pokud otěhotní, je těhotenství častěji provázeno komplikacemi a s větší pravděpodobností ukončeno císařským řezem (18–20).

Praktický postup podpory raného kontaktu (tabulka 1)

Novorozence ihned po porodu položíme matce na břicho matky vertikálně, po porodu CS pod prsa matky horizontálně, dle polohy matky. Pupečník se přeruší až po jeho dotepání. Na těle matky dítě osušíme nahřátou sterilní plenou (ruce vynecháme). Poté matku s novorozencem jako jednu jednotku přikryjeme tep-

lým ručníkem, dekou apod. Matku můžeme verbálně či nonverbálně instruovat, aby měla ruce položené na kůži novorozence pod látkou. V průběhu tohoto ošetření personál vyhodnotí Apgar skóre. Po přerušení pupečníku většinou matka porodí placentu (přerušení pupečníku je možné i po porodu placenty), je zkontrolováno a ošetřeno případné porodní poranění. Matce s držím novorozence může dle potřeby pomoci personál nebo doprovod matky.

Dále stačí jen chodit čerstvou rodinu kontrolovat a podporovat v péči o novorozence. Fyziologický novorozenec se po čase začne zajímat o prs, snaží se k němu doplazit a sám

se chytit. Není nutné novorozence aktivně k prsu přikládat a nutit ho sát, dokud sám k tomu instinktivně nedospěje. Jediná pomoc může být ze strany matky – podržení prsu při jeho velké velikosti apod. První sání trvá různě dlouho, novorozenec často u prsu usne a sám ho pustí.

Teprve po prvním úspěšném sání (iniciální samopřísátí) můžeme dokončit další rutinní ošetření novorozence – nasazení identifikačního náramku, měření délky, vážení, aplikace Kanavitu, O-Septonexu, případně oblečení a zavinutí do peřinky dle přání matky.

Rooming-in je běžný ve všech českých porodnicích, a proto by se matka měla stěhovat

Tabulka 1. Deset kroků k podpoře raného kontaktu – bondingu

1. Položení nahého novorozence na nahé břicho matky bezprostředně po porodu – vertikálně
■ Při porodu sekcí se pokládá nahý novorozenec na hrudník matky pod prsa – horizontálně, vhodné je snížení operačního pole pod prsa matky, novorozence dle potřeby přidržuje další osoba – otec, ev. zdravotník tak, aby novorozenec mohl efektivně hledat bradavku a mohl se přisát ■ Osušení novorozence na těle matky, zabalení novorozence a matky jako jedné jednotky do teplých osušek a přikrývek ■ Odložené přerušení pupečníku po jeho dotepání kvůli zajištění dostatečné placentární transfuze
2. Všechna vyšetření a základní ošetření novorozence provádět na těle matky
■ Hodnocení Apgar skóre ■ Podvázání a přerušení pupečníku ■ Ev. označení novorozence identifikačním náramkem
3. Umožnění a podpora vizuálního kontaktu – pohled z očí do očí matky a novorozence
■ Podložení hlavy matky, pokud leží na zádech, doporučení rozepínací košile či upravení látky pod krkem pro zajištění matčina výhledu ■ Pokud novorozenec musí být v inkubátoru, pak ideálně zajistíme pobyt v jedné místnosti, vizuální kontakt mohou částečně nahradit fotografie, videozáznam a nejlépe přímý přenos web kamerou
4. Samopřísátí – tzv. breast crawl
■ Novorozenci a matce necháváme dostatečný čas na seznámení v kontaktu kůže na kůži ■ 30–60 minut trvá, než je dítě připravené k prvnímu samopřísátí ■ Po medikovaných porodech i císařském řezu může být tato doba i mnohem delší, v řádu hodin ■ Novorozence necháváme se k prsu doplazit a samotného najít bradavku všemi smysly – zrakem, hmatem, sluchem, čichem, chutí ■ Novorozenci neotíráme ruky od plodové vody (plodová voda voní jako bradavka) ■ Známký připravenosti sát: dítě si strká pěstičky do úst, sliní, otvírá ústa, rukou ohmatává dvorec a bradavku, čímž připravuje bradavku ke kojení, má široce otevřené oči ■ Ideální je „bezdotyková“ forma pomoci, můžeme matce umožnit pohodlnější polohu, ukázat jí, jak podepřít prs, a slovně poradit
5. Matka a novorozenec jsou v kontaktu „skin to skin“ – kůže na kůži
■ Podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2 hodiny po porodu, ideálně však 12 hodin či stále, matka s novorozencem se přesouvá z porodního sálu na oddělení šestinedělí společně v kontaktu kůže na kůži ■ Při porodu císařským řezem může matku zastoupit na nezbytně dlouhou dobu otec (při dokončování operace a přemísťování matky na lůžko), bakterie otce jsou pro dítě přirozené a přenosné, na rozdíl od bakterií ošetřujícího personálu
6. Zajištění příjemného, klidného, vlidného a intimního prostředí ze strany zdravotnického personálu a zajištění pohodlí pro matku
■ Samostatné porodní pokoje, kde může být celá nová rodina pohromadě ■ Pohodlná postel, křeslo, polštáře, teplá deka ■ K rodině vchází co nejméně personálu a nevyrušují je v seznamování
7. Eliminace techniky – fotoaparátů, videokamer, mobilních telefonů
■ Tento jedinečný okamžik žádné fotografie ani videozáznam nenahradí ■ Novou rodinu může ev. vyfotit přítomný zdravotník
8. Veškerá vyšetření novorozence, odběry biologického materiálu, vizity apod. provádět za přítomnosti matky
■ Vyšetření a odběry je vhodné provádět v náruči matky, při kojení a v kontaktu kůže na kůži (eliminace vyplavování kortizolu)
9. Transport do jiného zařízení
■ Při nutnosti transportu novorozence je nutné podpořit matku a transportovat matku i novorozence dohromady dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu, tj. v jednom sanitním vozu, a zajistit příjem matky spolu s novorozencem na nové oddělení ■ Při nutnosti transportovat matku je potřeba s ní přeložit i novorozence, dle jejich stavu ideálně v tělesném kontaktu
10. Při porodu mrtvého dítěte či úmrtí dítěte po porodu podpořit matku v kontaktu s jejím novorozencem
■ Matce a rodině musí být umožněno rozloučení se s dítětem – podpoření a zajištění místa (zákon) – podpoření kontaktu kůže na kůži, zajištění památky na dítě (podpořit rodiče v otřesení ruky či nohy), podpořit rodiče v prohlédnutí si dítěte, vyfotit rodinu s dítětem ■ Matka a rodina mají k truchlení neomezený čas (etika), informovat o možnosti křtu po smrti a podpořit v organizaci pietního rozloučení s dítětem

z porodního sálu společně – ideálně v kontaktu kůže na kůži – se svým novorozencem, měli by být společně zakrytí či zabalení a po celou dobu pobytu na oddělení šestinedělí by měla být podporována v co největším kontaktu s dítětem.

Pohoda personálu

Výhodou podpory raného kontaktu je i psychická pohoda personálu (21). Pokud personál ihned po porodu přejímá novorozence do svých rukou a snaží se během krátké doby provést veškeré úkony ošetrovatelské a administrativní péče, může se dostat do stresových situací. Ve stresu je i větší riziko chyb. Upřednostňování rutinních postupů, administrativních úkonů a hygienických neefektivních zlovyků před psychologickými vede ke stresu personálu, k upřednostňování separace novorozence a jeho matky se všemi škodlivými následky pro matku i dítě. Rizikem je pak nespokojená rodička či přímo stížnosti na personál aj. I problematyczny nástup laktace a nesamostatnost matky, která si nevěří v péči o novorozence, nadále zatěžuje zdravotnický personál. Pokud má personál spíše klidný a vyčkávací přístup, je i rodička-matka ve větší psychické pohodě.

Závěr

Přestože 10–12 % porodů lze hodnotit jako rizikové, dle našeho pozorování při pracovních kontaktech s místy porodu je bonding v prvních dvou hodinách podporován pouze u necelé jedné třetiny porodů. Následně se, vzhledem k rutinním postupům v ošetrovatelské péči (rozdělení ošetrovatelské péče na gynekologickou a neonatologickou) zvyšuje pravděpodobnost oddělení dítěte od matky po porodu. Tato pravděpodobnost se dále zvyšuje s početnějším ošetřujícím personálem a absencí doprovázející osoby, snižuje se péčí porodní asistentkou jako dominantním pečovatелеm o dítě i matku.

Personál, který se stará o nově vzniklou rodinu, velmi často upřednostňuje rutinní postupy separace a přednostní vyplnění zdravotnické dokumentace všemi údaji před podporou bondingu. Tím však, bohužel, naopak zvyšuje riziko problémů v rané popo-

rodní adaptaci novorozence a riziko problémů s kojením. Velkým problémem je i podpora kontaktu matek a novorozenců po porodu císařským řezem. Matky jsou mnohdy rutinně umisťovány na gynekologické JIP, kde možnost mít svého novorozence dlouhodobě vedle lůžka je omezená nebo nulová, stejně jako možnost podpory otce anebo doprovázející osoby v převzetí aktivity, pokud jde o držení novorozence na těle matky.

Nedostatek osobní kontroly rodičky nad porodem a negativní zážitek z porodu mj. přispívá k traumatizaci a možnému rozvoji PTSD. Porod je masivní vývojový krok, který se má dle zákonitosti biologických procesů, psychologického vývoje a hormonální rovnováhy při porodních procesech zpracovat kontaktem matky s dítětem kůže na kůži ihned po porodu, a to na neomezeně dlouhou dobu. Separace dítěte od matky vede k další traumatizaci rodičky i dítěte a k ohrožení nekomplikovaného průběhu adaptace novorozence.

Podpora raného kontaktu vyžaduje sebevědomí zdravotníků a jejich sebedůvěru, pokud jde o vlastní kompetence pečovat o rodinu jako o jednu jednotku. Dle pozorování autorek přispívá podpora raného kontaktu k většímu komfortu v pracovním prostředí a eliminuje syndrom vyhoření zdravotníků, protože zvyšuje psychosociální bezpečí zdravotníků i ošetřované rodiny.

Čím více dítě a matku zdravotníci podpoří ve vzájemném kontaktu kůže na kůži, tím více dítěti ulehčí start do života a adaptaci na vnější prostředí a u matky podpoří rodičovské kompetence a posílí její schopnost pečovat o dítě i v dalších nelehkých situacích spojených s výchovou (22).

Fotografie použity se souhlasem.

Literatura

1. Mercer JS, Skovgaard RL. Neonatal transitional physiology: a new paradigm. *Journal of perinatal and neonatal nursing* 2002; 15(4): 56–75.
2. <http://www.bmj.com/press-releases/2011/11/15/delayed-cord-clamping-protects-new-born-babies-iron-deficiency>.
3. Richmond S, Wyllie J. Resuscitation 81. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 7; Resuscitation of babies at birth 2010: 1389–1399.

4. Moore ER, Anderson GC. *J Midwifery Womens Health*, 2007; 52(2): 116–125 (<http://www.medscape.com/viewarticle/555315>).
5. Robson KS. The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment. *Child Psychology and Psychiatry* 1967; 8: 13.
6. Saigal S, Nelson N, Benett K, et al. Observations on the behavioral state of newborn infants during the first hours of life. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981; 139: 715.
7. Brazelton TB, Tronick E, Adamson L, et al. Early mother-infant reciprocity. In *Parent-Infant Interaction*. Ciba Foundation Symposium 33. Amsterdam: Elsevier Publishing Co., 1975: 137–154.
8. Eisenberg RB. Auditory behavior in the human neonate: Functional properties of sound and their ontogenic implication. *Ear Nose Throat Audiol.* 1969; 9: 34.
9. MacFarlane A. Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. In *Parent-Infant Interaction*. Ciba Foundation Symposium 33. Amsterdam: Elsevier Publishing Co., 1975: 103–117.
10. Ludington-Hoe S, Kangaroo Care. *The Best You Can Do to Help Your Preterm Infant*. Bantam Books, 1993, New York.
11. <http://journals.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view-File/4282/1808>.
12. www.breastcrawl.org.
13. <http://www.mamila.sk/pre-zdravotnikov/dokument-o-dojeni-pre-eu/>.
14. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ročník 57: 54–55, <http://www.health.gov.sk/?vestniky-mz-sr>
15. <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jnm/article/PII0091218280900051/abstract>.
16. <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0091-2182/PII0091218280900051.pdf>.
17. Ringler NM, Kennell JH, Jarvella R, et al. Mother-to-child speech at 2 years: effects of early postnatal contact. *J. Pediatr.* 1975; 86: 141.
18. Brynaton J, Gagnon AJ, Hatem M, Johnston C. Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Nursing Research* 2008; 57(4): 252–259.
19. Kovaříková Z. Porodní trauma. Diplomová práce, PedF UK Praha 2006.
20. Ratislavová K. Aplikovaná psychologie – porodnictví. Reklamní ateliér Area, Praha 2008.
21. Takács L, Kodyšová E, Kejřová K, Bartošová M. Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky. *Psychologie pro Praxi* 2001; 3–4.
22. Mrowetz M, Chrástilová G, Antalová I. Bonding – porodní radost – Podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti? DharmaGaia, Praha, 2011.

Článek doručen redakci: 21. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 18. 1. 2013

Mgr. Michaela Mrowetz
Ordinace klinické psychologie
a psychoterapie
Slávěnská 16, 709 00 Ostrava
michaela.mrowetz@email.cz

