

Podpora bondingu po pôrode ako východisko úspešného dojčenia

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., PhDr. Simona Kelčíková, PhD., Bc. Patrícia Vasilková

Ústav pôrodnej asistencie JLF UK, Martin

Podpora bondingu po pôrode, ktorého vyvrcholením je prvé nadojčenie dieťaťa, je najlepším východiskom pre úspešné dojčenie. Cieľom štúdie bolo zistiť úroveň podpory bezprostredného kontaktu matky a novorodenca po pôrode, kde a ako prebehlo prvé prisatie a ako pokračovalo dojčenie po pôrode. Na zber údajov bola použitá exploratívna metóda dotazníka. Štúdie sa zúčastnilo 2001 žien zo Slovenska (vek 29,96 rokov \pm 5,34 rokov). Bezprostredný kontakt po pôrode bol podporený u 31,63 % žien kontaktom koža na kožu (na brucho/hruď) a u 12,69 % žien bolo dieťa priložené k prsníku. Bezprostredný kontakt u väčšiny žien trval iba krátky čas. V pôrodnej sále nedošlo k prvému prisatiu u 55,87 % žien. K samoprisatiu došlo u 7,19 % žien. Samoprisatie je prirodzený postup, ktorý si nevyžaduje špeciálne zaškolenie zdravotníkov, iba ich ochotu podporiť bonding po pôrode a tak umožniť využiť čas, v rámci ktorého sa u dieťaťa začínajú prebúdať prirodzené dojčiacie reflexy, ktoré sú východiskom pre správnu techniku dojčenia.

Kľúčové slová: dojčenie, kontakt koža na kožu, podpora bondingu po pôrode, samoprisatie

Postpartum bonding support as the starting point for the successful breastfeeding

The support of the bonding in the postpartum period, the culmination of which is the first infant breastfeeding, is the best way out to successful and long-term breastfeeding. The aim of the study was to find out the level of the immediate postpartum contact between mother and newborn, where and how the first sucking contact occurred and how breastfeeding continued further on. We made use of the exploratory questionnaire method to collect the inevitable data. The number of the participants reached 2001 women from Slovak Republic (aged 29.96 \pm 5.34 years). The immediate postpartum contact was traced in 31.63% of women by skin-to-skin contact (to abdomen / chest) and in 12.69% of the women a newborn infant was attached to the breast. In most of the cases, the immediate contact lasted for only a short period of time. In 55.87% of the women the first sucking contact did not occur in the delivery room. The breast crawl was traced in 7.19% of the women. The breast crawl is a natural process that does not require special training for the health care professionals, only their willingness to promote postpartum bonding, and thus allow making better use of the time, in which a newborn begins to reveal his/her natural breastfeeding reflexes that are the basis for the proper breastfeeding technique.

Key words: breastfeeding, skin to skin touch, postpartum bonding support, breast crawl

Pediatr. prax, 2017, 18(6): 252–254

Úvod

Význam dojčenia a pozitívne účinky materského mlieka sú v priebehu storočí nespochybniteľné. Dojčenie ako prirodzená výživa novorodenca predstavuje dôležitý prínos nielen v prvých mesiacoch po pôrode, ale aj v neskoršom veku. Význam dojčenia pre novorodenca sa hodnotí z viacerých hľadísk, a to výživového, fyziologického, imunologického a psychologického (1). Dojčenie je zároveň významný prostriedok sociálnej interakcie medzi matkou a dieťaťom. Za nemenej dôležité sa považujú aj ekonomické a ekologické aspekty dojčenia (2). Dojčenie prináša prospech nielen pre dieťa, ale je benefitom aj pre matku, spoločnosť ako celku v zmysle znižovania chorôb a s tým súvisiacich nákladov (3).

Ak pôrod prebehne prirodzene, dojčenie je ďalší dej, ktorý nastupuje automaticky. Ak sa hneď po narodení zdravý novorodenec umiestni na matkine brucho/hruď kontaktom koža na kožu, má schopnosť nájsť matkin prsník a sám sa rozhodnúť, kedy sa prisaje. Hovoríme o samoprisatí, tzv. priplazení dieťaťa k prsníku (breast crawl). Novorodenec plazením masíruje matke prsia

a masážne pohyby zvyšujú hladinu oxytocínu u matky. Prvýkrát bol tento prirodzený dej opísaný v roku 1987 (4). Samoprisatie je prirodzený spôsob ako sa dieťa po pôrode správa a je to spôsob, ktorý môže pomôcť začať s dojčením tým najprirodzenejším spôsobom (5). Klaus et al. (6), ktorí vyvinuli teóriu o bondingu, považujú za najdôležitejšie obdobie na vytvorenie kvalitnej silnej väzby medzi matkou a dieťaťom momenty nasledujúce bezprostredne po pôrode, behom senzitívnej fázy materstva. Ide o ničím nerušené spojenie medzi matkou a dieťaťom kontaktom koža na kožu v prvých minútach a hodinách po pôrode, vyvrcholením ktorého je samoprisatie a prvé nadojčenie dieťaťa. Tento proces okrem množstva výhod pre dieťa a pre matku, je jedným zo základných predpokladov úspešného dojčenia, ako z krátkodobého tak aj z dlhodobého hľadiska. Samoprisatie novorodenca závisí od množstva faktorov a okolností a zvyčajne prebehne do 1 – 2 hodín po pôrode. Widström et al. (7) uvádzajú, že dojčiacie reflexy sa „prebúdzajú“ počas podpory bondingu po pôrode. Novorodenci počas prvej hodiny vykazujú druhovo deväť špecifických

sekvencií správania, ktoré vedú k samoprisatiu dieťaťa k prsníku. Prvá etapa, ktorá nastáva hneď po pôrode, je charakteristická plačom, pri ktorom dochádza k rozvinutiu pľúc. Druhá etapa je relaxačnou fázou, počas ktorej novorodenec nevykazuje žiadne pohyby úst a ruky má uvoľnené. V tretej etape, ktorá nastáva asi 3 minúty po narodení, nastáva prebudenie, počas ktorého novorodenec vykazuje určitú aktivitu, pohybuje hlavou, otvára ústa a začína pohybovať ramenami. V štvrtej etape, približne 8 minút po narodení nastáva činnosť, počas ktorej novorodenec začína vynakladať pohybné úsilie o satie. V piatej etape odpočíva, pričom v každej etape môže dieťa medzi obdobiami aktivity v priebehu prvej hodiny odpočívať. Šiesta etapa, ktorá zvyčajne začína asi 35 minút po narodení je plazenie, keď dieťa sa blíži k prsníku. V siedmej etape nastáva zoznámenie. Počas tejto fázy sa novorodenec zoznámi s matkou olizovaním bradavky a masíruje jej prsia. Táto fáza zvyčajne začína po 45 minútach po pôrode a môže trvať po dobu 20 minút alebo viac. V ôsmej etape sa novorodenec prisáva k bradavke a začína sa dojčiť. Táto skorá skúsenosť

začína asi hodinu po pôrode. V prípade, že matka mala medikamentózne pôrod, môže to trvať dlhšie. V deviatej záverečnej fáze asi 1½ až 2 hodiny po pôrode nastáva spánok (8). Tento prirodzený proces správania sa novorodenca býva častokrát prerušený jeho prvým ošetrením. Podľa niektorých novších odporúčaní sa prvé ošetrenie, a to iba nevyhnutné výkony, odporúčajú realizovať priamo na tele matky, alebo ak sa nevykultuje žiadny problém, môžu sa odložiť na neskôr (9).

Podpora bondingu po pôrode je najlepším spôsobom, ako stabilizovať dýchanie novorodencov, zvýšiť hladinu glukózy v krvi a znížiť plač (10). Avšak podmienkou podpory bondingu ako aj samoprisatia je dobrý klinický stav dieťaťa (malo by byť narodené v termíne a dýchať alebo kričať s primeraným svalovým tonusom). Obdobie postnatálnej adaptácie novorodenca je spojené s vyšším rizikom komplikácií aj u zdravých detí, preto k zásadám podpory bezpečného bondingu patrí dôsledné sledovanie klinického stavu dieťaťa. Rizikom môže byť náhly neočakávaný postnatálny kolaps (sudden unexpected postnatal collapse – SUPC), ktorý je následne príčinou závažných komplikácií (11, 12). SUPC u zdravých detí je spojený s nevhodnou polohou, s prvorodičkami a rozptýlením rodičovskej pozornosti mobilnými telefónmi (13, 14). Sklon tela matky by mal zaisťovať, že dieťa leží naklonené, čo podporuje okysličovanie a znižuje sa riziko idiopatického SUPC (12). Zdravotnícky pracovník na jednej strane sa delí s rodičmi o ich radosť, ale zároveň by mal byť vnímavým pozorovateľom, kontrolovať dieťa i matku, aby včas spozoroval príznaky signalizujúce prípadné komplikácie. Pokiaľ je to možné, pri ich kontrole by nemal prerušovať ich vzájomný kontakt. Ak si matka alebo dieťa vyžadujú urgentnú lekársku starostlivosť, podpora bondingu sa odloží na neskôr, po stabilizácii stavu novorodenca, či matky.

Cieľom štúdie bolo zistiť úroveň podpory kontaktu koža na kožu u matky a novorodenca po pôrode, kde a ako prebehlo prvé prisatie a následne ako pokračovalo dojčenie po pôrode.

Metodika

Práca má charakter kvantitatívnej prierezovej štúdie. Na zber relevantných údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Otázky dotazníka boli zamerané na informovanosť žien o bondingu, na skúsenosti žien s podporou bondingu po pôrode a na dojčenie. V príspevku prezentujeme časť výsledkov dotazníka týkajúcich sa podpory kontaktu koža na kožu po pôrode, prvého prisatia a dojčenia po pôrode. Výskumný súbor tvorilo 2001 respondentiek zo Slovenska, s vekovým priemerom $29,96 \pm 5,34$ rokov. Výber respondentiek bol zámerný. Do výskumného súboru

Tabuľka 1. Spôsoby podpory bezprostredného kontaktu matky a dieťaťa po pôrode

Odpovede	Spôsoby podpory bezprostredného kontaktu	n	%
Bezprostredný kontakt malo	kontakt koža na kožu (na brucho/hrud)	633	31,63
	priloženie k prsníku	254	12,69
	Σ	887	44,33
Bezprostredný kontakt nemalo		1 114	55,67
Σ		2 001	100

boli zaradené respondentky, ktoré spĺňali vopred určené **inkluzívne kritériá**: obdobie pôrodu – posledné tri roky, ženy po spontánnom vaginálnom pôrode, ktorým sa narodil v termíne fyziologický, donosený novorodenec. **Vyradovacími kritériami** bola: zlá/zhoršená popôrodná adaptácia novorodenca po narodení, komplikácie pri/po pôrode. Zaraďovacie a vyradovacie kritériá sa určili vzhľadom na predpoklad, že podpora bondingu po pôrode je možná v prípade dobrého klinického stavu dieťaťa a matky. Dotazník sa najskôr overil **pilotnou štúdiou** s 10 respondentkami. Dotazník v jeho definitívnej verzii sa distribuoval osobne aj elektronicky. Osobne bolo rozdáných 150 dotazníkov prostredníctvom 4 ambulancií pre deti a dorast vo vybraných mestách (Martin, Žilina, Bardejov, Bratislava). Výber miest bol na základe našich dostupných možností a výber ambulancií na základe ochoty a súhlasu pediatriov. Dotazníky sme distribuovali v čase preventívnych prehliadok. Matky s 0 – 3-ročným dieťaťom sme oslovovali osobne, v súčasnosti so zaraďovacími kritériami. Vyplnený dotazník mohli ženy vložiť do označenej schránky určenej na tento účel. Responzibilita osobne distribuovaných dotazníkov bola 80 % (n = 150). Dotazník elektronickou formou sa distribuoval cez viaceré internetové stránky prostredníctvom „linkového“ odkazu. Elektronicky sa podarilo získať 2 037 dotazníkov. Z celkového počtu dotazníkov (2 157) bolo 156 dotazníkov vyradených z dôvodu nesplnenia určených zaraďovacích (73) a vyradovacích (83) kritérií. Na účely výskumu bolo použitých 2001 dotazníkov. Na spracovanie získaných dát bola použitá deskriptívna štatistika. Dosiahla sa určitá reprezentatívnosť a závery výskumu sa interpretujú len na podmienky tohto súboru.

Výsledky

Bezprostredný kontakt s dieťaťom po pôrode bol podporený u 44,33 % žien, avšak u väčšiny žien (55,7 %) bezprostredný kontakt s dieťaťom po pôrode nebol podporený. Zo 44,33 % žien 31,63 % uviedlo, že malo bezprostredný kontakt po pôrode koža na kožu na brucho, hrud a 12,69 % žien uviedlo, že mali dieťa priložené k prsníku. Z hľadiska dĺžky kontaktu uviedlo 27,1 % žien interval 1 – 5 minút, 7,7 % žien 5 – 10 minút, 2,3 % žien 15 – 30 minút a 7,2 % žien 60 minút a viac.

Tabuľka 2. Spôsoby, ako prebehlo prvé prisatie v pôrodnej sále

Odpovede	n	%
personál pomohol dieťaťu s prisatím	496	24,79
sama som pomohla dieťaťu s prisatím	243	12,14
dieťa sa priplazilo a prisalo samé bez pomoci	144	7,19
nedošlo k prisatiu na pôrodnej sále	1 118	55,87
Σ	2 001	100

Tabuľka 3. Dojčenie po odchode z nemocnice

Odpovede	n	%
áno, bez problémov	1 190	59,47
áno, s problémami	480	23,99
častočne dojčila	241	12,04
nedožila	90	4,50
Σ	2 001	100

Prvé prisatie dieťaťa k prsníku bolo u 24,79 % respondentiek vykonané za pomoci personálu, 12,14 % respondentiek uviedlo, že oni samé pomohli dieťaťu s prvým prisatím a 7,19 % respondentiek uviedlo, že dieťa sa priplazilo a samé prisalo k prsníku. U väčšiny (55,87 %) sa dieťa neprisalo v pôrodnej sále.

Pri odchode z nemocnice dojčilo bez problémov 59,47 % respondentiek, ďalších 23,99 % respondentiek dojčilo s problémami, 12,04 % dojčilo častočne a 4,50 % nedojčilo vôbec.

Diskusia

Šráčková (15) hovorí o dojčení ako o najdôkonalnejšej interakcii medzi matkou a dieťaťom. Matka a dieťa sa pri zapojení všetkých zmyslov vzájomne spoznávajú, čo sa označuje ako recipročný proces. Práve preto sa kladie počas prvej hodiny po pôrode dôraz na kontakt matky a dieťaťa koža na kožu a prvé samoprisatie dieťaťa.

V našej štúdií bezprostredný kontakt s dieťaťom po pôrode nebol podporený u väčšiny žien. Kontakt po pôrode koža na kožu spôsobom na brucho/hrud mala tretina žien a 12,69 % žien deklarovalo spôsob priloženie k prsníku. Z hľadiska dĺžky kontaktu uviedla väčšina žien krátke trvanie (najčastejšie 1 – 5 minút), čo považujeme iba za čiastočnú podporu bondingu (tabuľka 1). Načasovanie a trvanie skorého kontaktu matky a dieťaťa koža

na kožu ovplyvňuje výsledky dojčenia (10, 16, 17). Bolo preukázané, že matky, ktoré boli po pôrode so svojimi deťmi v kontakte koža na kožu mali vyššiu pravdepodobnosť výlučne dojčiť a tiež dlhšie dojčiť svoje dieťa (18, 19, 20, 21). Včasné popôrodné uloženie dieťaťa na kožu matky prostredníctvom dotyku, čuchových, zrakových a sluchových vne- mov najlepšie stimuluje inštinkty dieťaťa na aktívne hľadanie bradavky pomocou plazenia (2).

Viaceré zdravotnícke organizácie (FIGO, WHO, UNICEF), či organizácie podporujúce dojčenie, odporúčajú matke a dieťaťu kontakt koža na kožu ako najvhodnejší spôsob na prežitie minimálne prvých dvoch hodín po pôrode bez prerušenia až po samoprisatie. Ak sa dieťa najskôr odnesie a vráti sa matke (hoci aj pokračujúc kontaktom koža na kožu po napr. 20 minútach od pôrodu), stratí sa cenný čas, počas ktorého je dieťa nastavené na správanie vedúce k správne- mu dojčeniu. Štúdiá identifikovali, že u viac ako polovice respondentiek nedošlo k prvému prisatiu k prsníku na pôrodnej sále. Z výskumu vyplýva, že u niektorých žien bolo dieťa priložené k prsníku, alebo na brucho, hruď kontaktom koža na kožu, ale k prisatiu nedošlo. Z výsledkov môžeme dedukovať, že u niektorých matiek napriek tomu, že bolo dieťa priložené kontaktom koža na kožu, zrejme kvôli krátkemu času sa dieťa samo nepriplazilo k prsníku a nedošlo k samoprisatiu, ale dieťa buď zdravotnícky personál alebo matka priložili k prsníku a následne sa dieťa prisalo (tabuľka 2). Oceňujeme aj snahu priloženia dieťaťa k prsníku zo strany zdravotníkov, aj keď ideálne by bolo rešpektovať prirodzený inštinkt dieťaťa, ktorý sa prebúdzá počas okamžitého, nepretržitého kontaktu matky a novorodenca kontaktom koža na kožu a je jednou z najúčinnejších stratégií na podporu výlučného dojčenia (9). K samoprisatiu došlo v našej štúdií iba u 7,19 % žien. Zrejme to boli ženy, ktoré mali podporený po pôrode nepretržitý kontakt koža na kožu dlhší čas. Je veľmi dôležité, aby bol zo strany zdravotníkov umožnený a podporený proces samoprisatia. Vkladanie dieťaťa do úst bradavku a nútiť ho sať hneď po pôrode nie je vždy najvhodnejší spôsob, pretože dieťa sa najskôr potrebuje adaptovať. Samoprisatie na rozdiel od asistovaného priloženia dieťaťa k prsníku, prebieha vlastným tempom a nevyžaduje si výraznejšiu pomoc. Je spojené s rôznymi senzorickými, centrálnymi, motorickými a neuroendokrinnými komponentmi, ktoré priamo alebo nepriamo pomáhajú dieťaťu pohybovať sa a uľahčiť prežitie v novom svete (22). Bolo preukázané, že samoprisatie má priaznivý vplyv aj na zdravie matky tým, že urýchľuje proces involúcie maternice, pomáha rýchlejšiemu odlúčeniu placenty, znižuje straty krvi u matky a tak predchádza anémii, pridáva pocit pohody

u matky a zabraňuje popôrodnej depresii, pomáha pri včasnom začatí dojčenia, ktoré je veľmi dôležité pre následné úspešné dojčenie (23).

Štúdiá preukázala, že viac ako polovica respondentiek pri odchode z nemocnice dojčila bez problémov, ďalších 23,99 % respondentiek dojčilo s problémami, 12,04 % dojčilo čiastočne a 4,50 % nedojčilo (tabuľka 3). Respondentky v otvorenej otázke mali uviesť koľko priemerne po pôrode dojčili svoje dieťa. Priemerné trvanie dojčenia u našich respondentiek bolo 7 mesiacov. Odpovede respondentiek sú čiastočne skreslené tým, že išlo o ženy, ktoré rodili za posledné tri roky a niektoré z dojčiacich žien boli aj krátko po pôrode a tak uviedli aktuálne obdobie, koľko dojčia svoje dieťa, avšak je u nich predpoklad, že budú pokračovať v dojčení a dojčiť dlhšie obdobie. V štúdiu na Slovensku na vzorke (n = 320) respondentiek bol preukázaný vplyv podpory bondingu po pôrode na dojčenie (24).

Záver

Štúdiá identifikovali neuspokojivú úroveň podpory bondingu po pôrode s dôrazom na samoprisatie dieťaťa, ktoré má objektivný vplyv na následné dojčenie. Existujúce dôkazy o význame týchto prirodzených procesov s dôrazom na nenahraditeľné benefity pre dieťa a matku, sú argumentáciou na potrebu zlepšovania neuspokojivej reality podpory popôrodného bondingu a dojčenia v našich pôrodniciach. Samoprisatie je jednoduchý a prirodzený postup, ktorý si nevyžaduje špeciálne zaškolenie zdravotníkov, iba ochotu podporiť bonding po pôrode a tak vytvoriť pre dieťa čas a priestor na jeho prebúdzajúce sa prirodzené dojčacie reflexy a umožniť mu správanie vedúce k správne- mu dojčeniu. Tento postup by sa mal stať rutinnou praxou a všetci zdravotnícki pracovníci by mali kľásť dôraz na príležitosť dieťaťa liezť k prsníku a jeho samoprisatie. Lekári (pôrodnici, neonatológovia), sestry a pôrodné asistentky by mali vytvoriť priestor a čas a umožniť matkám tento prirodzený inštinktívny proces a tak významne prispieť k úspešnému začatiu a pokračovaniu dojčenia.

Literatúra

1. Čierna I, Kovács L. Nové odporúčania pre výživu dojčiat. *Pediatr. prax.* 2010;11(2):50–52.
2. Jeseňák M, Havlíčeková Z, Bánovčin P, et al. *Materské mlieko a dojčenie v kontexte modernej medicíny.* Bratislava: A-med; 2015.
3. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis. *Pediatrics.* 2010;125(5):1048–1056.
4. Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson NK, et al. Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants: Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatr Scand.* 1987;76(4):566–72.

5. Heidarzadeh M, Hakimi S, Habibelahi A, et al. Comparison-of-Breast-Crawl-Between-Infants-Delivered-by-Vaginal-Delivery-and-Cesarean-Section. *Breastfeeding Medicine.* 2016;11(6):305–308.
6. Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence.* New York: Addison-Wesley 1995.
7. Widström A, Lilja G, Aaltomaa-Michalakis P, et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011;100:1–7.
8. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together—It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2014;3(4):211–217.
9. 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;128(2):95–99.
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2012;5:CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub3.
11. Chovancová D. Bonding – význam pre matku a dieťa (odporúčaný postup). *Gynekol. prax.* 2017;15(1):56–60.
12. Colson S. Does the Mother's Posture Have a Protective Role to Play During Skin-to-Skin Contact? Research Observations and Theories. *Clinical Lactation.* 2014;5(2):41–50.
13. Chen L, Hsu T, Ou-Yang M, et al. Sudden Unexpected Postnatal Collapse of a Neonate During Skin-to-Skin Contact. *J Clin Case Rep.* 2016;6:898.
14. Pejovic NJ, Herlenius E. Unexpected collapse of healthy newborn infants: risk factors, supervision and hypothermia treatment. *Acta Paediatr.* 2013;102(7):680–688.
15. Šráčková D. Rooming in. *Prakt Gyn.* 2007;11(1):26–29.
16. Bramson L, Lee JW, Moore E, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact.* 2010;26(2):130–137.
17. Gabriel M, Llana MI, Lopez EA, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr.* 2010;99(11):1630–1634.
18. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr.* 2002;91:1301–1306.
19. Oras P, Thernström BY, Hedberg NK, et al. Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2016;105:783–9.
20. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, et al. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr.* 2004;93:1640–1645.
21. Anuchithra RS. Breast Crawl. *Asian J. Nur. Edu. & Research.* 2012; 2(1):21–24.
22. Brady K, Bulpitt D, Chiarelli C. An interprofessional quality improvement project to implement maternal/infant skin-to-skin contact during cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014;43(4):488–496.
23. Tiwari V, Singh N, Purohit A, et al. Role of breast crawl in maternal health and wellbeing. *Int J Med Res.* 2015;3(6):540–546.
24. Miklovičová D, Kantorová L, Hajzoková M. Kontakt koža na kožu – spôsob starostlivosti o novorodenca po pôrode. *Pediatrics.* 2015;10(3):119–123.

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.
Ústav pôrodnej asistencie JLF UK
Malá Hora 5, 036 52 Martin
mazuchova@jfm.uniba.sk

