

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Podpora správných stravovacích návyků prostřednictvím
činnosti mateřských center**

Support of healthy eating habits through activities of maternity centres

Autor bakalářské práce: **Mgr. Tereza Dejmalová**

Studijní program: **Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Výchova ke zdraví**

Vedoucí bakalářské práce: **PaedDr. Eva Marádová, CSc.**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Podpora správných stravovacích návyků prostřednictvím činnosti mateřských center* vypracovala samostatně, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 3.12. 2015

Tereza Dejmalová

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat mé vedoucí práce PaedDr. Evě Marádové, CSc. za užitečné rady, pomoc, podporu i za čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala pracovníkům mateřských center za spolupráci při výzkumném šetření. Mé poděkování patří také rodině a přátelům za jejich podporu i pomoc.

Anotace

Název práce: Podpora správných stravovacích návyků prostřednictvím činnosti mateřských center

Abstrakt

Cílem práce je zmapovat činnost mateřských center za účelem zjistit, jestli je do jejich programu zahrnuta problematika výživy dětí a podpory správných stravovacích návyků. Práce dále analyzuje informovanost klientů mateřských center o výživě dětí do 3 let věku a zjišťuje, jestli klienti získávají informace o této problematice prostřednictvím činnosti centra. Teoretická část práce shrnuje poznatky odborníků o výživě dětí do 3 let věku a o formování nutričních návyků. Praktická část prezentuje výzkumné šetření v mateřských centrech – jeho průběh a výsledky.

Klíčová slova: výživa novorozence, výživa kojence, výživa batolete, nutriční návyky, mateřské centrum

Název práce v anglickém jazyce: Support of healthy eating habits through activities of maternity centres

Abstract

The aim of this thesis is to map the activity of maternity centres in order to find out whether their programme includes the issue of children nutrition and the promotion of healthy eating habits. The work also analyses the awareness of maternity centres clients of the nutrition of children under three years of age and finds out whether the clients receive some information about this issue through the centre's activities. The theoretical part summarises the knowledge of nutrition experts of children under three years of age and the formation of nutritional habits. The practical part presents the development and results of the research in the maternity centres.

Keywords: newborn nutrition, infant nutrition, toddler nutrition, eating habits, maternity centre

Obsah

Úvod.....	3
1 Výživa a zdraví se zaměřením na děti do 3 let věku	5
1.1 Výživa a zdravotní stav	5
1.2 Požadavky na výživu u dětí do 3 let věku	8
1.2.1 Potřeba energie v raném dětství.....	8
1.2.2 Potřeba bílkovin v raném dětství	9
1.2.3 Potřeba tuků v raném dětství	10
1.2.4 Potřeba sacharidů v raném dětství.....	11
1.2.5 Potřeba vitaminů v raném dětství.....	12
1.2.6 Potřeba minerálních látek v raném dětství	13
1.2.7 Potřeba vody v raném dětství.....	14
2 Výživa dítěte do 1 roku.....	16
2.1 Výživa novorozence a kojence v prvních měsících života.....	16
2.1.1 Doporučení odborníků o kojení	17
2.1.2 Přednosti kojení.....	20
2.1.3 Výživa matky při kojení	23
2.1.4 Umělá mléčná výživa	24
2.2 Výživa kojence – přechod na nemléčnou stravu.....	27
2.2.1 Zavádění příkrmu vzhledem k věku dítěte	27
2.2.2 Složení příkrmu.....	29
2.2.3 <i>Baby led weaning</i> – příkrmování vedené dítětem.....	32
2.2.4 Kojení, mléko a tekutiny po zavedení příkrmu.....	33
3 Výživa batolat.....	36
3.1 Potraviny ve výživě batolat.....	36
3.2 Výživa batolete mezi 1. a 2. rokem.....	37

3.3	Výživa batolete mezi 2. a 3. Rokem.....	38
3.4	Výživová pyramida pro batolecí věk.....	38
3.5	Chyby ve výživě batolat	38
3.6	Kojení, mléko a pitný režim u batolat	39
4	Formování stravovacích návyků.....	41
4.1	Vztah k potravinám	41
4.1.1	Neofobie	42
4.1.2	Vývoj preferencí	42
4.1.3	Vývoj averzí.....	43
4.2	Vývoj vztahu k jednotlivým chutím.....	45
4.3	Vliv a role rodiny v utváření nutričních návyků, nutriční výchova	47
4.4	Zdroje informací o výživě dětí.....	50
5	Podpora správných stravovacích návyků prostřednictvím činnosti mateřských center.....	52
5.1	Výzkumné šetření v mateřských centrech	54
5.1.1	První etapa – analýza činnosti mateřských center	55
5.1.2	Druhá etapa – analýza vyjádření klientů mateřských center	63
5.2	Shrnutí praktické části a doporučení	83
	Závěr	87
	Seznam použitých zdrojů	89
	Seznam použitých zkratk.....	96
	Seznam příloh	97
	Přílohy	98

Úvod

Výživa v prvních letech života hraje důležitou roli ve vývoji dítěte a má velký vliv na jeho zdraví i v dospělosti. Správná výživa v raném dětství je důležitá pro optimální vývoj a růst dítěte. Dalším významným aspektem je, že v prvních letech života se formují stravovací návyky, které si jedinec ponese celý život. To, jak se bude stravovat, bude determinovat jeho zdravotní stav. Špatná výživa může vést k řadě onemocnění.

Na utváření nutričních návyků mají zásadní vliv rodiče - zejména matka, která tráví s dítětem v prvních třech letech života nejvíce času. Dítě si zvyká na chutě a potraviny, které jsou mu nabízeny a přebírá návyky a postoje ke stravování, které mají rodiče. Je tedy důležité, aby rodiče sami měli vhodné stravovací návyky a správné postoje k výživě. Postoje rodičů a okolí mohou být, kromě primárních zkušeností, utvářeny informacemi, které rodiče o výživě získávají. Získat je mohou z různých zdrojů a na různých místech. Jedním z nich může být mateřské centrum, kam někteří rodiče, zejména matky, docházejí v době, kdy jsou na mateřské a rodičovské dovolené. Práce se bude věnovat těmto centrům, jejich zaměření na dětskou výživu a jejich potenci výživu dětí pozitivně ovlivnit.

Cílem práce je zjistit, zda je do programu mateřských center zahrnuta problematika výživy malých dětí a podpory správných stravovacích návyků, jakým způsobem je prezentována a v jaké míře dostává prostor tato problematika v těchto zařízeních. Dále je cílem pokusit se zmapovat, jakým způsobem je tato problematika do programu center integrována a jestli je o tuto oblast ze strany klientů mateřských center zájem. Práce si také klade za cíl zanalyzovat informovanost klientů o vybraných aspektech výživy dětí do 3 let věku a zjistit, jestli klienti centra získávají informace o této problematice v mateřském centru, do kterého docházejí.

Práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zhotovena na základě literární rešerše. Shrnuje teoretické poznatky o výživě dětí do 3 let věku a o formování nutričních návyků. Praktická část obsahuje průběh a výsledky výzkumného šetření, jehož záměr je zmapovat vztah mateřských center k výživě dětí a získat vyjádření klientů k problematice výživy a k činnosti center. Výzkumné šetření probíhalo v mateřských centrech a bylo realizováno ve dvou etapách. První etapa probíhala formou

rozhovorů s pracovníky mateřských center. Druhá etapa byla realizována dotazníkovým šetřením, kterému byli podrobeni dobrovolně klienti mateřských center.

Práce je rozdělena na 5 kapitol. První 4 kapitoly prezentují teoretické poznatky. Teoretická část se pokouší reflektovat rozdílné názory odborníků na určité aspekty dětské výživy. První kapitola pojednává o vztahu výživy a zdraví a o požadavcích na výživu u dětí do 3 let věku. Druhá kapitola představuje výživu novorozence a kojence. Třetí se zabývá stravou batolete. Čtvrtá kapitola rozebírá problematiku utváření nutričních návyků v raném dětství. Poslední kapitola, která je součástí praktické části práce, prezentuje mateřská centra, průběh výzkumného šetření v centrech a výsledky šetření. Na závěr práce navrhuje několik doporučení pro mateřská centra.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Výživa a zdraví se zaměřením na děti do 3 let věku

1.1 Výživa a zdravotní stav

Bez potravy by člověk nemohl existovat. Jídlo mu poskytuje stavební materiál pro tvorbu tělesných orgánů i tkání. Přináší mu energii pro základní životní pochody, jako je činnost srdce či dýchání. Člověk potřebuje energii také pro fyzickou aktivitu, kterou každodenně vykonává. (Svačina, 2008)

Strava by člověku měla zajistit dostatečný přísun všech potřebných živin. Tělo potřebuje dostatečný příjem a vyvážený poměr proteinů, lipidů a sacharidů (makronutrientů) a dostatečný přísun vitaminů a minerálních látek (mikronutrientů). Pokud je výživa správná, přispívá ke zdravému stavu a vývoji jedince. Nesprávně volená strava může způsobit zdravotní problémy. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO), většina faktorů, které nepříznivě působí na zdraví, souvisí s výživou. Mezi nejzávažnější faktory WHO zařazuje: „nadbytečný příjem soli [...], nevhodné složení tuku, vysoký příjem energie a nedostatečný příjem ovoce a zeleniny“ (Dostálová a kol., 2012). Vysoký příjem soli vede k hypertenzi. Nadměrný příjem tuků a energie vede ke vzniku obezity, která má řadu komplikací: zhoršení funkce pohybového aparátu, kardiovaskulární onemocnění, diabetes II. typu, snížení imunity a zvýšení rizika výskytu některých nádorových onemocnění. (Svačina, 2008, Kudlová, 2009). Důležitá je prevence již od dětství. Součástí prevence by mělo být vytvoření správných nutričních návyků, jejichž základy vznikají v raném dětství a to již od narození.

Ke zvolení výživy, která organismu prospívá a nepoškozuje ho, mohou napomoci výživová doporučení. Ta se v současnosti dělí na *obecná výživová tvrzení* a na *doporučení*

založená na skupinách potravin. Tato doporučení mají nejčastěji formu potravinové pyramidy (Mullerová, 2008).

Obecná výživová tvrzení definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2004 v *Globální strategii výživy, fyzické aktivity a zdraví*, která vytyčila pět hlavních nutričních cílů:

- „1. Dosáhnout energetické rovnováhy a zdravé hmotnosti.
2. Omezit příjem energie z tuků a posunout spotřebu nasycených mastných kyselin (SMK) směrem k nenasyceným, vyloučit transformy mastných kyselin.
3. Zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin a ořechů.
4. Omezit příjem volných cukrů.
5. Omezit spotřebu soli (sodíku), jodidovat sůl“

(WHO, 2004; in Mullerová, 2008, s. 51).

Z těchto cílů vycházejí konkrétnější detailněji rozpracovaná doporučení, která např. stanovují optimální poměr makronutrientů. Ministerstvo zdravotnictví ČR rozpracovalo v roce 2005 uvedené cíle WHO v dokumentu *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. Společnost pro výživu tato doporučení inovovala v roce 2012.¹ Dokument je rozšířen o doporučení týkající se výživy dětí, těhotných a kojících žen a starších lidí. (*Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*, 2012)

WHO vydala v roce 2002 doporučení týkající se kojenců a malých dětí v dokumentu *Globální strategie výživy kojenců a malých dětí* (shrnutí okruhů doporučení v příloze 1) (Kudlová, Mydlilová, 2005).

Dalším stupněm jsou **doporučení, založená na skupinách potravin** („*Food Based Dietary Guidelines*“). Vyjadřují nutriční zásady na základě doporučených konkrétních potravin a jejich množství, často formou počtu porcí. Doporučení jsou většinou zpracována graficky ve formě potravinové pyramidy. Spodní část pyramidy tvoří potraviny, které by měly být základem jídelníčku a měly by být do něj každodenně zařazovány. Na vrcholu se pak nacházejí potraviny, které by měly být konzumovány jen zřídka. (Müllerová, 2008)

¹ Dokument *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky* je dostupný na : <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>

Potravinových pyramid existuje více. V poslední době byly revidovány a objevily se nové „modely“. V České republice byla *Fórem zdravé výživy* představena v roce 2013 pyramida (příloha 2), která se snaží reagovat na zdravotní stav české populace. . (*Pyramida FZV*, 2013)

Potravinová pyramida nedefinuje přesný denní jídelníček, poskytuje pouze doporučení o skladbě výživy. Nutriční doporučení nejsou stejná pro všechny. V určitých oblastech (např. v množství doporučovaných porcí, ale i ve skladbě stravy) se liší podle věku toho, komu jsou adresována. Jsou jiná pro kojence, jiná pro děti předškolního věku a odlišná pro dospělého či staršího člověka.

Tato práce se zaměří na nutriční doporučení a zásady výživy novorozenců, kojenců a batolat. Výživové požadavky malých dětí jsou v určitých aspektech jiné než nutriční nároky dospělých, protože děti mají specifické požadavky na růst a vývoj organismu. Nutriční požadavky se mění i v průběhu prvních tří let. (Stožický, 2006)

Nicméně, výživa malých dětí je v určitém aspektu provázána s výživou dospělých, zpočátku života dítěte zejména s výživou matky. Matka v prvním období života dítěte determinuje to, jak se její dítě bude stravovat. Primární roli zde hrají její životospráva a její stravovací návyky. Již v době kojení si dítě zvyká na určité chutě, které přecházejí ze stravy matky do mateřského mléka. (Kudlová, Mydlilová, 2013) Dále stravovací návyky dítěte matka, případně otec, formuje tím, co mu podává za potraviny a pokrmy. Nemalou roli zde hraje také příklad rodiče či jiných osob v okolí dítěte, protože dítě má tendenci napodobovat ostatní. Způsob, jakým se stravuje rodina dítěte, a postoje členů rodiny k výživě dítěte často přebírá. (Fraňková, 2000; Gregora, 2004) Z toho vyplývá to, že pokud se dospělý bude držet správných výživových doporučení, je pravděpodobné, že dítě je bude později dodržovat také.

1.2 Požadavky na výživu u dětí do 3 let věku

Jak bylo řečeno v první části, správná výživa přispívá ke zdravému vývoji. Je tedy obzvláště důležitá u dětí. Pro optimální růst, vývoj a zdraví dítěte je třeba plně zabezpečit výživové požadavky – dodat rostoucímu organismu ten správný příjem makro- a mikronutrientů. Nedostatečná výživa vede k narušení růstu a vývoje dětského organismu. Nedostatečné uspokojování nutričních požadavků může vést k podvýživě (malnutrici). Může ale také naopak docházet k překračování příjmu energie a živin. To má za následek nadváhu a obezitu. Podvýživa i obezita jsou spojeny s řadou zdravotních problémů a onemocnění. (Stožický, 2006)

Tato kapitola uvede, jakou mají děti v raném dětství (do 3 let věku) potřebu energie, bílkovin, tuků a sacharidů. Stručně se bude věnovat také vitaminům, minerálům a potřebě vody v této věkové kategorii.

1.2.1 Potřeba energie v raném dětství

Organismus získává energii, kterou potřebuje ke svému fungování, z potravy. Makronutrienty (tuky, cukry, bílkoviny), též označované jako *kalorifery*, jsou nositeli energie. Tyto složky potravy mají za úkol uhradit energetickou potřebu organismu. Tělo potřebuje energii k bazálnímu metabolismu², svalové činnosti, trávicím pochodům a pro udržení tělesné teploty. Optimální využití kaloriferů je zajištěno při jejich správném poměru. Dospělý jedinec by měl přijímat 10 - 15 % proteinů, sacharidů 55 – 60 % a lipidů 25 – 30 %. (Kudlová, 2009)

Energie stravy se vyjadřuje v kilojoulech (kJ) nebo megajoulech (MJ). Lze se setkat také s vyjádřením v kilokaloriích (kcal), přičemž 1 kcal odpovídá 4,18 kJ³ (Svačina, 2008). Sacharidy a tuky jsou hlavními zdroji energie. *Celková energetická potřeba* (počet joulů potřebných na den) s věkem stoupá. U kojence je mezi 2600 až 3600 kJ, u dospělého kolem 9 500 kJ (2300 kcal). Energie se může vyjadřovat také pomocí tzv. *energetického ekvivalentu*. Ten znázorňuje počet joulů potřebných pro jednotku tělesné hmotnosti na den. Tato hodnota s věkem klesá.

² Bazální metabolismus – funkce vitálně důležitých orgánů a udržování tělesné teploty (Stožický, 2006).

³ Oxidací makronutrientů získáme z 1 g bílkovin/ z 1 g sacharidů 17 kJ (4,1 kcal) a z 1 g tuků 37 kJ (9 kcal).

Dítě vydá velkou část energie, přijaté výživou, na bazální metabolismus. U kojenců je tato potřeba energie poměrně vysoká (asi 230 kJ/kg tělesné hmotnosti/den). S věkem klesá (asi o 40 kJ po 3 letech). Další významná část energetického výdaje u dětí připadá na růst (12 - 20 %) a na tělesnou aktivitu (20 - 25 %). (Stožický, 2006)

Poměr základních živin, potřebný k pokrytí celkové energetické potřeby, se během dětství proměňuje. Tuky jsou nejdůležitějším zdrojem energie pro dítě, zejména ze začátku života. (Stožický, 2006) Jedná se o potřebu až 50 % z celkového příjmu základních živin. Kojení zajistí dítěti všechny potřebné živiny v jeho prvních 6 měsících života. Za normálních podmínek není třeba nic dalšího kromě mateřského mléka dítěti dodávat. Pokud kojení není možné, pak je třeba kojenci zajistit živiny v poměru 15 % bílkovin, 15 % cukrů a 50 % tuků⁴. Postupně se mění poměr tuků a cukrů ve prospěch cukrů. (Goldmann, Cichá, 2006) U batolat je podíl tuku na celkovém energetickém příjmu 30 - 45 % (Mullerová, 2003). V dospělosti tvoří největší podíl na celkovém energetickém příjmu sacharidy (60 %).

Celková potřeba energie u dítěte od narození až do 6 měsíců 2600 kJ, u kojence od 6 měsíců do 1 roku věku je 3600 kJ. Batole (od 1 do 3 let) potřebuje denně 5500 kJ. (Stožický, 2006)

1.2.2 Potřeba bílkovin v raném dětství

Proteiny jsou „základní biologické makromolekuly složené z polypeptidových řetězců obsahujících 100-200 aminokyselinových zbytků spojených peptidovou vazbou“ (Svačina, 2008, s. 27). Tělu přinášejí dusík, síru a esenciální aminokyseliny, které si organismus není schopen sám vytvořit (Svačina, 2008). Bílkoviny jsou součástí všech buněk, jsou „stavebním materiálem“ organismu. Jsou součástí svalů, enzymů, hormonů, genetických struktur a obranných látek. Je potřeba je neustále obnovovat. (Kudlová, 2009)

Bílkoviny získáváme buď z živočišných (maso, mléko, vejce) nebo z rostlinných zdrojů (luštěniny, obiloviny, zelenina) (Svačina, 2008). Potřeba bílkovin dítěte by měla být kryta zejména bílkovinami živočišného původu, protože jejich biologická hodnota⁵ je vyšší než u proteinů rostlinného původu. Vysokou biologickou hodnotou se vyznačují proteiny v mléce, vaječném bílku a mase. Biologicky hodnotné bílkoviny jsou také v mléčných

⁴ Doporučený příjem základních živin u dospělého je 15 % bílkovin, 25 % tuků 60 %c cukrů.

⁵ Biologická hodnota - „schopnost proteinu pokrýt potřebu dítěte; je dána zastoupením a poměrem aminokyselin v jeho polypeptidovém řetězci“ (Stožický, 2006, s. 36).

výrobci a v luštěninách. Platí: „čím vyšší je biologická hodnota proteinu, tím nižší je jeho potřeba“ (Stožický, 2006, s. 36). Biologicky hodnotné bílkoviny zatěžují méně organismus malého dítěte dusíkatými zplodinami, které se musí vyloučit ledvinami. Potřeba živočišných bílkovin se mění: u kojence je doporučován poměr mezi bílkovinami živočišného původu a rostlinnými proteiny 80:20. S věkem se tento poměr mění, potřeba živočišných bílkovin se snižuje.⁶ (Stožický, 2006)

Novorozenec a kojenec do půl roku potřebují denně 20 g proteinů. Od 6 měsíců se potřebná dávka zvyšuje na 30 g. V mateřském mléce jsou biologicky hodnotné bílkoviny, proto plně kojenému dítěti stačí pouze 1 g proteinu na 1 kg tělesné hmotnosti a den. Dítěti, které je živeno umělou stravou, je třeba dodat vyšší dávku bílkovin- až dvojnásobnou oproti plně kojenému dítěti.

U batolete je potřeba bílkovin stanovena na 45 g / den. (Stožický, 2006) Pokud dítě nemá v tomto období dostatečný přísun bílkovin, může to zpomalit rozvoj jeho psychomotorických funkcí a může to vést k zaostávání dítěte. Vývoj mozku je ohrožen v prvních letech života především do věku 4 let. (Müllerová, 2003)

Výživové doporučené dávky jsou na základě nových vědeckých poznatků revidovány. Nejvíce diskutované je množství bílkovin. Starší doporučení uvádějí vyšší doporučené dávky. Některé novější vědecké studie považují doporučené množství proteinů za příliš vysoké. Některé nové verze doporučených výživových dávek toto množství snižují.⁷ Potřeba bílkovin u malých dětí ale zatím nebyla dořešena. Někteří odborníci uvádějí, že vysoký příjem proteinů, který se objevuje v dětské stravě ve vyvinutých zemích, může mít negativní účinky na zdravotní stav (Michaelsen a kol., 2000, in Kudlová, Mydlilová, 2005). Podle referenční hodnoty D-A-CH 2000 by příjem proteinů ve 4-11 měsících věku měl být 10 g denně a v období od 1 roku do 3 let 14 g. Tyto hodnoty jsou nižší než ty, které uvádí ve své publikaci F. Stožický (2006), který se opírá o hodnoty z roku 1990⁸.

1.2.3 Potřeba tuků v raném dětství

Lipidy jsou z hlediska složení „estery vyšších mastných kyselin a alkoholu glycerolu“ (Marádová, 2010, s. 42). Jejich vliv na zdraví organismu závisí na složení

⁶ U adolescenta je tento poměr 53:47.

⁷ WHO (2002), referenční hodnoty Německa, Rakouska a Švýcarska (D-A-CH 2000)

⁸ Výživové denní dávky pro děti doporučené Společností pro racionální výživu (Čs. Pediat. 1990, 45 : 746-747)

masných kyselin. Ty rozdělujeme podle vazby mezi atomy uhlíku v řetězci na: *nasycené masné kyseliny* (všechny vazby jsou nasycené), *mononenasycené* (jedna nenasycená vazba), a *polynenasycené* (dvě a více nenasycených vazeb). Nenasycené se označují jako *esenciální*, tzn., že tělo si je nedokáže samo vytvořit, i přesto, že je potřebuje.

Tuky představují nejvydatnější zdroj energie. Jsou ukládány do zásoby, která je využita v případě potřeby. Jejich další význam spočívá v tom, že jsou nositeli vitaminů rozpustných v tucích a zdrojem esenciálních nenasycených masných kyselin, nezbytných zejména v době růstu. Některé tuky jsou nositeli látek, které jsou potřebné pro stavbu tělesných buněk a pro správné fungování metabolismu (Kudlová, 2009; Marádová, 2010; Gregora, Zákostelecká, 2009)

Tuky zauímají ze začátku života největší podíl na celkové energetické potřebě - u kojenců 50 %. Novorozenec a kojenec až do věku 1 roku potřebují 30 g lipidů denně. U batolat podíl tuků na energetické potřebě klesá na 30 - 45 %. Denní potřeba tuku batolete je 40 g. Od 2 let by, podle některých odborníků, neměl příjem tuků přesáhnout 30 %. Do 2 let věku by se tuky a cholesterol neměly omezovat. (Frühauf, Szitányi, 2013; Stožický, 2006)

Postupně by se ve výživě dítěte měly omezovat živočišné tuky a mělo by se dávat přednost tukům rostlinným. Ty obsahují nenasycené masné kyseliny, látky pro organismus nezbytné. Podávání trans-masných kyselin malým dětem je nevhodné. Ty vznikají při ztužování v průmyslově ztužených tucích a margarínech. (Gregora, Zákostelecká, 2009; Frühauf, Szitányi, 2013) Hlavní zdroje tuků pro děti jsou mléko a mléčné výrobky, maso, vaječný žloutek a rostlinné oleje (Stožický, 2006).

1.2.4 Potřeba sacharidů v raném dětství

Sacharidy představují nejdůležitější a nejpohotovější zdroj energie. Organismus je využívá jako zdroj energie ve tkáních, ke svalové práci i k udržení tělesné teploty. Sacharidy představují, díky svému objemu, hlavní část potravy. Některé z těchto makronutrientů příznivě působí na střevní peristaltiku. (Marádová, 2010; Kudlová, 2009)

Sacharidy se dělí podle počtu sacharidových jednotek na *monosacharidy* (např. glukóza, fruktóza), *oligosacharidy* (např. sacharóza, laktóza) a na *polysacharidy* (např. rostlinný a živočišný škrob, celulóza) (Marádová, 2010). Významným sacharidem je vláknina (např. celulóza), která příznivě ovlivňuje trávicí procesy a metabolismus živin. Hraje roli v prevenci kardiovaskulárních onemocnění (Kudlová, 2009).

Z výživového hlediska jsou pro dítě výhodnější polysacharidy než monosacharidy a disacharidy. Potraviny obsahující polysacharidy mu dodávají nejen energii, ale obsahují také vitaminy, minerály a biologicky účinnou vlákninu. (Stožický, 2006) Polysacharidy se nacházejí např. v obilovinách (škroby). Produkty z obilovin jsou zařazovány do jídelníčku dítěte v kojeneckém období. Postupně, během batolecího období a dále, v něm zaujímají čím dál tím větší podíl. U dospělého člověka dodávají produkty z obilovin největší část příjmu energie. (Kudlová, Mydlilová, 2005)

Hlavními zdroji sacharidů ve výživě dítěte jsou: mléko, obiloviny, zelenina, sirupy a řepný cukr. Doporučená denní dávka sacharidů pro dítě od narození do 1/2 roku je 68 g, od 1/2 roku do 1 roku 117 g. Batole (1 - 3 roky) by mělo denně přijmout 193 g sacharidů. Doporučená denní dávka vlákniny je pro kojence do 6 měsíců 2 g, do 1 roku 4 g a pro batole 10 g. (Stožický, 2006)

1.2.5 Potřeba vitaminů v raném dětství

Vitaminy představují organické látky, které jsou pro organismus nezbytné. Lidské tělo si je není schopno samo vytvořit, proto je musí získávat z potravy. Vitaminy hrají roli při všech životních dějích, a to tím, že je urychlují. Působí při metabolismu hlavních živin. Ovlivňují růst a obnovu buněk a tkání. Pozitivně působí na „stav kůže a sliznic, míru krevní srážlivosti, rozmnožovací funkci, tvorbu červených krvinek, hormonů a ochranných látek.“ (Marádová, 2010, s. 78)

Přísun vitaminů, které organismus potřebuje pro svůj vývoj a růst a pro fungování orgánů, je pro děti nezbytný. Jsou citlivější než dospělý k přebytku i nedostatku těchto látek. (Stožický, 2006)

Mateřské mléko obsahuje vitaminy, které novorozenec a kojenec potřebují. Nemá jen dostatek vitaminů D a K, které jsou potřeba dítěti dodávat. Dle Fruhaufa a Szitányi (2013), pokud je batole zdravé a má pestrou stravu, suplementace vitaminu není nutná. Batoleti může chybět vitamin D a pak je třeba ho dodat: „Batolata, která konzumují méně než 2 hrnky mléka za den nebo nejsou pravidelně vystavena slunečnímu záření, by měla denně dostávat 200 IU vitaminu D“ (Fruhauf, Szitányi, 2013, s. 18). Vitamin D děti potřebují k vývoji kostí: „Adekvátní stav vitaminu D je zapotřebí pro účinnou absorpci vápníku a pro správné hodnoty vápníku a fosforu v krvi, které jsou nutné pro správnou mineralizaci kostí“ (*Vápník a vitamin D pro silné kosti*, 2009).

V tabulce jsou uvedeny doporučené dávky některých vitaminů⁹ pro kojence po 6. měsíci věku a batolata:

Tabulka 1 - Doporučené dávky vybraných vitaminů pro malé děti (podle FAO/WHO, 2002, in Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 28)

věk	vitamin A (mg RE)	vitamin D (µg)	vitamin E (mg)	vitamin K (µg)	vitamin C(mg)
7 – 11 měsíců	0,4	5	2,7	10	30
1 – 3 roky	0,4	5	5	15	30

1.2.6 Potřeba minerálních látek v raném dětství

Minerální látky se dělí na *minerální látky* jako takové a *stopové prvky*. Mezi minerální látky patří např. sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík a síra. Mezi stopové prvky řadíme železo, jod, selen, zinek a další. V těle se stopové prvky vyskytují jen v nepatrném množství. (Kudlová, 2009)

Dítě musí minerální látky přijímat pro správný růst a vývoj a zachování zdraví. V tabulce je uvedena doporučená denní potřeba některých minerálů u kojenců a batolat:

Tabulka 2 - Doporučené denní dávky vybraných minerálních látek pro malé děti (podle Stožického, 2006, s. 35)

kategorie	věk (roky)	vápník (mg)	fosfor (mg)	hořčík (mg)	železo (mg)	zinek (mg)
kojenec	0 – 1/2	700	400	50	8	5
kojenec	1/2 - 1	900	900	100	10	5
batole	1-3	900	900	100	10	6

V souvislosti s významem mléka v útlém věku lze zmínit potřebu vápníku. Děti potřebují dostatek vápníku pro růst a vývoj zdravých a silných kostí. Nejdůležitějšími zdroji vápníku jsou mléko a mléčné výrobky. Vývoj kostí ovlivňuje i fosfor, jehož zdrojem je také mléko. Nedostatek vápníku a fosforu má negativní vliv na vývoj kostí a může se v pozdní dospělosti projevit vyšší fragilitou kostí. (*Vápník a vitamin D pro silné kosti*, 2009;

⁹ Doporučené dávky u dalších vitaminů viz Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 28.

Gregora, Zákostelecká, 2009; Tláškal, 2004; Kudlová, 2012)

V batolecím věku by měla výživa poskytnout dítěti příjem zejména dostatečného množství železa, jódu a zinku. Dítě denně potřebuje okolo 8 mg železa (do věku 4 let). Důležitý zdroj železa je maso. Červené maso obsahuje více železa než bílé. Ve vnitřnostech je ještě více železa než v mase červeném. (Vincentová, 2006; Mullerová, 2003; Kudlová, Mydlilová, 2005)

1.2.7 Potřeba vody v raném dětství

Voda je součástí každé lidské buňky. Tato tekutina se významně podílí na metabolických dějích, odplavuje zplodiny z těla a reguluje tělesnou teplotu. V případě nedostatku vody klesá tělesná i duševní výkonnost člověka (Kudlová, 2009; Marádová, 2010).

Tělesná hmotnost kojence je tvořena ze 75 – 80 % vodou. Je to více než u dospělého, kde je tento podíl 55 – 60 %. Kojenec potřebuje denně větší příjem vody (v přepočtu na kilogram tělesné hmotnosti) než dospělý. U zdravého kojence je tato potřeba 10 – 15 % jeho tělesné hmotnosti, u dospělého 10 – 15 %. Průměrnou denní potřebu vody malých dětí uvádí tabulka:

Tabulka 3 - Průměrná denní potřeba vody u dětí za běžných podmínek (podle Berhman, Kliegman, Arvin, 1996, in Lebl, Provazník, Hejčmanová, 2003)

věk	Průměrná tělesná hmotnost (kg)	Celková potřeba vody za 24 hod (ml)	Potřeba vody na 1 kg tělesné hmotnosti za 24 hod (ml)
3 dny	3,0	250-300	80-100
10 dní	3,2	400-500	125-150
3 měsíce	5,4	750-850	140-160
6 měsíců	7,3	950-1100	130-155
9 měsíců	8,6	1100-1250	125-145
1 rok	9,5	1150-1300	120-135
2 roky	11,8	1350-1500	115-125

Potřeba základních živin a vody se v průběhu života mění. Je jiná pro rostoucí a vyvíjející se dětský organismus a jiná pro dospělého. Další kapitoly se budou věnovat jednotlivým obdobím raného dětství (novorozenec, kojenec, batole) a potřebě konkrétních potravin v každém období.

2 Výživa dítěte do 1 roku

První rok života je charakteristický tím, že základní výživou je mateřské mléko, případně jeho náhrada. Během kojeneckého období dítě začne postupně přijímat i nemléčnou stravu. Nejprve jsou během „přechodného období“ k mléčné výživě přidávány příkrmy zvláště upravené pro tento věk. Ke konci kojeneckého období se přejde do „období smíšené stravy“, ve kterém se dítě začne seznamovat s vhodnou stravou dospělých. (Müllerová, 2008)

První podkapitola pojedná o období, kdy se dítě živí výhradně mateřským mlékem nebo jeho náhradou. Druhá podkapitola se zaměří na zavádění nemléčné stravy do jídelníčku kojence.

2.1 Výživa novorozence a kojence v prvních měsících života

Novorozenecké období se vymezuje od narození do 28. dne života dítěte. Poté následuje kojenecké období, které končí v 1 roce věku dítěte. První měsíce života je dítě živeno pouze **mateřským mlékem**, případně jeho **náhradou**. (Stožický, 2006; Müllerová, 2008)

O kojení, jeho významu a vhodné délce kojení se vedly a stále vedou mezi odborníky diskuze. Existují na to různé názory. Většina literárních pramenů se v současné době shoduje na tom, že nejlepší výživou v prvních měsících života dítěte je výlučné kojení. Problém ale vyvstává, pokud matka z nějakého důvodu (např. onemocnění) kojit nemůže. V tomto případě je řešením náhradní mléčná výživa, která by měla plně zastoupit mateřské mléko. Diskuze se vedou i o kvalitě této alternativy.

K výživě dítěte v raném věku byla vydána různými institucemi řada doporučení, která ale nejsou vždy dodržována. Výživa dítěte totiž podléhá také sociokulturním podmínkám. Roli zde hraje životní styl rodiny i pracovní podmínky. Např. ženy podnikatelky nejsou všechny ochotné věnovat se stoprocentně dítěti a být vždy na blízku, aby ho mohly nakojit. Proto mohou volit krmení náhradní výživou. Ve Francii zůstávají matky na mateřské dovolené pouze 3 měsíce. Zde je normální vrátit se zpět do pracovního procesu a přestat výlučně kojit po 3 měsících. Na problematiku výživy novorozence a

kojenice je tedy třeba nahlížet z různých hledisek, nejen z hlediska biologického.

Tato podkapitola se věnuje kojení, mateřskému mléku a výrobkům, které mateřské mléko nahrazují. V textu bude použit pro tyto výrobky použit termín *umělá mléčná výživa*¹⁰. Kapitola pojedná o doporučeních týkajících se kojení, o přednostech kojení a o umělé mléčné výživě. Výklad pojmů týkající se výživy v novorozeneckém a kojeneckém období je v příloze 3. Informace o laktaci, mateřském mléce, jeho druzích a složení obsahuje příloha 4.

2.1.1 Doporučení odborníků o kojení

Výživa na počátku života dítěte má zabezpečit jeho optimální růst, psychosociální vývoj a zdraví. Nejlepší výživou, která toto může zajistit, je podle Světové zdravotnické organizace kojení. Názory na délku kojení se mění a doporučení byla několikrát revidována. Doporučení, které je v současnosti přijímáno většinou odborníků, vychází z *Globální strategie výživy kojenců a malých dětí (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding)*, ve které WHO vymezila optimální délku kojení:

„As a global public health recommendation, infants should be exclusively breastfed for the first six months of life to achieve optimal growth, development and health. There after, to meet their evolving nutritional requirements, infants should receive nutritionally adequate and safe complementary foods while breastfeeding continues for up to two years of age or beyond.“ (WHO, 2003, s. 7-8)

WHO doporučuje výlučné kojení po dobu prvních 6 měsíců života dítěte pro zajištění jeho růstu, vývoje a zdraví. Dále WHO doporučuje zahájit zavádění příkrmu a v kojení pokračovat až do věku 2 let a déle.

Výlučné kojení do 6. měsíce věku jako „optimální výživový standart pro dítě“ je doporučováno také Dětským fondem OSN (UNICEF- United Nations Children's Fund), Evropskou společností pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (ESPGHAN), Americkou pediatrickou akademií (AAP) i britskou poradní vědeckou komisí pro výživu (SACN) (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Ve světě¹¹ i v České republice¹² existují

¹⁰ Umělá mléčná výživa - náhrada mateřského mléka, adaptované kravské mléko (Mullerová, 2008).

¹¹ Mezi světové vládní organizace patří již zmíněné WHO a UNICEF. Ty spolupracují s nevládními organizacemi podporujícími kojení, mezi které patří: La Leche League International (LLLI), International Baby Food Action Network (IBFAN), WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), International Lactation Consultant Association (ILCA) (LLLI, 2013).

¹² V České republice je podpora kojení součástí Národního programu zdraví ČR. Na její realizaci se účastní Česká národní laktační liga, Národní laktační centrum s linkou kojení a český výbor pro UNICEF. Zabývá se jí také ANIMA – pražská skupina IBFAN (Kudlová, Mydlilová, 2005).

organizace, které se zaměřují na podporu kojení (*Promotion et protection de l'allaitement: actions et recommandations*, 2013; Kudlová, Mydlilová, 2005) Právo na kojení je v ČR vymezeno v Úmluvě o právech dítěte.¹³

Současné doporučení kojit výlučně po dobu 6 měsíců není sdíleno všemi. Alergologové doporučují v současné době (na základě observačních studií) zavádět rizikové potraviny, které mohou vyvolat alergii, od 4. měsíce věku dítěte (teorie „imunologického okna“ mezi 4. a 6. měsícem- viz podkapitola 2.2.). Na základě názoru alergologů doporučují někteří odborníci a pediatři (mezi nimi mnoho českých pediatrů) výlučně kojit pouze do 4. měsíce věku dítěte a následně zavádět příkrm. (Bronský a kol., 2014; Vlčková, 2015)

Existují další důvody, které vedou k diskuzím o optimální délce výlučného kojení. Je jím např. rozdíl mezi podmínkami v rozvojových a rozvinutých zemích. Jedním z důvodů, proč by se v rozvojových zemích (např. v Asii a Africe) mělo podporovat výlučné kojení do 6. měsíce věku dítěte je podle WHO riziko zdravotní závadnosti dostupných potravin (tedy i příkrmů). Objevuje se otázka, jestli v rozvinutých zemích, kde je hygienická situace lepší, je nutné kojit až do 6. měsíce. Někteří odborníci to nepovažují za nezbytné a uvádějí optimální dobu výlučného kojení pouze do 4. měsíce (Bronský a kol., 2014; Matrasová, 2005).

Názory a doporučení na kojení a na délku výlučného kojení se měnily. V 50. letech 20. století proběhl velký rozvoj umělé výživy, který zapříčinil ústup kojení. Umělé výživě se zcela důvěřovalo a převládal názor, že plně nahrazuje mateřské mléko. Výlučně se kojilo přibližně do 3. měsíce života dítěte (všechny ženy ale výlučně nekojily¹⁴). (Šráčková, 2004) V 70. letech se v mnoha rozvinutých zemích prosazuje prolaktační program. Na základě výzkumů, které potvrdily nenahraditelnost mateřského mléka, vznikly snahy o podporu a o zvýšení zájmu o kojení (Svobodová, 1989). V 80. letech se tyto snahy zintenzivňují. WHO se snaží působit na matky, aby se ke kojení vrátily (v rámci celosvětového programu *Zdraví pro všechny do roku 2000*) a konstatuje, že situace se zlepšuje. Doporučuje se výlučně kojit alespoň po dobu 4 měsíců. Také v ČSR, kde v 80.

¹³ Sb.zákonů č. 104/1991, článek 24

¹⁴ ČSR byl v 50. letech proveden longitudiální průzkum, ze kterého vyplynulo, že matky kojí průměrně 4 měsíce, z toho výlučně nebo plně 2 měsíce (Kubát, 1957).

letech plně kojí více jak 3 měsíce sotva třetina matek, probíhají snahy na podporu laktace (Svobodová, 1989). V 90. letech se doporučení délky výlučného kojení mění na 6 měsíců života dítěte (v roce 1990 v *Deklaraci na ochranu, prosazování a podporu kojení* - WHO). Podle WHO by se v kojení mělo pokračovat až do 2 let věku dítěte (s příkrmem). Tyto a další zásady výživy kojenců a malých dětí byly shrnuty v *Globální strategii výživy kojenců a malých dětí* v roce 2003.¹⁵ Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo v roce 2013 doporučení, která jsou ve shodě s doporučeními WHO. (Čadková, Schneidrová, 1998; *Promotion et protection de l'allaitement: actions et recommandations*, 2013; *Zásady výživy kojenců a malých dětí v ČR - současný pohled a doporučení* 3.6.2014, 2014)

V rámci programu *Baby-Friendly Hospital* (1992) vydal UNICEF dokument *Deset kroků k úspěšnému kojení*, které mají za cíl zlepšit situaci podpory kojení v porodnicích. *Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka*¹⁶ byl vypracován již v roce 1981 a to za účelem kontroly nevhodných způsobů reklamy a prodeje náhrad mateřského mléka, lahví a saviček (Stožický, 2006). V České republice nebyla zatím přijata všechna pravidla a ustanovení kodexu. Některá z nich jsou stanovena v Zákoně o reklamě¹⁷ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví¹⁸ zahrnuje požadavky na složení a značení kojenecké stravy (Schneidrová, 2006).

Kojení a další tekutiny

Zdravé výlučně kojené děti nepotřebují až do 6. měsíce žádnou jinou tekutinu než mateřské mléko. To obsahuje téměř 90 % vody a zabezpečuje jejich potřebu tekutin. Novorozencům a malým kojencům by se neměly podávat čaje, jiné mléko ani žádné jiné tekutiny (výjimkou jsou lékařsky indikované případy) (Doležel, 2007; Tláškal, 2004; Bronský a kol., 2014, Rapley, 2008). G. Rapley dodává, že kojené děti nepotřebují žádnou další tekutinu k mateřskému mléku ani v horkém počasí (Rapley, 2008).

¹⁵ Zásady byly potvrzeny rezolucemi WHO v roce 2011 a 2013.

¹⁶ Cílem kodexu je: „přispět k zajištění adekvátní a bezpečné výživy pro kojence prostřednictvím ochrany kojení před nevhodným marketingem náhrad mateřského mléka, lahví a dudlíků a zajištěním správného používání náhrad mateřského mléka, pokud jsou nezbytné, na základě správné informovanosti a prostřednictvím vhodného marketingu“ (Schneidrová, 2006).

¹⁷ Sbírka zákonů č. 138/2002, § 5d-f Potravin a kojenecká výživa

¹⁸ Vyhláška MZ č. 54/2004 Sbírky zákonů o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich použití

2.1.2 Přednosti kojení

Podle mnoha odborníků je kojení ideální forma výživy pro zralé novorozence a kojence, která splňuje všechny výživové potřeby malého dítěte¹⁹. Studie zaměřené na krmení mateřským mlékem ukazují, že kojení přináší výhody nejen dítěti, ale také matce, rodině i celé společnosti (*Výhody kojení*, 2007; *Promotion et protection de l'allaitement: actions et recommandations*, 2013; Muntau, 2014). D. Mullerová uvádí: „Mateřské mléko a kojení zajišťuje dítěti výhody zdravotní, výživové, imunologické, vývojové, psychologické a sociální, z širšího pohledu pak znamená pro společnost i výhody ekonomické a ekologické“ (Mullerová, 2008, s. 305).

Přednosti kojení pro dítě

Kojení a krmení mateřským mlékem má pro dítě mnoho předností. Mateřské mléko má vždy správnou teplotu. Děti ho tráví lépe než umělou výživu. Má vždy správný poměr živin a obsahuje obranné látky²⁰. Tělo dítěte lépe využije vitaminy a minerály z mateřského mléka než z umělé stravy (*Výhody kojení*, 2007).

Kojení má příznivý vliv na zdravotní stav dítěte a to nejen v době, kdy je kojené, ale i později, v dospělosti. Kojené děti vyžadují méně často hospitalizaci v nemocnici než děti živené mléčnou náhradou. Trpí méně často některými onemocněními. Kojení chrání před průjmovými onemocněními, snižuje výskyt infekcí dýchacích cest, zánětu středouší²¹, bakteriální meningitidy, bakteriémie, nekrotizující enterokolitidy a infekcí močového ústrojí. Některé studie uvádějí, že krmení mateřským mlékem snižuje riziko syndromu náhlého úmrtí kojence, Cronovy choroby, ulcerózní kolitidy a lymfomu. Dále také snižuje riziko rozvoje alergie, obezity a cukrovky. Uvažuje se i o roli kojení při ochraně proti kardiovaskulárním onemocnění v pozdějším věku²². Kojené děti mívají silnější kosti v dospělosti a ve stáří a trpí méně osteoporózou (Stožický, 2006; Mullerová, 2008; Muntau, 2014; *Výhody kojení*, 2007; *Impact de l'allaitement sur la santé infantile*, 2005).

¹⁹ Informace o složení mateřského mléka v příloze 4

²⁰ Ochrana před infekcemi – Mateřské mléko obsahuje specifické imunoglobuliny, zejména sekreční protilátky IgA, ale také IgM, IgG, lysosym a laktoferrin. Dále obsahuje makrofágy, lymfocyty, granulocyty, antistafylokokový faktor a antiadherentní faktory (Muntau, 2014).

²¹ Např. studie :Duncan, B., Holberg, C. J., Wright, A. L., Martinez, F. D., Taussig, L. M.: Výhradní kojení podobu nejméně 4 měsíců chrání před zánětem středního ucha. *Pediatrics*, 91(5): 867-872, 1993.

²² Např. studie :Schwarz EB et al, Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease, *Obstetrics & Gynecology* 2009 ; 113(5) : 974-82.

Kojení má pozitivní vliv na vztah matka - dítě. Sociální interakce mezi dítětem a matkou je patrná již v prenatálním období. Po narození dítěte hrají klíčovou roli první dny jeho života, kdy se vytváří pevné citové pouto mezi matkou a dítětem. Vytvoření vztahu matky k dítěti je, alespoň ze začátku, podporováno hormony (estrogeny a prolaktinem). (Stožický, 2006) Dalším důležitým prvkem, který tento vztah podporuje, je častý kontakt matky s dítětem, který je, mimo jiné, zajištěn kojením. F. Stožický uvádí: „Časný a častý kontakt matky s kojencem v prvních hodinách po porodu prohlubuje vazbu matky na dítě, zejména v citové oblasti. Důležitý je z tohoto hlediska těsný tělesný kontakt matky s dítětem, který je možný pouze v průběhu kojení“ (Stožický, 2006, s. 48).

Toto pevné citové pouto se v průběhu kojení dále prohlubuje a hraje nezanedbatelnou roli v psychickém a sociálním vývoji dítěte. Těsný kontakt s kojící osobou rozvíjí poznávací schopnosti dítěte. Výhradně kojené dítě má, podle výzkumů z poslední doby, rychlejší psychomotorický vývoj a dosahuje vyššího intelektu (Stožický, 2006; *Kojení a zdraví*, 2003). Britská studie²³ z roku 2001 spojuje úzkou vazbu dítěte na matku, vytvořenou kojením, s lepším behaviorálním vývojem a nižším výskytem problémů s chováním dítěte.

Kojení podporuje vytvoření kladného a důvěrného vztahu ke světu. Marinov (2011) popisuje tento fenomén takto: „Vnímá chuť mléka, slyší tlukot srdce matky a vnímá bezprostřední zvuky z okolí. Přijímá dotykové podněty. To vše spojuje do pocitu bezpečí, který je základem kladného vztahu dítěte ke světu“ (Marinov a kol., 2011, s. 32).

Obezita je spojena s řadou onemocnění a je dnes velkým problémem ve vyspělých zemích. Studie zabývající se tímto problémem předpokládají vztah mezi kojením a nižším rizikem vzniku obezity. Protektivní vliv kojení není však doposud zcela objasněn. Existuje několik hypotéz, které se o to pokoušejí. (*Allaitement et obésité*, 2003)

Jedna z hypotéz se dotýká behaviorálních faktorů – chování dítěte i rodičů. Pokud je dítě kojeno, samo reguluje svůj příjem a obvykle se „nepřepije“. Kojení mu umožňuje reagovat na pocity hladu a sytosti. Tato samoregulace umožněná v době rozvoje mozku přispívá k ustanovení schopnosti regulace příjmu energie, která bude fungovat i v pozdějším věku a bude jedince chránit proti vzniku obezity. Dítě na umělé výživě může tuto vrozenou regulační schopnost ztratit tím, že jeho rodiče převzou kontrolu nad

²³ Heikkila K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA (2011) Breastfeeding and child behaviour in the Millennium cohort study. *Arch Dis Child*

krmením z lahve. Problém může nastat, pokud přehlíží signály hladu dítěte²⁴ nebo pokud ho překrmují (nutí ho, aby vypilo celou lahev, i když dítě už nechce, tím ignorují pocit sytosti dítěte). U takových dětí je porušena schopnost regulace příjmu, a to může později vést k rozvoji obezity²⁵. (*Allaitement et obésité*, 2003; Bogen, Hanusa, Whiataker, 2004; Fraňková, Dvořáková, 2003; Taveras, 2006)

Odborníci se tedy domnívají, že výživa umělou stravou lehce zvyšuje riziko obezity v pozdějším věku. Zvýšení rizika je ale spíše malé - odhaduje se, že umělá výživa zvyšuje riziko o 15 – 20 %. Další faktory jako nadváha rodičů, nutriční návyky a pohybová aktivita jsou významnější. Nicméně kojení zůstává součástí prevence nadváhy a obezity. (*Allaitement et obésité*, 2003)

Kojení má tedy pozitivní vliv na zdraví dítěte. Kojení ale může být také pro dítě problematické a to např. v případech nevhodného stravování matky nebo některých infekčních onemocněních matky.²⁶

Výhody kojení pro matku

Kojení přináší řadu výhod i matce. Jedna z nich se týká ekonomického aspektu - mateřské mléko je stále k dispozici a nic nestojí (Muntau, 2014).

Dalším pozitivním aspektem je, že po porodu se děloha kojící ženy rychleji navrácí do původního stavu a žena dosáhne rychleji své hmotnosti, kterou měla před těhotenstvím. Také remineralizace kostí se urychlí. V průběhu kojení má laktace do značné míry antikoncepční účinek a chrání tak ženu před dalším otěhotněním. (Stožický, 2006; *Výhody kojení*, 2007; *Zdravé matky a zdravé děti*, 2009)

Ženy, které kojí, trpí méně často chudokrevností, osteoporózou a kardiovaskulárními onemocněními²⁷ v pozdějším věku (*Zdravé matky a zdravé děti*, 2009; *Impact de l'allaitement sur la santé infantile*, 2005). Výsledky řady studií ukazují, že kojení snižuje riziko rakoviny prsu a karcinomu vaječníků. Britská studie²⁸ (1993) publikovala, že kojení po dobu alespoň 3 měsíců snižuje riziko nádorů na polovinu (*Kojení*

²⁴ Matky, které kojí, bývají k signálům dětí vnímavější.

²⁵ Např. studie : Is breastfeeding protective against child obesity ? KG Dewey. J Hum Lact 2003 ; 19(1) : 9-18.

²⁶ Viz 2.1.3. Výživa matky při kojení

²⁷ Např. studie : Schwarz EB et al, Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease, Obstetrics & Gynecology 2009 ; 113(5) : 974-82.

²⁸ United Kingdom National Case-Control Study Group. Kojení a nebezpečí nádoru prsu mladých žen. British Medical Journal, 307: 17-20, 1993

a zdraví, 2003).

2.1.3 Výživa matky při kojení

Strava matky má vliv na složení mléka. Některé základní živiny (bílkoviny, laktózu, vápník) si mateřské mléko uchovává v dostatečném množství i při ne zcela správné výživě matky. Přesto by měla žena dbát na dostatečný příjem bílkovin a to zejména živočišného původu. Také by měla konzumovat dostatek vápníku z přirozených zdrojů. Strava matky má do jisté míry vliv na obsah a složení tuků. Žena by měla dát přednost tukům s dostatečným obsahem nenasycených mastných kyselin. Energetická hodnota stravy by se měla u kojící ženy navýšit přibližně o jednu pětinu oproti energetickému příjmu v době před těhotenstvím. (Mullerová, 2004; Dostálová, Dlouhý, Tláskal, 2012)

Na výživě matky závisí koncentrace vitaminů B1, B2, B6, B12, A a C v mléce. Stejně je tomu i se selenem a jódem. Pokud žena nekonzumuje 1 - 2x týdně mořské ryby, měla by jód dodávat pomocí jodidových tablet. Strava by měla dále obsahovat kyselinu listovou, železo, zinek, měď a vitamin D. Výživa by tedy měla být pestrá. Žena by měla dbát na zařazení ovoce, zeleniny, mléčných výrobků a ryb. Příjem tekutin by měl být u kojící matky vyšší o 0,5 a 0,75 litrů. Žena by měla vypít okolo 2 - 3 litrů vody denně. (Mullerová, 2004)

Pokud ve stravě matky chybí důležité živiny, může to ohrozit vývoj kojeného dítěte. Pokud se kojící osoba živí vegetariánskou stravou, dítěti může chybět alimentární železo a kyselina listová. Veganská (čistě rostlinná) strava matky je pro dítě nebezpečná, protože vede k nedostatku vitamínu B12. Nedostatek tohoto vitamínu způsobuje poškození mozku (často ireverzibilní). (Muntau, 2014)

Další rizikem kojení je, že do mateřského mléka se mohou dostat škodlivé látky z těla matky. Tělo dítěte je zatíženo, pokud matka nadužívá alkohol, léky, nikotin a drogy. Do mateřského mléka mohou pronikat další látky jako pesticidy a průmyslově škodlivé látky (např. polychlorované bifenoly). Přes mléko se může do těla dítěte přenést i infekční onemocnění matky (např. HIV nebo hepatitida). (Muntau, 2014)

2.1.4 Umělá mléčná výživa

Ne všechny matky mohou kojit. Může nastat situace, kdy dítě nemůže být (výlučně) kojeno²⁹. V tomto případě je dítě krmeno umělou výživou. Existují matky, které se k tomuto způsobu výživy uchýlí i v situaci, kdy kojit mohou. Podle mnoha odborníků by krmení umělou výživou mělo být praktikováno pouze v případě, kdy je kojení naprosto nemožné. (Stožický, 2006; Gregora, Zákostelecká, 2009)

Část o kojení uvedla mnoho výhod, které má kojení oproti výživě umělou mléčnou stravou. Ale to neznamená, že by nekojené dítě nemohlo prospívat a být zdravé. V zemích, kde je dobrý hygienický standard, nekojené děti netrpí vyšší nemocností než děti nekojené. (Stožický, 2006) Dnes na trhu najdeme přípravky umělé mléčné výživy, které jsou schopny zabezpečit zdravý vývoj a růst dítěte. Výrobci se snaží přiblížit složení umělé výživy mateřskému mléku. Zvláště v posledních letech se mu umělé mléko přiblížilo. Umělá strava se dnes obohacuje o probiotika a prebiotika, o esenciální mastné kyseliny, nukleotidy a další důležité látky obsažené v mateřském mléce. (Gregora, Zákostelecká, 2009) Někteří autoři odborné literatury ale připomínají, že umělá výživa nemůže nikdy plně nahradit přirozenou výživu kojením. D. Mullerová uvádí : „přes všechno úsilí, pokrok ve vědě i v moderních technologiích nedokáže UMV³⁰ plně nahradit kvalitu a všechny výhody, které MM³¹ dítěti přináší“ (Mullerová, 2008, s. 308).

Výhody umělé mléčné výživy

Jsou matky, které si nenahraditelnost mateřského mléka uvědomují a rády by kojily, ale z nějakých důvodů nemohou. Pro tyto ženy představuje umělá mléčná výživa „obrovskou vymoženost.“ (Labusova, 2008) Mezi výhody náhradní mléčné výživy patří podle E. Lábusové (2008) fakt, že dítě může nakrmit kdokoliv, takže případná dočasná nepřítomnost matky není problém a matku to v tomto „osvobozuje“. Matka díky tomu může nastoupit i dříve do práce.

²⁹ Např. v případě závažného onemocnění matky (např. HIV infekce, kardiovaskulární onemocnění), závažného metabolického onemocnění dítěte (např. fenylketonurie, galaktosémie). Další překážky kojení mohou být : zánět prsní bradavky, ragády prsních bradavek, absence sacího reflexu u nedonošeného jedince, rozštěpová vada u dítěte atd. (Lebl, Provazník, Hejčmanová a kol, 2003)

³⁰ umělá mléčná výživa

³¹ mateřské mléko

Další výhodu vidí v tom, že nekojené děti mají pro matku méně „komplikovaný“ režim (ve dne i v noci), protože jsou krmeny méně často než děti kojené.

Adaptace mléka pro náhradní výživu

Základem umělé výživy je kravské mléko. To se upravuje tak, aby jeho složení bylo blízké mateřskému mléku. Upravují se všechny jeho hlavní složky: proteiny, sacharidy i lipidy. Úprava bílkovin spočívá ve změně poměru bílkoviny syrovátky ke kaseinu. Mění se obsah sacharidů tak, aby v mléce byla jen laktóza nebo pouze malý podíl jiných sacharidů. Dále se mléko obohacuje o oligosacharidy s prebiotickým efektem. Mléčný tuk se nahrazuje rostlinným, který obsahuje esenciální mastné kyseliny důležité pro vývoj mozku a ochranu střevní sliznice. (Gregora, Zákostelecká, 2009)

Umělé mléko je obohacováno o látky, které v něm chybí nebo jsou v něm přítomny v nedostačujícím množství. Jedná se o vitaminy, minerály, stopové prvky, antioxidanty a další látky. Do některých umělých mlék jsou přidávány nukleotidy. (Gregora, Zákostelecká, 2009) Podle M. Gregory a D. Zákostelecké se „umělá výživa [...] snaží přizpůsobit svým složením průměrnému vzorku mateřského mléka“ (Gregora, Zákostelecká, 2009, s. 30).

Druhy umělé výživy

Umělá výživa se dělí na počáteční mléka a mléka pokračovací. **Počáteční mléko (počáteční formule)** je určeno dětem od narození do ukončeného 4. měsíce (Mullerová, 2008). V některé literatuře se uvádí do 6. měsíce (Gregora, Zákostelecká, 2009). Kojenec ho může pít i později a to až do věku 12 měsíců (Stožický, 2006). V prvních čtyřech, popřípadě šesti měsících se používá se jako hlavní výživa nebo jako doplněk k mateřskému mléku, pokud toto mléko nestačí (Muntau, 2014). Je vhodné začít s mléky, které ze sacharidů obsahují jen laktózu (např. *Mimilon Start*, *Nurtilon 1 Premium*, *Femilakt*, *Sunar Baby*). Mléka, ve kterých je obsažen další cukr, především řepný cukr, jsou méně vhodná, protože navykají malé dítě na sladké jídlo a zvyšují riziko zubního kazu. (Stožický, 2006; Mullerová, 2008)

Pokračovací mléko (formule) se dává dětem od ukončeného 4. měsíce, popřípadě od 6. měsíce, do věku 3 let. S tímto druhem mléka se obvykle začíná v době, kdy zavádíme nemléčné příkrmy (Mullerová, 2008; Gregora, Zákostelecká, 2009). Podle D. Mullerové se doporučuje dříve zavést nemléčné příkrmy u dětí živěných umělou mléčnou výživou, a to

již od 4. ukončeného měsíce. S tím souvisí změna druhu mléka na pokračovací již po 4. měsíci. (Mullerová, 2008) Stejného názoru není dětský lékař M. Gregora, který uvádí, že stejně jako se na základě nových poznatků doporučuje výlučné kojení až do 6. měsíce, tak přechod na pokračovací mléko by měl být také posunut na věk 6 měsíců. (Gregora, Zákostelecká, 2009). Na našem trhu jsou dostupná např. tato mléka: *Nutrilon Follow*, *Bepa 2*, *Sunar Plus* (Stožický, 2006).

Na trhu dnes existují speciálně upravená mléka pro nedonošené děti, pro kojence trpící alergií na bílkovinu kravského mléka, intolerancí laktózy nebo galaktosemií. Dále existují *hypoalergenní (hypoantigenní) mléka* pro děti s rodinnou alergickou zátěží. Podávají se v případě, že dítě nemůže být kojeno a zároveň některý z jeho nejbližších příbuzných trpí alergií. (Stožický, 2006; Gregora, Zákostelecká, 2009)

Shrnutí

Kapitola o prvních měsících života dítěte poukázala na význam kojení a mateřského mléka. Názory na délku kojení, zejména výlučného kojení, nejsou jednotné. V průběhu času se doporučení na základě vědeckých poznatků měnila a v současné době se doporučovaná délka výlučného kojení pohybuje od 4 do 6 měsíců. WHO radí kojit i nadále, po zavedení nemléčného příkrmu, minimálně do věku 2 let. V současnosti existují snahy podpořit laktaci, protože byla uznána její nenahraditelnost. Pro ty, co kojit nemohou nebo nechťejí, existuje umělá mléčná výživa. Ta se svým složením blíží mateřskému mléku, ale podle mnoha odborníků ho nedokáže plně nahradit, a to nejen z hlediska složení, ale také např. z hlediska psychosociálního. Po období výlučného kojení nebo podávání počátečního mléka se do stravy kojence zavádí nemléčný příkrm. Této problematice se podrobněji věnuje následující kapitola.

2.2 Výživa kojence – přechod na nemléčnou stravu

Když mateřské mléko nebo umělá mléčná výživa dítěti již nestačí, začne se zavádět nemléčná strava - příkrm. Mléko přestane být schopné pokrývat energetickou potřebu dítěte a požadavky na některé důležité látky jako vitaminy a minerály. Období postupného zavádění „tuhé stravy“ by mělo podle některých odborníků probíhat od začátku 7. měsíce přibližně do konce 12. měsíce života dítěte. Existují doporučení, která uvádějí přechod na nemléčnou stravu již od 4. měsíce věku.

Kapitola nejdříve uvede tyto různé pohledy na vhodnou dobu zavedení nemléčného příkrmu. Dále ukáže jaké potraviny se pro příkrm doporučují. Představí také alternativní způsob zavádění příkrmu - přístup, který se nazývá *baby lead weaning*. Na závěr se bude zabývat kojením v době zavádění příkrmu a potřebou dalších tekutin.

2.2.1 Zavádění příkrmu vzhledem k věku dítěte

Doporučení doby zavádění prvních příkrmů souvisí s doporučeními délky výlučného kojení, která se různí. Většina současných doporučení (vydaná např. WHO, AAP, EU) se shodují v tom, že výlučné kojení by mělo být zdrojem výživy pro dítě do 6. měsíce věku. Z toho vychází názor, že příkrm by se měl začít zavádět od ukončení 6. měsíce (v ČR tento názor zastává např. Laktační liga - Zavádění příkrmu, 2014; Mullerová, 2008; Gregora, Zákostelecká, 2009, Stožický, 2006). Výlučné kojení je ale ideálem, kterého ne každá žena dosáhne a s příkrmem často začíná již před 6. měsícem. Pro tento případ převažuje mezi odborníky názor, že příkrm by neměl být zaveden před 4. měsícem života dítěte a měl by být nejpozději zaveden v 6. měsíci věku dítěte (mezi 17. a 26. týdnem). Tento přístup prosazuje ESPGHAN a objevuje se také v doporučení expertní skupiny MZ ČR k zavedení příkrmu kojenců. (Bronský a kol., 2014)

U dětí živených umělou výživou někteří odborníci (např. Mullerová, 2008) doporučují zavést nemléčnou stravu již po dovršení 4. měsíce věku. Podle jiných to není podmínkou - pokud dítě dobře prospívá, se zaváděním příkrmu není třeba spěchat (Gregora, Zákostelecká, 2009; Kudlová, Mydlilová, 2005). V odborné literatuře není mnoho informací o problematice zavádění příkrmu u nekojených dětí, proto v jejich případě nelze jednoznačně určit vhodnou dobu (Bronský a kol., 2014).

Nicméně, při zavádění nemléčné stravy by mělo být zohledňováno, v případě jak kojeného tak nekojeného dítěte, jeho prospívání a také jeho celková psychomotorická zralost, a to „včetně schopnosti udržet hlavu ve stabilní poloze, koordinovat oči, ruce a ústa při hledání potravy, jejím uchopení a vkládání do úst a je schopno polykat a tolerovat tuhou stravu“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, s. 1). Zpravidla se s příkrmem začíná, když je dítě hladové i po vypití více než 900 až 1000 ml mléka za den a váží více jak 6000 g (Stožický, 2006). Samotná hmotnost není kritériem pro zavedení nemléčné stravy, důležitější kritéria jsou věk a prospívání kojence (Gregora, Zákostelecká, 2009). 4. měsíc je dolní hranice a nemělo by se začínat dříve: „Předčasné zavádění nemléčného příkrmu, dříve než po dokončeném 4. měsíci, nepřináší dítěti užitek a může ho ohrozit rozvojem alergií“ (Gregora, Zákostelecká, 2009, s. 42).

Riziko rozvoje alergií vyvolalo diskuzi o době zavedení prvního příkrmu. Kromě většinové názoru zavádění příkrmu od 6. měsíce se objevují i jiné přístupy. Alergologové v současné době zastávají názor, že nejlepší doba pro zavedení rizikových potravin, které mohou vyvolat alergii, je období mezi 4. a 6. měsícem věku dítěte. Toto období je nazváno „imunologické okno“ nebo také „okno imunologické tolerance“. V této době by měly být do stravy dítěte postupně zaváděny všechny základní potraviny, včetně těch rizikových jako jsou vaječný bílek, bílkoviny živočišného mléka, obiloviny s lepkem i ryby. Teorie „časné imunologické tolerance“ je založena na přesvědčení že „časný kontakt s potencionálním potravinovým alergenem příznivě modifikuje vývoj imunologické tolerance u dítěte a mohl by tak vést v pozdějším věku k nižší frekvenci výskytu alergického onemocnění“ (Bronský a kol, 2014, s. 13).

Alergologové uvádějí, že zavádění potravin mimo toto období není vhodné. Před 4. měsícem života by to mohlo vést k vyšší imunologické přecitlivělosti k podávaným potravinám z důvodu např. nevyzrálé imunologické výbavy sliznice trávicího traktu. Po 6. měsíci to také může vést k vyšší imunologické přecitlivělosti a dále k riziku vzniku alergických onemocnění bez potravinové souvislosti (např. astma). (Bronský a kol., 2014)

Tato teorie byla přijata mnoha českými pediatry, kteří na jejím základě doporučují zavádět příkrmy od 4. měsíce života dítěte (Vlčková, 2015). Podle některých odborníků ale není tato teorie ještě prokázána (Bronský a kol., 2014). V současnosti je realizováno několik studií tohoto fenoménu (randomizované kontrolované prospektivní studie např. EAT, LEAP, HEAP, BEAT). Do této doby byla tato teorie podpořena pouze observačními

studiemi a výsledky randomizovaných studií budou známy až za několik let. Proto většina autorů doporučení o zavádění příkrmu zatím cílený kontakt s alergenem od 4. měsíce nedoporučuje. (Bronský a kol., 2014) Konzervativní názor zatím zastává ESPGHAN (Bronský a kol. 2014), proti teorii imunologického okna se staví např. *Laktační liga* a *Academy of Breastfeeding Medicine* (ABM, globální organizace lékařů), kteří stále podporují doporučení WHO a varují před nepodloženými informacemi (Imunologické okno, 2015).

Odborníci se tedy neshodují na vhodné době zavedení příkrmu, ale na jednom doporučení shoda panuje: zavádění rizikových potravin, které mohou vyvolat alergii, by mělo probíhat v době, kdy je dítě ještě (alespoň částečně) kojeno (např. Bronský a kol., 2014). Mateřské mléko chrání sliznici střeva před působením alergenů a tak ochraňuje organismus před vytvořením alergie. (Matrasová, 2005)

2.2.2 Složení příkrmu

V literatuře převládá názor, že zpočátku se kojenci podává jednodruhový příkrm ve formě pyré ze zeleniny nebo z ovoce. Je doporučováno začít **zeleninou**. Když se začne ovocem, dítě si může zvyknout na sladkou chuť a mohlo by pak nesladké příkrmy odmítat. Začít by se mělo jedním druhem zeleniny (např. bramborem nebo vařenou mrkví). Zeleninové pyré lze zamíchat do mléka. Po 2 - 4 dnech se přidává další druh (např. květák, brokolice). Mezi každým novým druhem by měl vždy být odstup několika dní. Je to proto, aby se dala snadněji poznat nesnášenlivost na některou z podávaných potravin. Další druhy zeleniny, které lze podávat jako příkrm, jsou např.: cuketa, lilek, dýně, kedluben, pórek, kapusta, špenát, kořen petržele. Jakmile si kojeneček zvykne na zeleninu, lze do ní začít přidávat **maso** (drůbeží, hovězí, jehněčí, králíčí). Maso by mělo být libové, dobře uvařené a velmi jemně nakrájené či rozmixované. Začíná se malou dávkou (1 polévková lžice). Ta se postupně zvětšuje. Na konci 2. nebo během 3. týdne nahrazuje masozeleninový příkrm celou jednu mléčnou dávku. V dalším týdnu se zavádí ovocný nebo ovocnomléčný příkrm. Také **ovoce** zavádíme postupně, každý druh s odstupem 3-4 dnů. Doporučuje se začít jablkem, a poté přidat rozmačkaný banán. (Kudlová, Mydlilová, 2005; Mullerová, 2008; Gregora, Zákostelecká, 2009; Stožický, 2006)

Zpočátku se podává příkrm v malém množství: 1 - 2 lžičky 1 - 2 krát denně. Množství se postupně zvyšuje. Podle Kudlové a Mydlilové (2005), příkrm by měl být dítěti

podávám malou lžičkou, ne z lahve s dudlíkem. Jíst lžičkou se kojenec musí naučit. To je cílem prvních asi 2 týdnů, kdy se přechází na nemléčnou stravu a kdy mu ještě stále stačí mateřské mléko (nebo umělá mléčná výživa). (Kudlová, Mydlilová, 2005)

Když se dítě naučí přijímat potravu lžičkou, rodič může postupně zavádět do jídelníčku nové chutě- další druhy ovoce a zeleniny i jiné potraviny. Dítěti se podává pyré z několika druhů zeleniny nebo ovoce. Postupně se zvyšuje množství masa (z 1 lžice na 2 v jedné dávce) a je zařazováno častěji (až 6krát týdně). Jednou týdně se může maso nahradit jedním vařeným slepičím **žloutkem**. (Kudlová, Mydlilová, 2005) Ke konci 7. měsíce se do jídelníčku mohou zařadit **obilné kaše**. Názory na to, kdy zařadit kaše obsahující lepek, jsou různé.³² Mělo by se dát pozor na kaše s vysokým obsahem sacharózy (obsah sacharidů by neměl být více než 7,5 g/100 kcal). Při její konzumaci dítě navyká na sladké (Stožický, 2006).

Od 9. měsíce se do jídelníčku kojence zařazují potraviny ze všech hlavních skupin: zelenina, ovoce, maso, obilniny (chléb, pečivo, kaše, rýže, těstoviny) a mléčné výrobky (Kudlová, Mydlilová, 2005). Kolem 9. měsíce prořezávání zubů dovolí dítěti rozkousat větší kousky. Do jídelníčku by rodiče měli zařazovat větší syrovou zeleninu a větší kousky masa, protože to podporuje žvýkání. (Gregora, Zákostelecká, 2009) Podpořit schopnost žvýkání lze také tak, že se dítěti dává do ruky např. kousek chleba nebo rohlíku (Kudlová, Mydlilová, 2005). Lze rozšířit výběr těstovin a podávat je ve formě nasekaných kousků (Gregora, Zákostelecká, 2009). Kolem 1. roku může dítě začít jíst rodinnou stravu. Při přípravě jídla je ale třeba zohledňovat potřeby dítěte – strava by měla být měkká, nekořeněná a nesolená. (Kudlová, Mydlilová, 2005)

Solit jídlo by se nemělo, protože slané jídlo vyvíjí velké nároky na ledviny malého dítěte, které ještě nejsou zcela zralé. Potrava, např. ovocné příkrmy, by se neměla doslazovat. V ovoci se již cukr vyskytuje a řepný cukr představuje energii navíc, zatěžuje organismus, zvyšuje riziko kazivosti zubů a také vytváří zvyk na sladkou chuť. (Gregora, Zákostelecká, 2009) Dětská strava by neměla obsahovat nejen řepný cukr, ale také med, kakao, čokoládu a další sladkosti (sušenky, zmrzlinu apod.). Dítěti by se neměly dávat ořechy, celá zrna obilovin, mák a nenakrájené slupky ovoce (nebezpečí zaskočení). Dále

³² více o zavádění lepku do stravy v následující části

by nemělo dostávat jídla těžká, tučná, smažená, pečená na tuku a smetanová. Nemělo by jíst uzeniny (s výjimkou libové šunky) ani vaječný bílek. (Mullerová, 2008) Rovněž by strava malého dítěte do 1 roku neměla ještě obsahovat kravské mléko a mléčné výrobky jako tvaroh, *lipánek*, *smetánky* apod. Tyto potraviny mají vysoký obsah bílkovin a to může zatížit dětský organismus. Bílkovina kravského mléka může vyvolat alergii. Z mléčných výrobků lze dát dítěti jogurt, například s ovocem. Jogurt může nahradit část mléčné porce. (Gregora, Zákostelecká, 2009)

Malé děti by neměly jíst nízkotučné potraviny a to v prvních dvou letech života. E. Kudlová a A. Mydlilová to odůvodňují takto: „Malé děti potřebují potravu s vyšším obsahem energie na gram příkrmu, aby jí dostaly dostatek v množství příkrmu, které jsou schopné sníst.“ (Kudlová, Mydlilová, 2005)

Od 6. do 8. měsíce by měl být nemléčný příkrm zařazován 2 - 3krát denně, od 9. do 12. měsíce 3 - 4krát denně (Gregora, Zákostelecká, 2005). Od 12. měsíce lze přidat 1 - 2 svačiny, pokud je dítě potřebuje (Kudlová, Mydlilová, 2005).

Zavádění lepku do stravy dítěte

Na otázku, kdy do stravy dítěte zavést lepek, aby nebylo ohroženo vznikem alergie nebo projevením onemocnění celiakie, nelze jednoznačně odpovědět. Názorů na dobu zařazení potravin obsahující lepek je více. V publikacích některých českých pediatrů nalezneme doporučení, aby byly takové potraviny zařazeny spíše později, a to nejdříve na začátku 8. měsíce věku dítěte (Mullerová, 2008). Alergologové, kteří obhajují teorii „imunologického okna“, radí podávat lepek v období mezi 4. a 6. měsícem. Doporučení, vycházející z postoje ESPGHAN, uvádí, aby se lepek nepodával před 4. měsícem života a ani později než v 7. měsíci života dítěte (Bronský a kol., 2014).

Celiakie je geneticky podmíněné, autonomní onemocnění vyvolané nesnášenlivostí lepku.³³ U nemocného poškozuje střevní sliznici a to vede ke zhoršenému vstřebávání živin. Příznaky jsou různorodé. U dětí (do 2 let) se vyskytují zejména střevní potíže (především průjem) a neprospívání. Mezi příznaky u dětí patří konkrétně: „objemná zapáchající šedobílá stolice, která obsahuje tuk, [...] vystouplé břicho způsobené nadmutostí, [...] váhový úbytek, chudokrevnost a celkové neprospívání dítěte se

³³ lepek- bílkovinný komplex v povrchní části obilných zrn – pšenice, žito, ječmene, ovsa

zastavením či prudkým zpomalením růstu a poruchou psychického vývoje“ (Podběhlá, 2010). Celiakie se ale může manifestovat i zácpou (*Jaké bývají příznaky celiakie u kojenců a batolat*, 2014). Někdy mohou být příznaky nenápadné a u dítěte se může projevit jen změna psychiky - dítě je podrážděné, mrzuté a plaché (Podběhlá, 2010).

V současné době se přesně neví, jak onemocnění celiakii přecházet (z hlediska výživy dítěte). Doporučuje se (alespoň částečně) kojit během zavádění lepku do stravy. Není však jednoznačně potvrzeno, jestli zavádění lepku za současného kojení přináší ochranu proti tomuto onemocnění nebo jestli ho jen oddaluje a mění jeho projevy. (Bronský a kol., 2014; Frühauf, in Sladká, 2014)

2.2.3 *Baby led weaning* – příkrmování vedené dítětem

Výše zmíněné informace o zavádění prvních příkrmů – o době zavádění, prvních vhodných potravinách a způsobu zavádění – jsou uváděny značným počtem českých odborníků na výživu a přijímány většinou rodičů. Zavádění jednodruhového pyré podávaného dítěti lžičkou není jediný přístup, který se dá při přechodu na nemléčnou stravu uplatňovat. Anglická porodní asistentka a laktační poradkyně Gill Rapley přišla s metodou *baby led weaning*³⁴, která u nás není příliš známá a praktikovaná. „Baby led weaning“ znamená doslova „odstavení vedené dítětem.“ Lze hovořit také o „příkrmování vedené dítětem“ (Jakubová, 2008) nebo o „dítětem vedeném odstavování od prsu či lahve a přecházení na tuhou stravu“ (Labusová, 2013).

Tento alternativní přístup spočívá v tom, že dítě samo rozhoduje o tom, kdy, co a kolik toho sní. Dítě „vede“ své odstavování a příkrmování. Od počátku jí samo a není nikým krmeno. Metoda je založena na přesvědčení, že dítě díky přirozeným instinktům ví, jaké potraviny a v jakém množství jeho organismus potřebuje k vývoji přijmout. (Rapley, 2008; Vlčková, 2015; Labusová, 2013)

Při uplatňování tohoto přístupu nechává rodič dítě účastnit se společného stolování. Dítě nekrmí, ale nechává ho jíst samo. Dítě si vybírá to, co chce sníst. Rodič mu při tom nepomáhá, nedává mu jídlo do pusy, ani ho nenutí, aby snědlo více, než chce. Rodič mu nabízí různé druhy potravin, nejlépe ty, které jedí ostatní u stolu, pokud jsou tyto potraviny pro dítě vhodné (jejich výběr se řídí obecnými zásadami, doporučovanými pro věk dítěte).

³⁴ Podrobnější informace o tomto přístupu na webu Gill Rapley: <http://www.rapleyweaning.com/>

Potravinu se dítěti nekrájí na malé kousky, ale jsou mu nabízeny upravené na takové kusy, které se dají uchopit do ruky. (Rapley, 2008, Vlčková, 2015)

Podle G. Rapley je většina dětí schopna najíst se sama kolem věku 6 měsíců. Zpočátku nejde o to, aby dítě něco snědlo, ale aby mělo možnost si jídlo vyzkoušet. Je to pro něj spíše hra, experiment. Vše potřebné ještě získává z mléka, které zůstává nadále hlavním zdrojem výživy. (Rapley, 2008)

G. Rapley (2008) považuje za výhodu tohoto přístupu to, že dítě může samostatně objevovat nejen chuť a vůni jídla, ale také jeho konzistenci. Mezi další výhody uvádí podporu nezávislosti a sebedůvěry dítěte. Podle Rapley (2008) jsou děti vedené tímto přístupem později méně vybíravé a je u nich méně pravděpodobné, že budou jídlo odmítat.

Zavedení *baby led weaning* by mělo být předem prodiskutováno s lékařem u dětí, v jejichž rodinné anamnéze se vyskytuje potravinová intolerance, alergie nebo zažívací problémy. (Rapley, 2008)

2.2.4 Kojení, mléko a tekutiny po zavedení příkrmu

Při zavádění příkrmu i po jeho zavedení by měla žena nadále pokračovat v kojení a to podle potřeby dítěte. Mateřské mléko stále zůstává důležitou součástí výživy malého dítěte. U nekojených dětí se pokračuje s umělým mlékem (pokračovací mléko). To je postupně nahrazováno příkrmem. (Kudlová, Mydlilová, 2005) „Množství vypitého mléka by nemělo být menší než 300-500 ml za den. Při nahrazení části mléčné porce mléčným výrobkem stačí 200 - 400 ml mléka denně. To platí minimálně až do konce druhého roku života dítěte“ (Gregora, Zákostelecká, 2009, s. 43).

Podle některých odborníků není třeba nabízet jinou tekutinu než mateřské mléko kojeným dětem téměř až do věku 1 roku: „Kojené dítě potřebuje jinou tekutinu než mateřské mléko, až když množství příkrmu převažuje nad mateřským mlékem, což bývá kolem 10. měsíce, někdy i později. [...] Pokud jiné tekutiny než mateřské mléko odmítá, není důvod ho nutit. Některé kojené děti tak prakticky nepijí nic kromě matčina mléka do roku věku i déle a nijak nestrádají“ (Gregora, Zákostelecká, 2009, s. 44). Jiní autoři uvádějí, že další tekutiny je třeba přidat od 10. měsíce (Kudlová, Mydlilová, 2005) nebo dokonce již v průběhu 8. měsíce (Mullerová, 2008).

Doporučuje se upřednostňovat balenou kojeneckou vodu (Kudlová, Mydlilová, 2005). Dále lze přidat převařenou pitnou vodu, dětské čaje a šťávy ze syrového ovoce ředěné vodou (Mullerová, 2008). Ovocné šťávy a stoprocentní džusy mají velké množství

cukru a proto je vhodné je ředit vodou (Gregora, 2004). Neměly by být podávány ve velkém množství. „Staršímu kojenci se doporučuje maximálně 120 - 150 ml džusu denně. Větší množství zatěžuje jeho trávicí systém a může vést k neprospívání“ (Gregora, Zákostelecká, 2009, s. 44).

Světová zdravotnická organizace upozorňuje na marketing pokračovacích náhradních mlék (formulí).³⁵ Upozorňuje na to, že marketing a reklama na tuto umělou výživu může ovlivnit rozhodování rodičů o tom, jak budou své dítě krmit po ukončení výlučného kojení. Někteří dávají přednost pokračovacím formulím před mateřským mlékem i v případě, že matka kojit může. Reklama (obal, název a označování mléka) k tomuto rozhodnutí může přispět. WHO tvrdí, že mateřské mléko je nejvhodnější součást výživy kojenců i po zavedení příkrmu a to až do 24 měsíců věku dítěte. Pokračovací mléko, pokud matka může stále kojit, není podle WHO vhodné zavádět. Zastává názor, že je nepotřebné a dokonce jako náhrada mateřského mléka nevhodné: „The Organisation further maintains that as well as being unnecessary, follow-up formula is unsuitable when used as a breast-milk replacement from six months of age onwards“ (*Information concerning the use and marketing of follow-up formula*, 2013, s. 1). WHO to zdůvodňuje tak, že složení pokračovacích mlék způsobuje zvýšený příjem proteinů a snížený příjem esenciálních mastných kyselin, vitaminů skupiny B, zinku a železa, což není v souladu s doporučeními WHO pro správný růst kojenců a dětí. (*Information concerning the use and marketing of follow-up formula*, 2013)

Shrnutí

Podle doporučení vycházející z přístupu WHO je ideálem výlučně kojit do 6. měsíce věku dítěte a od ukončeného 6. měsíce začít postupně zavádět příkrm. Pokud tohoto ideálu nemůže být dosaženo, existuje shoda, že spodní hranice pro zavedení příkrmu je 4. měsíc. Alergologové doporučují cíleně zavádět nemléčnou stravu, včetně alergenů, mezi 4. a 6. měsícem.

Většina českých odborníků uvádí, že se začíná zeleninou, dále se přidává maso, pak ovoce, následují kaše z obilovin a ke konci 1. roku dítěte jsou v jeho jídelníčku všechny základní druhy potravin. Zpočátku je dítě krmeno rodičem pomocí lžičky. S tímto

³⁵ V dokumentu WHO « *Information concerning the use and marketing of follow-up formula* »

postupem nesouhlasí metoda *Baby led weaning*, která je založena na tom, že dítě si od počátku samo vybírá, co chce sníst a krmí se samo, bez pomoci.

Při přechodu na příkrm je doporučováno pokračovat v částečném kojení nebo v podávání umělé výživy. WHO však upozorňuje na nevhodnost pokračovacích náhradních mlék.

Jak bylo uvedeno, strava dítěte ke konci tohoto období, kolem 12. měsíce věku, obsahuje již potraviny ze všech hlavních skupin. V následujícím období, v období batolecím, se tedy skladba výživy začíná podobat skladbě stravy dospělého.

3 Výživa batolat

Tato část práce představí výživu batolete. Dítě je označováno za batole ve 2. a 3. roce života. V tomto období se zpomaluje růst dítěte v porovnání s 1. rokem života. (Mullerová, 2008) Od počátku 2. roku života je organismus dítěte připraven přijímat, zpracovat a strávit pevnější stravu. V tomto období dítě přijímá jídlo ve formě hrubších kousků, které ho nutí a učí žvýkat. Konzistence jídla se také mění. Svým složením se strava začne podobat stravě dospělých. „Přechodná“ strava kojence se v batolecím věku mění na stravu rodinnou. Správná výživa je v tomto období důležitá pro zajištění správného vývoje a růstu a také pro vytvoření vhodných stravovacích návyků. (Vincentová, 2006; Marx, Volf, 2007)

Kapitola nejprve představí skupiny potravin i jednotlivé potraviny, které by měly být zastoupeny v jídelníčku batolete. Ukáže také, jaké zastoupení by tyto skupiny měly mít ve výživové pyramidě pro toto věkové období. Následovně se bude věnovat chybám ve výživě batolat a na závěr se dotkne problematiky kojení a pitného režimu této věkové skupiny.

3.1 Potraviny ve výživě batolat

Stravu v batolecím věku tvoří mléko a mléčné výrobky, maso (včetně drůbeže a ryb), vejce, brambory, luštěniny, cereálie, ovoce a zelenina. Zelenina a cereálie by měly tvořit, stejně jako v jídelníčku dospělého, základ jídel. Je v nich obsažená vláknina, která má příznivý vliv na hladinu cholesterolu a další pozitivní účinky. Vláknina je tedy důležitá součást stravy, která se v tomto období zavádí. Vyskytuje se např. v celozrnném chlebu, ovesných vločkách, bramborách a v luštěninách. Ovoce a zelenina by měly být dítětem přijímány denně. Maso by mělo být podáváno několikrát týdně. (Vincentová, 2006; Marx, Volf, 2007; Gregora, 2004; Gregora, Zákostelecká, 2009)

Výživa batolete by měla být výživná, pestrá, lehce stravitelná a bohatá na vápník. Neměla by být kořeněná. Jídlo pro batole lze již při přípravě solit, ale jen velmi málo.³⁶ (Vincentová, 2006; Gregora, 2004).

3.2 Výživa batolete mezi 1. a 2. rokem

Mezi 1. a 2. rokem už dítě většinou konzumuje téměř vše, co jeho rodina. Výběr rodinného jídla by tedy měl být do určité míry přizpůsoben tomu, že ho přijímá i batole. Dítě by mělo přijímat co nejvíce různých druhů potravin. Tím se vyhne nedostatku některé z živin. Denně by batole mělo konzumovat potraviny z obilnin (pečivo, kaše, rýže, těstoviny). Postupně se z nich v jídelníčku batolete stanou potraviny, které budou zajišťovat největší část příjmu energie (jako ve stravě dospělého). Energie v obilninách je totiž ve formě škrobů. Obiloviny se mohou přijímat ve větším množství, protože neobsahují tuk. Také brambory ho neobsahují a jsou také bohatým zdrojem energie ve formě škrobu, proto jsou vhodnou přílohou. (Kudlová, Mydlilová, 2005)

Zelenina a ovoce by měly být podávány několikrát denně. Dítě by mělo konzumovat zeleninu nebo ovoce při každém jídle. Denně by měl jídelníček obsahovat maso (v množství 3 lžic), drůbež, ryby, vajíčka a luštěniny. Každý den by dítě mělo přijímat také mléko a mléčné výrobky. Od jednoho roku věku už dítě může konzumovat „obyčejné“ plnotučné pasterizované kravské mléko. Někteří autoři doporučují spíše pokračovací mléko, které je obohaceno některými vitaminy a minerály. Dítěti by se stále neměly podávat nízkotučné výrobky, zejména nízkotučné mléko a mléčné výrobky. Zároveň by ale dítě nemělo jíst potraviny velmi tučné, jako jsou uzeniny, šlehačka, tučné maso apod. (Kudlová, Mydlilová, 2005; Müllerová, 2003)

³⁶ Průměrná spotřeba soli v ČR je přibližně 12 g na osobu za den. To je dvakrát více, než se doporučuje dospělým. Dítě by mělo sůl přijímat ještě v menším množství. Sůl mu nebude chybět- množství, které jeho tělo potřebuje, je již obsaženo v potravinách bez přisolování. (Kudlová, Mydlilová, 2005)

3.3 Výživa batolete mezi 2. a 3. Rokem

Čím je dítě starší, tím ubývá specifických výživových doporučení. Výživa po 2. roce života se ještě více podobá té určené dospělým. Složení denní stravy by se mělo řídit potravinovou pyramidou (viz 1. kapitola). Základ jídelníčku vytvářejí potraviny z obilnin. Naopak úplně nejméně by měly být konzumovány tučné potraviny a sladkosti. Část výrobků z obilnin by měla být celozrnná. Obsahují totiž více vitaminů, minerálů a vlákniny než výrobky z bílé mouky. I po 2. roce života by batole mělo přijímat dostatek mléka a mléčných výrobků. Od 2 let věku by nemělo už být podáváno mléko plnotučné, ale polotučné. (Kudlová, Mydlilová, 2005)

3.4 Výživová pyramida pro batolecí věk

D. Müllerová (2003) představuje výživovou pyramidu pro batolecí věk, podle které vycházejí denní porce³⁷ takto:

„- 3-4 porce mléka a mléčných výrobků

- 2-3 porce obilovin

- 2-3 porce zeleniny a 2 porce ovoce (z toho jedna porce zelené listové zeleniny, jedna porce ovoce nebo zeleniny s vysokým obsahem vitamínu C a jedna porce žluté až oranžové zeleniny nebo ovoce)

- 1 porce masa denně (dvakrát v týdnu 2. porce z ryby)

- 2-3 porce volného tuku (k pečivu či přípravě syrových a vařených jídel)“

(Müllerová, 2003, s. 65; 2008, s. 317).

3.5 Chyby ve výživě batolat

Podle průzkumu, realizovaného Poradenským centrem *Výživa dětí*, má až 95% českých batolat nesprávný jídelníček (Knížková, 2011). Mezi nejčastější chyby ve výživě

³⁷ 1 porce = „u mléčných výrobků 120-150 ml mléka, 100 ml jogurtu, 25-30 g sýra; u obilovin ½ krajíce chleba, ½ rohlíku, 60-70 g rýže, těstovin, 2 knedlíky; u ovoce a zeleniny 1 menší kus (kolem 50-60 g), sklenice ředěné ovocné šťávy; u masa 40 g“ (Müllerová, 2003, s. 65; 2008, s. 317).

batolat patří podle odborníků jednostranná strava a nevhodná skladba potravy. Dětem je podáváno příliš mnoho tučných a smažených jídel s vysokým obsahem živočišných tuků, příliš sladkých potravin, jídel (např. přislazované polévky) a tekutin (např. přislazované mléko, stoprocentní džusy, *Fanta*, *Sprite*). Častým problémovým fenoménem je podávání pokrmů z restaurací rychlého občerstvení (pizza, hamburger, apod.) a uzenin, které jsou nevhodné kvůli vysokému obsahu živočišného tuku, soli, konzervačních a dalších látek. Dalším problémem je solení. Vysoký příjem zatěžuje ledviny a vede k vysokému krevnímu tlaku v dospělosti. (Gregora, Zákostelecká, 2009; Marx, Volf, 2007; Vincentová, 2006; Frühauf, Szitány, 2013; Tláškal, 2004)

Mezi další nevhodné návyky ve stravě batolat patří malá konzumace zeleniny, ovoce a vlákniny, malý podíl rostlinných olejů³⁸ a nedostatek mléka a mléčných výrobků. Nedostatek vápníku a fosforu, které má dítě získat z mléka a jeho výrobků, může mít negativní dopad na vývoj skeletu. To se může projevit až v pozdní dospělosti vyšší křehkostí kostí. (Gregora, 2004; Tláškal, 2004; Frühauf, Szitány, 2013)

Dalším problémem může být aplikování doporučení, která se týkají dospělých a která jsou v batolecím období ještě nevhodná. Jedná se např. o omezování cholesterolu. Dítě by ho omezovat nemělo, protože ho potřebuje ke svému růstu a vývoji. (Tláškal, 2004)

3.6 Kojení, mléko a pitný režim u batolat

Batole potřebuje 1200 – 1500 ml tekutin za 24 hodin. Potřebu tekutin kryjí nemléčné nápoje i mléko. Malému dítěti by se měly nápoje pravidelně nabízet, protože si o ně většinou samo neřekne. (Gregora, Zákostelecká, 2009)

WHO a někteří odborníci doporučují pokračovat v kojení a to do 2 let věku dítěte i déle (Kudlová, Mydlilová, 2005; Mullerová, 2003; Gregora, Zákostelecká, 2009). E. Kudlová a A. Mydlilová doporučují i v batolecím věku „kojit tak často a tak dlouho, jak dítě vyžaduje“ (Kudlová, Mydlilová, 2005, s. 96). Mateřské mléko je, podle těchto doporučení, stále důležitou součástí výživy dítěte. Může batoleti poskytnout až třetinu potřebné energie a bílkovin (při tvorbě půl litru denně). (Kudlová, Mydlilová, 2005)

³⁸ Místo másla a jiných živočišných tuků je vhodnější volit spíše rostlinné oleje s nízkým obsahem nasyceným mastných kyselin a trans-mastných kyselin (Frühauf, Szitány, 2013).

Pokud matka nekojí, mnozí odborníci radí, aby byla dítěti podávána spíše umělá mléčná výživa než kravské mléko (Mullerová, 2003). Je totiž obohacena o vitamíny, minerály a další látky s pozitivním účinkem pro dítě (Gregora, Zákostelecká, 2009; Frühauf, Szitány, 2013).

Denní potřeba mléka je v tomto období 250 - 500 ml. To je množství, které by mělo zajistit dostatečný přísun vápníku. Mléko se dá nahradit mléčnými výrobky. (Marx, Volf, 2007)

Z nemléčných nápojů by měla být podávána především voda. Dále je možné nabízet minerální vodu, neslazené bylinkové a ovocné čaje. Příjem tekutin zajišťuje také ovoce a zelenina. Konzumace stoprocentních džusů a sladkých nápojů by měla být omezena. Denní příjem by měl být 110 - 170 ml³⁹ stoprocentního nápoje bez přidaných cukrů. Šťávy a džusy by měly být ředěny vodou. Velká spotřeba sladkých nápojů může mít negativní vliv na zdravotní stav batolete. Dítě neprospívá, může se objevit dlouhodobý průjem a ztráta chuti k jídlu. Velký příjem sladkých nápojů může vést i k obezitě a rozvoji zubního kazu. V případě, že sladké nápoje nahrazují mléko, může se objevit i problém nedostatku vápníku. (Frühauf, Szitány, 2013; Gregora, Zákostelecká, 2009)

Shrnutí

Výživa batolete se svým složením podobá stravě dospělých. Zahrnuje cereálie, luštěniny, brambory, ovoce a zeleninu, maso, vejce mléko a mléčné výrobky. WHO doporučuje v batolecím věku stále kojit.

Většina batolat v České republice má nesprávnou stravu. Výživa je často jednostranně zaměřená. Dalšími prohřešky jsou např. vysoká konzumace sladkého, příliš tučného a nadměrná konzumace soli. To se jeví problematičtější nejen pro aktuální zdravotní stav batolat, ale také pro formování pozdějších stravovacích návyků. Batolecí období je důležité pro utváření nutričních návyků, které si jedinec často nese celý život. O různých aspektech formování stravovacích návyků pojednává následující kapitola.

³⁹ Gregora doporučuje podávat batolatům maximálně 150-250 ml džusu a sladkých šťáv (Gregora, Zákostelecká, 2009).

4 Formování stravovacích návyků

Správná výživa v dětství je důležitá nejen k optimálnímu růstu a vývoji dítěte ve zdravého dospělého jedince, ale také k osvojení si správných nutričních návyků, které si jedinec ponese celý život. K formování správných výživových návyků patří výběr vhodných potravin, které jsou malému dítěti nabízeny. O tom pojednávají předchozí kapitoly. Tato kapitola doplňuje tuto problematiku o další hlediska, zejména o psychologické hledisko vývoje stravovacích návyků.

To, jak se jedinec po celý život stravuje, je velmi ovlivněno nutričními návyky a postoji k jídlu, které se vytvářejí především v raném dětství. Formování návyků a postojů v dětství je základ pro způsob stravování v dospělosti. Správné návyky chrání děti nejen před blízkými zdravotními obtížemi (např. před zubním kazem, obezitou), ale také před těmi vzdálenými (např. před nádorovými a kardiovaskulárními onemocněními). (Machová, Kubátová, 2009)

Kapitola pojednává o vývoji výživového chování, který zahrnuje vytváření pozitivního a negativního vztahu k potravinám. Roli zde hrají zejména rodiče a jejich „nutriční výchova“, která se významně podílí na vytváření stravovacích návyků.

Nutriční výchova je utvářena postoji a informovaností rodičů. Tato část se v závěru zaměří na zdroje, ze kterých rodiče mohou čerpat informace o stravování dítěte.

4.1 Vztah k potravinám

V raném dětství si člověk vytváří pozitivní vztah k určitým potravinám, k jiným může v tomto období vzniknout negativní vztah. Formují se nutriční preference i averze. Vývoj vztahu k potravinám je částečně ovlivněn genetickými predispozicemi. Patří mezi ně nenaučené, vrozené reakce na základní chutě. Jedná se o oblibu sladké chuti a o odmítání chuti hořké a kyselé. Dále je to odmítavá (neofobní) reakce na nové potraviny. Člověk je také vybaven schopností naučit se preferovat potravinu na základě pozitivní zkušenosti, kterou má spojenou s konzumací této potraviny. (Kudlová, Mydlilová, 2005)

Vztah k určité chuti se může začít zakládat již v době, kdy je dítě výlučně kojeno. Mateřské mléko totiž do určité míry mění svoji chuť podle potravin, které matka

konzumuje. Tím se dítě seznamuje s různými chutěmi již v době, kdy ještě žádnou potravinu samo neochutnalo. (Kudlová, Mydlilová, 2005) Podle Kudlové a Mydlilové (2005), kojené děti, díky tomuto jevu, snadněji přijímají nové chutě než děti na náhradní výživě.

Důležitou roli při utváření výživových postojů a návyků hraje prostředí. Kulturní zvyklosti udávají rámec každodenní stravy. Dítě v určitém kulturním prostředí má možnost ochutnat pouze to, co má daná kultura ve svých jídelních zvyklostech. Některé potraviny a chutě nemá dítě příležitost zkusit, protože nejsou jeho okolím přijaty (např. hmyz). Do prostředí patří v užším smyslu také rodina- její stravovací zvyklosti a způsob výchovy. (Kudlová, Mydlilová, 2005; Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000)

4.1.1 Neofobie

Neofobie je strach z neznámého, z nového. Neofobie se vyskytuje v nutričním chování zvířat vůči nové, nevyzkoušené potravě. Je to ochranný mechanismus, který chrání zvíře před neuváženou konzumací neznámého a před případnou otravou. Také člověk si v průběhu svého vývoje vytvořil mechanismy, které ho měly chránit před požitím neznámé potraviny bez uvážení. Tyto mechanismy jsou založeny na kompromisu neofobie a přirozené touhy neznámé ochutnat. Člověk nejdříve opakovaně ochutnával po malých množstvích. Až poté, když zjistil, že ho nová potravina neohrožuje a nevyvolává nepříjemné pocity, akceptoval ji jako součást své stravy.

Neofobie se objevuje u dětí pravděpodobně jako výsledek evoluční adaptace. Je to častý a přirozený projev chování dítěte, zejména v batolecím věku. Plní, mimo jiné, ochrannou funkci před neznámými poživatinami. Když se malé děti setkají s novou potravinou nebo s novým pokrmem, reagují tak, jak je popsáno výše. Většinou nové jídlo nepřijmou hned. Pro překonání strachu z neznámého a pro přijetí potraviny do jídelníčku je důležité opakované nabízení a pozitivní zkušenost spojená s konzumací této potraviny. Nové příkrmy a nové potraviny by dítěti měly být podávány opakovaně a po malých množstvích. (Kudlová, Mydlilová, 2005; Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000; Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013; Stožický, 2011)

4.1.2 Vývoj preferencí

Podle S. Fraňkové se preference (oblíba) může týkat: „živin, kompletních jídel, ale i látek, které samy o sobě nemají žádnou nebo jen nepatrnou nutriční hodnotu, mohou být pro jedince dokonce škodlivé“ (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003, s. 126). Preference se

formuje obvykle pomaleji než averze. Pokud se na potravinu nebo na jídlo vytvoří návyk, jedinec si jej nerad odpírá. (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003)

Fraňková (2003, 2013) uvádí faktory a mechanismy, kterými se preference získává:

a) opakovaným vystavením pokrmu - Pokud je dítěti jídlo podáváno opakovaně, může se vytvořit preference k tomuto pokrmu. Fraňková ale upozorňuje, že příliš častým podáváním stejného jídla může naopak preference vymizet a může dojít k opačnému efektu - k jeho odmítání.

b) mechanismem vzniku podmíněných reflexů - Proces podmiňování je založený na tom, že je určitý pokrm spojován s dalšími podněty, např. s jeho senzorickými vlastnostmi (vůně, barevnost, úpravou jídla apod.).

c) sociálními faktory - Na vytvoření preference má velký vliv sociální situace. Dítě si často oblíbí jídlo, které jedí ostatní (např. členové rodiny). (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003; Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Podle E. Kudlové a A. Mydlilové (2005) si dítě vytvoří oblibu k potravinám, které má spojené s příjemnými pocity: s pocitem bezpečí, nasycení, uzdravení, s příjemnými situacemi, s pohodou v rodině a s příjemnou atmosférou během stolování. Příjemný pocit nasycení vzniká zejména po požití potravin s vysokým obsahem energie. To může vést k tomu, že se dítě naučí upřednostňovat potraviny s vysokým obsahem tuku nebo cukru. Tento návyk může být později problematický.

4.1.3 Vývoj averzí

K určitým potravinám si dítě může vyvinout averzi. Averze vzniká podobně jako preference, ale má opačný efekt. Pro vznik preference je však většinou potřeba, aby zkušenost s potravinou byla opakovaná. Averze může vzniknout rychleji, někdy naráz, následkem jediné špatné zkušenosti s potravinou. Averze se vyvinula v evoluci jako obranná strategie vůči potenciálně škodlivým potravinám. Tato strategie je podložena neofobií. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Rozin a Fallon (1980, in Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013) vymezili příčiny averzí. Zařadili mezi ně např.:

a) fyziologické faktory - Dítě si vyvine averzi vůči potravíně, po které mu není dobře, protože jeho organismus není schopen tuto potravinu (či určitou látku) strávit nebo metabolizovat.

b) alergie - Averze, jejíž příčina je alergie na určitou potravinu, má ochrannou funkci.

c) senzorické vlastnosti jídla - Barva jídla, jeho vůně či konzistence, apod. mohou být dítěti nepříjemné a hrát tak roli při rozvoji averze.

d) anticipace, očekávání negativních důsledků - Dítě si ještě před požitím jídla myslí, že mu po něm bude nevolno. Očekává něco nepříjemného nebo nebezpečného.

e) podmíněný reflex - Dítě má určité jídlo spojené se špatnou zkušeností. Když je znovu vystaveno podnětům, které provázely tuto nepříjemnou zkušenost, může k tomuto jídlu vzniknout odpor.

f) nevhodnost, nepřiměřenost jídla - Dítě se učí stravovacím zvyklostem kultury, ve které vyrůstá. Potraviny, které danou kulturou nejsou přijaty (např. hmyz, koňské maso), mohou vyvolávat odpor. Tato averze je velmi silná a někdy ani člověk, který se vyskytne v situaci s nedostatkem jídla, tento odpor nepřekoná.

E. Kudlová a A. Mydlilová (2005) uvádějí, že dítě si vyvine averzi vůči potravinám, které má spojené s nepříjemnými pocity: s nemocí, s nevolností, se zvracením. Taková averze může v nutričním chování zůstat celý život. Příčina neoblíby jídla může být způsobena káráním dítěte během jídla i tím, když je dítě svědkem hádky rodičů při jídle. Nepříjemná atmosféra u stole může vést ke vzniku nechutenství i žaludečních potíží (Gregora, 2004). Averze vzniká i při nucení do jídla (Fruhauf, Szitányi, 2013). Pokud je dítě nuceno sníst neoblíbené jídlo a je to odůvodněno tím, že je „zdravé“, může to v dítěti zanechat dojem, že potraviny se dělí na „zdravé“ (=nechutné) a „dobré“ (Kudlová, Mydlilová, 2005).

Někteří odborníci na dětskou výživu radí, aby kojenci a batolata nebyli do jídla nuceni a aby se bylo ponecháno na nich, kolik toho snědí. Pokud toho dítě sní málo, většinou si to při dalším jídle vynahradí. Rodiče nebo pečovatelé mohou zajišťovat kvalitu, pestrost stravy a pravidelnost jejího podávání, ale množství snědeného jídla by, podle odborníků, mělo určit samo dítě. Přísun přiměřeného množství výživy lze posuzovat podle prospívání dítěte – podle jeho růstu a přibývání na váze. (Gregora, 2004; Kudlová, Mydlilová, 2005; Fruhauf, Szitányi, 2013)

Dítě řídí příjem potravy svými pocity hladu a sytosti. Kojenec, batole i předškolní dítě regulují příjem živin a energie podle svých fyziologických potřeb. (Rucki, 2003; Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013) Schopnost malého dítěte řídit přívod výživy podle jeho energetických potřeb byla některými výzkumy zpochybněna a bylo upozorněno na to, že se tato schopnost nemá nadhodnocovat. Avšak existují studie, které potvrzují existenci

určitých kontrolních mechanismů, které řídí příjem potravy u dětí. Tento vnitřní regulační mechanismus ale může být narušen nevhodnými zásahy z okolí. Odborníci poukazují na to, že pokud je dítě nuceno do jídla - je mu určováno, kdy a kolik toho má sníst - může to vést k porušení jeho vlastní schopnosti regulace příjmu potravy a energie. Jedná se o případy, kdy je dítě nuceno dojídat jídlo, které již nechce, ale i naopak, kdy je dítě hladové a je nuceno čekat, až bude čas jídla. Dítě se tak naučí, že se musí jíst jen v přítomnosti jídla, ať má hlad či nikoliv. (Rucki, 2003; Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000; Kudlová, Mydlilová, 2005; Gregora, 2004). Potlačení pocitu sytosti může vést k obezitě (Gregora, 2004).

Chuť k jídlu se v průběhu ontogenetického vývoje mění. Chuť na (určité) jídlo se střídá s fázemi jeho odmítání. V prvním roce života, který je charakteristický překotným růstem, je u zdravého dítěte chuť k jídlu veliká. Ve druhém roce, kdy se tempo růstu zpomaluje, chuť k jídlu klesá. (Gregora, 2004; Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). V batolecím věku se projevuje fyziologický negativismus. (Mullerová, 2003).

4.2 Vývoj vztahu k jednotlivým chutím

Období, během kterého se dítě seznamuje s novými chutěmi, je nazýváno „senzitivní perioda pro chuť.“ Tato perioda spadá do období, kdy dítě ochutnává první nemléčné pokrmy. (Fraňková, 2013) Jak již bylo řečeno, pokud je dítě pravidelně vystavováno určitým chutím, vzniká obliba těchto chutí⁴⁰ nebo návyk na tyto chutě. S. Fraňková (2000, 2013) vymezuje senzitivní periodu mezi 4. a 6. měsícem. Fraňková, přestože souhlasí s výhodami delšího výlučného kojení, tvrdí, že odkládání zavádění příkrmů může být rizikové v tom, že dítě pak hůře přijímá nové chutě: „čím později přechází dítě na rozmanitou stravu, tím hůře se může naučit přijímat nová jídla a tím si zužuje škálu nutričních preferencí (oblib)“ (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 68).

a) Preference sladké chuti

Cukr je důležitý zdroj rychle uvolnitelné energie. Pro děti může být užitečný, protože mají hodně pohybu a tedy i větší potřebu energie. Cukr ve formě glukózy je

⁴⁰ Při vzniku preference hrají roli i další faktory, např. pozitivní zkušenost, příjemné prostředí atd.

nezbytný pro činnost mozku. Návyk na sladké a následná zvýšená konzumace sladkého ale vede k nadváze a je základem různých civilizačních onemocnění. (Fraňková, 2000) Bílý cukr, vyráběný z cukrové řepy nebo třtiny, je koncentrát, ze kterého jsou odstraněny všechny vitaminy, minerály a vláknina. Tělo ztrácí vitaminy řady B při jeho trávení. Při vysoké spotřebě bílého cukru může dojít k poruchám trávení a snížení obranyschopnosti organismu. (Gregora, Zákostelecká, 2009)

Preference sladké chuti má vrozený základ (Kudlová, Mydlilová, 2005; Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). Je to pravděpodobně „evolučně adaptivní mechanismus“, který slouží k tomu, aby dítě rozpoznalo mateřské mléko, které má sladkou chuť (Fraňková, 2013). Preference sladkého u kojenců byla vysledována během experimentu, při kterém byl některým dětem podán sladký roztok a některým byla podána jen čistá voda. Byla zaznamenána větší obliba sladkého roztoku (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013). Vysoká obliba sladkého s věkem klesá. Stupeň snížení preference ale závisí na mnoha faktorech, mezi které patří vliv rodiny a její nutriční zvyklosti. (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000) Pokud jsou dítěti nabízeny sladkosti, vytvoří si na sladkou chuť návyk (Gregora, Zákostelecká, 2009). Platí to i v případě, kdy jsou kojenci přisazovány příkrmy - na sladkou chuť si rychle zvykne a následkem může být odmítání nesladkých jídel (Kudlová, Mydlilová).

Jeden z důvodů, proč děti pojídají větší množství sladkostí, může být kompenzace nedostatku energie z jiných zdrojů. Nedostatek energie může být způsoben např. konzumací odtučněných mléčných výrobků nebo nedostatkem obilovin v jídelníčku. Škrob (polysacharid) z obilovin je důležitý zdroj energie. Na rozdíl od řepného cukru ve sladkostech nezatěžuje organismus, protože se štěpí velmi pomalu a nezpůsobuje tak rychlý vzestup krevního cukru. Glukóza, která vznikne rozložením škrobu, se do krevního oběhu dostává postupně a udržuje relativně konstantní hladinu krevního cukru. Pokrmy obsahující škrob (z obilovin) proto zasytí na delší dobu než sladkosti. Řepný cukr ve sladkostech dodá organismu energii rychle. Při jeho požití dojde k rychlému vzestupu hladiny krevního cukru, po kterém přichází její pokles, který vyvolává chuť na další sladkosti. (Gregora, 2004)

b) Preference slané chuti

Po narození není chuťový aparát pro sůl zřejmě ještě vyvinut, dítě slanou chuť ještě nevnímá (jako tu sladkou). Ale už ve 4. měsíci byla u kojenců zaznamenána výrazná preference slané (Beauchamp, 1981, in Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013) Vznik preference slané chuti závisí i na tom, co se dětem podává – zvyšuje se s konzumací potravin bohatých na sůl, např. solených bramborových lupínků, hranolek apod. (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000). Pokud si malé dítě na slanou chuť zvykne, bude ji vyhledávat i později (přisolování pokrmů). Nadměrná konzumace soli vede k zadržování vody v těle, k potížím s ledvinami a ke zvyšování krevního tlaku. (*Sůl a slanosti*, 2013)

c) Preference tuků

Není zcela jasné, jak se vyvíjí vnímání chuti tuku a vztah k němu. Usuzuje se, že preference tuku je spíše naučenou reakcí než vrozenou. Již u malých dětí vzniká preference tučných jídel, která dlouhodobě přetrvává. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013)

Nelze determinovat specifickou preferenci tuků, protože tuky se v dětském jídelníčku objevují v různých kombinacích (se sladkostmi, pečivem, masem, uzeninami atd.). Jedním z důvodů obliby tuků může být jejich příjemná chuť. Pozitivní roli hraje i jejich palatabilita (Fraňková, 2013) Podle Fraňkové „tuk dodává jídlu jemnost, příjemnou chuť i vůni, lépe se polyká“ (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 82). Kudlová a Mydlilová (2005) uvádějí, že obliba tučného může být způsobena pocitem příjemného nasycení, který vzniká po požití potraviny s vysokým obsahem energie.

U dětí se často vyskytuje vysoká preference potravin, které jsou zároveň sladké a tučné. Tato obliba se podporuje a upevňuje, když jsou tyto potraviny nabízeny jako odměna. Důležitou roli v podpoře obliby a návyku na sladké a tučné pokrmy hrají také společenské události (např. oslavy), kde je takové jídlo podáváno (často jako součást společenského rituálu). (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000)

4.3 Vliv a role rodiny v utváření nutričních návyků, nutriční výchova

Významný vliv na formování nutričních zvyklostí a postojů k jídlu má rodina, ve které dítě vyrůstá. Roli hraje chování rodinných příslušníků, výchova i stravovací návyky

rodiny. Fraňková uvádí, že faktory hrající roli při utváření nutričních návyků u dětí jsou: „a) genetické vlivy, b) vlastnosti osobnosti rodičů a jejich zájmy, c) výchovné metody rodičů, d) vlivy sourozenců, žije-li více dětí v rodině, e) ekonomická situace rodiny, její kulturní a sociální pozadí“ (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, s. 102). Je tedy zřejmé, že problematika formování stravovacích návyků se netýká jen oblasti biologické a chemické (složení potravin), ale také oblasti pedagogické, psychologické a sociologické.

Malé děti mají sklon napodobovat své okolí a **přebírat preference svých rodičů**. Ve výživovém chování se to projevuje zejména v batolecím věku, kdy dítě začíná integrovat do svého jídelníčku rodinnou stravu a jí společně s rodinou. Období od 12 měsíců do 3 let je proto významné pro utváření stravovacích návyků a vztahu k jídlu a jednotlivým potravinám. (Vincentová, 2006; Gregora, 2004)

Dítě často vyžaduje to, co jí ostatní. K potravinám a pokrmům, na které má okolí pozitivní názor a a bude ho před dítětem demonstrovat, si dítě obvykle vytvoří pozitivní vztah. Funguje to i naopak. Dítě se ztotožní i s osobou, která o potravině tvrdí, že není dobrá, a vytvoří si k potravině negativní postoj. (Kudlová, Mydlilová, 2005) S. Fraňková (2000, 2013) hovoří v tomto smyslu o tzv. „konceptu sociální facilitace“. Jedná se o působení sociálního příkladu při vytváření nutričních preferencí. Napodobováním ostatních si dítě osvojuje vzorce potravního chování. Tento jev je pozorován také u zvířat. Jeho biologický význam spočívá v tom, že usnadňuje přijímat nové zdroje potravy.

F. Rucki (2003) prezentuje výsledky výzkumů, které potvrzují, že chování rodičů ovlivňuje do značné míry preference a výběr určitých druhů potravin. Dítě jejich chování a návyky „kopíruje“. Studie poukázaly na to, že pokud rodiče konzumují potraviny s vysokým obsahem tuku, i jejich děti tyto potraviny vyhledávají a preferují⁴¹. Podobně se to ukázalo u příjmu ovoce a zeleniny ve výživě matek a jejich dcer. To, že děti přebírají nutriční návyky a postoje k jídlu svých rodičů, poukazuje na význam pozitivního příkladu při formování zdravých výživových zvyklostí. (Rucki, 2003)

Výchova dítěte je úzce spojena s nutričním chováním. Působí na vytváření postojů k jídlu, stravovacích zvyklostí, averzí a preferencí. Způsob výchovy má vliv na vývoj nutričního chování dětí. (Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013) Existují různé klasifikace

⁴¹ Studie: Fisher, J.O., Birch, L.L.: Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year-old children are related to parental adiposity. J. Am. Diet. Assoc., 95, 1995, č.7, s. 759-765.)

výchovných stylů. Baumrind (1991, in Fraňková, Pařízková, Malichová, 2013) vymezil tři typy rodičovského chování:

- *permisivní* – Rodiče nechávají dětem více volnosti (při řízení aktivit). To se promítá i v jídelním chování- např. děti mají volnost při výběru jídla.
- *autoritářský* – Rodiče lpí na poslušnosti dítěte, aplikují direktivní metody. O tom, co, kdy a jak se bude jíst, rozhodují pouze rodiče. Děti se podřizují nutričním preferencím rodičů.
- *autoritativní* – Tento styl se vyznačuje pevnou kontrolou nad dítětem a vyžadováním disciplíny. Zároveň mají rodiče k dítěti vřelý vztah a jsou k němu pozorní. Nejsou restriktivní, spíše asertivní. Gopalan a Weizman (2001, in Fraňková, 2013) považují konstruktivní rodičovskou autoritu za důležitou v prevenci i v léčbě dětské obezity.

Maccoby a Martin (1984, in Fraňková, 2013) vymezují ještě jeden typ výchovy:

- *neangažovaní rodiče* – Tento typ výchovy je charakterizován malou kontrolou nad dítětem a nízkými požadavky na dítě. To se odráží také v nutriční výchově.

Rodiče mohou na dítě a jeho vztah k jídlu působit různými „prostředky“, jejichž realizace se liší podle stylu výchovy, který rodiče praktikují. Mezi tyto „prostředky“ patří např.: verbální pobízení (např. přesvědčování, povzbuzování, kárání apod.), neverbální povzbuzování (např. gesta, mimika, pohyby, zvyšování hlasu apod.) a používání jídla z jiných, než stravovacích důvodů (jako odměna, ke zklidnění dítěte apod.). Lze sem zařadit také jídelní chování rodičů, které je dítěti příkladem a ovlivňuje jeho potravní chování. (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000)

Výchova ke správné výživě není snadná, rodiče a vychovatelé se mohou dopouštět chyb, které mohou vést k vytvoření nevhodných nutričních návyků. Jedním z klíčových problémů je teoretická neznalost rodičů v oblasti výživy. Rodiče mohou mít nedostatečné znalosti týkající se funkce základních živin, složení potravy, energetické hodnoty jídla, zdrojů živin a energie, vhodných technologických postupů přípravy pokrmů apod. To má za následek např. nevhodnou skladbu jídelníčku rodiny a podávaného jídla. Na nesprávném jídelníčku se podílí nejen teoretická neznalost, ale také nedostatek času na přípravu pokrmů, spěch a špatná kvalita dostupných potravin. Dále to jsou také stereotypy ve stravování (opakování stále stejných jídel, úzký výběr potravin). Další chyby, kterých se rodiče v nutriční výchově dopouštějí (a které často vycházejí z teoretické neznalosti), jsou: nepravidelnost v jídlu rodiny, špatné postoje rodičů k jídlu, nevhodná kultura stolování,

nerespektování věkových a vývojových zákonitostí a individuality dítěte. Zásadním problémem jsou špatné stravovací návyky rodiny. Ty si rodiče často odnášejí ze své původní rodiny, ve které vyrostli. Opírají se o zvyklosti a názory, podle nichž byli sami vychováni, ale které nemusí být vždy správné. (Fraňková, Odehnal, Pařízková, 2000, 2013; Gregora, 2004)

4.4 Zdroje informací o výživě dětí

Předchozí část zmínila problém teoretické neznalosti v oblasti výživy, která vede k chybám ze strany rodičů ve stravování dětí. Informovanost rodičů je důležitým faktorem ve volbě a způsobu podávání výživy dětem. Rodiče se mohou informovat a vzdělávat v této oblasti mnoha způsoby. Informační zdroje jsou rozmanité. Problém, na který upozorňuje občanské sdružení *Výživa dětí*, je, že doporučení se v různých zdrojích liší. Navíc, v některých z nich nejsou tato doporučení odborně podložena. (*Výživa batolat v Čechách aneb Strasti a slasti českých maminek*, 2011) Výzkum provedený poradenským centrem *Výživa dětí*, zaměřený na stravování dětí od 0 do 3 let, konstatuje, že rodiče se zajímají o výživu svých dětí a aktivně hledají informace. Mohou však mít problém zorientovat se ve velkém množství rozcházejících se informací a protichůdných doporučeních, často nepodložených odbornými zdroji. (*Výživa batolat v Čechách aneb Strasti a slasti českých maminek*, 2011) Další problém se může ukrývat v informacích a radách o dětské výživě, které jsou poskytovány výrobcí dětské stravy. Ačkoliv se to nemusí vždy na první pohled zdát, mohou se za nimi skrývat komerční záměry.⁴²

Rodiče mohou získat informace týkající se výživy dětí na internetu, v knižních publikacích (v příručkách pro rodiče, v odborné literatuře), časopisech (odborných, pro ženy), v televizních pořadech, od zdravotních pracovníků, na přednáškách, seminářiích vzdělávacích kurzech i ve škole.

O informovanosti rodičů o výživě dětí byla provedena studie *Informovanost matek o výživě dětí v útlém věku* (Ondriová, Sinaiová, Mrošková, 2013). V této studii bylo, mimo

⁴² Např. web *Klub maminek* (<https://www.klub-maminek.cz/diets>) nabízí kromě obecných rad a informací o dětském stravování také „jídelníčky garantované odborníky“, kde jsou rodičům doporučovány výrobky od *Hami*.

jiné, zjišťováno, jaké informační zdroje matky⁴³ nejčastěji využívají pro získání informací o výživě dětí v prvních 3 letech života dítěte. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce informací matky získávají od lékaře a zdravotní sestry (83,33 %). Další využívané zdroje informací jsou, podle průzkumu, přípravné kurzy před porodem, odborná literatura a internet. Tyto zdroje jsou využívány matkami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním (40,48 % respondentů). Matky se základním vzděláním odborné zdroje neuvedly. (Ondriová, Sinaiová, Mrošková, 2013)

Podobné výzkumné šetření bylo provedeno v rámci bakalářské práce *Informovanost a orientace rodičů dětí mladšího školního věku v oblasti výživy* (Kincová, 2010). Průzkum se zaměřuje na jinou věkovou kategorii než tato práce, ale výsledky mohou být i tak užitečné, protože zdroje informací se u rodičů malých dětí (do 3 let) a rodičů dětí mladšího školního věku nemusí vždy lišit. Výsledky studie se přesto trochu odlišují od těch z první uvedené studie. Práce je uvádí pro srovnání. Podle studie E. Kincové (2010) získávají rodiče⁴⁴ informace o správné výživě nejvíce z časopisů a internetu (48 %). Dále z knih (33 %) a od přátel (27 %). Méně je pak čerpají z televize (18 %) a z přednášek (12 %). (Kincová, 2010)

Shrnutí

Stravovací návyky se formují především v raném dětství. Při jejich utváření hrají roli více faktorů. Patří mezi ně např. vrozené reakce na základní chutě (např. obliba sladké chuti) a neofobie, projevující se odmítavou reakcí. Velmi významný faktor je vliv rodičů. Roli zde hrají především jejich postoje k výživě a výchova. Dítě napodobuje své okolí a přebírá nutriční návyky rodiny.

Postoje rodičů k výživě dětí jsou z části založeny na informacích, které rodiče o této problematice získali. Informace mohou čerpat z mnoha zdrojů, např. z internetu nebo z literatury. Rodiče mohou získat informace o výživě dětí také v některých mateřských centrech. Následující část práce – praktická část – představí tuto instituci a bude prezentovat výsledky výzkumného šetření, které zjišťovalo, jestli tato centra nabízejí svým klientům (rodičům dětí) nějaký program nebo materiál, který by se týkal problematiky výživy malých dětí.

⁴³ Matky- respondentky ve věku 19-40 let, různé vzdělání (ZŠ, SŠ. VŠ). Vyhodnoceno bylo 84 dotazníků.

⁴⁴ Respondenti : rodiče dětí 3. tříd ZŠ, 33 respondentů ve věku 31-64 let, z toho 26 žen, 7 mužů.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Podpora správných stravovacích návyků prostřednictvím činnosti mateřských center

Praktická část práce se věnuje mateřským centrům, ve kterých bylo provedeno výzkumné šetření zaměřené na výživu malých dětí do 3 let. Cílem šetření bylo zjistit, jestli je v mateřských centrech zařazena do vzdělávacího programu problematika dětské výživy a podpory správných stravovacích návyků.

První část kapitoly uvádí, co to mateřské centrum je, jak funguje, jaké funkce plní a jaká je historie tohoto zařízení. Další část se věnuje vybraným mateřským centrům. Zaměřuje se na jejich program a uvádí, jestli je zaměřen také na výživu a pokud ano, jakým způsobem. Poslední část shrnuje výsledky dotazníkového šetření, které mělo poukázat na přístup členů mateřského centra k výživě dětí a k podpoře stravovacích návyků.

Mateřské centrum je organizace, která sdružuje osoby na mateřské a rodičovské dovolené, zejména matky, a jejich děti. Zpravidla centrum zřizují samy matky a ty se pak podílejí na jeho samosprávě a zajišťují program. (*Co jsou mateřská centra*, 2009) Z hlediska práva jsou mateřská centra neziskové organizace, které se mohou vyskytovat v různých právních formách. Mateřské centrum může figurovat jako: obecně prospěšná společnost⁴⁵, občanské sdružení⁴⁶ nebo církevní organizace. Nejčastěji bývá ve formě občanského sdružení. Kromě názvu *mateřské centrum* se můžeme také setkat s označením *rodičovské centrum*, *rodinné centrum*, *klub maminek* apod.

Mateřská centra vznikají většinou jako neformální dobrovolnické iniciativy, které je možné formalizovat v právní subjekt (např. v občanské sdružení) a jejichž činnost se

⁴⁵ právní vymezení v zákoně č. 248/1995 Sb. o obecně prospěšných společnostech

⁴⁶ právní vymezení v zákoně č. 83/1990 Sb. o sdružování občanů

stává profesionální. Mateřská centra získávají finance na svoji činnost z různých zdrojů: z obecních rozpočtů, grantů různých nadací, soukromého sektoru (od firem a soukromých osob), ale i od státu, a to zejména od Ministerstva práce a sociálních věcí.

Mateřská centra plní několik funkcí. Především naplňují funkci sociální, sociálně preventivní, výchovnou i vzdělávací. Centra jsou pořadateli akcí pro rodiče i pro děti. Program center bývá různorodý: socializační a tvořivý, vzdělávací, sportovní, také rekvalifikační, apod. Organizace nabízejí rodičům i dětem různé volnočasové aktivity, jako jsou výlety či hry. Rodiče se mohou účastnit vzdělávacích programů, týkajících se dětského života i rodinné problematiky. Mohou zde sdílet své zkušenosti a dostává se jim laického poradenství. Mateřská centra poskytují rodičům na mateřské dovolené místo, kde se setkávají s dalšími lidmi, se kterými mohou společně trávit čas, a mají tak možnost dostat se z izolace, ve které se ocitají díky své celodenní péči o dítě. Rodiče, kteří se zapojí do činnosti organizace, mohou rozvíjet své schopnosti a dovednosti a zároveň se podílet na tvorbě programu centra. (*Co jsou mateřská centra*, 2009)

První organizace tohoto typu u nás vznikla v roce 1992. Jeho zakladatelkou je Ruth Kolínská, která se inspirovala mateřskými centry v Německu. V roce 2002 vznikla *Sít mateřských center*, občanské sdružení, jehož členy jsou jednotlivá centra. (*Výroční zpráva 2012*, 2012) Toto sdružení koordinuje mateřská centra, zajišťuje jejich propagaci a rozšiřování, poskytuje jim podporu, poradenství, vzdělání pro pracovníky a zajišťuje spolupráci s dalšími subjekty. (*Poslání sítě MC*, 2009)

Mateřské centrum funguje na principu „rodinné svépomoci a vzájemné službě“ (*Poslání sítě MC*, 2009). Svým členům poskytuje společenství a solidaritu. Vyznačuje se svou otevřeností: je otevřené všem generacím, dále „všem rasám, různým sociálním vrstvám, lidem s různým postižením, uprchlíkům a dalším“ (*Poslání sítě MC*, 2009). Tím vytváří prostor pro integraci do různorodého společenství a učí tak toleranci. Posláním mateřských center je posilovat hodnoty rodiny a úlohu rodičů ve společnosti. (*Poslání sítě MC*, 2009).

5.1 Výzkumné šetření v mateřských centrech

Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jestli je do programu mateřských center zahrnuta nějakým způsobem problematika výživy dětí a podpory správných stravovacích návyků. Výzkumné šetření se zaměřilo na klienty mateřských center – cílem bylo zjistit, zda mají možnost informovat se a vzdělávat sami sebe v této oblasti prostřednictvím mateřského centra, do kterého docházejí. Výzkumné šetření také sledovalo, jakým způsobem je problematika dětské výživy do programu centra integrována. Dílčím cílem šetření bylo zmapovat informovanost klientů mateřských center o vybrané problematice výživy dětí v prvních třech letech života a zjistit jejich postoje k vybraným aspektům této problematiky a dále ujasnit, jestli informace o dětské výživě klienti získávají rovněž v jejich mateřském centru.

Výzkumné otázky

K výzkumnému šetření byly formulovány tyto výzkumné otázky :

- Realizují mateřská centra jednorázové akce, zaměřené na výživu dětí nebo akce, které se alespoň této problematice dotýkají (např. přednášky, semináře, workshopy, apod.)?
- Existuje v mateřských centrech nějaký dlouhodobý program, týkající se dětské výživy (např. kurzy, výživové/ laktční poradenství, podpůrná skupina kojících matek apod.)?
- Poskytují centra informační materiály o výživě dětí? (literaturu, časopisy, články, brožurky, letáčky, apod.)?
- Pokud nějaký program dětské výživy v centrech existuje, je o něj ze strany klientů centra zájem?
- Je mateřskými centry uplatňován nějaký specifický přístup k výživě?
- Jaké mají klienti ujasněné postoje a znalosti o výživě dětí do 3 let věku? Kde získávají informace o dětské výživě? Získávají je v mateřském centru?

Výzkumné šetření zahrnovalo dvě dílčí šetření – dvě etapy. V první etapě byli šetření podrobeni pracovníci mateřských center, v druhé etapě klienti mateřských

center.⁴⁷

5.1.1 První etapa – analýza činnosti mateřských center

Metoda výzkumného šetření a průběh šetření

Analýza činnosti mateřských center (MC) vychází ze struktury, která byla předem připravena. Byl veden rozhovor s pracovníky center za účelem nashromáždit informace o programu centra. Otázky rozhovoru byly vytvořeny na základě výzkumu v jednom pilotním MC. V jednom případě (u mimopražského centra) byl místo rozhovoru použit dotazník (viz příloha 5), který pracovník MC vyplnil.

Výpovědi jsou představeny formou případových studií. Každá případová studie popisuje jedno mateřské centrum. Jméno MC není u studie uvedeno, studie jsou anonymní. Mateřská centra jsou označena písmeny (A,B,C,...).

Během výzkumného šetření jsem mateřská centra (v Praze) osobně navštívila. V centrech jsem oslovila pracovníky MC (koordinátory centra nebo aktivní matky, které se podílejí na chodu centra). Někteří pracovníci center projevili zájem o spolupráci a vyhradili si více času na rozhovor. V některých centrech byla spolupráce náročnější a jejich pracovníci si na akční spolupráci našli méně času.

Ve dvou centrech jsem realizovala také rozhovory s nutričními poradci, abych se seznámila s průběhem a obsahem poradenství. Provedla jsem jeden rozhovor s výživovou poradkyní, která v MC centru poskytuje individuální konzultace, a jeden rozhovor s laktací poradkyní, která vede podpůrnou skupinu pro kojící ženy.

Pokusila jsem se také navázat kontakt s mateřskými centry, která se nacházejí mimo Prahu. Tato centra jsem oslovila prostřednictvím e-mailové pošty. Zaslala jsem jim dotazník pro pracovníky MC a odkaz na interaktivní elektronický dotazník pro klienty MC. Dostala jsem odpověď pouze z jednoho MC, které vyplnilo dotazník pro pracovníky. Čtyři mimopražská centra rozeslala odkaz na elektronický dotazník svým klientům.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumné šetření bylo realizováno v 11 pražských mateřských centrech a v 1

⁴⁷ Pro *mateřské centrum* bude nadále v textu použita zkratka **MC**.

mimopražském mateřském centru. Šetření se uskutečnilo v těchto pražských mateřských centrech⁴⁸: *MC Balonek, MC Domeček, Rodinné centrum Hvězdička, Komunitní centrum Kampa, MC Klubičko, MC Kuřátko, MC Macíček, MC Studánka, MC Řepík, RC U Motýlků a v RC Ymca*. V těchto centrech byly provedeny rozhovory s pracovníky MC. Zapojilo se 1 mimopražské MC: *MC Benjamínek* (Domažlice). Toto centrum odpovídalo pomocí dotazníku.

Struktura výzkumného šetření

Výzkumné šetření v mateřských centrech proběhlo podle této struktury:

- a) Existuje v mateřském centru nějaký program zaměřený na výživu malých dětí?
 - jednorázový program – např. přednášky, semináře, workshopy, akce zaměřené na zdraví, které se nějakým způsobem dotýkají tématu výživy, apod.
 - Existuje v MC dlouhodobý program – kurzy, poradenství (výživové, laktační), podpůrná skupina kojících matek, apod.
 - Zapojování mateřského centra do nějakého tématického projektu / programu
 - Poskytování kontaktů na odborníky (např. na výživové / laktační poradce)
 - Poskytování informačních materiálů o výživě dětí – např. literatura, články, brožurky, letáky.
- b) Jak se program (/ materiál) nazývá nebo na co je zaměřen?
- c) Jaký je o program, týkající se dětské výživy zájem? Je zpoplatněn?
- d) Je mateřským centrem uplatňován nějaký specifický přístup k výživě? (např. při akcích, kde se dětem podává jídlo - např. nepodávají se sladkosti, podává se pouze vegetariánská strava apod.)

Výsledky 1. etapy výzkumného šetření – případové studie

V průběhu výzkumu jsem se seznámila s chodem mateřských center. Centra svým klientům nabízejí bohatý program – kroužky pro děti, kurzy pro dospělé, semináře, přednášky, jednorázové akce zaměřené na různá témata. V centrech funguje také tzv. „volná“ nebo „otevřená“ herna. Do herny docházejí klienti MC se svými dětmi. Nabízejí možnost se tam setkat s dalšími rodiči, popovídat si s nimi a sdílet s ostatními své zkušenosti. Matky tak mají příležitost dostat se z izolace, ve které se často ocitají na rodičovské dovolené. Pobyt v herně bývá za symbolický poplatek (okolo 30-60 Kč), v

⁴⁸ Pořadí MC je uvedeno podle abecedy a není stejné, jako pořadí případových studií.

některých centrech je zdarma. Někdy bývá herna spojena s možností hlídání dětí. Klienti, kteří do hery docházejí, jsou zejména matky na mateřské / rodičovské dovolené (s dětmi přibližně od 1 roku). Do MC docházejí také prarodiče, kteří hlídají svá malá vnoučata. Výjimečně se tam objevují otcové. Klienti centra mívají možnost podílet se na vytváření programu centra.

Každá studie nejprve představí mateřské centrum (jeho program) a dále se zabývá programem, který je zaměřen na stravování dětí.

Mateřské centrum A

Mateřské centrum A nabízí svým klientům různé kurzy a pravidelně pořádá jednorázové akce. V MC A je volná herna, která nabízí klientům možnost se scházet a sdílet své zkušenosti. V rámci hery jsou pořádány různé akce pro děti i rodiče. Program hery mohou spoluvytvářet i její klienti. Do hery docházejí především matky na mateřské a rodičovské dovolené s dětmi ve věku přibližně od 1 roku. V MC funguje také školička (děti ve věku 2,5 – 3,5 roku).

MC A se snaží zaměřit na zdravý životní styl, ale problematika výživy dětí a formování stravovacích návyků není v programu MC A systematicky zařazena. Pořádají se pouze jednorázové akce. Problematika výživy bývá někdy zařazována do jiného programu. Bývá propojena s akcí, která se nějakým způsobem týká problematiky zdraví.

Každý rok jsou prezentovány jednorázové akce, z nichž některé z nich se přímo týkají dětské výživy, některé se ji nějakým způsobem alespoň dotýkají. Minulý rok MC pořádalo kurzy o výživě na specifická témata (např. makrobiotika, syrová strava). Proběhlo 6 setkání, některá byla spojená i s přípravou pokrmů. Kurz byl zpoplatněn. Dále proběhla akce „Týden zdraví“, jejíž náplň se dotýká zdraví z různých pohledů (např. pohyb, ale také výživa). V rámci této akce vystoupila obezitoložka s problematikou dětské obezity. Dětská obezita je téma, kterému by se MC A rádo věnovalo více. Chtělo by tuto problematiku zařadit do svého programu.

MC je zapojilo do projektu *Zdravá Pětka*⁴⁹, který pořádá *Albert*. Projekt se zaměřuje na zdravý životní styl, zejména na zdravé stravování. Poskytuje institucím, které jsou do něj zapojeny, materiály a aktivity (např. kartičky se zdravými a nezdravými potravinami). MC A je využilo při akci *Den dětí*. Aktivit se účastní děti společně s rodiči.

⁴⁹ Více o projektu *Zdravá Pětka* na : <http://www.zdrava5.cz/>

Pravidelné kurzy týkající se výživy dětí MC A nepořádá. Pracovník MC konstatuje, že o to není ze strany klientů zájem. MC chtělo otevřít kurz, který by zahrnoval problematiku od prvního příkrmu a dále, ale kvůli malému zájmu jeho otevření nebylo zrealizováno. Malý zájem je i o přednášky. Problém vidí MC v tom, že nabízená témata měla buď příliš široký záběr nebo byla naopak příliš specifická.

Lépe funguje individuální poradenství, které MC A nabízí. Jednou za čtvrt roku do MC dochází nutriční terapeut, který pořádá individuální konzultace (30 min zdarma). Klienti MC mohou s poradcem konzultovat cokoli ohledně výživy, včetně výživy dětí. Individuálnímu přístupu dávají klienti přednost.

Mateřské centrum B

Mateřské centrum B pořádá různé kurzy, jednorázové akce a má otevřenou hernu, kam chodí klienti MC s dětmi od věku asi 1 roku.

MC nezaměřuje jednorázové akce a kurzy na výživu malých dětí. Přednášky jsou spíše zaměřeny na výchovu. V MC B spíše funguje individuální poradenství. MC nabízí odborné konzultace v rámci volné herny a laktační poradenství. Odborné konzultace jsou nabízeny nutriční specialistkou, která dochází do volné herny. Konzultace jsou zdarma. Poradenství je zaměřeno na výživové problémy dětí, ale klienti se mohou ptát i na jiná témata. V rozhovoru specialistka uvedla, že rodiče se ptají spíše na starší děti, zejména na batolata. Ptají se na problém nechutenství, neofobie, na vytváření stravovacích návyků i na to, jak děti učit stolovat. Zajímá je také problém obezity. Téměř vůbec se neptají na kojení a málo na zavádění příkrmů. Nutriční specialistka plánuje přednášku o výživě zaměřenou na děti, u kterých je již zaveden příkrm. Po přednášce bude možnost individuální konzultace.

Laktační poradna funguje jednou týdně, klient se na konzultaci předem objednává. Konzultace je zpoplatněna (100Kč/ hodina). Dále v MC B funguje *podpůrná skupina kojících matek* a to vždy jednou za měsíc. Skupinka je vedena laktační poradkyní a je otevřená ženám, které kojí nebo které se na kojení připravují. Je založena na principu podpory kojení. Ženy se zde mohou poradit nejen o kojení, ale také např. o zavádění příkrmů. Vstup je za symbolický poplatek.

Mateřské centrum C

Mateřské centrum C má bohatý program - kurzy i kroužky pro děti i dospělé, přednášky, semináře, workshopy, skupinové hlídání pro malé děti od roku a půl, atd. V centru funguje herna každý všední den.

Přednášky jsou však jen málokdy zaměřeny na výživu. V některých přednáškách i seminářích na jiná témata (např. péče o dítě) je problematika výživy zmíněna. Např. na semináři (na který byl vstup zdarma) zaměřeném na první týdny s dítětem se probíralo také kojení. Jednorázově MC nabízí nutriční poradenství. Konzultace je zdarma.

Pravidelně v MC funguje *podpůrná skupina pro kojící matky* vedená laktační poradkyní. Skupinka slouží zejména jako podpora pro kojící ženy. Otevřená je i těhotným, které se na kojení připravují. Ženy mohou požádat poradkyni o radu. Poradkyně v rozhovoru uvedla, že matky se ptají nejen na kojení, ale také na problematiku náhradní výživy a na příkrmy. Laktační poradkyně je zastáncem výlučného kojení do 6. měsíce věku dítěte a pokračování s kojením i po zavedení příkrmu. Staví se proti krmení umělou mléčnou výživou. Setkání není jen o poradenství, ale je zde prostor i na popovídání a sdílení zkušeností.

Mateřské centrum D

MC D provozuje volnou hernu (s možností hlídání). Centrum realizuje pravidelná setkání s odborníky – s nutriční specialistkou na téma stravování dětí. Rodiče se mohou informovat např. o vlivu nutričních návyků matky na vývoj dítěte nebo se zeptat na problematiku nechutenství dítěte. Poradenství je zdarma. V případě potřeby MC poskytuje kontakty na výživové odborníky.

MC C je zapojeno do projektu *Víš, co sn(m)íš?* občanského sdružení *STOP PPP*. Sdružení se zabývá prevencí poruch příjmu potravy a vytváří preventivní programy, které jsou zaměřené na nezdravé stravovací návyky.⁵⁰ Spolu se sdružením *STOP PPP* centrum předává rodičům a dětem omalovánky „Víš, co sn(m)íš?“.

V MC je knihovna, kde rodiče naleznou literaturu týkající se výživy dětí. Když MC pořádá nějakou akci, kde se dětem podávají sladkosti, tak jsou preferovány pamlsky typu bonbony a lízátko z hroznového cukru, domácí perníčky, apod.

⁵⁰ Více o projektu *Víš, co sn(m)íš?* na webu OS STOP PPP: <http://www.jakomodelka.cz/>

Mateřské centrum E

MC E nabízí svým klientům a jejich dětem hernu, Montessori hernu, kroužky, jednorázové akce i přednášky. Centrum pořádá dvakrát ročně přednášky s pediatrií. Přednášky jsou zaměřeny na výživu. Vstup je za symbolický poplatek (okolo 60 Kč). Přednášky jsou tlumočeny do vietnamštiny. V okolí centra totiž žije mnoho vietnamských rodin, takže do MC dochází také vietnamští rodiče.

Problematiky dětské výživy se někdy dotýkají jednorázové akce, např. v rámci edukativních aktivit, kdy děti tvoří společně se svými rodiči (aktivita na rozdělávání zdravých a nezdravých potravin). Lze zde zmínit také to, že v MC E se organizuje společné vaření, při kterém se připravují pokrmy mezinárodní kuchyně. Klienti, kteří jsou v manželství s cizincem, představují národní kuchyni partnera a seznamují ostatní klienty s odlišnými stravovacími zvyklostmi.

V MC je k dispozici klientům knihovna, ve které se nacházejí publikace zejména o výchově a o starání se o malé dítě, ve kterých mohou rodiče nalézt také informace o výživě dětí. Na akcích, kde se podává jídlo, MC preferuje pochutiny, které nebyly koupeny, ale připraveny doma, např. domácí perníky.

Centrum neprovozuje výživové poradenství ani neposkytuje kontakty na odborníky. Přesto se zde klienti mohou poradit - pracovnice MC v rozhovoru uvedla, že centrum je místem, kde klienti (zejména matky) sdílejí své zkušenosti a kde se mezi sebou radí i o výživě jejich dětí.

Mateřské centrum F

Mateřské centrum F provozuje hernu s programem i bez programu, bez hlídání i s hlídáním, také tvůrčí dílnu, semináře a kurzy pro rodiče a pořádá jednorázové akce. Pracovníci MC v rámci programu herny s dětmi realizují během roku různá témata - mezi nimi se objevuje (přibližně dvakrát až třikrát za rok) i zdravá strava (ovoce, zelenina, apod.). Témata jsou realizována formou her a různých aktivit.

Do centra dochází dvakrát ročně výživová poradkyně (lékařka). Během setkání rodiče společně s lékařkou připravují zdravé svačiny. Lékařka k tomu stravu komentuje a dává rodičům různé rady, týkající se dané problematiky. Pracovnice MC v rozhovoru uvedla, že o tuto akci je ze strany klientů poměrně velký zájem.

MC F se zapojilo do projektu *Zdravá Pětka (Albert)*. Realizátoři projektu v centru připravili program dětem z herny (různé hry – např. aktivita na rozdělení zdravých a

nezdravých potravin).

V centru se konaly přednášky na téma „Zdravé zuby“. Nebyly přímo zaměřeny pouze na výživu, ale této problematice se dotkly. Centrum by chtělo v budoucnu zavést laktační poradenství.

Mateřské centrum G

V MC G je volná herna, Montessori pracovna, pořádají se zde zájmové kroužky pro děti, jednorázové akce, pravidelné semináře, kurzy a přednášky.

Jednou za měsíc je přednáška věnována novinkám v oblasti výživy a péče o děti. Témata týkající se výživy jsou různá (např. pitný režim, biopotraviny). Vstup na přednášku je volný. Pracovnice MC uvedla, že se jedná spíše o diskuzi než o přednášení.

Centrum neposkytuje nutriční poradenství, neposkytuje ani kontakty na výživové poradce. V MC jsou k dispozici časopisy o výživě (*Hamánek*) a letáčky od výrobců dětské stravy. Centrum je místem, kde klienti sdílí s ostatními své zkušenosti. Pracovnice MC v rozhovoru uvedla, že jednou za čas některá z klientek sama uspořádá „povídání“ o problematice, které rozumí (může se jednat i o výživu dětí).

Mateřské centrum H

MC H provozuje volnou hernu, pořádá kroužky pro děti, kurzy pro dospělé i jednorázové akce. Program centra není zaměřen na výživu. Pracovnice centra řekla, že rodiče by na akce o výživě nechodili, protože jsou přehlceni informacemi o této problematice. Přednášky jsou spíše zaměřeny na výchovu. Do centra dochází jednou za čas nutriční terapeutka (konzultace zejména o výživě dospělých, za symbolický poplatek).

MC se zúčastnilo projektu *Ambasadorky*⁵¹. Tento projekt je realizován v mateřských centrech (asi v 90 MC). Jedním z cílů projektu je zapojit klientky MC (matky) do programu centra. Klientky samy mají možnost uspořádat v jejich centru besedu na aktuální téma – může se týkat i výživy dětí. V rámci besedy klientka prezentuje produkty nějakého výrobce (např. výrobce výživy). Je na to obvykle předem proškolená.

⁵¹ Více o projektu *Ambasadorky* na : <http://www.mcetra.cz/index.php/78-titulni-strana/70-projekt-ambasadorky>

Mateřské centrum CH

V MC funguje miniškolička, Montessori pracovna a různé kroužky a kurzy. Centrum svůj program nezaměřuje na výživu dětí. Dříve se občas pořádaly přednášky na témata, týkající se výživy, avšak v současné době nejsou pořádány, protože o ně není ze strany rodičů zájem. V centru funguje výživové poradenství, které nabízí jeden z pracovníků. Lze si s ním sjednat konzultaci po domluvě.

Mateřské centrum I

V MC I mohou klienti docházet čtyřikrát týdně do volné herny zdarma. Centrum organizuje kroužky, kurzy a jednorázové akce pro celou rodinu. Kurzy a akce nebývají zaměřené na dětské stravování. V MC však funguje laktační poradenství.

Mateřská centra J, K

Mateřská centra J a K uvedla, že žádný program týkající se výživy dětí nemají. Neposkytují ani poradenství, ani žádný materiál o této problematice.

Shrnutí poznatků z případových studií

Některá z mateřských center nabízejí a aktivně prezentují programy, dotýkající se (přímo i nepřímo) problematiky výživy dětí. Centra se zapojují do projektů (např. *Zdravá Pětka*), poskytují poradenství (nutriční, laktační) nebo alespoň kontakty na odborníky, pořádají semináře a přednášky. Některý program je pořádán výrobcí produktů a může tedy sledovat komerční záměry.

Celkově ale centra problematice výživy dětí moc prostoru nevěnují. Z rozhovorů, realizovaných s pracovníky center, vyplývá, že o takový program není ze strany klientů velký zájem. Malý zájem je zejména o přednášky a kurzy zaměřené na stravování dětí. V některých centrech se je pokoušeli realizovat, ale z důvodu nízkého zájmu rodičů (zejména matek), tyto snahy opustili. Pracovníci center často uváděli, že důvodem nezájmu je zejména přehlcenost matek informacemi o výživě (z jiných zdrojů). Dalším problémem bývá téma samo o sobě. Nízký zájem se projevuje často, pokud je téma příliš široké nebo naopak příliš specifické. V některých centrech však přednášky na téma výživy dětí bývají pořádány.

Podle pracovníků MC většího zájmu dosahuje spíše individuální poradenství – když

klient může s poradcem konzultovat jeho konkrétní problém. Poradenství (výživové i laktační) je v MC rozšířeno nejvíce. V některých centrech fungují podpůrné skupiny pro kojící matky.

I když se centrum cíleně nezaměřuje na problematiku výživy, někdy bývá toto téma realizováno v rámci jiného tématu (např. v přednášce o výchově, v akci zaměřené na zdraví obecně, v projektech cílených na zdraví, apod.). „Neoficiálně“ je téma stravování dětí probíráno v rámci volné herny, kde se scházejí rodiče (matky) a sdílejí mezi sebou své zkušenosti, včetně těch, které se týkají výživy jejich dětí.

5.1.2 Druhá etapa – analýza vyjádření klientů mateřských center

Metoda výzkumného šetření a průběh šetření

Druhá etapa výzkumného šetření byla realizována dotazníkovým šetřením, kterému byli podrobeni klienti mateřských center, ve kterých proběhla 1. etapa. Zapojila se také některá MC (zejména několik mimopražských), která nebyla součástí šetření v 1. etapě, a to prostřednictvím elektronické verze dotazníku (rozeslané e-mailem). Dotazník (viz příloha) obsahoval 21 otázek a zahrnoval otázky otevřené (s možností komentáře), uzavřené i s výběrem (a,b,c...). Dotazník měl 3 části – první zjišťovala základní informace o respondentovi, druhá pak informovanost a postoje klientů MC k výživě dětí, třetí byla zaměřená na zdroje informací o výživě dětí a na program mateřského centra. Dotazník byl distribuován v papírové podobě, do některých center také v elektronické podobě. Dotazník byl anonymní a dobrovolný. Odpovědi ke každé otázce jsou v práci zpracovány zvlášť a výsledky jsou prezentovány formou grafů, tabulek a komentářů. Odpovědi z druhé části dotazníku jsou porovnány s teoretickými poznatky prezentovanými v teoretické části práce.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkovému šetření byli podrobeni klienti mateřského centra. Bylo distribuováno 220 kusů papírových dotazníků, návratnost byla 60 dotazníků. Dotazníky se vrátily z těchto center: *Balonek, Domeček, Kampa, Klubíčko, Kuřátko, Macíček, Studánka, Řepík, U Motýlků, Ymca*. Některá centra obdržela také elektronickou podobu dotazníku.

Tu vyplnili klienti těchto center: *MC Liška, RC Kašpárek Mělník, MC Máj, MC Hvězdička Benešov, TAM TAM Mraveniště (a Ymca, Balonek)*. Elektronicky bylo vyplněno 29 dotazníků.

Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 89 respondentů – 88 žen a 1 muž. Věkové rozmezí respondentů je 26 – 64 let. Věkové rozmezí dětí respondentů je 4 měsíce – 15 let (/ 36 let). Mezi respondenty byly nejvíce zastoupeny osoby s vysokoškolským vzděláním (54 respondentů), dále se středoškolským (30 respondentů), vyšší odborné uvedl 1 klient. Jeden respondent vzdělání neuvedl.

Dotazníky byly v mateřských centrech zanechány ve volné / otevřené herně. Převážná část respondentů byli tedy návštěvníci herny.

Výsledky dotazníkového šetření

Informovanost klientů MC o výživě dětí do 3 let věku

Druhá část dotazníku zjišťovala informovanost klientů MC o výživě dětí do 3 let a jejich postoje k vybrané problematice dětského stravování. U některých otázek nepověděli všichni respondenti (nevěděli nebo nechtěli odpovídat).

1. Jak dlouho by mělo být dítě kojeno (pokud matka může kojit). Uved'te, do jakého měsíce života by dítě mělo být

- **výlučně kojeno** (tzn. krmení pouze mateřským mlékem):

Tabulka 4 – Výlučné kojení a věk dítěte

Věk dítěte (měsíc)	Počet odpovědí
do 3. – 6. měsíce	1
do 4. měsíce	4
do 4. – 5. měsíce	1
do 5. měsíce	3
do 6. měsíce	42
minimálně do 6. měsíce	3
do 6. – 7. měsíce	2
do 6. – 8. měsíce	1

do 6.- 12. měsíce	1
do 8 . – 10. měsíce	1
do 9. měsíce	1
do 24. měsíce	3

Velká část klientů odpověděla, že výlučně kojit (pokud matka kojit může) by se mělo do 6. měsíce věku dítěte (42 odpovědí). Tato odpověď se shoduje s doporučením WHO (a dalších institucí, včetně MZ ČR) (viz podkapitola 2.1.1.). 12 klientů uvedlo, že výlučně kojit matka může/měla by i déle než 6 měsíců. 3 klienti uvedli dobu výlučného kojení 1 rok. Podle 9 klientů je délka výlučného kojení méně než 6 měsíců. Jejich názor se shoduje s některými odborníky, včetně mnoha českých pediatrů, kteří uvádějí (někteří z nich na základě doporučení alergologů), že výlučně by matka měla kojit pouze 4 měsíce. Jeden z respondentů uvedl minimální dobu 3 měsíce. Odborníci se shodují, že nemléčná strava by se neměla zavádět před 4. měsícem věku dítěte (viz podkapitola 2.1.1.).

Někteří respondenti uvedli, že dítě může být výlučně kojeno déle než 6 měsíců v případě, že prospívá. Jiní odpověděli, že se výlučně kojí, dokud dítě neprojeví zájem o jídlo. Jedna respondentka uvedla, že je to podle potřeb dítěte; jiná, že je to podle okolností a že přesný měsíc nelze jednoznačně určit.

- **částečně kojeno s příkrmováním** (tzn. dítě již dostává kromě mateřského mléka i nemléčné příkrmy):

Tabulka 5 – Částečné kojení a věk dítěte

Věk dítěte (měsíc)	Počet odpovědí
do 8. měsíce	1
do 9. měsíce	2
do 12. měsíce	15
min. do 12. měsíce	4
do 12.- 15. měsíce	1
do 16. měsíce	1
do 12. – 18. měsíce	3
do 18. měsíce	7

min. do 18. měsíce	1
do 12.- 24. měsíce	5
do 24. měsíce	12
do 24.- 28. měsíce	1
do 36.- 48. měsíce	1

Nejvíce odpovědí (15) se shodlo na tom, že matka by měla částečně kojit (po zavedení příkrmu) do 12. měsíce věku dítěte. Ukončení kojení před 1. rokem uvedlo minimum respondentů (3). Velká část klientů odpověděla, že kojit by se mělo déle než 1 rok. Někteří uvedli délku 2 let - 2 a půl roku, jeden dokonce 3 až 4 roky. To je ve shodě s doporučením WHO, která radí pokračovat v kojení po zavedení příkrmu do věku 2 let i déle (viz podkapitola 2.1.1.).

Někteří klienti odpověděli, že délka částečného kojení je individuální a že se řídí podle potřeb dítěte. Podle některých respondentů by se mělo kojit co nejdéle. Podle jiných je to do té doby, dokud to vyhovuje matce i dítěti nebo dokud dítě vyžaduje být kojeno. Někteří respondenti nepochopili otázku a uváděli, od jakého měsíce má být dítě kojeno (ne do jakého měsíce).

2. Uved'te výhody, popřípadě nevýhody, které přináší kojení / mateřské mléko (oproti náhradní mléčné výživě). Lze zmínit výhody a nevýhody nejen pro dítě, ale i pro matku.

Většina respondentkami uvedených výhod je zmíněna v teoretických poznatcích (v podkapitole 2.1.2.). Respondentky nejčastěji uváděly, že výhodou kojení je, že mléko je vždy k dispozici, vždy „po ruce“ a to bez příprav. Není třeba čistit lahvičky, sterilizovat, ohřívat mléko, apod. Je to pohodlné, matka může krmit kdekoliv a kdykoliv. Tyto výhody uvedlo 72 respondentů/tek. Dále klienti (tedy převážně klientky) shledávají výhodou v tom, že mateřské mléko obsahuje protilátky a posiluje imunitu dítěte (42 respondentů). Stejný počet respondentů uvedl jako výhodou vytváření pouta mezi matkou a dítětem (42). 41 klientů zmínilo ekonomické hledisko – mateřské mléko nic nestojí.

Mateřské mléko je podle mnohých (31 respondentů) nejlepší výživa pro dítě, která má optimální složení přizpůsobující se potřebám dítěte. Mléko (podle 11 respondentů) obsahuje pro děti prospěšné látky, je nezávadné a bezpečné (8 odpovědí) a má vždy správnou teplotu (5). Podle některých respondentů kojení chrání před vznikem alergie (4

respondenti) a je prevencí obezity (4). 10 klientů vyzdvihlo přirozenost kojení. Někteří uvedli psychologické aspekty: dítě se při kojení uklidní (3); dítě i matka kojením uspokojují své psychologické potřeby (3); kojení je důležité pro správný psychický vývoj dítěte (1). Mezi dalšími výhodami kojení pro matku byly uvedeny tyto odpovědi: rychlejší zavínování dělohy matky po porodu (2), redukce hmotnosti po porodu (1), prevence rakoviny prsu (1).

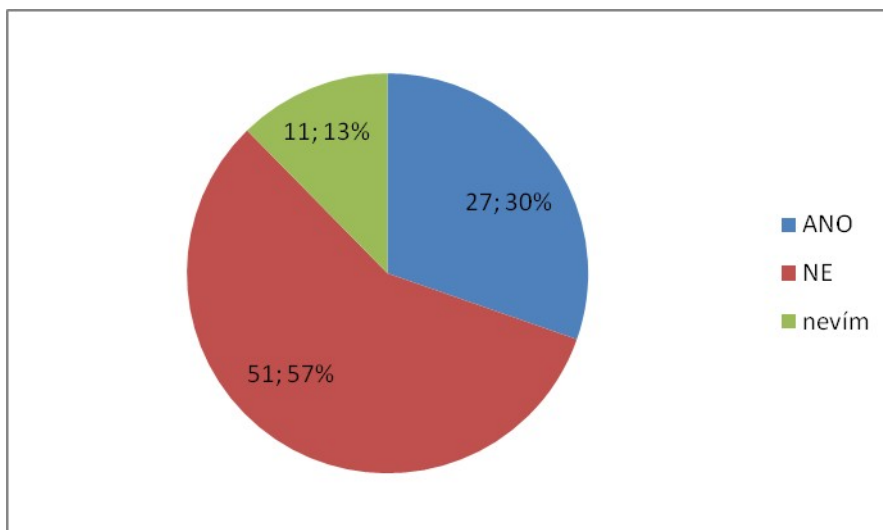
22 respondentů vyjádřilo, že nevýhody kojení nezná. Druhá nejčastější odpověď (20) byla, že kojení představuje pro matku omezení – matka nemůže od dítěte odejít, musí být neustále přítomna. Péče o dítě je vázána zejména na matku. Dítě nemůže krmit ani otec ani nikdo jiný (2). Kojení představuje pro ženu i pracovní omezení (1). Pokud matka chce být bez dítěte, musí mléko odstříkat (2) a to trvá dále než příprava náhradní výživy (1). Další nevýhoda, vázaná na neustálou péči, je podle respondentů (5) vstávání v noci, které bývá u kojených dětí vyžadováno častěji, protože dítě není po mateřském mléce nasyceno tolik jako po jeho náhradě (2). Nevýhodu respondenti vidí také v tom, že při kojení nepoznají, kolik toho dítě vypilo (3). Frekventovanou odpovědí (18) bylo stravovací omezení pro matku - matka si musí dávat pozor na to, co jí, protože složení její stravy se do určité míry projevuje ve složení mateřského mléka. Někteří respondenti vyzdvihli omezení kouření a konzumace alkoholu (3) a některých léků (1).

Pro některé klienty (7) je problém odstavování a fixace dítěte na matku, vytvoření určité „závislosti“ dítěte na matce, zejména pokud je kojeno dlouho. Kojení může matku vyčerpávat, protože ji bere živiny nebo protože si matka nemůže odpočinout, ani když je nemocná (8). Další zmíněné nevýhody kojení byly např.: riziko přenosu choroby nebo toxinů (1); problém s prsy (deformace, záněty, kousání dítěte) (6); častější odmítání dudlíku kojenými dětmi (1), riziko „medových“ zubů (způsobeno mléčným cukrem, pokud se dítěti po kojení dítěti nečistí zuby) (1).

Teoretická východiska (podkapitola 2.1.3.) zmiňují jen málo nevýhod kojení (z důvodu nedostatku prostoru). Respondenti uvedli, stejně jako 2. kapitola, riziko přenosu škodlivých látek nebo některých onemocnění z matky na dítě i nevýhodu přísnějšího stravovacího režimu matky. Uvedli ale i mnoho dalších nevýhod, zejména z jejich vlastní zkušenosti, kterými se kapitola 2 nezabývá.

3. Dokáže náhradní mléčná výživa plně nahradit mateřské mléko?

Graf 1 - Náhradní mléčná výživa jako plná náhrada mateřského mléka



51 respondentů (57%) si myslí, že náhradní mléčná výživa nedokáže plně nahradit mateřské mléko. To je ve shodě s názory mnoha odborníků na výživu (např. Mullerová, 2008, viz podkapitola 2.1.4.). 27 klientů (30%) se domnívá, že ho plně nahradit dokáže. 11 respondentů (13%) nevědělo.

4. Uveďte výhody, popřípadě nevýhody, které přináší náhradní mléčná výživa. Lze zmínit výhody a nevýhody nejen pro dítě, ale i pro matku.

Nejčastější odpověď (20) byla, že umělá mléčná výživa výhody nemá. Jedna respondentka uvedla, že dítěti žádné výhody nepřináší a pro matku je to výhoda pouze za situace, kdy potřebuje odejít a dítě tak může nakrmit někdo jiný. Tyto odpovědi byly časté – matka se může od dítěte vzdálit, má více „volnosti“ (17) a dítě může nakrmit kdokoli, matka je nahraditelná (15). Pozitivum někteří vidí také v tom, že starost o dítě může být rozdělena mezi více členů rodiny a může být více zapojen otec (3). Větší volnost umožňuje nástup ženy do práce (1) a následek je také menší vázanost („závislost“) dítěte na matce (1). Větší „svobodu“ matky a dřívější nástup do práce uvádí jako výhody také E. Lábusová (2008, viz podkapitola 2.1.4.).

Další výhodou, kterou respondenti ve větší míře uvedli, je, že pokud matka nemůže kojit, umělá mléčná výživa je zde jako alternativa mateřského mléka, jako „východisko z nouze“ (14). Matce, které se kojení nedaří, může přechod na náhradní výživu přinést velkou úlevu (2). Někteří považují umělé mléko za plnohodnotnou náhradu mléka

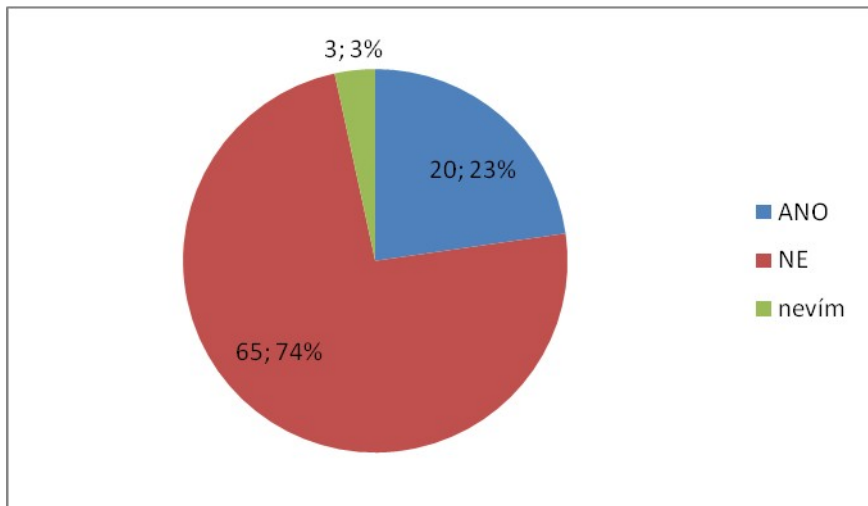
mateřského (4). Další zmíněné výhody byly např.: matka nemusí řešit vlastní výživu, nemusí se omezovat (3) a to ani v alkoholu (1); možnost sledování, kolik toho dítě vypije (6); v UMV je kontrolovaný poměr živin, hodnot, vitaminů (1) a vždy potřebné množství vitaminů (4); náhradní mléko více zasytí (1); matka je méně vyčerpaná (1). Poslední dvě zmiňované výhody uvádí také E. Lábusová (2008, viz 2.1.4). Pro některé klienty je krmení umělou výživou praktické (1), jednoduché (2) a pohodlné (1).

Největší negativem, nejčastěji uváděným, je cena náhradní výživy (42 respondentů) – cena náhradní výživy je finančně nákladná. Další často citovanou nevýhodou byla příprava (29) - nutnost přípravy předem, čas přípravy, péče o lahvičky, atd. S časem přípravy souvisí čekání dítěte na mléko, které není hned k odběru (2). Na cestách je třeba mít stále s sebou věci na přípravu mléka (termoska teplé vody, nádobí) (4). V tom je tento způsob krmení nepraktický a nepohodlný (3).

Respondenti uváděli, že náhradní výživa je pro dítě nepřirozená (10). Problém spatřují v tom, že je „umělá“, průmyslově vyráběná (6). Několik klientů vidí nevýhodu ve složení – velké množství cukru (1); může obsahovat bakterie (1); svým složením se nepřizpůsobuje potřebám dítěte (2); je to nedostatečná výživa (2); apod. Umělé mléko se skutečně nepřizpůsobuje potřebám dětí, pouze mateřské mléko má schopnost měnit své složení podle potřeb (viz podkapitola 2.1.4.). Podle některých respondentů bývají uměle živené děti silnější, více přibírají na váze (4) a tento způsob krmení přináší větší riziko rozvoje obezity (1). Existují hypotézy, které hovoří o souvislosti krmení umělou mléčnou výživou a rizikem rozvoje obezity (podkapitola 2.1.2.). Podle 5 respondentů umělá výživa přináší riziko rozvoje alergie. 16 klientů neuvedlo žádné nevýhody.

5. Měla by se dítěti podávat ke kojení nějaká další tekutina (do 6. měsíce věku dítěte)?

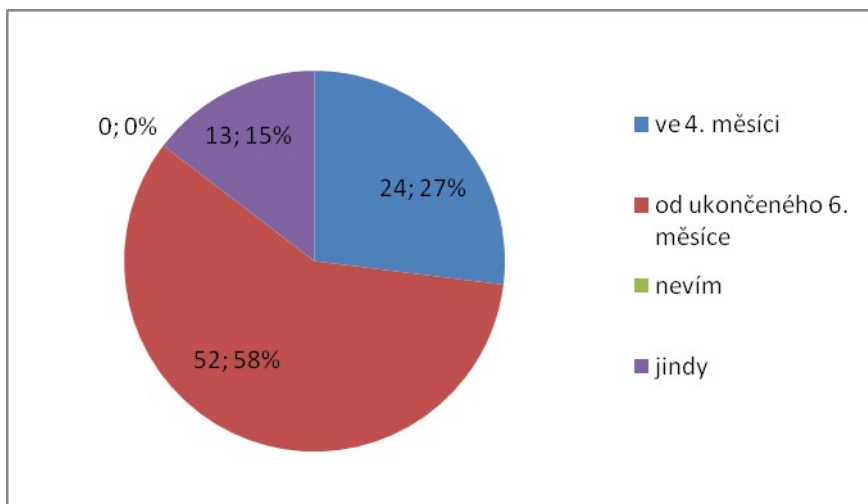
Graf 2 – Další tekutina ke kojení



Žádnou vodu ke kojení (do 6. měsíce věku dítěte) by nepodalo 65 respondentů (74%). 20 respondentů (23%) odpovědělo, že by se měla podávat. Většina z těchto klientů uvedla, že by se měla dětem dávat voda (19 odpovědí). Někteří upřesnili, že dávat by se měla (pouze) v horkém létě. 7 klientů uvedlo čaj (slabý čaj, fenyklový čaj). S podáváním tekutin ke kojení v prvních měsících života nesouhlasí odborná literatura (např. Doležel, 2007; Tláskal, 2004, Rapley, 2008; viz 3. kapitola). Zdravé, výlučně kojené dítě nepotřebuje žádnou jinou tekutinu ani v horkém počasí (Rapley, 2008).

6. Kdy se do stravy dítěte zavádí první příkrm?

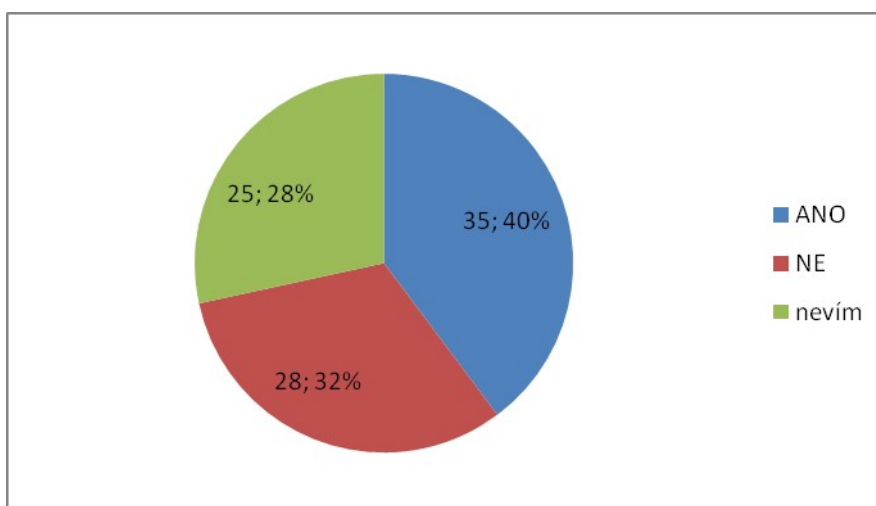
Graf 3 – Věk dítěte při zavádění prvního příkrmu



Podle 52 klientů (58%) se první příkrm zavádí od ukončeného 6. měsíce. 24 respondentů by ho zavedlo ve 4. měsíci. 13 respondentů uvedlo jinou odpověď: ve 4. - 6. měsíci, v 5. měsíci, může to být i později než v 6. měsíci. Někteří odpověděli, že je to individuální a že to záleží na potřebách dítěte. Odpověď na tuto otázku není v dnešní době jednoznačná. Existují různá doporučení. WHO i další instituce a organizace (EU, AAP, Laktační liga a další) doporučují zavádět nemléčnou stravu od ukončeného 6. měsíce věku dítěte. Alergologové, kteří zastávají teorii „imunitního okna“, doporučují poskytnout dítěti kontakt s potravinami mezi 4. - 6. měsícem věku. Mnoho českých pediatrů radí rodičům zavést příkrm ve 4. měsíci. (viz podkapitola 2.1.2.)

7. Je nějaký rozdíl v době zavádění příkrmu u dítěte kojeného a u dítěte uměle živeného?

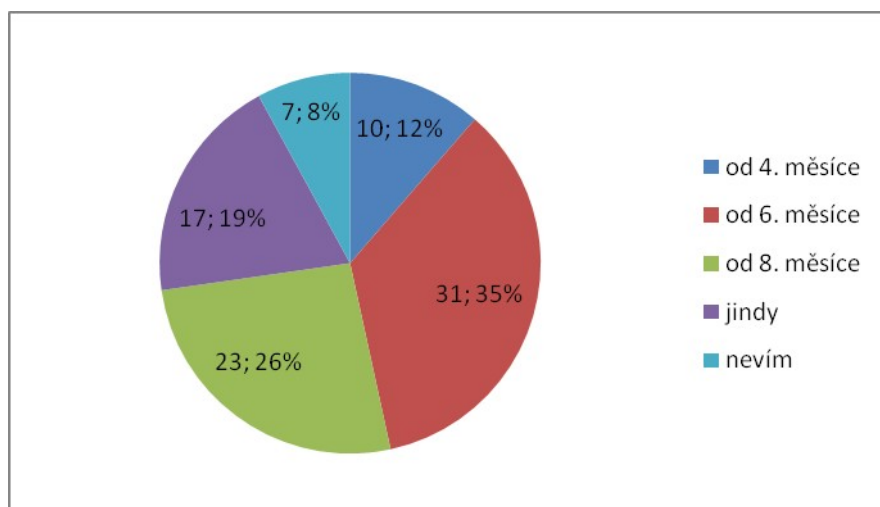
Graf 4 – Rozdíl v době zavádění příkrmu u dítěte kojeného a živeného UMV



Rozdíl v době zavádění příkrmu u dítěte kojeného a u dítěte uměle živeného shledává 35 klientů (40%). Rozdíl v tom nevidí 28 respondentů (32%). Nevědělo 25 klientů (28%). Ani na tuto otázku se nedá jednoznačně odpovědět. V odborné literatuře lze nalézt názor, že uměle živené děti by měly přejít na příkrm dříve než děti kojené – uvádí se ve 4. měsíci života kojence (např. Mullerová, 2008, viz podkapitola 2.1.2.). Ale tento názor není zastáván všemi – podle jiných odborníků, pokud dítě prospívá, nemusí se zaváděním příkrmu spěchat.

8. *Od kdy se do dětského jídelníčku zavádí potraviny obsahující lepek?*

Graf 5 – Věk dítěte při zavádění lepku



Od 6. měsíce by potraviny s lepkem do stravy dítěte zavedlo 31 respondentů (35%), od 8. měsíce 23 klientů (26%), od 4. měsíce 10 respondentů (12%), 17 klientů uvedlo jinou vhodnou dobu zavádění: od 10. měsíce (2), v 1 roce (8), po 1 roce (2), v 18. měsících (1), co nejpozději (2), individuálně – dle kondice dítěte (1). Jedna respondentka uvedla, že dříve se doporučovalo od 1 roku, ale podle nových výzkumů se dnes doporučuje co nejdříve. Jeden klient uvedl, že, pokud možno, lepek nezavádět nikdy (nebo alespoň ne pšeničné a bílé pečivo). 7 (8%) respondentů nevědělo.

Odpovědi klientů MC na tuto otázku jsou rozmanité stejně jako množství doporučení, která se k této problematice váží a která se v průběhu času mění. Dříve se doporučovalo zavádět potraviny s lepkem co nejpozději. Dnes někteří pediatři uvádějí, že nejdříve by to mělo být na začátku 8. měsíce. Proti nim ale stojí někteří alergologové, kteří radí zařadit lepek v období od 4. do 6. měsíce života dítěte. Také ESPGHAN, který uvádí, že by se lepek neměl zařadit později než v 7. měsíci. (viz podkapitola 2.2.2.). Odpovědi klientů odrážejí nejasnost této problematiky. Několik z nich se drží spíše starších doporučení (zavádět co nejpozději).

9. *Jak poznáte, že dítě má celiakii?*

31 respondentů nezná příznaky celiakie. Jeden uvedl, že neví, co to celiakie je. 3 odpovědi uváděly, že se to poznat nedá (bez lékařského vyšetření). Mnoho respondentů si bylo nejistých ve svých odpovědích a někteří uváděli, že si nejsou jisti, že by příznaky tohoto onemocnění poznali. Mezi nejčastějšími uváděnými příznaky onemocnění celiakie

byly: neprospívání (ve 23 odpovědích) - do toho lze také zahrnout růstovou stagnaci (5), úbytek na váze (1), nepřibývání (1); dále průjemy (31); bolení břicha (27); vyrážka a ekzém (11); zvracení (6); nadýmání (5); plačtivost, neklid (5), únava (4), zácpa (3), anemie (3). Uvedeny byly i změny stolice (např. řídká, zpěněná, hlenovitá). Odborné zdroje tyto zmíněné příznaky také uvádějí (některé z nich viz podkapitola 2.2.2.). Jak někteří klienti uvedli, příznaky mohou být opravdu různé a někdy může být problém onemocnění poznat. Někdy se totiž příznaky přímo nemanifestují a jsou nenápadné – u dětí jsou pozorovány např. pouze změny psychiky (mrzutost, podrážděnost) (Podběhlá, 2010; viz 2.2.2.).

10. Jaký je podle vás vhodný první příkrm? Uveďte potravinu / potraviny.

Pokud respondenti odpovídali v kategoriích ovoce a zelenina, nejčastější odpověď byla zelenina (18). Uváděli např., že zelenina má být lehká, vařená, jednoduše stravitelná, nealergenní nebo ve formě jednodruhového pyré. 6 respondentů uvedlo, že prvním příkrmem může být zelenina i ovoce. Podle 1 je to nejprve zelenina, potom ovoce.

Tabulka 6 – Vhodný první příkrm – nejčastěji jmenované potraviny

Potravina	Počet odpovědí
mrkev	66
brambora	34
brokolice	12
jablko	8
obilná kaše	8

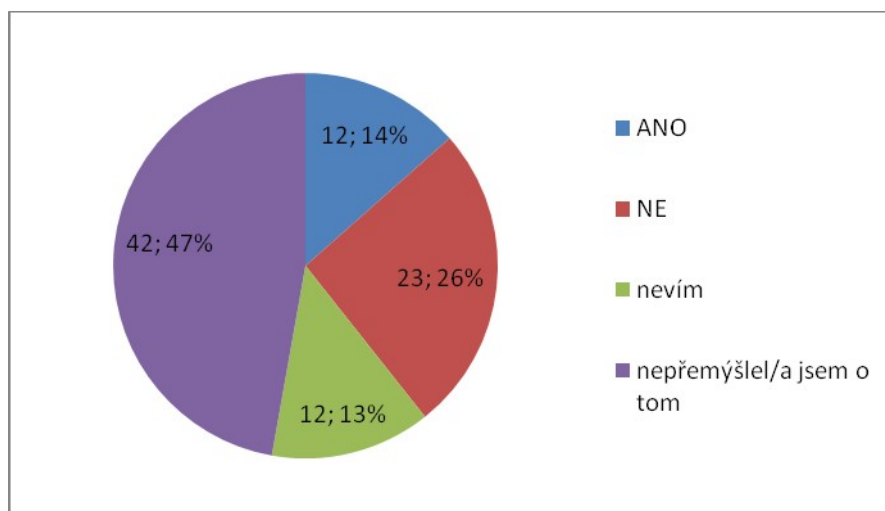
Klienti častěji zmiňovali konkrétní potraviny. Nejvíce zastoupena byla mrkev (66), dále brambora (34) a brokolice (12). Mrkev byla buď uvedena samostatně, nebo v kombinaci s další potravinou (nejčastěji s bramborou). Jako vhodný první příkrm bylo dále citováno jablko (8) – uvařené, jablečné pyré, samostatně nebo v kombinaci s mrkví. Stejný počet získala kaše (8). Respondenti uvedli kaši bezlepkovou, rýžovou, jáhlovou, kukuřičnou. Jeden uvedl vařenou rýži. Další jmenované příkrmy byly: špenát (6), cuketa (4), banán (3), dýně (3), květák (2), batáty (2), okurka, celer, petržel.

Někteří respondenti uvedli jako první příkrm jeden druh zeleniny nebo ovoce, někteří více druhů. Většina odborníků se shoduje, že by se mělo začít jednodruhovým

příkrmem ze zeleniny nebo ovoce (viz podkapitola 2.2.2.). Někteří klienti by jako první příkrm podali ovoce (např. jablko). V některé odborné literatuře se doporučuje začít zeleninou spíše než ovocem, protože ovoce je sladké a dítě si na sladkou chuť může rychle přivyknout a může pak odmítat nesladké příkrmy (podkapitola 2.2.2.). Z několika odpovědí vyplynulo, že nejvhodnější první příkrm je obilná kaše bez lepku. Někteří odborníci doporučují zavádění kaše až později, až po zavedení zeleniny, ovoce, masa a vaječného žloutku do jídelníčku dítěte, přibližně od konce 7. měsíce. Existují ale doporučení o dřívějším zavedení obilovin - zejména těch, které obsahují lepek („imunologické okno“- zavádění rizikových potravin od 4. měsíce věku dítěte – viz podkapitola 2.2.2.).

11. Souhlasíte s metodou baby led weaning? (dítětem vedené přecházení na tuhou stravu- rodiče dítě nekrmí, ale dítě samo od úplného počátku sahá po tom, co samo chce).

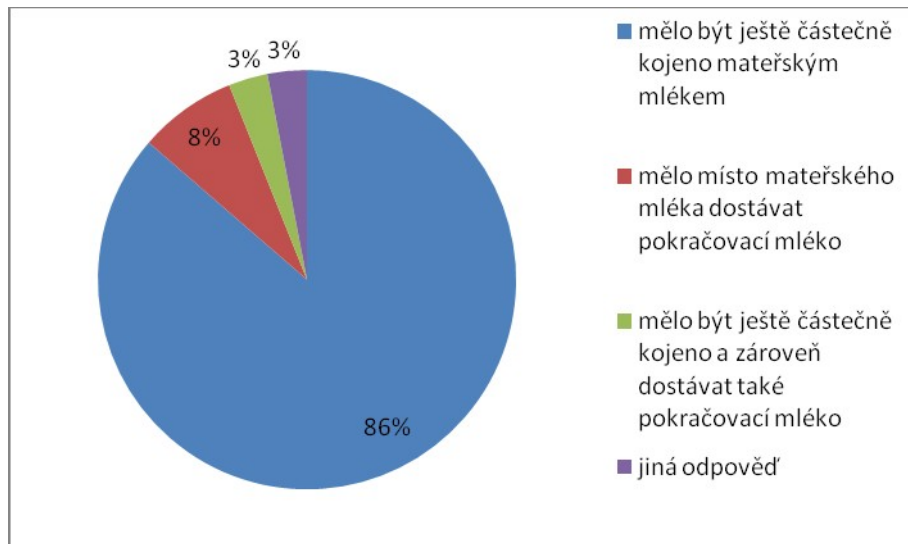
Graf 6 – Postoje k baby led weaning



Téměř polovina respondentů (42, 47 %) o této metodě nepřemýšlela. 23 respondentů (26 %) s tímto přístupem nesouhlasí. 12 klientů s tím souhlasí a 12 neví. Tato alternativní metoda u nás není příliš známá a je málo praktikovaná. Přecházení na nemléčnou stravu bývá v našich podmínkách více řízeno rodiči. (viz podkapitola 2.2.3.)

12. Po ukončení výlučného kojení (tzn. krmení pouze mateřským mlékem), v době, kdy dítě přechází na nemléčnou stravu, by dítě k nemléčným příkrmům:

Graf 7 – Částečné kojení / pokračovací mléko



86 % procent respondentů uvedlo, že by dítě po zavedení příkrmu mělo být ještě částečně kojeno. 8 % procent odpovědělo, že by dítě mělo místo mateřského mléka dostávat pokračovací mléko. 3 % respondentů uvedla, že dítě by mělo být ještě částečně kojeno a zároveň dostávat také pokračovací mléko. Jinak se vyjádřila 3 % (např. jeden respondent odpověděl, že záleží vždy na konkrétním dítěti, jeho zdraví a režimu).

13. Proč nemůžeme dát dítěti do 1 roku kravské mléko?

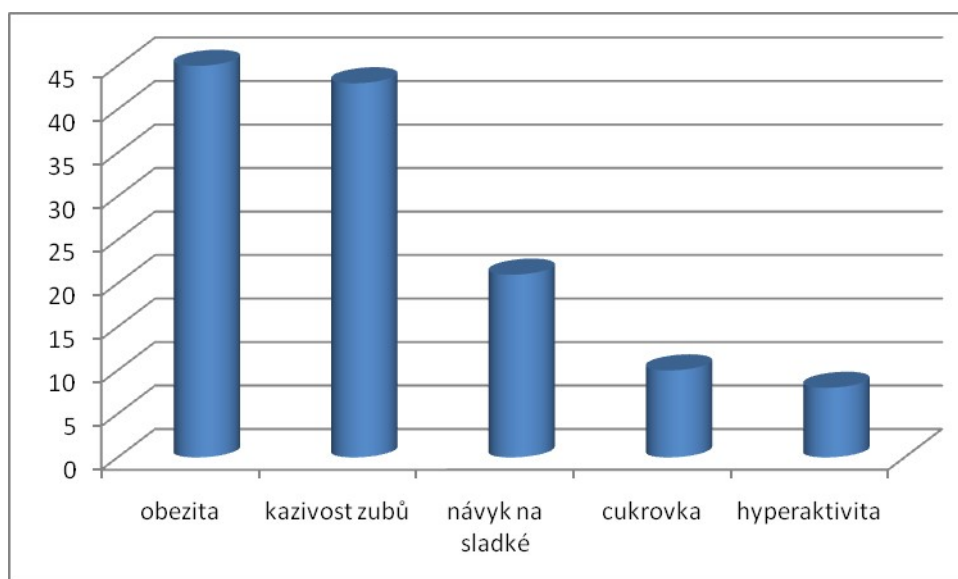
2 respondenti odpověděli, že nevědí. 2 uvedli, že kravské mléko dítěti do 1 roku podat můžeme. Nejčastěji odpovídali, že jeho podání přináší riziko rozvoje alergie (27 respondentů). Někteří specifikovali, že se jedná o alergii na kravskou bílkovinu nebo na mléčný cukr - laktózu. Další jmenovaný důvod byl, že kravské mléko je v tomto věku obtížně stravitelné (11). Klienti uvedli, že organismus dítěte ho ještě nedokáže zpracovat (3). 7 respondentů uvedlo, že problémem je bílkovina kravského mléka (7) - ve většině případů se objevilo, že se jedná o její vysoký obsah, který zatěžuje organismus. Literatura uvádí (viz podkapitola 2.2.2.), že se skutečně jedná o problém vysokého obsahu bílkovin, který zatěžuje dětský organismus. Bílkovina kravského mléka může vyvolat alergii. Objevily se i odpovědi, že problémem je naopak nízký obsah bílkovin nebo kravská mléčná kyselina, která může způsobit vyvolání alergie.

14. K čemu vede zvýšená konzumace sladkého?

Klienti vyjmenovali následky, které tato práce zmínila v teoretické části (kapitoly 1 - 4). Podle poloviny respondentů (45) vede zvýšená konzumace sladkého k obezitě, k náchylnosti k obezitě. 43 klientů odpovědělo, že vede ke kazivosti zubů nebo k většímu riziku zubního kazu. 21 uvedlo, že vzniká návyk na sladké, „závislost“ na sladkém. Někteří respondenti zmínili, že pokud si dítě navykne na sladké, nebude chtít jíst „normální“ nesladké jídlo (5). Několik klientů uvedlo, že při nadměrné konzumaci sladkého hrozí riziko cukrovky (10). Jeden respondent specifikoval, že zvýšená hmotnost (následkem vysoké konzumace sladkého) může vést ke vzniku cukrovky. Mezi dalším jmenovanými důsledky figurovali: hyperaktivita (8), neschopnost udržet pozornost, nesoustředěnost (2), neklid, nervozita, těkavost (2), podrážděnost (1) a psychické problémy (1). Zmíněny byly také tyto důsledky: vytvoření špatných stravovacích návyků (3), oslabení imunity, problémy se zažíváním, cholesterol, vysoký krevní tlak a podvýživa organismu (i u obézních dětí). 3 klienti uvedli, že nevědí, k čemu zvýšená konzumace sladkého vede.

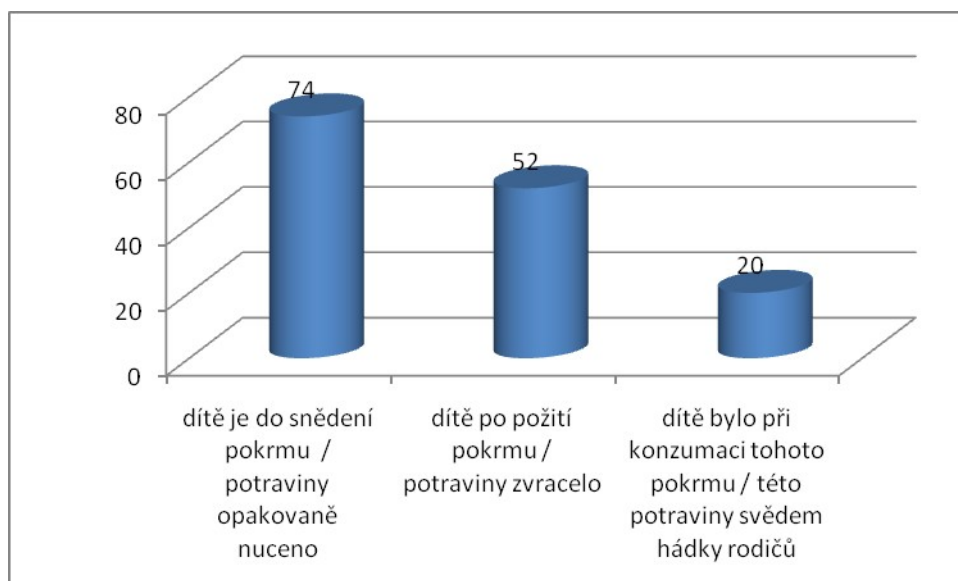
Respondenti zmínili i následky, které se do teoretické části této práce nevešly (např. hyperaktivita). Pro rozvoj cukrovky je rizikovým faktorem obezita (ta může být způsobena vysokou konzumací cukru a sladkostí). Zvýšená konzumace sladkého je tedy nepřímým rizikovým faktorem vzniku diabetu.

Graf 8 - Důsledky zvýšené konzumace sladkého – nejfrekventovanější odpovědi



15. Jak může vzniknout averze (odpor) k určitému pokrmu / určité potraviny?

Graf 9 – Příčiny averze - nejfrekventovanější odpovědi



Nejčastěji respondenti označovali tyto příčiny averze : dítě je do snědení opakovaně nuceno (74 odpovědí), dítě po požití pokrmu / potraviny zvracelo (52 odpovědí) a dítě bylo při konzumaci pokrmu / potraviny svědkem hádky rodičů (20). Někteří označili i tyto odpovědi: pokrm / potravina je oblíben/a u ostatních členů rodiny (4); je podáván/a v příjemné atmosféře (3). 5 respondentů nevědělo a 17 uvedlo jiné / další příčiny : potravina / pokrm dítěti nechutná; pokrm / potravina je neoblíbena u ostatních členů rodiny; pokrm / potravina je odmítán/a kolektivem dětí; potravina nechutná jednomu z rodičů a on o tom neopatrně mluví; nelíbá barva, konzistence, nebo chuť; nedůvěra v nové jídlo, potravinu, chuť; období vzdoru; špatná zkušenost.

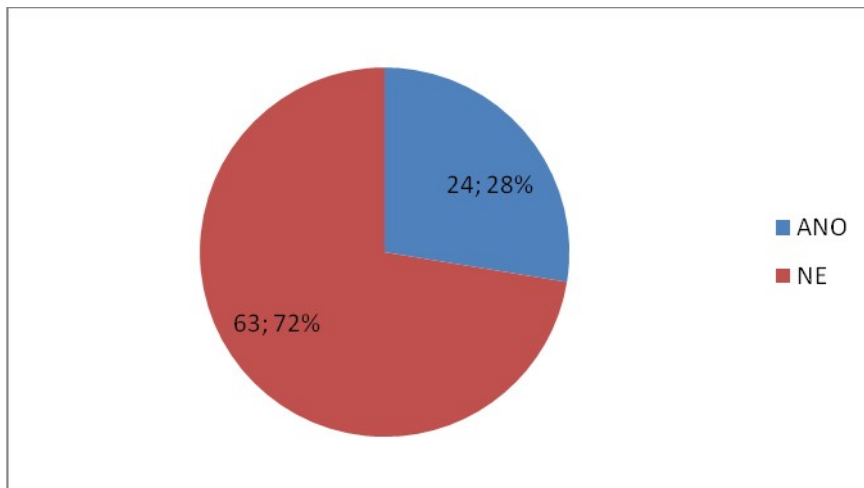
Respondenti uvedli příčiny averze, které uvádí Fraňková (2013; viz podkapitola 4.1.3.). Uvedené odpovědi – oblíbená potravina u ostatních členů rodiny a příjemná atmosféra - Fraňková řadí mezi možné příčiny preference (oblíby), ne averze.

Zdroje informací, mateřské centrum

Ve 3. části dotazníku klienti MC uváděli, kde informace o dětské výživě získávají. Dotazník také zjišťoval, jestli tyto informace získávají také v mateřském centru, případně o jakých tématech se v MC dozvídají.

16. Dozvěděl/a jste se některé z výše uvedených informací o výživě dětí ve Vašem mateřském centru? Pokud jste odpověděl/a ANO, uveďte stručně jaké.

Graf 10 – Informace o výživě dětí v MC



Většina respondentů (72% dotázaných) se informace o výživě dětí (které vyplnili v 2. části dotazníku) nedozvěděla v jejich mateřském centru. 28% dotázaných se některé z nich v centru dozvědělo.

Někteří klienti uvedli témata (z 2.části dotazníku), o kterých v MC v získali informace. Uvedena byla tato témata: kojení, podpora kojení, počáteční výživa, příkrmy, výživa kojence, výživa malých dětí, alergie, lepek, celiakie, kravské mléko, dětská obezita, podvýživa obézních dětí, syrová strava, makrobiotika, biopotraviny, nebezpečné potraviny.

17. Kde získáváte informace o výživě dětí?

Tabulka 7 – Zdroje informací o výživě dětí

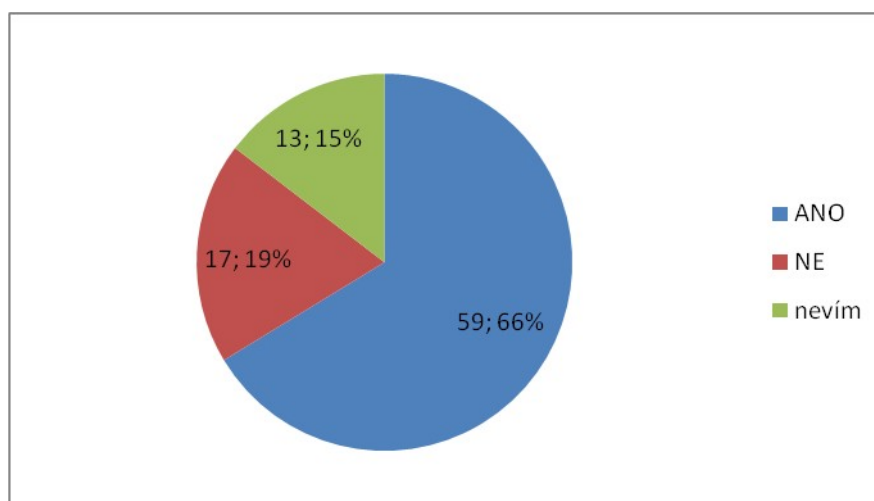
Zdroj	Počet odpovědí
na internetu	69
od zdravotních pracovníků (v porodnici, od dětského lékaře, od zdravotní sestry, apod.)	64
od přátel	56
v knižních příručkách pro rodiče	51
od rodinných příslušníků	42
v odborných knižních publikacích	34
v odborných časopisech	23

na přednáškách, seminářích nebo ve vzdělávacích kurzech	21
v televizních pořadech	20
v časopisech pro ženy	14
od výživového poradce	10
ve škole	9
další / jiné zdroje	4

Nejčastější zdroje jsou internet, zdravotní pracovníci, přátelé a knižní příručky pro rodiče. Mezi další zdroje klienti uvedli: práce, zkušenosti rodičů, rodinné centrum a sama sebe. Tento výsledek se podobá výsledku studie *Informovanost matek o výživě dětí v útlém věku* (Ondriová, Sinaiová, Mrošková, 2013), která uvedla, že nejčastější zdroje jsou lékaři, zdravotní sestry a internet (dále také odborná literatura). Dále se podobá výsledku výzkumného šetření realizovaného v rámci bakalářské práce *Informovanost a orientace rodičů dětí mladšího školního věku v oblasti výživy* (Kincová, 2010), ze kterého vyplynulo, že rodiče nejčastěji čerpají informace z internetu, knih a od přátel. (viz 4. kapitola)

18. Nabízí mateřské centrum, kam docházíte, nějaký materiál (např. brožurky, letáčky) nebo program (jednorázový - např. semináře, workshopy; dlouhodobý – např. kurzy) týkající se výživy dětí? Pokud ano, uveďte jaký materiál / program.

Graf 11 – Program / materiál o výživě dětí v MC



66 % respondentů (59 klientů) uvedlo, že jejich mateřské centrum nějaký program nebo materiál, který se týká výživy dětí, nabízí. 19 % (17 klientů) odpovědělo, že nic

k dětské výživě jejich MC nic nenabízí. 15 % (13) neví, jestli je jejich centru pořádán nějaký program o dětské výživě nebo nabízen nějaký materiál.

Podle klientů se v MC nabízí tento program / materiál: přednášky týkající se výživy dětí (14 odpovědí), odborné konzultace (poradenství) (10), letáky (5), semináře (4), kurzy (4), besedy (3), workshopy (3), kontakty (3), literaturu, brožurky, časopisy a DVD.

Někteří respondenti uvedli konkrétnější odpovědi, např. přednáška od pediatra; přednášky v rámci projektu *Ambasadorky*; předporodní kurz, kde se zmiňují o kojení; kurzy o zdravém vaření pro děti; časopisy od *Hamánka*; informační leták „stop obezitě“.

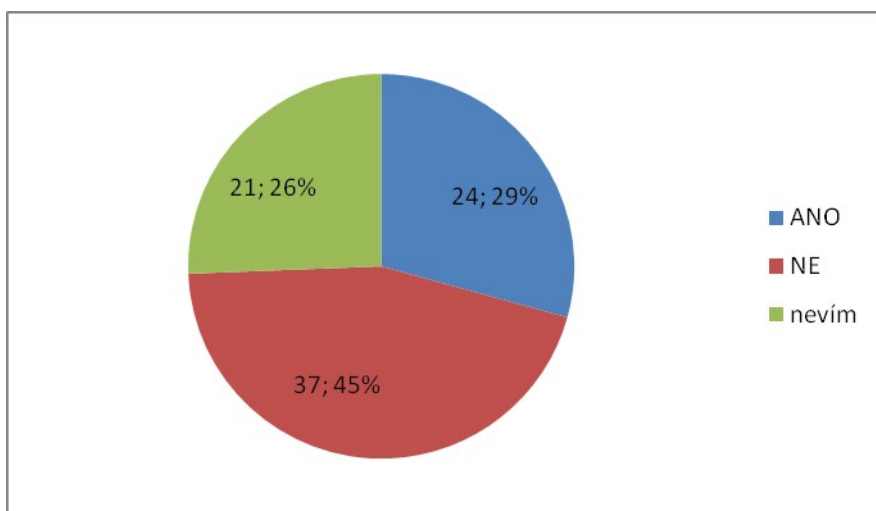
19. Pokud vaše mateřské centrum nabízí nějaký program týkající se dětské výživy, uveďte čeho jste se zúčastnil/a.

Klienti uvedli, že se zúčastnili: přednášek, přednáška s vařením, seminářů, besedy, jednorázových akcí, výživového poradenství, tvoření maminek s dětmi na téma zdravé stravování a projektu *Ambasadorky*. Někteří respondenti uváděli témata (přednášek, besed, akcí): zdravé stravování, výživa malých dětí, výživa kojenců a batolat, kojení, příkrmy, alergie, makrobiotika, syrová strava, biopotraviny. 15 klientů uvedlo, že se nezúčastnili ničeho. 24 respondentů neuvedlo nic (předpokládám tedy, že se ničeho nezúčastnili).

Jedna klientka upřesnila, že se nezúčastnila ničeho, protože vše si může přečíst na internetu a nějaký program by pro ni představoval ztrátu času. Jedna respondentka upřesnila, že se zúčastnila přednášky, kde přednášející měla velmi jednosměrný a omezený pohled, který odpovídal aktuální „módní vlně“ a že od té doby raději poslouchá především svůj instinkt.

20. Máte ve Vašem mateřském centru k dispozici výživové / laktační poradenství?

Graf 12 – Poradenství v MC



Výživové nebo laktační poradenství je poskytováno v MC u 29 % klientů (24). Z toho 10 respondentů uvedlo, že ho využívá. 14 klientů poskytované poradenství nevyužívá. U 26 % (21) není poradenství realizováno. 45 % klientů (37) neví, jestli jejich centrum poradenství poskytuje.

21. Pál/a byste si, aby do programu Vašeho mateřského centra byla zařazena nějakým způsobem problematika dětské výživy? Pokud ano, uveďte jakým způsobem (např. přednáška, kurz, poradenství apod.).

U této otázky 33 respondentů neuvedlo nic. 13 klientů uvedlo, že nic nechce. 7 respondentů odpovědělo, že takový program je již MC realizován nebo že jsou spokojeni s tím, co je centrem poskytováno.

Někteří klienti by si přáli do programu centra zařadit : přednášku (22 respondentů), poradenství (13), laktační poradenství, kurz zdravé výživy (2), praktické kurzy zdravého vaření pro děti (2), společné vaření. Mezi tématy, které by klienty centra zajímaly, se objevila : výživa dětí obecně (nejen kojenců), alergie a intolerance (celiakie, laktózová intolerance), diabetes u dětí, prevence obezity a problematika „éček“. Klienti by měli také zájem o výměnu zkušeností. Jeden klient uvedl, že informací na toto téma je všude dostatek a že není třeba žádný kurz. Smysl vidí pouze v praktickém kuchařském kurzu, který by ho obohatil o nové recepty.

Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Z výsledků části dotazníku, která se táže na výživu dětí do 3 let věku, vyplynulo, že názory a znalosti (týkající se vybrané problematiky dětské výživy) většiny klientů MC vycházejí ze současných odborných doporučení (zejména z doporučení WHO). Jedná se zejména o postoje ke kojení a umělé mléčné výživě. Většina klientů uznává význam a nenahraditelnost kojení a spatřuje v něm mnoho předností (které uvádějí také odborníci). Podle většinového názoru respondentů je umělá mléčná výživa vhodnou alternativou mateřského mléka pouze v případě, že matka kojit nemůže. Délka výlučného kojení by, podle klientů MC, měla být minimálně 6 měsíců a pokračovat v kojení by se mělo alespoň do 1 roku života dítěte, podle některých respondentů i déle (až do 2 let věku). To je ve shodě s doporučením WHO i dalších institucí (MZ ČR) a odborníků.

Většina klientů MC by zavedla nemléčný příkrm v 6. měsíci života dítěte. Stejný postoj má WHO, EU, AAP, Laktační liga a další. Mezi první příkrmy by klienti zařadili zejména zeleninu (která je většinou odborníků doporučována). Uvedeny byly i jiné druhy potravin (ovoce, obilné kaše). V dalších aspektech, které se dotýkají problematiky zavádění příkrmu, panuje mezi klienty daleko menší shoda. Jedná se např. o dobu zavádění lepku. Na jednoznačném názoru, který se týká „nasazování“ potravin s lepkem, se neshodují ani odborníci z oblasti výživy kojenců, ani pediatři.

V problematice podávání kravského mléka, konzumace sladkého a vzniku averze se většina klientů shodla s odborníky.

U mnoha otázek se však v průzkumu objevily i jiné odpovědi (než ty citované výše). Odpovědi u některých otázek byly nejednotné. To odráží diverzitu názorů a přístupů v problematice dětské výživy. Klienti MC (kteří jsou zastoupeni zejména matkami malých dětí) mají v současnosti k dispozici mnoho zdrojů, ze kterých mohou čerpat informace o výživě. Informace k jedné problematice (např. kojení) se v různých zdrojích mohou lišit.

Poslední část dotazníku zjišťovala, z jakých zdrojů klienti čerpají informace o výživě dětí, a jestli k nim mají přístup také v jejich mateřském centru.

Klienti uvedli, že informace o dětské výživě získávají především z internetu, od zdravotních pracovníků, od přátel a z knižních příruček pro rodiče. Většina respondentů (72 %) se informace o výživě dětí (zejména o těch, které se týkají problematiky uvedené

v dotazníku) nedozvěděla v mateřském centru. A to i přesto, že v centru většiny klientů (59 %) nějaký program, případně materiál, týkající se dětské výživy existuje.

V některých mateřských centrech se podle klientů pořádají přednášky týkající se výživy dětí, semináře i workshopy. K dispozici jsou informační letáky, literatura, brožurky, časopisy i DVD. Některá centra (podle 24 % klientů) poskytují poradenské služby (laktační nebo nutriční poradenství). Některá poskytují alespoň kontakty na odborníky.

Většina klientů MC nemá zájem o zařazení nebo přidání programu, který by byl zaměřen na problematiku dětské výživy. Ti, kteří by si přáli zařazení takového programu, uváděli nejčastěji, že by chtěli v jejich MC přednášky nebo poradenství.

5.2 Shrnutí praktické části a doporučení

Shrnutí výzkumných šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat činnost mateřských center za účelem zjištění, jestli je do jejich programu zahrnuta problematika výživy malých dětí. Výzkumné šetření zjišťovalo, zda mateřská centra mají nějaký program nebo materiál týkající se výživy (jednorázové akce, dlouhodobé akce, poradenství, poskytování kontaktů na odborníky, informační materiál, praktikování specifického přístupu k výživě). Šetření dále zjišťovalo, jestli je o program ze strany klientů zájem, jestli klienti získávají informace o dětské výživě prostřednictvím mateřského centra a jaká je jejich informovanost o vybraných aspektech výživy dětí do 3 let věku.

Výzkumné šetření proběhlo ve dvou etapách. První etapa analyzovala činnost mateřských center na základě rozhovorů s pracovníky MC. Druhá etapa zmapovala informovanost klientů MC o výživě dětí, zdroje informací o výživě a zjišťovala, jestli klienti informace o dětské stravě získávají také v mateřském centru. Druhá etapa byla realizována dotazníkovým šetřením, kterému byli podrobeni klienti MC. Výsledky první etapy jsou prezentovány formou případových studií. Výsledky druhé etapy byly představeny analýzou odpovědí z jednotlivých otázek dotazníku (formou tabulek, grafů a komentářů).

Z obou částí výzkumného šetření (z výpovědí pracovníků MC a klientů MC) vyplynulo, že v mateřských centrech existuje program, který se zaměřuje na výživu dětí. Je

však realizován pouze v některých mateřských centrech. Některá centra se touto problematikou nezabývají. Přístup mateřských center k této problematice je tedy rozdílný.

Některá mateřská centra pořádají jednorázové akce, které jsou zaměřeny na problematiku stravování dětí. Centra organizují přednášky, semináře, workshopy, přednášky s vařením i jiné jednorázové akce, např. aktivity, při kterých rodiče tvoří společně se svými dětmi. Přednášky a semináře jsou pořádány pediatry, výživovými poradci i výrobci výživy. Témata jsou různá (kojení, příkrmy, makrobiotika, syrová strava, atd.). Téma výživy dětí se často objevuje v rámci jiných témat (např. přednášky o výchově) nebo jiných akcí (např. v „Týdnu zdraví“). Jednorázových akcí věnovaných tomuto tématu není pořádáno mnoho, protože o to není zájem. Pracovníci i někteří klienti MC uvedli, že informací o dětské výživě je hodně a že klienti jsou jimi přesyceni. Často bývá problém i zvolené téma - je příliš široké nebo příliš specifické - a tak nenaláká mnoho zájemců. Někteří klienti by si přáli přednášky na témata, které se jich nějakým konkrétním způsobem dotýkají (např. alergie, prevence dětské obezity apod.). Klienti také uvedli, že častý problém je jednosměrný a omezený pohled toho, kdo problematiku prezentuje. S problémem nezájmu se setkávají také dlouhodobé kurzy věnované výživě dětí, kterých se v MC realizuje velmi málo.

Klienti projevují větší zájem o individuální poradenství, které se v programu MC objevuje nejčastěji. Centra nabízejí nutriční i laktační poradenství. Do MC jsou zváni externí odborníky z poraden nebo poradenství realizuje některá z klientek MC, která je na to specializovaná. Klienti (zejména matky malých dětí) dávají přednost individuálnímu přístupu, kde mohou konzultovat jejich specifické problémy se stravováním jejich dětí. Některé klientky, v jejichž centrech neposkytují poradenské služby, uvedly, že by si poradenství (výživové nebo laktační) přály zařadit do programu jejich MC. V rámci dlouhodobých programů fungují v některých MC také podpůrné skupiny kojících matek, které přinášejí podporu kojícím ženám a jsou spojené s poradenstvím. To se týká v některých skupinách nejen kojení, ale také jiné problematiky dětské výživy, zejména příkrmů. Některá centra, která nenabízejí poradenské služby, poskytují kontakty na výživové poradce. Ve všech MC funguje volná (otevřená) herna, kde klienti MC mohou sdílet své zkušenosti s ostatními a poskytovat laické poradenství ostatním klientům.

Několik center je nebo bylo zapojeno do projektů, které se zaměřují na zdravou výživu nebo na zdravý životní styl. MC se zapojují do projektů *Zdravá Pětka* (realizováno

společností *Albert*) a *Ambasador*ky (propagace výrobků prostřednictvím besed). Některá centra dávají k dispozici svým klientům literaturu, časopisy (např. *Hamánek*), informační brožurky a letáky (např. od výrobců výživy, informační o prevenci obezity). Dvě mateřská centra uvedla, že uplatňují specifický přístup ke stravování během akcí, kterých se zúčastňují děti (např. upřednostňování podávání vlastních domácích výrobků před kupovanými výrobky).

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že informovanost klientů MC v oblasti výživy dětí je uspokojivá a že se znalosti a názory klientů na určitou problematiku shodují s doporučeními odborníků. V některých otázkách jsou ale znalosti a názory nejednotné. Je to zřejmě dáno množstvím informačních zdrojů, ze kterých rodiče čerpají informace o výživě dětí. Nejčastěji získávají informace z internetu, od zdravotních pracovníků, od přátel a z knižních příruček pro rodiče. Jen málo klientů získává informace o výživě dětí v mateřském centru. Jak již bylo uvedeno, klienti mají jen malý zájem účastnit se existujícího programu MC, který je zaměřen na stravování dětí, a také o zařazení dalšího programu, který by se této problematice věnoval. Důvodem nezájmu je zejména přesycenost informacemi z jiných zdrojů.

Doporučení

Jestliže jsou klienti přesyceni informacemi, není třeba, aby mateřská centra rozšiřovala program o akce, které by k této přesycenosti přispívaly. Mateřské centrum by spíše mělo udělat v informacích klientů „pořádek“. Mělo by jim pomoci zorientovat se v nich.

Problémem existence mnoha informačních zdrojů je diverzita názorů a doporučení a nejistota, jestli jsou prezentované názory a doporučení odborně podložené. Tento problém je spojen zejména se získáváním informací na internetu, kde jeho uživatel často nepozná, jestli vyhledané informace mají odborný podklad. Mateřské centrum by mělo upozornit své klienty na toto riziko a mělo by být schopno doporučovat svým klientům relevantní zdroje.

Dalším rizikem jsou informace o výživě poskytované výrobcí výživy. Za řadou aktivit pořádanými výrobcí se skrývá komerční zájem a jsou spojeny s marketingovou strategií. Některá mateřská centra aktivit pořádaných výrobcí využívají, protože je to pro ně finančně dostupné. I když to nemusí být vždy přímo zjevné, výrobci prostřednictvím

těchto aktivit dělají reklamu vždy především svým výrobkům. Vystává pak v takových případech pokaždé otázka, jestli jsou tyto výrobky vhodné pro určité děti, v definovaných věkových skupinách.

Někteří klienti upozornili na jednostrannost a omezenost prezentování určitých aspektů dětské výživy. Témata akcí jsou někdy zaměřena na alternativní způsoby stravování. Některé alternativní způsoby výživy (např. veganská strava) mohou zacházet do extrémů. Alternativní způsob stravy nemusí vždy dítěti vyhovovat. Extrémy v déletrvajícím trendu takového stravování dětí mohou být rizikové, proto je třeba se jim vyhýbat. Pokud dítě prospívá, jeho způsob stravování by se měl držet obecných odborných doporučení. Mateřská centra by měla své klienty na riziko extrémů upozornit a poskytnout jim obecné odborně podložené informace o správné výživě.

Klienti nemají o některé akce (přednášky, kurzy) zájem také z důvodu výběru tématu – téma je nezajímavé. V mnoha případech je nezájem způsoben tím, že téma se přímo netýká problémů, se kterými se klienti setkávají. Výživa dítěte je zatížena individuálními aspekty a rodiče mají specifické otázky k výživě jejich vlastního dítěte. Tyto otázky mohou konzultovat v rámci poradenství (laktačního, výživového), které v mnohých MC funguje a které tuto potřebu individuálního přístupu reflektuje. Centrum, která poradenské služby nenabízí, bych doporučila tyto služby zavést nebo alespoň poskytovat kontakty na odborníky.

Závěr

Cílem práce bylo zjistit, zda je do programu mateřských center nějakým způsobem zahrnuta problematika výživy dětí a podpory správných stravovacích návyků. Cílem bylo také zmapovat, jakým způsobem je tato problematika do programu center integrována a jestli je o ni ze strany klientů MC zájem. Práce si rovněž kladla za cíl zanalyzovat informovanost klientů MC o vybraných aspektech výživy dětí do 3 let věku a zjistit, jestli klienti MC získávají informace o stravování dětí prostřednictvím činnosti mateřského centra, do kterého docházejí.

Byla provedena literární rešerše teoretických poznatků a bylo realizováno výzkumné šetření v mateřských centrech. V teoretické části byly prezentovány teoretické poznatky z oblasti výživy dětí do 3 let věku. Literární rešerše se zaměřila na výživu novorozence, kojence, batolete a na problematiku formování nutričních návyků v raném dětství. Praktická část představila průběh a výsledky výzkumného šetření, které proběhlo ve vybraných mateřských centrech. Výzkumné šetření bylo realizováno ve dvou etapách. První etapa byla realizována formou rozhovorů s pracovníky MC. Druhá etapa proběhla formou dotazníkového šetření, kterému byli podrobeni klienti MC.

Z obou částí výzkumného šetření vyplynulo, že přístup mateřských center k problematice výživy dětí je rozdílný. Některá centra se této problematice věnují. Jiná centra se jí zabývají jen omezeně. Některá mateřská centra se této problematice nevěnují a v jejich programu není zahrnuta.

V mateřských centrech se téma dětské výživy objevuje v přednáškách, besedách, seminářích, kurzech i v rámci jiných aktivit a akcí, které nejsou vždy přímo zaměřeny na výživu. O přednášky a o dlouhodobé kurzy není velký zájem. Je to z důvodu přesycenosti klientů informacemi o výživě a někdy také z důvodu volby tématu, které je příliš specifické nebo naopak příliš široké.

Klienti dávají přednost poradenství, kde mohou řešit jejich individuální problémy a otázky týkající se stravování jejich dětí. Poradenství (výživové i laktční) je v centrech rozšířeno nejvíce. Některá MC provozují podpůrnou skupinu kojících matek, která je také formou poradenství a zároveň slouží jako podpora pro matky, které kojí.

Některá centra poskytují svým klientům k tématu dětské výživy literaturu, časopisy, brožurky a letáky.

Z dotazníkové šetření vyplynulo, že informovanost klientů MC (o vybraných aspektech výživy dětí do 3 let věku) je spíše uspokojivá a z velké části se jejich znalosti, názory a postoje shodují s doporučeními odborníků. V některých oblastech dětské výživy existuje nejednotnost názorů klientů (kteří jsou zastoupeni převážně matkami malých dětí). Tato nejednotnost je zřejmě způsobena existencí mnoha informačních zdrojů, ze kterých matky čerpají. Klienti informace o výživě dětí získávají z různých zdrojů (nejvíce čerpají z internetu), ale z výzkumného šetření vyplynulo, že je jich málo, kteří tyto informace získávají v mateřském centru.

V mateřských centrech, kde program zahrnuje problematiku dětské stravy, není třeba tento program více rozšiřovat. Centra by se spíše měla postavit před problém přesycenosti informacemi a před problémem velkého množství zdrojů, ve kterých se klienti špatně orientují a nemají vždy jistotu, jestli informace, které obsahují, jsou odborně podložené. Mateřská centra by měla pomoci svým klientům zorientovat se ve zdrojích a „udělat pořádek“ v informacích a znalostech o dětské výživě, které již získali. Měla by je upozornit na rizika neodborně podložených informací, na rizika příliš vyhraněných názorů (alternativní způsoby stravování, extrémy ve výživě) a na problém informací poskytovaných výrobcí výživy. Centra by klientům měla zároveň poskytnout relevantní zdroje s odborně podloženými informacemi.

Centra, která by chtěla integrovat do jejich činnosti nějaký program zaměřený na dětskou výživu, by mohla zavést erudované a časově pravidelné poradenství k této problematice. Klienti MC mají o odborně vedené poradenství větší zájem než o přednášky, neboť zde mohou řešit individuální otázky a problémy týkající se výživy jejich dětí.

Seznam použitých zdrojů

Knižní publikace a články

- 1) ČADKOVÁ, Pavla; SCHNEIDROVÁ, Danuše. Délka kojení a faktory ovlivňující předčasné ukončení kojení. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*. Praha. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 1998, roč. 43, č.1. ISSN: 1802-6281.
- 2) BOGEN, D. ; HANUSA, B. ; WHIATAKER, R. The Effect of Breast-Feeding with and without Formula Use on the Risk of Obesity at 4 Years of Age. *Obesity Research*. 2004, roč. 12, č. 9.
- 3) FRÜHAUF, Pavel; SZITÁNYI, Pavel. *Výživa v pediatrii*. Praha: Institut postrgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013, ISBN: 978-80-87023-26-6.
- 4) FRAŇKOVÁ, Slávka; DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1.
- 5) FRAŇKOVÁ, Slávka; ODEHNAL, Jiří; PAŘÍZKOVÁ, Jana. *Vývoj a výživa osobnosti dítěte*. Praha: HZ Edition, 2000. ISBN: 80-86009-32-7.
- 6) FRAŇKOVÁ, Slávka; PAŘÍZKOVÁ, Jana; MALICHOVÁ, Eva. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN: 978-80-246-2247-7.
- 7) GOLDMANN, Radoslav, CICHÁ, Martina. *Základy pediatrie pro pedagogy*. 2. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN: 80-244-1477-5.
- 8) GREGORA, Martin. *Výživa malých dětí*. Praha: GRADA Publishing, 2004. ISBN: 80-247-9022-X.
- 9) GREGORA, Martin; ZÁKOSTELECKÁ, Dana. *Jidelníček kojenců a malých dětí*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Havlíčkův Brod: GRADA Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2716-5.
- 10) KUBÁT, Kamil ; JANOVSÝ, Miloš. Laktace našich žen. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha. 1957, č. 12. ISSN neuvedeno.
- 11) KUDLOVÁ, Eva a kol. *Hygiena výživy a nutriční epidemiologie*. Praha: Karolinum, 2009.
- 12) KUDLOVÁ, Eva; MYDLILOVÁ, Anna. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
- 13) MACHOVÁ, Jitka; KUBÁTOVÁ, Dagmar a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2715-8.

- 14) MARÁDOVÁ, Eva. *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. Praha : VŠH, 2010.
- 15) LEBL, Jan; PROVAZNÍK, Kamil; HEJCMANOVÁ, Ludmila. *Preklinická pediatrie*. 1. vydání, Praha: Galén, Karolinum, 2003. ISBN: 80-7262-207-2; 80-246-0690-9.
- 16) LEBL, Jan; MARX, David; VOLF, Vladimír; PROVAZNÍK, Kamil. a kol. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání, Praha: Galén, Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-7262-438-6 (Galén), 978-80-246-1321-5 (Karolinum).
- 17) MULLEROVÁ, Dana. *Výživa těhotných a kojících žen*. Praha: Mladá Fronta, 2004. ISBN: 80-204-1023-6.
- 18) MULLEROVÁ, Dana. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: TRITON, 2003. ISBN: 80-7254-421-7.
- 19) MULLEROVÁ, Dana; SVAČINA, Štěpán; a kol. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN-13: 978-80-247-2256-6.
- 20) MUNTAU, *Pediatrie*. 6. vyd, Praha: GRADA Publishing, 2014. ISBN: 978-80-247-4588-6.
- 21) RUCKI, Štěpán; STOŽICKÝ, František. *Prevence nemocí oběhové soustavy v pediatrii*. Praha: Triton, 2003. ISBN: 80-7254-388-1.
- 22) SVOBODOVÁ, A. Výsledky sledování kojení pediatrickými a zdravotně výchovnými pracovníky v letech 1983-1987. *Československé zdravotnictví: časopis Společnosti sociálního lékařství*. Praha: Avicem, 1989, roč. 37, č. 8/9. ISSN: 0009-0689.
- 23) ŠRÁČKOVÁ, Danuše. Historie kojení II. *Praktická gynekologie: časopis podporovaný Sdružením soukromých gynekologů ČR*. Praha: Ambit media, 2004. č. 4. ISSN: 1211-6645.
- 24) TAVERAS, E. a kol. What Extent Is the Protective Effect of Breastfeeding on Future
- 25) Overweight Explained by Decreased Maternal Feeding Restriction? *Pediatrics*. 2006, roč. 118, č. 6.
- 26) TUČEK, Milan, SLÁMOVÁ, Alena a kol. *Hygiena a epidemiologie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN: 978-80-246-2025-1.
- 27) STOŽICKÝ, F.; PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1067-1.

- 28) STOŽICKÝ, František. Sledování výživy kojenců v prvních 6 měsících života v České republice v letech 1998-1999 (Multicentrická studie). *Československá pediatrie*. Praha. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2001, roč. 56, č. 6. ISSN neuvedeno.

Elektronické zdroje

- 1) BRONSKÝ, Jiří a kol. Doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. Praha. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2014, roč. 69 [cit. 2015-09-30]. ISSN : 0069-2328 ; ISSN (on-line) : 1805-4501. Dostupné z : files.gastroped.cz/.../doporuceni-vyziva-kojencu-a-batolat-2014.pdf
- 2) DOLEŽEL, Zdeněk. Pitný režim dětí. *Pediatrie pro Praxi* [online]. 2007, č. 3 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: www.pediatriepropraxi.cz
- 3) DOSTÁLOVÁ, Jana, TLÁSKAL, Petr; DLOUHÝ, Pavel; a kol. Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR. *Společnost pro výživu* [online]. 2012 [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.vyzivapol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.htm>
- 4) JAKUBOVÁ, Radka. *BLW - baby led weaning. Příkrmování vedené dítětem* [online]. 2008 [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: http://www.infookojeni.net/uploads/2/4/0/6/24060232/baby-led_weaning.pdf
- 5) KINCOVÁ, Eva. *Informovanost a orientace rodičů dětí mladšího školního věku v oblasti výživy* [online]. Brno, 2010 [cit. 2015-08-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/213755/fsps_b/?lang=en;id=235910. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sportovních studií, Katedra podpory zdraví. Vedoucí práce Mgr. Michal Kumstát, Ph.D.
- 6) KNÍŽKOVÁ, Hana. Výživa batolat v Čechách aneb Strasti a slasti českých miminek (tisková zpráva). *Výživa dětí* [online]. 2011 [cit. 2015-07-17]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/tiskove-materialy/vyziva-batolat-v-cechach-aneb-strasti-a-slasti-ceskych-miminek-14-6-2011/>
- 7) LABUSOVÁ, Eva. Může miminko samo rozhodnout o tom, kdy skončí s kojením a co bude dál jíst? [online]. 2013 [cit. 2015-09-14]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/preklady/miminko.php>

- 8) LABUSOVÁ, Eva. Rozdíly mezi kojením a umělou výživou [online]. 2008
[cit. 2015-02-16]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/clanky/rozdily_mezi.php
- 9) MATRASOVÁ, Alena. Zavádění příkrmů do kojenecké stravy [online]. 2005
[cit. 2015-06-03]. Dostupné z:
<http://www.pediatric.zdravcentra.cz/alena.matrasova/?ID=1747881>
- 10) PODBĚHLÁ, Lucie. Celiakie u dětí. *Sestra* [online]. 2010 , č. 3 [cit. 2015-08-11].
Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/celiakie-u-deti-450443>
- 11) RAPLEY, Gill. Guidelines for implementing a baby-led approach to the
introduction of solid foods – updated, June 2008. *Rapley Weaning.com* [online].
2008 [cit. 2015-09-16]. Dostupné z:
http://www.rapleyweaning.com/assets/blw_guidelines.pdf
- 12) TLÁSKAL, Petr. Pitný režim školního dítěte. *Společnost pro výživu. Výživa a potraviny* [online]. 2004; 3 [cit. 2015-04-11]. Dostupné z:
<http://www.vyzivapol.cz/clanky-casopis/pitny-rezim-skolniho-ditete.html>
- 13) TLÁSKAL, Petr. S jakými důsledky nesprávné výživy se setkává dětský lékař.
Společnost pro výživu. Výživa a potraviny [online]. 2004; 5 [cit. 2015-04-19].
Dostupné z: <http://www.vyzivapol.cz/clanky-casopis/s-jakymi-dusledky-nespravne-vyzivy-se-setkava-detsky-lekar.html>
- 14) SCHNEIDROVÁ, Dagmar. Ochrana kojení před nevhodným marketingem
kojenecké výživy. *Laktační liga* [online]. 2006 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z:
http://www.kojeni.cz/svtyden.php?tema=ochrana_kojeni
- 15) SLADKÁ, Jaroslava. Nutriční programování v praxi. *Sestra* [online]. 2014; 13
[cit. 2015-07-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nutricni-programovani-v-praxi-476047>
- 16) VINCENTOVÁ, Dana. Výživa novorozence, kojence a batolete. *Pediatric pro Praxi* [online]. 2006; 4 [cit. 2015-05-09]. Dostupné z:
<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/04/12.pdf>
- 17) VLČKOVÁ, Dita. Mýtus imunologického okna. *Jídlo do tlapky* [online], 2015
[cit. 2015-09-12]. Dostupné z: <http://www.jidlodotlapky.cz/myty-a-omyly-o-blw/#more-96>
- 18) VLČKOVÁ, Dita. Co je BLW – Baby Led Weaning? *Jídlo do tlapky* [online]. 2015
[cit. 2015-12-19]. Dostupné z: <http://www.jidlodotlapky.cz/rubrika/blw/>

- 19) ONDRIOVÁ, Iveta; SINAIIOVÁ, Anna; MROSKOVÁ, Slávka. *Informovanost matek o výživě dětí v útlém věku*. Sestra [online]. 2013, roč. 23, č. 2 [cit. 2015-09-13]. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/informovanost-matek-o-vyzive-deti-v-utlem-veku-469296>
- 20) MYDLILOVÁ, Anna. Baby Friendly Hospital. *Laktační liga* [online]. 2003 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/baby-friendly-hospital/>
- 21) Ministerstvo zdravotnictví ČR. Stanovisko pracovní skupiny ministerstva zdravotnictví pro výživu dětí k zavádění komplementární výživy (příkrmu) u kojenců. *WHO* [online]. 2013 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: [http://www.who.cz/attachments/article/115/Stnovisko%20pracovni%20skupiny%20ministerstva%20zdravotnictvi%20pro%20vyzivu%20deti%20k%20zavadeni%20komplementarni%20vyzivy%20\(prikrmu\)%20u%20kojencu.pdf](http://www.who.cz/attachments/article/115/Stnovisko%20pracovni%20skupiny%20ministerstva%20zdravotnictvi%20pro%20vyzivu%20deti%20k%20zavadeni%20komplementarni%20vyzivy%20(prikrmu)%20u%20kojencu.pdf)
- 22) WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. *World Health Organisation* [online]. Geneva, 2003 [cit. 2015-02-08]. Dostupné z: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_eng.pdf
- 23) Allaitement et obésité. *La Leche League International* [online]. 2003 [cit. 2015-04-06]. Dostupné z: <http://www.lllfrance.org/Etudes-sur-l-allaitement/Allaitement-et-obesite.html>
- 24) Co jsou mateřská centra. *Sít mateřských center* [online]. 2009 [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: <http://www.materskacentra.cz/sit-mc-v-cr/co-jsou-mc/>
- 25) Fyziologie laktace. *Laktační liga* [online]. 2003 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/fyziologie-laktace/>
- 26) Impact de l'allaitement sur la santé infantile. *La Leche League International* [online]. [online]. 2005 [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-66-Impact-de-l-allaitement-sur-la-sante-infantile.html>
- 27) Imunologické okno. *Laktační liga* [online]. 2015 [cit. 2015-09-03]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/question/imunologicke-okno/>
- 28) Information concerning the use and marketing of follow-up formula. *World Health Organisation* [online]. 2013 [cit. 2015-01-19]. Dostupné z: http://www.who.int/nutrition/topics/WHO_brief_fufandcode_post_17July.pdf

- 29) Jaké bývají příznaky celiakie u kojenců a batolat. *Bez lepku* [online], 2014 [cit. 2015-09-12]. <http://www.bezlepek.cz/2014/06/jake-byvaji-priznaky-celiakie-u-kojencu-a-batolat/>
- 30) Kojení a zdraví. *Laktační liga* [online] 2003 [cit. 2014-12-11]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/kojeni-a-zdravi/>
- 31) Nutriments du lait humain. *La Leche League International* [online]. 2009 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.lllfrance.org/Etudes-sur-l-allaitement/Nutriments-du-lait-humain.html>
- 32) Poslání Sítě MC. *Sít' mateřských center* [online]. 2009 [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: <http://www.materska-centra.cz/sit-mc-v-cr/ukoly-site-mc-v-cr/>
- 33) Promotion et protection de l'allaitement: actions et recommandations. *La Leche League International* [online]. 2013 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.lllfrance.org/Promotion-et-protection-de-l-allaitement/Promotion-et-protection-de-l-allaitement-actions-et-recommandations.html>
- 34) Pyramida FZV. *Forum zdravé výživy* [online]. 2013 [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>
- 35) Sůl a slanosti. *Výživa dětí* [online]. 2013 [cit. 2015-09-27]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/jake-potraviny-by-nemely-chybet-v-jidelnicku-deti/sul-a-slanosti/>
- 36) Vápník a vitamin D pro silné kosti. *Společnost pro výživu. Výživa a potraviny* [online]. 2009 [cit. 2015-07-27]. Dostupné z WWW: <http://www.vyzivapol.cz/rubrika-vyziva-obecne/vapnik-a-vitamin-d-pro-silne-kosti.html>
- 37) Výhody kojení. *Laktační liga* [online]. 2007 [cit. 2015-01-24]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/vyhody-kojeni/>
- 38) Výroční zpráva 2012. *Sít' mateřských center* [online]. 2012 [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: <http://www.materska-centra.cz/sit-mc-v-cr/dokumenty-site-mc/>
- 39) Výživa batolat v Čechách aneb Strasti a slasti českých maminek. *Výživa dětí* [online]. 2011 [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/tiskove-centrum/tiskove-materialy/vyziva-batolat-v-cechach-aneb-strasti-a-slasti-ceskych-miminek-14-6-2011/>

- 40) Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. *Společnost pro výživu* [online] 2012 [cit. 2013-11-12]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>
- 41) Zásady výživy kojenců a malých dětí v ČR - současný pohled a doporučení 3.6.2014. *Laktační liga* [online]. 2014 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/aktualne11.php>
- 42) Zavádění příkrmu. *Laktační liga* [online]. 2014 [cit. 2015-06-30]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/rady-navody/zavadeni-prikrmu/>
- 43) Zdravé matky a zdravé děti. *Laktační liga* [online] 2009 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/novinky/zdrave-matky-zdrave-deti/>

Seznam použitých zkratek

AAP - American Academy of Pediatrics (Americká pediatriká společnost)

ABM - Academy of Breastfeeding Medicine

CNS - centrální nervová soustava

ESPGHAN - The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu)

EU – Evropská Unie

IBFAN - International Baby Food Action Network

ILCA - International Lactation Consultant Association

LLLI - La Leche League International

MC - mateřské centrum

MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OSN - Organizace Spojených Národů

SACN - Scientific Advisory Committee on Nutrition (Britská poradní vědecká komise pro výživu)

UNICEF - United Nations Children's Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)

WABA - World Alliance for Breastfeeding Action

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam příloh

Příloha 1 - Doporučení WHO o výživě malých dětí

Příloha 2 – Výživová pyramida

Příloha 3 - Novorozenecké a kojenecké období - pojmy a jejich výklad

Příloha 4 – Laktace a mateřské mléko

Příloha 5 – Dotazník pro pracovníky mateřského centra

Příloha 6 – Dotazník pro klienty mateřského centra

Přílohy

Příloha 1 - Doporučení WHO o výživě malých dětí

V roce 2002 se konalo Světové zdravotnické shromáždění, na kterém byla přijata *Globální strategie výživy kojenců a malých dětí (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding)*. Světová zdravotnická organizace vymezila na základě této strategie rámcová doporučení o výživě malých dětí. Dokument se týká výživy dětí do 2 - 3 let, ale přesná definice „malého dítěte“ a věkového intervalu není uvedena (Kudlová, Mydlilová, 2005). WHO vypracovala doporučení do 10 okruhů, které E. Kudlová a A. Mydlilová (2005) shrnuly ve své publikaci o výživovém poradenství takto:

1. Kojit výlučně do šesti měsíců věku kojence, příkrm zavádět v ukončených šesti měsících.
2. Pokračovat v kojení do dvou let věku dítěte, kojit podle potřeby dítěte.
3. Při krmení citlivě reagovat na potřeby dítěte.
4. Dbát na správnou hygienu, správně zacházet s potravinami.
5. Příkrm má být zpočátku tvořen malým množstvím jídla, s věkem toto množství zvyšovat. Udržovat zároveň časté kojení.
6. S přibývajícím věkem postupně zvyšovat konzistenci a různorodost nabízeného jídla (podle schopností a potřeb dítěte).
7. Postupně zvyšovat četnost podávání příkrmu.
8. Zajistit dítěti pestrou stravu a tím mu zajistit přísun všech potřebných živin.
9. V případě potřeby užívat (matka i dítě) vitaminové a minerální doplňky nebo obohacené potraviny.
10. Když je dítě nemocné– zvýšit množství podaných tekutin, častěji kojit a povzbuzovat dítě, aby jedlo měkká a oblíbená jídla. Po uzdravení dítěte- dávat dítěti jídlo častěji než obvykle (Kudlová, Mydlilová, 2005).

Zdroje :

KUDLOVÁ, Eva; MYDLILOVÁ, Anna. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0.

Příloha 2 – Výživová pyramida



Zdroj:

Pyramida FZV. *Forum zdravé výživy* [online]. 2013 [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>

Příloha 3- Novorozenecké a kojenecké období - pojmy a jejich výklad

Kojení – dítě je živeno mateřským mlékem z prsu matky nebo odstříkaným mateřským mlékem (WHO, 1991, in Kudlová, Mydlilová, 2005).

Výlučné kojení (*exclusive breast-feeding*) – dítě je živeno pouze mateřským mlékem (matky nebo dárkyně) nebo odstříkaným mlékem. Kojenec nedostává žádné jiné potraviny nebo tekutiny s výjimkou léků, vitaminů a minerálů (WHO, 1991, in Kudlová, Mydlilová, 2005).

Převládající kojení (*predominant breast-feeding*) – převládajícím zdrojem výživy je mateřské mléko. Dítěti může být také podávána voda, čaj, ovocná šťáva apod. (WHO, 1991, in Kudlová, Mydlilová, 2005).

Plné kojení – zahrnuje výlučné a převládající kojení (WHO, 1991, in Kudlová, Mydlilová, 2005).

Náhrada mateřského mléka (*breast-milk substitute*)- jakákoliv potravina, která se prezentuje jako částečná nebo úplná náhrada mateřského mléka (Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka, 1992, in Kudlová, Mydlilová, 2005).

Příkrm, doplňková strava, komplementární strava (*complementary food*) – jakákoliv potravina, která slouží jako doplněk k mléčné stravě v případě, že tato strava nedostačuje k uspokojení potřeb výživy dítěte (Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka, 1992, in Kudlová, Mydlilová, 2005).

Příkrmování(*complementary feeding*) – příkrmování začíná v době, kdy mateřské mléko již není dostačující k pokrytí výživové potřeby. K mléčné stravě se tedy přidá **příkrm** (Kudlová, Mydlilová, 2005).

Dokrm – doplňující mléčná výživa (náhrada mateřského mléka), kterou dostává kojené dítě (Müllerová, 2008).

Umělá mléčná výživa– je náhrada mateřského mléka. Jedná se o speciálně upravené kravské mléko určené novorozencům, kojencům i batolatům. (Mullerová, 2008)
Náhradnímu mléku se říká také **formule** (*počáteční, pokračovací*).

Zdroje:

- 1) KUDLOVÁ, Eva; MYDLILOVÁ, Anna. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
- 2) MULLEROVÁ, Dana; SVAČINA, Štěpán; a kol. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN-13: 978-80-247-2256-6.

Příloha 4 – Laktace a mateřské mléko

Laktace

Tvorba mateřského mléka (laktace) se připravuje již v období vývoje plodu. Laktace je řízena hormony hypofýzy - *prolaktinem* a *oxytocinem*. *Prolaktin* se vyplavuje z předního laloku hypofýzy a podporuje produkci mléka v mléčné žláze. *Oxytocin* se uvolňuje ze zadního laloku hypofýzy a stimuluje výdej již vytvořeného mléka (vypuzovací / „let-down“ reflex). Vypuzovací reflex dovolí dítěti dostat se až k tzv. zadnímu mléku, které obsahuje více tuku a které je pro dítě nezbytné k tomu, aby správně přibývalo. Uvolnění hormonu oxytocinu je podněcováno senzorickými podněty, např. přiložením dítěte k prsu nebo sáním dítěte. (Stožický, 2006; Muntau, 2014; *Fyziologie laktace*, 2003)

Tvorbu mléka nelze podpořit léky ani navodit jinými prostředky. Důležitá je vhodná stimulace a tou je sání dítěte. Uvolňování prolaktačních hormonů může být sníženo stresem, strachem a únavou matky. (Stožický, 2006)

Druhy mateřského mléka

Složení mateřského mléka mění a to podle potřeb dítěte (novorozence). Podle složení se mateřské mléko dělí na *kolostrum*, *přechodné (tranzitorní) mléko* a *zralé mateřské mléko*. (Mullerová, 2008; Muntau, 2014)

Novorozenec se živí ***kolostrem*** do 4. dne života. Kolostrum se vyznačuje nižším energetickým obsahem. Má nižší obsah sacharidů a tuků. Obsahuje více bílkovin. Ty mají kromě výživové funkce také funkci imunoprotektivní. Směrem ke zralému mléku obsah proteinů klesá a zvyšuje se obsah sacharidů a lipidů. ***Přechodné mléko***, které novorozenec přijímá mezi 5. a 10. dnem života, má vyšší energetický příjem. Obsahuje méně bílkovin a více tuků a sacharidů. Od 11. dne života dítěte se mateřské mléko nazývá ***zralé***. Jeho energetický obsah a obsah lipidů je vyšší. Má nižší obsah proteinů. Složení zralého mateřského mléka se mění i během jednoho kojení. Čím je kojení delší, tím se zvyšuje obsah tuku v mléce. Počáteční *přední mléko* (se sacharidy), které se vyznačuje vodnatostí, je proti žízní, pozdější *zadní mléko* (bohaté na lipidy) tlumí hlad. (Muntau, 2014; Mullerová, 2008)

Tabulka: Složení jednotlivých druhů mateřského mléka (podle Heskera, in Mullerová, 2008)

Složení ve 100 g	jednotky	<i>kolostrum</i>	<i>přechodné mléko</i>	<i>zralé mléko</i>
energie	KJ (kcal)	236 (56)	277 (66)	279 (71)
proteiny	g	2	1,6	1,1
lipidy	g	2,6	3,5	4
sacharidy	g	6,6	6,9	7,1

Složení mateřského mléka

Mateřské mléko obsahuje bílkoviny, sacharidy a tuky a to v proměňujícím se množství. Mateřské mléko má relativně nízký obsah **bílkovin** (nižší než v kravském mléce). Množství proteinů je přizpůsobeno potřebám dítěte. Díky tomu nedochází k nadbytečnému přísunu aminokyselin. Hlavní bílkovinou je α -laktalbumin, kterého je více než kaseinu a díky němuž je mateřské mléko stravitelnější než mléko kravské. Laktalbumin se podílí na syntéze laktázy, která štěpí mléčný cukr laktózu.

Sacharidy se v mateřském mléce vyskytují v poměrně velkém množství. Hradí 40 % energetické potřeby dítěte. Nejvíce je zastoupena laktóza. Ta přispívá k ochraně proti střevním infekcím. Kromě laktózy se v mléce vyskytují oligosacharidy.

Obsah a složení **tuku** kolísají podle příjmu lipidů v potravě matky. V mateřském mléce se vyskytují esenciální mastné kyseliny (např. kyselina linolová, arachinodová, dexamhexanová), které hrají významnou roli při rozvoji CNS a oční sítnice. Také se podílejí na obraně proti infekcím. Mateřským mléko obsahuje lipázu, díky které se tuky z mateřského mléka vstřebávají lépe než lipidy z kravského mléka, které tento enzym neobsahuje. Mateřské mléko má vyšší obsah cholesterolu než mléko kravské nebo umělá mléčná výživa. Některé studie poukazují na to, že výživa bohatá na cholesterol v době kojení přispívá ke snadnějšímu vyrovnání se s cholesterolovou zátěží v dospělosti. Proto je kojení považováno za prevenci aterosklerózy.

Mateřské mléko obsahuje **minerály**. Jejich koncentrace je však relativně nízká. Jejich obsah je nižší než v kravském mléce. To způsobuje nižší osmotickou zátěž ledvin, které ještě nejsou zralé. Z mateřského mléka se navíc minerály lépe vstřebávají, zejména železo, vápník, hořčík a zinek. Množství **vitaminů** rozpustných ve vodě závisí na jejich

příjmu v potravě matky. Pokud je vyvážená, jejich obsah odpovídá potřebě dítěte. Mateřské mléko obsahuje dostatečné množství vitaminů A a E (vitaminy rozpustné v tucích). Nemá však dostatek vitaminů D a K. Pokud se matka nepřijímá dostatek vitaminu D potravou a nedostatečně se vystavuje slunečnímu záření, dítě je ohroženo rachitismem. Výživa matky může jen velmi málo ovlivnit koncentraci vitaminu K. Tyto vitaminy proto musejí být dodávány ve formě substituce i výhradně kojenému dítěti.

Dále mateřské mléko obsahuje řadu hormonálně aktivních substancí a nukleotidy, které pozitivně ovlivňují vývoj systému obranyschopnosti a vývoj zažívacího traktu. V mléce se mohou vyskytnout léky a návykové a cizorodé látky.

(Muntau, 2014; Mullerová, 2008; Stožický, 2006; *Nutriments du lait humain*, 2009; Gregora, Zákostelecká, 2009)

Zdroje:

- 1) GREGORA, Martin; ZÁKOSTELECKÁ, Dana. *Jidelníček kojenců a malých dětí*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Havlíčkův Brod: GRADA Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2716-5.
- 2) MULLEROVÁ, Dana; SVAČINA, Štěpán; a kol. *Klinická dietologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN-13: 978-80-247-2256-6.
- 3) MUNTAU, *Pediatrie*. 6. vyd, Praha: GRADA Publishing, 2014. ISBN: 978-80-247-4588-6.
- 4) STOŽICKÝ, F.; PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1067-1.
- 5) Fyziologie laktace. *Laktační liga* [online]. 2003 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/fyziologie-laktace/>
- 6) *Nutriments du lait humain. La Leche League International* [online]. 2009 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://www.lllfrance.org/Etudes-sur-l-allaitement/Nutriments-du-lait-humain.html>

Příloha 5 – Dotazník pro pracovníky mateřského centra

DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY MATEŘSKÉHO CENTRA – PROGRAM MC

Dotazník je součástí výzkumu bakalářské práce „Podpora správných stravovacích návyků prostřednictvím činnosti mateřských center“. Vámi uvedená data budou použita pouze ke studijním účelům.

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ !

1. Existuje ve Vašem mateřském centru nějaký program zaměřený na výživu malých dětí ? Označte ve výběru, případně něco dopište. Napište také prosím, jak se program nazývá nebo na co je zaměřen. Můžete např. uvést příklady proběhlých přednášek apod.

- jednorázový program– např. přednášky, semináře, workshopy, akce zaměřené na zdraví, které se nějakým způsobem dotýkají tématu výživy apod.
- dlouhodobý program – kurzy, poradenství (výživové, laktační), podpůrná skupina kojících matek apod.
- zapojení mateřského centra do nějakého projektu / programu (např. projekt - vzdělávací program *Zdravá 5*)
- poskytování kontaktů na odborníky (např. na výživové / laktační poradce, nutriční terapeuti)?
- poskytování informačních materiálů o výživě dětí – např. literatura, články, brožurky, letáčky ...
- jiné:

2. Pokud nějaký program ve Vašem mateřském centru existuje, jaký je o něj zájem? Zapojuje se hodně klientů Vašeho mateřského centra? Je zpoplatněn?

3. Je mateřským centrem uplatňován nějaký specifický přístup k výživě? (např. při akcích, kde se dětem podává jídlo- např. nepodávají se sladkosti, podává se pouze vegetariánská strava apod.)

Příloha 6 – Dotazník pro klienty mateřského centra

Dotazník pro klienty mateřského centra

Prosím o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářské práce *Podpora správných stravovacích návyků prostřednictvím činnosti mateřských center*. Vámi uvedená data budou použita pouze ke studijním účelům.

DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ! Tereza Dejmalová, studentka PedF UK
(tereza.dejmalova@centrum.cz)

I. INFORMACE O RESPONDETOVI

Dotazník je anonymní. Uveďte prosím jen základní informace o sobě :

Pohlaví : Ž / M	Vzdělání : ZŠ / SŠ / VOŠ / VŠ	Děti (počet a věk dětí) :
Věk :	Povolání :	

II. VÝŽIVA DĚTÍ (NOVOROZENEC - BATOLE)

U otázek s výběrem a/b/c... zakroužkujte 1 možnost, pokud není uvedeno jinak.

1. Jak dlouho by mělo být podle vašeho názoru dítě kojeno (pokud matka může kojit)? Uveďte, do jakého měsíce života by dítě mělo být

- výlučně kojeno (tzn. krmení pouze mateřským mlékem):
- částečně kojeno s příkrmováním (tzn. dítě již dostává kromě mateřského mléka i nemléčné příkrmy):

2. Uveďte výhody, případně nevýhody, které přináší kojení/ mateřské mléko (oproti náhradní mléčné výživě). Lze zmínit výhody a nevýhody nejen pro dítě, ale i pro matku.

- *výhody*:

- *nevýhody*:

3. Dokáže podle vás náhradní mléčná výživa plně nahradit mateřské mléko?

a) ANO	b) NE	c) nevím
--------	-------	----------

4. Uveďte výhody, popřípadě nevýhody, které přináší náhradní mléčná výživa. Lze zmínit výhody a nevýhody nejen pro dítě, ale i pro matku.

- *výhody*:

- *nevýhody*:

5. Měla by se dítěti podávat ke kojení nějaká další tekutina (do 6. měsíce věku dítěte)?

a) ANO – uveďte jaká :	b) NE	c) nevím
------------------------	-------	----------

6. Kdy se do stravy dítěte zavádí první příkrm?

a) ve 4. měsíci	b) od ukončeného 6. měsíce	c) jindy – uveďte měsíc:
-----------------	----------------------------	--------------------------

7. Je nějaký rozdíl v době zavádění příkrmu u dítěte kojeného a u dítěte uměle živeného?

a) ANO	b) NE	c) nevím
--------	-------	----------

8. Od kdy se do dětského jídelníčku zavádí potraviny obsahující lepek?

a) od 4. měsíce	c) od 8. měsíce
b) od 6. měsíce	d) jindy – uveďte měsíc:

9. Jak poznáte, že má dítě celiakii? Uveďte příznaky, pokud je znáte.

10. Jaký je podle vás vhodný první příkrm? Uveďte potravinu/ potraviny.

11. Souhlasíte s metodou *baby led weaning* (dítětem vedené přecházení na tuhou stravu- rodiče dítě nekrmí, ale dítě samo od úplného počátku odstavování sahá po tom, co samo chce).

a) ANO	b) NE	c) nevím	d) nepřemýšlel/a jsem o tom
--------	-------	----------	-----------------------------

12. Po ukončení výlučného kojení (tzn. krmení pouze mateřským mlékem), v době, kdy dítě přechází na tuhou stravu, by dítě k nemléčným příkrmům (vyberte jednu z možností)

a) mělo být ještě částečně kojeno mateřským mlékem
b) mělo místo mateřského mléka dostávat pokračovací mléko (náhradní výživa, např. <i>Sunar; Nutrilon</i>)
c) mělo být ještě částečně kojeno a zároveň dostávat také pokračovací mléko
d) jiná odpověď:

13. Proč by se nemělo podávat dítěti do 1 roku kravské mléko?

14. K čemu vede zvýšená konzumace sladkého?

15. Jak může vzniknout averze (odpor) k určitému pokrmu / určité potraviny? Zakroužkujte všechny možné příčiny. Lze uvést i jiné / další příčiny.

a) pokrm / potravina je oblíben/a u ostatních členů rodiny
b) dítě bylo při konzumaci tohoto pokrmu / této potraviny svědkem hádky rodičů
c) pokrm/ potravina je podáván /a v příjemné atmosféře
d) dítě je do snědení pokrmu / potraviny opakovaně nuceno
e) dítě po požití pokrmu / potraviny zvracelo
f) jiné/ další příčiny:

III. ZDROJE INFORMACÍ O VÝŽIVĚ DĚTÍ, MATEŘSKÉ CENTRUM

16. Dozvěděl/a jste se některé z výše uvedených informací o výživě dětí ve Vašem mateřském centru?

a) NE	b) ANO – uveďte stručně které (alespoň téma- např. o kojení) :
-------	--

17. Kde získáváte informace o výživě dětí? Zakroužkujte všechny zdroje informací, případně doplňte další/ jiné zdroje.

a) na internetu	b) v knižních příručkách pro rodiče	c) v odborných knižních publikacích
d) v časopisech pro ženy	e) v odborných časopisech	f) ve škole
g) v televizních pořadech	h) na přednáškách, seminářích nebo ve vzdělávacích kurzech	i) od zdravotních pracovníků (v porodnici, od dětského lékaře, od zdravotní sestry...)
j) od výživového poradce	k) od rodinných příslušníků	l) od přátel
m) další/ jiné zdroje:		

18. Nabízí mateřské centrum, kam docházíte, nějaký materiál (např. brožurky, letáčky, literaturu) nebo program (jednorázový – např. semináře, přednášky, workshopy; dlouhodobý – např. kurzy) týkající se výživy dětí?

a) NE, žádný takový materiál ani program MC nenabízí.	b) ANO, nabízí. – Uveďte jaký materiál/ program :
---	---

19. Pokud Vaše mateřské centrum nabízí nějaký program týkající se dětské výživy, uveďte čeho jste se zúčastnil/a.

20. Poskytuje Vaše centrum kontakty na nějaké odborníky na výživu? Pokud ano, uveďte na jaké (např. na výživového / laktačního poradce)

21. Máte ve Vašem mateřském centru k dispozici výživové / laktační poradenství?

a) NE	b) ANO – uveďte, jestli ho využíváte:
-------	---------------------------------------

22. Přál/a byste si, aby do programu Vašeho mateřského centra byla zařazena nějakým způsobem problematika dětské výživy? Pokud ano, uveďte jakým způsobem (např. přednáška, kurz, poradenství apod.) a na jaké téma by to mělo být zaměřeno.