

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra biologie a environmentálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Fyziologická výživa kojenců

Physiological nutrition of infants

Dominika Saková

Vedoucí práce: Doc. RNDr. Václav Vančata, CSc.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na
vzdělávání – Tělesná výchova a sport se zaměřením na vzdělávání

Praha, 2021

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Fyziologická výživa kojenců potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 26. 7. 2021

Ráda bych na tomto místě poděkovala především mému vedoucímu bakalářské práce doc. RNDr. Václavu Vančatovi CSc. za jeho vstřícný přístup, přátelské jednání a cenné rady, které mi pomohly dokončit mou závěrečnou práci. Děkuji MUDr. Vladimíru Volfovi, Ph.D. za pomoc při sběru dat, za jeho ochotu a čas. Respondentkám za účast v mém výzkumu a mé rodině za podporu a trpělivost, kterou mi po celou dobu věnovala. Poděkovat musím také mé dcerce, která mě k tématu přivedla a mnohému mě o něm naučila.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá fyziologickou výživou kojenců. Teoretická část práce podává ucelený přehled o kojení obecně. Dále se zaměřuje na počátky kojení bezprostředně po narození dítěte a v neposlední řadě na organizace zabývající se podporou kojení. V praktické části bylo na základě dotazníkového šetření zjišťováno, zda dodržování doporučených postupů WHO a UNICEF pro úspěšné kojení pozitivně ovlivňuje délku a celkový proces kojení a zda jsou ženy v době těhotenství dostatečně informovány o výhodách a prospěšnosti kojení ze strany odborníků. Dostatek kvalitních informací je totiž zásadním krokem k tomu, aby ženy chtěly kojit své děti a zároveň znaly alespoň základní informace o kojení. Z výsledků mého šetření vyplývá, že závislost úspěšnosti kojení na dodržování doporučených postupů WHO a UNICEF není příliš patrná. Ženy, u nichž byla doporučení praktikována, dosáhly úspěšného kojení, avšak oproti ostatním respondentkám nebyla tato úspěšnost výrazně vyšší. To že nebyla míra úspěšnosti kojení na základě dodržení postupů WHO a UNICEF příliš významná, přisuzuji především nedostatečné informovanosti žen ze strany odborníků.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kojení, kojeneček, výživa, mateřské mléko, doporučení WHO a UNICEF

ABSTRACT

This Bachelor Thesis is focused on physiological nutrition of infants. The theoretical part gives a comprehensive overview about breastfeeding in general and investigates organisations that deal with breastfeeding support and the beginnings of breastfeeding right after the children's birth. The practical part is based on a questionnaire survey. Main purpose was to find out if following the methods that are recommended by WHO and UNICEF for successful breastfeeding positively affects the time and the whole process of breastfeeding and if pregnant women have enough information about benefits and advantages of breastfeeding by experts, which is considered as an essential step. The result of this research did prove that women, who did not follow these methods, were in the breastfeeding least successful. It was noticed that many of them have ended exclusive breastfeeding in the first two weeks. On the contrary, the difference in the success of breastfeeding between partial and full following of recommendations was not significant. This result may be affected by insufficient information given by experts to interviewed women.

KEYWORDS

Breastfeeding, infant, nutrition, breast milk, WHO and UNICEF recommendations

Obsah

Úvod	7
1 Kojení jako přirozená výživa dítěte	8
2 Historický vývoj kojení	9
3 Organizace na podporu kojení	12
3.1 WHO a UNICEF	12
3.2 Programy na podporu kojení	12
3.3 Podpora kojení v České republice	14
3.3.1 Doporučení Česko-slovenské pediatrické společnosti	15
4 Laktace	16
4.1 Fyziologie laktace	16
4.1.1 Anatomie prsu	16
4.1.2 Laktogeneze	17
4.2 Přeměny mateřského mléka	19
5 Složení mateřského mléka	21
5.1 Bílkoviny	21
5.2 Lipidy	22
5.3 Sacharidy	22
5.4 Vitamíny a minerální látky	23
6 Období kojenecké výživy	24
7 Porod jako počátek kojení	26
7.1 Bonding	26
7.2 Rooming-in	28
7.3 Podpora pro kojící matky	28
8 Kojení	30

8.1	Technika kojení.....	31
8.2	Výhody kojení.....	33
8.2.1	Výhody kojení pro dítě	33
8.2.2	Výhody kojení pro matku	34
8.3	Faktory ovlivňující kojení.....	34
8.3.1	Problémy ze strany matky	35
8.3.2	Problémy ze strany dítěte	37
9	Zavádění doplňkové stravy.....	38
9.1	Příkrmy a jejich příprava	39
9.2	Postup zavádění příkrmů	39
10	Praktická část.....	42
10.1	Cíle	42
10.2	Výzkumné otázky.....	42
10.3	Hypotézy	43
10.4	Metodika.....	43
10.5	Analýza dat.....	45
11	Interpretace hypotéz	71
12	Diskuze	73
	Závěr.....	76
	Seznam použitých informačních zdrojů	Chyba! Záložka není definována.
	Seznam knižních zdrojů.....	79
	Seznam internetových zdrojů	81
	Přílohy	87

Úvod

V žádném životním období není tak zásadní vhodná výživa jako v prvním roce života. Devět měsíců chrání tělo matky nenarozené dítě a po jeho narození je plně připraveno zajistit mu tu nejpřirozenější a nejvhodnější stravu. Mateřské mléko je fyziologickou výživou novorozenců a kojenců v prvních 4 až 6 měsících života, která plně pokrývá jejich potřeby a následně je podstatnou složkou potravy minimálně po celý první rok, nejlépe však do 2 let dítěte. Blízký kontakt matky a dítěte během kojení současně prohlubuje jejich vzájemné citové pouto a dítěti poskytuje pocit bezpečí v náruči matky.

Důvod, proč jsem se ve své práci zaměřila především na kojení, je prostý. Kojení je potřeba podporovat, chránit a propagovat, aby mělo co nejvíce dětí šanci dostávat od svých matek tu nejpřirozenější výživu. Já sama jsem matkou dvouleté holčičky a mám to štěstí, že spolu již 2 roky kojení zažíváme, ale sama dobře vím, že ne vždy a vše bylo snadné. Jsem přesvědčená, že kdyby došlo ke zvýšení informovanosti o prospěšnosti a výhodách kojení od odborníků, a nejen to, kdyby každá matka znala již před porodem správnou techniku kojení a po porodu jí bylo umožněno zažít s jejím dítětem co nejpřirozenější zahájení kojení, byla by úspěšnost kojení určitě vyšší. Mnoho žen bohužel přichází k porodu s nedostatečnými informacemi a neznalostí správné techniky kojení a čas strávený v porodnici je příliš krátký na to, aby se vše naučily.

V teoretické části práce se snažím podat ucelený přehled o fyziologické výživě kojenců. Věnuji se zde fyziologii laktace, složení mateřského mléka, počátkům kojení po porodu a obecně procesu kojení. Dále se zde zabývám organizacemi na podporu kojení a jejich doporučeními. Tato doporučení se následně promítají do mého výzkumu v praktické části práce. Cílem tohoto výzkumu bylo především zjistit, zda dodržování doporučených postupů WHO a UNICEF v praxi pozitivně ovlivňuje kojení, dále jaký je přístup k doporučeným postupům WHO a UNICEF v nemocnicích s titulem Baby-friendly hospital a bez něho, a na závěr, jaká je obecně informovanost matek v otázkách kojení. Závěr práce je věnovaný diskuzi a zhodnocení.

1 Kojení jako přirozená výživa dítěte

Lidské tělo je dokonalé. Po celou dobu nitroděložního vývoje vyživuje plod a po narození dítěte v tom dokáže pokračovat až několik let. Tělo každé matky dokáže vytvářet ideální mateřské mléko přizpůsobené individuálním potřebám dítěte. Kojení je nenahraditelný způsob výživy novorozence a kojence, který přináší dítěti i matce řadu výhod. V prvním roce života prochází dítě nejintenzivnějším růstem a rychlým psychomotorickým vývojem, proto je nezbytné zajistit mu vhodnou zdravou výživu. Kojení dítěti zajistí dostatečný příjem živin a energie, jež jsou nezbytné pro zajištění zdravého tělesného i duševního vývoje. V dětském těle dochází během prvního roku života k největším změnám ve stravování za celý život (Lebl, 2012; Stožický, Sýkora a kol., 2015).

2 Historický vývoj kojení

Kojení je od počátku věků nejpřirozenější způsob výživy dítěte. V minulosti bývalo často spojeno s otázkou života, či smrti dítěte. Matky schopné kojit své dítě byly velmi uctívány, neboť neexistovaly žádné alternativní možnosti krmení, známé z pozdější doby. V rané historii se často setkáváme s typickým znázorněním žen s bujným poprsím a širokými boky jakožto symbolem plodnosti a zachování rodu. Jako příklady lze uvést naši Věstonickou Venuši, egyptskou bohyni Isis, či řeckou bohyni Artemis.

V podstatě jedinou vhodnou alternativou pro děti, které nemohly být kojeny, byly takzvané kojné, tedy jiná kojící žena, jež zastoupila matku dítěte. Postupem času, dokonce již ve starověku, začaly královské rodiny kojné zaměstnávat, neboť se kojení začalo považovat za něco příliš běžného. Tento trend se postupně hojně rozšířil také do západní Evropy, zejména mezi šlechtu, kde si ženy chtěly uchovat svou postavu, a především pevné poprsí. Kojné byly postupem času poměrně vážené ženy, byly vybírány dle přísných kritérií a jejich využívání bylo dlouholetou praxí, která se vyvinula z prvotní nezbytné potřeby až po alternativní volbu matek. Od konce 18. století do 19. století došlo k přesunu této praxe i mezi rodiny s nižšími příjmy. Využívání kojných započalo již 2000 let před naším letopočtem, od 16. století se začal zdůrazňovat význam přirozeného kojení vlastní matkou na vazbu s dítětem, ale i přesto byly kojné využívány až do počátku 20. století. V dřívějších dobách přetrvával také názor, že mlezivo není vhodnou stravou pro dítě, v tomto ohledu došlo ke změnám v 18. století, kdy se kolostrum stalo první stravou dítěte.

V průběhu této historie probíhaly pokusy o náhradu mateřského mléka, které se staly úspěšnými až v polovině 19. století. Existují důkazy o snaze zavedení náhradní kojenecké výživy již od starověku, kdy bylo nalezeno několik nádob na krmení v hrobech novorozenců. Jako alternativa mateřského mléka byla využívána mléka zvířecí, nejvíce mléko kravské, ale i kozí, ovčí, velbloudí, či oslí. Od 18. století byla výživa zvířecím mlékem doplňována o různé směsi, jako například chléb namočený ve vodě, či mléce, nebo obiloviny vařené ve vývarech. Žádná z těchto náhražek se ale do budoucna příliš neuchytila a u bohatých rodin stále přetrvávalo využívání kojných. Lidé z nižších vrstev, bez kojných, podávali dětem zvířecí mléka i přes vysoký vliv na kojeneckou úmrtnost vzhledem k nízké úrovni hygieny. V 19. století nastal pokrok v konzervování potravin a následně v kondenzaci mléka. Do

kondenzovaného mléka, převážně kravského, začal být přidáván cukr a vznikaly tak první úspěšné kojenecké výživy. První vyvinul Texan Gale Borden v roce 1856. Nástup náhradní dětské výživy zapříčinil úpadek kojných, které ve 20. století zcela vymizely. Počátky náhradní dětské výživy byly provázeny jistým hygienickým rizikem, nesterilní lahve a savičky často způsobovaly zdravotní komplikace kojenců. Nejčastěji se jednalo o trávicí poruchy provázené průjmami, zvracením a následnou dehydratací. V roce 1867 vznikla ve Švýcarsku firma Nestlé, která v tomtéž roce uvedla na trh revoluční náhradní dětskou mléčnou výživu, čímž se řadila mezi jedny z prvních výrobců dětské výživy ve světě. Později se výživa Nestlé objevila i na českém území, následovala ji například firma Sunar. Obě působí na našem trhu dodnes.

Od počátku 20. století do současnosti došlo k největšímu pokroku v rozvoji umělé výživy kojenců. Kravské mléko jakožto nejpodobnější mléku ženskému prošlo mnoha úpravami, aby se co nejvíce přiblížilo lidskému mateřskému mléku. Tento rozvoj dětské umělé výživy zapříčinil zejména ve druhé polovině 20. století významný pokles počtu kojených dětí. Pokles kojení byl způsoben především marketingovými tahy výrobců. Ve 40.–50. letech 20. století považovali lékaři i spotřebitelé umělou výživu za vhodnou, bezpečnou a rovnocennou náhradu mateřského mléka. Tento rapidní pokles kojených dětí způsobil v 70. letech vznik několika hnutí s cílem podpořit kojení. Jejich snahy byly velmi úspěšné a poměr kojených dětí začal vzrůstat. Načež však znovu zareagovaly firmy vyrábějící náhradní dětskou výživu zvýšením marketingu v rozvojových zemích, kde své výrobky předávaly jako dary zdravotníkům a matkám. Jelikož v těchto zemích převládala chudoba, negramotnost a velmi špatná hygiena, vedla nesprávná příprava umělého mléka k dramatickému nárůstu úmrtí kojenců. Dr. Cicely Williams byla britská lékařka, která jako první veřejně odsoudila propagaci náhražek mateřského mléka. Tvrdila, že každý, kdo krmí dítě nevhodným mlékem, může nést vinu za jeho případnou smrt. Tyto postřehy vedly v roce 1979 k prvnímu setkání uspořádanému WHO a dětským fondem OSN (UNICEF), jehož postupným výsledkem bylo vytvoření a v roce 1981 přijetí Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka. Jeho cílem je ochrana kojení před propagací náhradní výživy. „*Agresivní marketing náhražek mateřského mléka způsobil zvýšenou morbiditu a mortalitu dětí, zejména v chudých zemích.*“ (Brady, 2012, s. 531). Proto WHO a UNICEF usilují o dodržování tohoto kodexu, jehož největší ohrožení přichází ze strany farmaceutického průmyslu. Cílem

všech zdravotníků by mělo být propagovat, podporovat a chránit kojení. Náhradní dětská výživa nemá být propagována, naopak má být využívána pouze dětmi, které to skutečně potřebují (Wargo, 2016; Brady, 2012; Stevens, et al., 2009).

3 Organizace na podporu kojení

Kojení je nejpřirozenější způsob výživy s pozitivním vlivem na zdraví. Podpora, ochrana a prosazování kojení je prioritou několika světových organizací. V popředí musím zmínit mezinárodní instituce jako jsou Světová zdravotnická organizace (WHO), Dětský fond OSN (UNICEF) a několik nevládních organizací jako je například Světová aliance na podporu kojení (WABA). WABA shromažďuje jednotlivce a organizace za účelem ochrany, propagace a podpory kojení po celém světě. Byla založena v roce 1991 na základě dokumentu Deklarace Innocenti organizacemi WHO a UNICEF. Deklarace Innocenti byla vydána v roce 1990 s hlavním cílem chránit, propagovat a podporovat kojení.

3.1 WHO a UNICEF

WHO spolu s dětským fondem OSN (UNICEF) vypracovaly od roku 1990 několik důležitých mezinárodních dokumentů za účelem vytvořit ve světě vhodné podmínky pro kojení dětí jejich matkami. Jejich hlavním cílem je umožnit matkám výlučně kojit své dítě po dobu šesti měsíců a následně do věku 2 let spolu se zaváděním vhodné doplňkové výživy. Snaží se šířit výhody kojení po celém světě. Aktuálním cílem WHO je do roku 2025 dosáhnout alespoň 50 % výlučně kojících dětí v prvních šesti měsících věku na celém světě. (WHO, 2020, Mýdlilová, 2003, WABA).

3.2 Programy na podporu kojení

Baby-friendly hospital initiative – BFHI

WHO a UNICEF vyhlásily v roce 1991 iniciativu Baby-friendly hospital, jejímž cílem je motivovat zařízení poskytující mateřské a novorozenecké služby po celém světě k podpoře kojení, a tím zvýšit počet kojících dětí a prodloužit celkovou délku kojení. Faktem je, že zařízení poskytující tyto služby jsou jedním z nejdůležitějších článků v počátcích kojení. Matkám by se zde mělo dostat včasné a vhodné pomoci a péče, která je mnohdy nezbytná k úspěšnému zahájení kojení. Zařízení splňující podmínky BFHI získávají titul Baby-friendly hospital (BFH) – nemocnice přátelské dětem, který zaručuje určitou kvalitu péče o kojení. Udržet si tento titul ale není snadné. Zařízení musí plně dodržovat doporučení vydané WHO a UNICEF. Doporučení jsou shrnuta do Deseti kroků k úspěšnému kojení (WHO, UNICEF, 2018).

Deset kroků k úspěšnému kojení dle WHO a UNICEF

WHO ve spolupráci s UNICEF vydalo několik doporučení, která mají pozitivně ovlivnit osvětu v kojení. V první řadě jde o dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka, který vznikl z důvodu ochrany kojení. Umělá výživa, kojenecké lahvičky či dudlíky bývají často nevhodně propagovány, což má negativní vliv na kojení. Matky prožívají po porodu citlivé období, mnohdy se potýkají s obvyklými problémy kojení a reklama hlásající rovnost umělého mléka s mateřským mlékem dokáže velmi negativně ovlivnit pokračování kojení. Umělé mléko se mateřskému mléku zatím nerovná. Mateřské mléko se výborně přizpůsobuje potřebám kojence a je tak nejvhodnější výživou zejména v prvních šesti měsících života. Každé zařízení poskytující péči matkám a novorozencům by mělo mít písemně vypracovanou strategii výživy kojenců a pravidelně s ní seznamovat všechny zaměstnance i rodiče. Zaměstnanci musí mít dostatečné znalosti, kompetence a dovednosti pro podporu kojení v rámci BFHI. V těchto zařízeních je důležitá komunikace s těhotnými ženami a jejich rodinami již před porodem, sdělování výhod kojení a předávání praktických rad týkajících se kojení. S tím souvisí i péče po porodu. Matkám by měl být umožněn bezprostřední a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a zahájení kojení co nejdříve po porodu. Největší pravděpodobnost zahájení sání bývá do hodiny po porodu. Je důležité novorozencům nepodávat žádné jiné jídlo ani tekutiny pokud to není lékařsky indikováno. Mléko a zpočátku i mlezivo je pro děti dostačující. Čím více a častěji dítě saje, tím rychleji se tvoří mateřské mléko. Podání lahvičky má negativní vliv na kojení. Lahvička umožňuje dítěti příjem potravy bez většího úsilí a dítě pak často odmítá prso. Negativní vliv na kojení mají též různá šidítka a dudlíky. Zařízení by měla podporovat matky v zahájení a udržování laktace, pomoci jim zvládat běžné obtíže spojené s počátky kojení. Podpořit je tak, aby u svého dítěte rozpoznaly signály ke krmení a reagovaly na ně, konkrétně kojily své dítě kdykoliv, dle jeho potřeb. Umožnit matce a dítěti nepřetržitý kontakt prostřednictvím rooming-in. Rooming-in má pozitivní vliv na kojení, díky bezprostřední blízkosti dokáže matka rychle reagovat na signály dítěte a vyhovět jeho potřebám. Dítě je díky tomu přikládáno k prsu hned, jak projeví zájem o kojení, což pozitivně ovlivňuje rozjezd laktace. Posledním bodem je informovat matky o programech podporujících kojení (WHO, UNICEF, 2018; SZÚ, 2016).

Globální strategie výživy kojenců a malých dětí

Tato strategie vznikla v roce 2002 za účelem vytvoření jakési metodiky pro zlepšení přístupu ke kojení v jednotlivých zemích. Jejím cílem je chránit, podporovat a propagovat důležitost správné výživy kojenců a malých dětí v počátcích života tak, aby mohli v první řadě přežít a následně dosáhnout té nejvyšší úrovně zdraví. Je nutné podporovat všechny děti, zejména ty žijící v obtížných podmínkách. K tomu mají pomocí vnitrostátních politik přispívat všechny vlády a organizace. Globální strategie má následovat úspěchy BFHI, deklarace Innocenti a dalších (WHO, UNICEF, 2003).

Úmluva o právech dítěte

V roce 1989 byla v New Yorku přijata Úmluva o právech dítěte. V České a Slovenské Federativní republice byla ratifikována v lednu 1991 a 6. února 1991 vstoupila v platnost. V Úmluvě o právech dítěte, ve Sbírce zákonů č. 104/1991 je zakotven článek 24 týkající se práva na dosažení té nejvyšší úrovně zdraví. Hlavní cíle korespondující se snahou WHO, UNICEF a dalších organizací jsou šířit informovanost o přednostech kojení, snížit kojeneckou a dětskou úmrtnost a zajistit, aby zařízení poskytovala matkám před i po porodu dostatečnou péči (MPSV, 2016).

3.3 Podpora kojení v České republice

„V České republice je kojení součástí Národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století.“ (Mydlilová, 2003, s. 128). V roce 2019 ustanovilo Ministerstvo zdravotnictví ČR Národní komisi pro kojení, jejímž cílem je kojení podporovat, chránit a propagovat. Národní komise pro kojení vychází z doporučení WHO a UNICEF. *„Kojení obecně zlepšuje zdraví dětí, jejich imunitu a chrání je proti řadě chronických chorob, jako jsou například ulcerózní kolitida, Crohnova nemoc, astma, diabetes I. a II. typu či alergie. Působí rovněž proti nadváze či obezitě.“* (MZCR, 2019, s. 1). Podporu kojení u nás zajišťuje také Česká neonatologická společnost. Ta na svých webových stránkách zveřejnila dokument s názvem Doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS (České pediatrické společnosti) pro výživu kojenců a batolat. Z neziskových organizací, jež se u nás zabývají podporou kojení, musím zmínit Laktační ligu a Mamilu. Laktační liga je česká nezisková organizace s hlavním cílem podporovat, propagovat a zajišťovat osvětu kojení, která se mimo jiné také hojně zabývá legislativní podporou

kojení. Mamila je slovenská organizace, která aktuálně působí i na našem území a soustředí se především na pomoc matkám v otázkách laktace po celou dobu kojení.

3.3.1 Doporučení Česko-slovenské pediatrické společnosti

Česko-slovenská pediatrická společnost vychází přednostně z názorů ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition). Jejich doporučení zní výlučně kojit po dobu alespoň 4 měsíců a následně zavádět příkrmy v období mezi ukončeným 4. a ukončeným 6. měsícem. Kojení přináší řadu výhod pro dítě i matku. U dětí je to nižší výskyt infekcí, alergií, syndromu náhlého úmrtí kojenců, později obezity, diabetu a vyššího krevního tlaku. U matek snižuje dlouhodobé kojení riziko vzniku nádorů prsu a vaječníků a riziko vzniku diabetu 2. typu (Bronský a kol., 2014).

4 Laktace

4.1 Fyziologie laktace

Laktace je biologický proces, který zajišťuje výživu narozenému dítěti a tím tak přirozeně spojuje matku a její dítě. Tělo matky se na tuto budoucí funkci připravuje po celou dobu těhotenství. Prsy matky jsou pro kojení ideálně uzpůsobeny. Laktace nezáleží na velikosti ani tvaru prsů či bradavek. Tělo matky dokáže laktaci velmi dobře přizpůsobovat. Prsy menší velikosti jsou rychleji vyprazdňovány, ale zároveň mléko rychleji dotváří. Naopak prsy větší velikosti disponují větší kapacitou, ale syntéza mateřského mléka probíhá pomaleji. Jde o neskutečně schopný orgán, který pro dítě vytváří tu nejideálnější potravu. Prsy jsou schopny přizpůsobovat složení mateřského mléka požadavkům dítěte, jeho věku i aktuálním potřebám jak během celého období laktace, tak během jednoho kojení. Mezi nepříznivé faktory ovlivňující kojení patří například stres, bolest, smutek, únava. Všechny tyto stavy negativně ovlivňují laktaci.

4.1.1 Anatomie prsu

„Mléčná žláza – *Glandula mammae* je největší kožní žláza v těle, která podmiňuje vyvýšení zvané *mamma – prs*.“ (Čihák, 2016, s. 647). Vyvinuté ženské prsy jsou párový orgán, vyklenutý na přední straně hrudníku. Plně vyvinuté jsou umístěné zpravidla mezi 2.–6. žebrem. Své hlavní funkce dosahují až laktací, pokud žena neprožije těhotenství a porod, nedosáhnou všech vývojových fází (Geddes, 2007).

Základ prsů se tvoří u obou pohlaví od 5.–6. týdne embryonálního vývoje, kdy se zakládá pruh epitelového ztlustění – mléčná lišta, uložená v axiloinguinální čáře. Ta vede od inguinální krajiny k podpaží a tvoří se v ní základ budoucí mléčné žlázy (*glandula mammae*) (Čihák, 2016). V dětství dochází jen k mírnému nárůstu bradavky, hlavní změny prsů nastávají až vlivem hormonů v pubertálním období. Vývoj mléčné žlázy závisí na testosteronu. U mužů dojde jeho vlivem k potlačení růstu, u žen se naopak začíná mléčná žláza i prs vyvíjet vzhledem k jeho malému množství. Nad úroveň kůže vystupuje pigmentovaný prsní dvorec (*areola mammae*), v jehož středu dominuje prsní bradavka (*papilla mammae*). Mlékovody ústí na vrcholu papily 15–25 otvory. V průběhu těhotenství dochází ke zvýraznění pigmentace a až ke zdvojnásobení velikosti prsního dvorce. Prsy

postupným vývojem nabývají typických antropologických tvarů. Zpočátku jsou ploché a nízké, později nabývají polokulovitěho tvaru, což je považováno za klasický tvar. Ten později nahrazuje hruškovitý prs, pod nímž vzniká rýha. Ve stáří dochází k ochabnutí prsů vymizením tuku a poklesem podílu žlázové tkáně (Čihák, 2016; McGuire, 2016).

Prs se skládá ze žlázové a tukové tkáně. Množství tukové tkáně se výrazně snižuje v období laktace. V období mimo graviditu váží žlázové těleso 130–200 g, během laktace se velikost a váha zvyšuje až na 300–500 g, někdy i více. Žlázové těleso je tvořeno 15–20 laloky mléčné žlázy, které se skládají z lalůček obsahujících 10–100 alveol. Z laloků vychází mléčné vývody, které se postupně spojují v jeden větší kanál – ductus lactifer. Mléčný kanál slouží k přepravě mléka do bradavky. V době laktace se v kanálku objevují rozšířená místa – sinusy (Čihák, 2016; Geddes, 2007).

Velikost prsů nezáleží na velikosti žlázové tkáně, ale na obsahu tkáně tukové. Tuková tkáň prsů je tvořená premammárním tukem, který vyrovnává jamky a prsy zaobluje a retromammárním tukem (Čihák, 2016).

4.1.2 Laktogeneze

V těhotenství dochází ke změnám struktury prsní tkáně, která předchází tvorbě a následnému vylučování mateřského mléka. Na laktogenezi se podílí řada hormonů, zejména prolaktin, estrogen, progesteron, oxytocin a lidský placentární laktogen. Tvorba mateřského mléka a jeho následné vylučování probíhá ve dvou fázích, mamogeneze a laktogeneze (Jones a Spencer, 2007; Nevoral, 2003).

Mamogeneze

Nastává na začátku těhotenství. V mléčné žláze dochází k rozvětvení a prodloužení systému vývodných kanálků, což způsobuje proliferaci alveol, lalůček a vývodů. Nárůst počtu alveol a lalůček může být během prvního trimestru až desetinásobný. V prsní žláze dochází k hypertrofii a hyperplazii buněk, což může v tomto období způsobit zvětšení prsů. Typická je také zvýšená citlivost prsů a bradavek a zvýrazněná pigmentace areoly spolu s papilou. Mimo to dochází také ke zvětšení Montgomeryho žláz, drobných hrbolků umístěných v oblasti prsního dvorce. Montgomeryho žlázy jsou žlázy s apokrinní sekrecí, které slouží k ochraně a zvlhčení bradavky (Johnson a Cutler, 2016; Roztočil, 2011; Geddes, 2007).

Laktogeneze I.

Nastupuje během 2. trimestru těhotenství a je řízena hormonálně. Zvyšuje se hladina progesteronu a estrogenu. Začíná pracovat přední lalok podvěsku mozkového, hypofýza, která uvolňuje prolaktin, a tím je umožněn vznik mleziva. V první fázi laktogeneze má mléčná žláza poprvé schopnost vylučovat mléčné složky. Tvorba mleziva a později mateřského mléka začíná v epiteliálních buňkách alveolů mléčné žlázy. Mlezivo je dále odváděno vývodními kanálky a hromadí se v sinusech, umístěných pár centimetrů za bradavkou, odkud je později vedeno drobnými vývody do bradavky (Laktační liga, 2003; Lebl, 2012).

Laktogeneze II.

Nastupuje zhruba 30–40 hodin po narození dítěte. Většina žen pocítí plnost prsou až mezi 50–73 hodinami po porodu. Narozením dítěte dojde ke snížení hladiny estrogenu, progesteronu a lidského placentárního laktogenu v těle matky, které v těhotenství bránily spuštění laktace. Naopak dojde ke zvýšení hladiny prolaktinu, což vyvolává produkci mleziva a později mateřského mléka. Spolu s prolaktinem se na laktogenezi podílí též hormony jako je inzulin, oxytocin, kortizol a tyroxin (Sriraman, 2017). Sekrece prolaktinu vede k hromadění mleziva a následně mléka v alveolách a vývodech. Stimulace komplexu bradavka–areola způsobuje uvolňování oxytocinu a kontrakci myoepiteliálních buněk obklopujících duktální systém (McGuire, 2016). Hormony se výrazně podílí na zahájení laktace, ale je důležité laktaci dále podpořit drážděním bradavky. Uvolňování mléka je umožněno let-down reflexem. Jde o to, že dítě sáním prsu, přesněji činností jazyka a svalů na spodině ústní, dráždí nervy v bradavce a prsním dvorci matky. Ty následně umožňují uvolnění hormonů do krve. Jde tedy hlavně o hormon prolaktin, produkováný předním lalokem hypofýzy, sloužící k produkci mléka v mléčné žláze a hormon oxytocin, produkováný zadním hypothalamem. Oxytocin umožňuje uvolnění mleziva a později mateřského mléka do vývodního systému mléčné žlázy. Stres a bolest negativně ovlivňují zahájení kojení (Australian Breastfeeding association, 2020).

Laktogeneze I. a II. je po celou dobu řízena hormonálně. Pokud tedy nenastane žádný hormonální problém, tyto fáze budou probíhat u každé ženy nezávisle na tom, zda bude kojení zahájeno. Placenta v těhotenství vylučuje hormony přebírající funkci žlutého tělíska,

estrogen a progesteron, které v těhotenství zabraňují spuštění laktace a zároveň zajišťují zvětšení prsů a rozvoj systémů kanálků, čímž připravují prsy matky na budoucí laktaci (Sriraman, 2017).

Laktogeneze III.

Nastává ve chvíli, kdy se spustí a nadále pokračuje produkce mateřského mléka. V tuto chvíli dochází ke změně řízení. V předchozích fázích byla laktogeneze řízena systémem hormonů vylučovaných do krve, tedy endokrinními hormony. Po ustálení tvorby mléka dochází ke změně na řízení autokrinní. Po úspěšném zahájení laktace následuje tvorba mléka dle poptávky. Čím více mléka dítě vypije, tím více a snáz se ho v mléčné žláze vytvoří. Především však platí, že při téměř úplném vyprázdnění prsů bude laktace ještě více podpořena. Produkce mléka zároveň závisí na četnosti a technice kojení (Jones, Spencer, 2007).

4.2 Přeměny mateřského mléka

Mateřské mléko prochází od zahájení laktace několika proměnami. První dny po porodu tvoří mléčná žláza prvotní mléko – mlezivo, které se postupně mění ve zralé mateřské mléko. „*Mateřské mléko se tvoří v epiteliálních buňkách alveolů mléčné žlázy a je vylučováno do alveolů. Malé mlékovody drénují alveoly a ústí do velkých mlékovodů, které se pod dvorcem prsu rozšiřují v sinusy, které ústí samostatně na bradavce.*“ (Lebl, 2012, s.116).

Mlezivo, neboli kolostrum, je prvotní mléko, které se začíná tvořit již ve druhé polovině těhotenství jako prvotní produkt mléčné žlázy. U některých žen je v malém množství vylučované již před porodem a jeho tvorba následně pokračuje zhruba 3–4 dny po porodu. Kolostrum je tedy první strava, kterou novorozenec přijímá. Jde o tekutinu velmi bohatou na živiny a protilátky, zejména na makrofágy, lymfocyty, granulocyty a sekreční protilátky IgA. Imunoglobulin A má za úkol chránit sliznici tenkého střeva před mikroorganismy a zároveň pomáhá předcházet potravinovým alergiím (Lebl, 2012). Kolostrum je žlutavého zbarvení a relativně husté konzistence. Od zralého mateřského mléka se liší hlavně složením. Má vyšší obsah bílkovin a minerálů a nižší obsah sacharidů a tuků než zralé mateřské mléko. Důležitou funkcí mleziva je podílet se na rozvoji imunity novorozence. Obsahuje velké množství složek, které působí pozitivně na zrání imunitního systému v prvních dnech po

porodu. „*Soli v mlezivu působí na novorozence projímavě, a navozují tak funkci jeho gastrointestinálního ústrojí a napomáhají odchodu smolky.*“ (Kobilková et al., 2005, s. 265). Mlezivo a následné časté kojení pomáhají v těle novorozence s vylučováním bilirubinu, čímž předchází vzniku žloutenky. Také obsahuje tzv. kolostrální tělíska, což jsou bílé krvinky, odstraňující tuk z mléčných cest (Kobilková a kol., 2005; Uruakpa et al., 2002).

Mléko přechodné (tranzitorní) se tvoří 5.–10. den po porodu. Má nižší obsah bílkovin a vyšší obsah tuků a sacharidů (Zlatohlávek a kol., 2016).

Zralé mateřské mléko se v mléčné žláze tvoří zhruba od 11. dne po porodu. Jde o komplexní tekutinu. Obsah bílkovin je nižší, naopak obsah tuku a energetický obsah je vyšší. Obsah sacharidů je téměř stejný jak v přechodném mléce (Zlatohlávek a kol., 2016).

5 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko je nejlepší možnou výživou pro dítě. Obsahuje stovky složek, které pozitivně přispívají ke zdravému vývoji dítěte a pomáhají budovat jeho imunitní systém. Má optimální složení, které se přizpůsobuje individuálním potřebám každého dítěte po celou dobu laktace. Mléko matek předčasně narozených dětí obsahuje více bílkovin vzhledem k rychlému růstu novorozenců. Matky žijící v horkém podnebí dokáží tvořit více vodnaté, nízkokalorické mléko tak, aby jejich potomci nepotřebovali žádné další tekutiny. Stejně tak se liší mateřské mléko dle pohlaví potomka. Největší změny mateřského mléka probíhají zejména v prvních dnech života dítěte, kdy se z mleziva stává zralé mateřské mléko, ale pokračují i v následujícím období, prakticky neustále (Poßner, 2018; Hanreich, 2000).

5.1 Bílkoviny

Bílkoviny jsou nejstálější složkou mateřského mléka. Obsah bílkovin v mateřském mléce se mění dle potřeb dítěte. V prvních dnech a následně týdnech po porodu je relativně vysoký vzhledem k vysokému tempu růstu dítěte. Ve chvíli, kdy se růst dítěte začíná zpomalovat, následuje v mateřském mléce nejprve rychlý a následně kontinuální pokles bílkovin. Devadesát dní po porodu je obsah bílkovin v mateřském mléce zhruba o 47 % nižší než v prvních 5 dnech po porodu (Poßner, 2018). Mateřské mléko obsahuje syrovátkovou bílkovinu laktalbumin a kasein, zhruba v poměru 80:20. Vzhledem k vyššímu obsahu laktalbuminu je pro kojence mateřské mléko nejlépe stravitelné. Laktalbumin v žaludku kojence vytváří narozdíl od kaseinu jemnější sraženiny, které jsou pro dítě lehce a rychle stravitelné. Kravské mléko má opačný poměr laktalbuminu a kaseinu, proto je jeho podávání kojencům minimálně do ukončeného 1. roku zcela nevhodné. V umělé kojenecké výživě je upravováno tak, aby se svým složením co nejvíce přiblížilo mléku mateřskému. Obsah bílkovin v mateřském mléce je 0,8–1,3 g/100 ml, čím méně bílkovin v mateřském mléce je, tím lépe je stravitelné a méně zatěžuje ledviny kojence. Kasein zajišťuje kojenci aminokyseliny nutné ke stavbě tkání a účastní se vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě. Bílkoviny, zejména imunoglobuliny (IgA, IgM a IgG), laktoferin a lysozym se podílí na imunitní i neimunitní ochraně novorozence před infekcí (Stožický, Sýkora a kol., 2015; Zlatohlávek a kol., 2016; Kopřiva, 2010; Nevoral, 2003).

5.2 Lipidy

Obsah lipidů v mateřském mléce se pohybuje mezi 3,5–4 g na 100ml a kryje až 50 % energetické potřeby dítěte. Podíl lipidů je velmi proměnlivý, závisí na stravě matky, na délce těhotenství nebo na fázi laktace. Mění se během celého období laktace, během jednoho dne, ale i během jediného kojení. Během jediného kojení dítě dostává nejprve tzv. přední mléko, bohaté zejména na lipázu a sloužící především k zavodnění dítěte a následně energeticky výživnější zadní mléko, které obsahuje až pětkrát vyšší podíl tuku. Obsah tuku v mateřském mléce roste s délkou kojení. „*Tuková složka ženského mléka je tvořena převážně triacylglyceroly, které obsahují více než 150 různých mastných kyselin.*“ (Stožický, Sýkora a kol., 2015, s.62). Triacylglyceroly jsou obalené fosfolipidy a cholesterolem. Nevoral (2003) udává, že zhruba 57 % mastných kyselin tvoří kyseliny nenasycené, zejména kyselina linolová, linoleová, arachidonová a dokosahexaenová. Jejich hlavní funkcí je regulovat tvorbu tukových zásob a chránit tělo proti infekcím. Nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem jsou nezbytné ke správnému vývoji mozku, centrální nervové soustavy a sítnice. Nasyčené mastné kyseliny, zejména kyselina palmitová, mají za úkol zpomalovat trávení glyceridů (Stožický, Sýkora a kol., 2015). Lipáza obsažená v mateřském mléce podporuje a usnadňuje vstřebávání tuků. (Kopřiva, 2010; Cilla et al., 2016).

5.3 Sacharidy

Sacharidy jsou v mateřském mléce zastoupeny hlavně mléčným cukrem – laktózou, v množství zhruba 7 g na 100 ml. Kromě laktózy obsahuje mateřské mléko v menším množství glukózu, galaktózu, fruktózu a oligosacharidy. Energeticky kryjí sacharidy potřeby dítěte ze 40 %. Jsou rychlým zdrojem energie a jsou velmi důležité pro správný vývoj centrální nervové soustavy (CNS). Koncentrace laktózy je nejnižší v mlezivu, k postupnému zvyšování dochází zhruba do 4 měsíců laktace (Dror, Allen, 2018). Laktóza se metabolizuje na glukózu a galaktózu, která je nutná ke správnému růstu mozku a resorpci vápníku.

Oligosacharidy jsou složené sacharidy vázané na laktózu. Plní funkci probiotik a jsou třetí nejhojnější složkou mateřského mléka po laktóze a tuku. Jejich koncentrace ve zralém mateřském mléce je zhruba 12 g/l, v mlezivu je přibližně dvojnásobná. Oligosacharidy mají pozitivní vliv na rozvoj střevní mikroflóry. Kojené děti mají až 95% bakteriální osídlení střev, jde hlavně o bifidobakterie a laktobacily, které se vážou na oligosacharidy a chrání

střevo před patogeny, jako je například bakterie *Escherichia coli*. Oligosacharidy zvyšují četnost stolice, podporují růst bifidobakterií a mají celkový pozitivní vliv na imunitní systém kojence (Kopřiva, 2010; Lebl, 2012; Nevoral, 2003; Leeuwen, 2019).

5.4 Vitamíny a minerální látky

Mateřské mléko obsahuje pro zralého novorozence většinu potřebných vitamínů v optimálním množství, až na vitamíny K a D. Vitamín D je důležitý pro správný růst kojence, vývoj imunitního systému, vývoj mozku a poskytuje prevenci před rachitidou. Zdrojem vitamínu D jsou sluneční paprsky, kojenci jim však nemohou být vystavováni tak, aby byl příjem vitamínu dostatečný a jeho obsah v mateřském mléce je nízký. Proto je nutné včasné zahájit doplňování vitamínu D3. Dle doporučení České pediatrické společnosti *„Podáváme jak dětem kojeným, tak kojencům živeným náhradní kojeneckou mléčnou výživou (kojeneckou formulí) od druhého týdne života v průběhu celého prvního roku vitamín D3 (Cholekalciferol) v dávce 400–500 IU denně.“* (Čes-slov Pediat, 2019, s.6).

Vitamín K je podáván jako prevence krvácení novorozenců z důvodu jeho nedostatku. U donošených novorozenců je podáván jednorázově 1 mg pomocí injekce, aplikovaný mezi 2.–6. hodinou po porodu tak, aby nebyla narušena bezprostřední adaptace novorozence a zahájení laktace. Popřípadě 1 kapka = 1 mg ve stejném časovém intervalu od porodu s tím, že pokud je dítě pouze kojeno, je nutno dávku opakovat jedenkrát týdně do stáří 12 týdnů (Hanzl, 2011).

Na obsah vitamínů v mateřském mléce má vliv výživa matky. Alternativní strava matek, například veganek, může mít negativní vliv na dítě. Veganství matky způsobuje u kojeného dítěte nedostatek vitamínu B12, jenž je důležitý zejména pro krvetvorbu a správný vývoj CNS. Proto je nutné dítěti vitamín doplňovat (Lebl, 2012; Dror, Allen, 2018).

Mateřské mléko obsahuje pro potřeby dítěte dostatek minerálních látek a stopových prvků. Vápník, sodík, fosfor, hořčík, draslík, měď, kobalt, zinek. Množství železa a jódu v MM může být nepříznivě ovlivněno nedostatečným příjmem ve stravě matky. Nedostatek železa způsobuje chudokrevnost dítěte. Od šestého měsíce je proto potřeba zavádět doplňkové potraviny s vysokým obsahem železa a zinku pro zdravý vývoj kojence (Eidelman, Schanler, 2012; Roztočil, 2017).

6 Období kojenecké výživy

Kojeneckou výživu můžeme rozdělit na tři období, období výhradně mléčné stravy, přechodné období a období přechodu na výživu dospělých. Všechna období na sebe navazují a každé trvá zhruba 4–6 měsíců, délku jednotlivých období mimo jiné ovlivňuje i to, zda je dítě kojeno, nebo živeno náhradní kojeneckou výživou.

První období výhradně mléčné stravy trvá 4–6 měsíců. WHO, UNICEF, AAP a další organizace podporující kojení doporučují výlučné kojení dětí do ukončeného 6 měsíců věku. Pokud nemůže být dítě z jakéhokoliv důvodu kojeno, je živeno počátečním mlékem náhradní kojenecké výživy. Denní příjem mléka v prvních třech dnech života dítěte odpovídá 50ml/kg tělesné hmotnosti. V následujících 3 měsících odpovídá příjem mléka u zdravého kojence přibližně 1/6 jeho tělesné hmotnosti, což činí 150–180 ml/kg/den, což plně pokrývá i jeho veškerou potřebu tekutin. Ve druhém trimenonu je denní potřeba tekutin dítěte 1/7 tělesné hmotnosti. Výlučné kojení poskytuje prospívajícímu dítěti dostatek živin až do ukončeného 6. měsíce. Prospívání dítěte hodnotí pravidelně pediatr dle antropometrických parametrů jako jsou obvod hlavy, tělesná délka (výška), hmotnost. Hodnoty posuzuje nejčastěji pomocí percentilových grafů, které umožňují porovnat hodnoty daného dítěte s obvyklými hodnotami dětí stejného věku a pohlaví. Percentilový graf se u nejmenších dětí nejčastěji používá k zobrazení vztahu hmotnosti k tělesné délce. U starších dětí jsou grafy většinou využívány především k zobrazení vztahu rozměru k věku dítěte, například vztah tělesné výšky k věku dítěte (Stožický a Sýkora, 2015, Zopik.info).

Druhé období je období přechodné. Začíná mezi 4.–6. měsícem, dle prospívání dítěte. ESPGHAN v souladu s doporučeními WHO, UNICEF i APP uvádí že děti, u nichž nelze dosáhnout výlučného kojení do 6 měsíců věku, mohou dostávat příkrmy již od ukončeného 4. měsíce. Naopak prospívající výlučně kojené děti první příkrmy dostávají až od ukončeného 6. měsíce. Děti i nadále dostávají mléčnou výživu doplněnou o příkrmy. Příkrmy jsou kašovitě konzistence upravované speciálně pro tento věk. Děti živené umělou kojeneckou výživou v tomto období mohou přecházet na pokračovací mléka náhradní výživy, přechod z počáteční na pokračovací formuli závisí na prospívání dítěte. Pokud dítě prospívá, je doporučeno zůstat u počátečního mléka do 12 měsíců věku (Nevoral, 2003, Čes-slov pediat, 2014).

Třetí období je období přechodu na výživu dospělých. V celém prvním roce života je ideálním základem výživy mateřské mléko, k němuž jsou od půl roka postupně přidávány vhodně upravené potraviny ze stravy dospělých. Po celou dobu zavádění nových pokrmů musíme dbát na funkční schopnost zažívacího traktu a ledvin dítěte a na jeho celkový psychomotorický a individuální vývoj (Nevoral, 2003).

7 Porod jako počátek kojení

Během celého těhotenství chrání tělo matky nenarozené dítě. Jeho příchod na svět je spojen s velkým počtem změn, kterým se musí rychle přizpůsobovat. Devět měsíců žilo uvnitř dělohy a jediné, co po porodu poznává, je jeho matka. Proto by měl být každý novorozenec bezprostředně po porodu přiložen na nahé tělo své matky, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Zpravidla pokud se jedná o zdravého donošeného novorozence narozeného po nekomplikovaném těhotenství mezi 38.–42. týdnem těhotenství s porodní hmotností 2500–4500 g a tělesnou délkou +50 cm (Stožický, Sýkora a kol., 2015; Pánek, 2013).

V následujících podkapitolách se budu věnovat důležitým krokům vedoucím k propojení matky a dítěte v prvních dnech po porodu s pozitivním vlivem na zahájení kojení, dle doporučení organizací WHO a UNICEF.

7.1 Bonding

Bonding je včasný nepřerušovaný kontakt kůže na kůži mezi matkou a novorozencem zahájený bezprostředně po porodu. Jde o velmi důležitou součást poporodní adaptace novorozence, během níž dochází k vytváření silného mateřského pouta. Tento ničím nerušený kontakt má pozitivní vliv na přirozené a úspěšné zahájení kojení, mnohdy zmírňuje pláč novorozence a může zvyšovat kardiopulsační stabilitu. Dítě by mělo být po porodu pouze osušeno a nahé položeno na holou hrud' matky. Shora je novorozenec spolu s matkou zakrytý příkrývkou. Tento proces významně ovlivňuje fyziologii a chování matky i dítěte. Doteky, vůně a celková přítomnost dítěte na těle matky způsobují v jejím těle rychlý vzestup hladiny oxytocinu, snižují hladinu stresu a jsou spouštěčem spontánního mateřského chování. V matčině těle je koncentrace oxytocinu během první hodiny po porodu vůbec nejvyšší za celý život. Oxytocin posiluje kontrakce dělohy a napomáhá rychlejšímu oddělení a vypuzení placenty, čímž brání zbytečné ztrátě krve. Poté co dítě začne sát z prsu, stoupá v jejím těle hladina prolaktinu, což spustí produkci mateřského mléka v následujících dnech. Přiložení novorozence na nahou hrud' matky podporuje metabolickou adaptaci dítěte, napomáhá mu s udržováním hladiny glukózy v krvi a s termoregulací. Dítě nedokáže samo regulovat svoji tělesnou teplotu, proto je bezprostřední kontakt s matkou velmi důležitý. Dítě přijímá teplo jejího těla a v důsledku toho začíná relaxovat. Kontakt matky s dítětem by měl proběhnout do 10 minut od příchodu na svět a měl by být nepřerušovaný minimálně po dobu

jedné hodiny (Bergmann et al., 2014; Moore et al., 2016; Kolsoom, et al., 2018; Mrowetz, Peremská, 2013; Weigert, 2006).

Windstrom (2011) provedl analýzu chování novorozence po porodu přiloženého kůží na kůži své matky. Uvádí několik fází, kterými novorozenci přirozeně prochází. První fází je poporodní pláč, ten po přiložení na matčinu hrud' ustává a mění se v krátkou relaxaci, kdy se dítě téměř nehýbe. Následuje fáze probuzení, dítě sleduje matku, ale více než na její obličej se zaměřuje na bradavku. Obličej začíná více sledovat zhruba 40–50 minut po narození. Vydává žádoucí zvuky, popřípadě se snaží o pohyby ruky směrem k prsu a zpět k ústům. Další fáze je aktivní, kdy se dítě pomocí pohybů končetin plazí směrem k bradavce. Úsilí novorozence ale mnohdy vyčerpá a potřebuje chvíli odpočinku, než opět započne svou snahu. Následuje fáze seznámení. Dítě lokalizuje bradavku pomocí čichu, ve chvíli, kdy se k bradavce přiblíží, se začne dotýkat prsního dvorce a olizovat jej. Jeho vůně a chuť vyvolává ještě silnější touhu dítěte. Po několika minutách dítě správně uchopí bradavku a začne sát. Délka sání je různá a novorozenec často usíná dříve, než bradavku pustí.

Bonding v prvních dvou hodinách po porodu usnadňuje první kojení a zvyšuje celkovou úspěšnost kojení. Matka nemusí vykonávat žádnou aktivitu, jde čistě o aktivitu novorozence, proto je vhodné praktikovat tento prvotní kontakt kůží na kůži i u matek po císařském řezu (SC), pokud jsou toho fyzicky schopné. Pokud toho matka po porodu není z jakéhokoliv důvodu schopna, je vhodné umožnit bonding s novorozencem otcí. Prvotní ošetření novorozence lze uskutečnit na těle matky, jde o hodnocení Apgar skóre a přerušení pupečníku. Česká neonatologická společnost doporučuje přerušení pupečníku až po jeho dotepání, zhruba mezi 2.–3. minutou po porodu. Dítě je díky tomu obohaceno o další krev, což zabraňuje nedostatku železa a anémii. Následné ošetření, jakožto měření délky, vážení, oblékání nastává ideálně až po úspěšném sání dítěte (Mrowetz, Peremská, 2013, Pánek, 2013).

7.2 Rooming-in

Rooming-in je nemocniční praxe vytvořená organizacemi WHO a UNICEF jako jeden z kroků k úspěšnému kojení praktikovaná v BFH (Baby-friendly hospital). Tyto nemocnice doporučují společný pobyt matky a novorozence na jednom pokoji, 24 hodin denně po celou dobu hospitalizace. A to i po porodu císařským řezem, pokud to zdravotní stav matky a dítěte umožňuje. Rooming-in navazuje na bonding novorozence probíhající na porodním sále. Matka je s dítětem převezena na pokoj, kde pokračuje jejich vzájemná interakce. Vzájemný kontakt podporuje tvorbu prolaktinu v těle matky a následnou produkci mateřského mléka. Rooming-in pomáhá k vytvoření blízkého pouta mezi matkou a dítětem. Matka získává dříve pocit sebejistoty v péči o své dítě. Reaguje včas na jeho potřeby. Brzy se naučí rozeznávat jeho signály a kojí na požádání bez omezování délky kojení, kdykoliv dítě projevuje zájem o krmení. Mělo by to být ale minimálně 8 kojení za 24 hodin. Častější přikládání k prsu a to, že se dítěti dostane mateřského mléka kdykoliv o něj jeví zájem, pozitivně ovlivňuje počátky kojení i celkovou délku kojení (Hakala et al., 2018; Jaafar et al., 2016).

Výhody aplikování rooming-in jsou dle mého názoru nezpochybnitelné. Na druhou stranu je nutné přijmout fakta, že stavy, jako je stres, únava, bolest a další negativně ovlivňují proces kojení. Proto je nutné brát v potaz poporodní únavu a bolesti matek, zejména po porodu císařským řezem či po náročném vaginálním porodu. Vyčerpaná matka trpící bolestmi má mnohdy větší obtíže s poporodní péčí o novorozence, proto je žádoucí umožnit matkám, jež to potřebují, nepřerušovaný poporodní odpočinek.

7.3 Podpora pro kojící matky

Kojení je přirozené, ale ne vždy snadné. Prvotní informace o kojení by měly matky získávat především od gynekologů, zdravotních sester, porodních asistentek či laktačních poradkyň. Každá budoucí matka by měla být v těhotenství informována o prospěšnosti a výhodách kojení pro dítě i ji samotnou tak, aby sama vnímala jeho důležitost a chtěla své dítě kojit. Získá-li matka již během těhotenství dostatek relevantních informací, je pravděpodobné, že pro ni bude začátek kojení snazší. Po porodu bude aplikovat praktiky, které již určitým způsobem zná, bude sebevědomější a kojení tak úspěšnější. Pro úspěšné zahájení kojení je vhodné podstoupit v těhotenství vyšetření prsů gynekologem či laktační poradkyní.

Vyšetření může odhalit například vpáčené bradavky, které komplikují kojení, jejich tvar ale v těhotenství lze částečně upravit.

WHO a UNICEF v deseti krocích k úspěšnému kojení kladou důraz na podporu matek ze strany zdravotnického personálu. V porodnicích s certifikátem Baby-friendly hospital by se mělo matkám dostávat té nejlepší péče a podpory v počátcích kojení. Měl by jim být umožněn bonding, rooming-in a měla by jim být zajištěna podpora zdravotníků po celou dobu hospitalizace. Zdravotní sestry, porodní asistentky a laktační poradkyně mají mít dostatek znalostí a dovedností pro pomoc a podporu kojení, aby mohly být nápomocny matkám při zahájení a udržování laktace. Vysvětlují správnou techniku, popřípadě pomáhají se správným přiložením dítěte k prsu. Pomáhají zvládat běžné obtíže a podporují matky v dlouhodobém kojení. Zdravotníci by měli dodržovat a vysvětlovat matkám dostatečnost výživy mateřským mlékem. Není potřeba podávat kojeným dětem jakékoliv jiné jídlo či tekutiny, pokud to není lékařsky indikováno. Vysvětlit jim, že pokud je z jakéhokoliv důvodu nutné dítě dokrmit, existují alternativní formy krmení, které neškodí kojení. Nadále by měli matkám vysvětlit nevhodnost používání dudlíků, šidítek a lahviček. Pokud dítě dostane lahev, saje jiným a pro něj lehčím způsobem, čímž je úspěšnost kojení výrazně ohrožena. Dostatečná a vhodná podpora matek ze strany zdravotníků pozitivně ovlivňuje celkový proces kojení (Pediatr.praxi., 2016; NZIP).

8 Kojení

Porodem začíná to nejkrásnější, ale zároveň nejzodpovědnější období v životě ženy. Již v těhotenství matky přemýšlí o způsobu výživy svého budoucího potomka. Nejlepší vstup do života dítěti zajišťuje mateřské mléko. Kojení zajišťuje dítěti neustále připravené mateřské mléko v optimálním složení, se správnou teplotou a mimo to jsou jeho velkým přínosem ekonomické, ale i ekologické výhody. Aby bylo složení mateřského mléka dokonalé a laktace úspěšná, je nutná správná a vyvážená strava matky. Těhotné a následně kojící ženy, by neměly jíst za dva, jak některé matky s oblibou uvádí, ale dvakrát zdravěji. Je žádoucí strava energeticky bohatá a pestrá, s dostatečným obsahem vitamínů, vlákniny, minerálních látek, vhodným množstvím tuků a dostatkem tekutin. Ženy by neměly požívat alkohol, přílišné množství kofeinu a kouřit (Roztočil, 2017).

U novorozence je v prvních dnech života normální pokles hmotnosti o 5–10 %, což je způsobeno zejména ztrátou tělesné vody, častým močením a odchodem první stolice, smolky. Smolka je černého zbarvení, přechodná stolice je žlutozelená a typická stolice kojených dětí je žlutá, konzistencí připomínající míchaná vejíčka. Kojené dítě své porodní hmotnosti dosáhne zpravidla mezi 2.–3. týdnem života, kdy je průměrný týdenní přírůstek 125–200 g týdně. Znakem dostatečné výživy je v prvních šesti týdnech 6–8 pomočených plen a 3–6 stolic denně, od šestého týdne je u kojeného dítěte možná i týdenní absence stolice. Absence stolice je možná díky dokonalému složení mateřského mléka, kdy dokáže dětské tělo téměř vše zužítkovat.

Kojení má být dítěti umožněno přesně dle jeho potřeb, to znamená bez omezování délky a frekvence. Společný pobyt matky a dítěte ihned od porodu umožňuje matce reagovat na signály dítěte. Dítě dává připravenost ke kojení najevo svou bdělostí, otevíráním úst, mlaskáním a aktivitou, při níž hledá prsy matky, pláč je pozdním příznakem hladu. V počátcích laktace se doporučuje vystřídat oba prsy během jednoho kojení. Ve chvíli, kdy dojde k rozvinutí laktace, je doporučeno kojit pouze z jednoho prsu během jednoho kojení. Kojené děti v počátcích života nezvládají přijímat velké množství potravy, proto vyžadují častější krmení. V prvních týdnech života je dítě přiloženo k prsu zhruba 8–12× za 24 hodin, ale může to být i častěji. Četnost kojení postupně klesá. Kojení je pro dítě kromě zdroje potravy také způsobem uklidnění, kdy se cítí bezpečně v blízkosti své matky. Je důležité

zmínit také růstové spurty, jedná se o období trvající zpravidla pár dní, kdy děti vyžadují velmi časté kojení. (Čes-slov Pediat, 2014; Laktační liga, 2015).

Kojení je zázrak, ale aby mohlo být dlouhodobě úspěšné, je nutná správná technika ze strany matky i dítěte. Špatná technika ohrožuje kojení, a proto je dobré se jí vyvarovat. V následující kapitole budu popisovat důležité body vedoucí ke správné technice.

8.1 Technika kojení

Správná technika kojení je jedním ze základních předpokladů úspěšné laktace. Tvorba mléka je přirozená schopnost těla matky, ale kojit dítě je dovednost, jíž se musí matka po porodu naučit. Kojení je pro matku i dítě přirozený proces založený na vrozených reflexech a instinktech, ale oba se musí naučit vzájemné souhře tak, aby mohlo být kojení dlouhodobě úspěšné. Ihned od prvního přiložení dítěte k prsu je nutné dodržovat několik zásad, které vedou k úspěchu. Mezi hlavní zásady patří správná vzájemná poloha dítěte a matky, správné držení a nabízení prsu dítěti, správné přisátí dítěte k prsu a správné sání dítěte (Lebl, 2012; Nevoral, 2003).

Správná vzájemná poloha matky a dítěte je zásadní pro úspěšné kojení. Nevhodná poloha způsobuje bolestivost kojení a může vést k poranění prsního dvorce. Vzájemná poloha matky a dítěte musí být zvolena tak, aby byla oběma pohodlná a kojení nebylo pro matku bolestivé. Existuje mnoho poloh, z nichž si každá matka vybírá tu nejvhodnější právě pro ni. Takovou, jež zohledňuje zdravotní stav její i dítěte, či případné zvláštnosti jejích prsů. Nejčastěji využívané polohy jsou poloha vsedě, břicho na břicho a polohy vleže. Další polohy jsou například poloha v bočním fotbalovém držení, poloha tanečnicka či vzpřímená poloha. Dvě poslední polohy jsou nejčastěji využívané při kojení nedonošenců.

Základem správné polohy je přivrácené tělo dítěte k tělu matky. Obličej, břicho i kolena dítěte směřují k matce a celé tělo je srovnáno v ose. „*Matka přitahuje rukou tělo dítěte k sobě za ramena, krk a záda, nikoliv za hlavičku.*“ (SZÚ, 2007, s. 3). Hlava dítěte je umístěna v ohybu paže matky a ústa dítěte jsou v úrovni její bradavky tak, aby bylo možné správné přisátí dítěte. Správně sající dítě má svou bradu, tvář i nos v přímém kontaktu s prsem matky.

Aby mohlo dítě prs správně uchopit, je nutné správné držení a nabízení prsu ze strany matky. Ve chvíli, kdy se matka svými prsty dotýká bradavky či prsního dvorce, zabraňuje dítěti ve správném přisátí. Při správném držení prsu matka podpírá prs ze spodní strany všemi prsty kromě palce, ten je umístěný nad prsním dorcem. Prsty musí být umístěny dostatečně daleko od prsního dvorce tak, aby nebránily přisátí dítěte, jelikož pro správné sání je zásadní, aby dítě uchopilo co největší část prsního dvorce. Po uchopení prsu matka dráždí bradavkou ústa dítěte, až dojde k jeho přisátí.

Pro správné přisátí dítěte je zásadní správná poloha dítěte, při níž jsou ústa dítěte v úrovni matčiny bradavky. Matka svým správně uchopeným prsem dráždí bradavkou ústa dítěte, čímž u něj přirozeně vyvolává hledací reflex. Dítě lokalizuje bradavku pomocí pohybů hlavy ze strany na stranu, načech široce otevře ústa a vyplázne jazyk. V tento okamžik matka přitáhne dítě k prsu, ne prs k dítěti, a bradavku mu spolu s prsním dorcem nabídne tak, aby mohlo uchopit co největší možnou část prsního dvorce, zejména jeho spodní část. Dítě nesmí během přikládání k prsu křičet, křičící dítě má umístěný jazyk v horní části ústní dutiny a není schopno správného přisátí. Dítě musí sát z prsu, ne z bradavky. Správně přisáté dítě má široce rozevřená ústa, jazyk přesahuje dolní ret, který je ohrnutý směrem ven. Stočený jazyk ve tvaru žlábků je viditelný v koutku dítěte. Bradavka je s prsním dorcem položena na jazyku dítěte, přičemž bradavka v zadní části patra dráždí reflexní body podporující sání. Díky práci jazyka jsou vyprazdňovány mléčné sinusy a čelisti obklopující prsní dvorec stimulují místa sloužící ke zvýšení tvorby mléka (Weigert, 2006). Dítěti nevpádávají tváře dovnitř a nevydává mlaskavé zvuky způsobené přisáváním vzduchu.

Při správném sání dítě nejprve saje krátkými rychlými tahy, které se postupně zpomalují a prodlužují. Jsou viditelné pohyby ušních boltců a dítě při každém sacím pohybu tiše polyká. Hlasité polknutí je známkou špatného sání, neboť dítě polyká vzduch. Nesprávná technika způsobuje velmi často bolestivost kojení. Ve chvíli, kdy dítě při kojení tahá bradavku do strany nebo dolů, vznikají bolestivé trhlinky. Prs od dítěte nikdy neodtahujeme, neboť by tím mohlo dojít k poranění bradavky. Nasycené dítě pouští prs samo, pokud ale potřebujeme dítěti prs odebrat dříve, vložíme mu do koutku úst svůj malíček, načech bradavku vysuneme (Lebl, 2012; SZÚ, 2007; Roztočil, 2017).

8.2 Výhody kojení

Kojení je jedinečný způsob výživy, jež přináší nespočet výhod dítěti, matce, rodině, ale i celé společnosti. Jedná se o výhody zdravotní, výživové, ochranné, vývojové, psychologické, sociální, ekonomické, ale i ekologické. Většina odborníků na základě doporučení WHO a dětského fondu OSN doporučuje výlučné kojení dětí po dobu 6 měsíců a následné kojení během zavádění příkrmů do 2 let věku dítěte. Kojení snižuje dětskou úmrtnost v průběhu prvního roku života, zejména v rozvojových zemích. Existuje několik studií, které odhadují, že kdyby byly všechny děti kojeny dle doporučení WHO, zachránilo by to ročně až milion dětských životů na celém světě. Kromě zdravotních výhod přináší kojení také výhody ekonomické a ekologické. Z finančního hlediska kojící matka ušetří peníze za nákup náhradní kojenecké výživy, lahvíček, saviček či sterilizátorů. „Světová zdravotnická organizace vyčíslila celosvětovou ekonomickou roční ztrátu v důsledku nekojení na více než 300 miliard dolarů.“ (NZIP, přínos kojení). Z ekologického hlediska je kojení „obnovitelný zdroj“, který nikterak neznečišťuje životní prostředí, což je v dnešní době velmi žádoucí.

8.2.1 Výhody kojení pro dítě

Přínos kojení pro dítě je dlouhodobý a nepopíratelný. Mateřské mléko se neustále přizpůsobuje potřebám dítěte tak, aby v každém období laktace zajistilo dítěti dostatek živin potřebných pro jeho optimální růst, vývoj a zdraví. Kojené děti mají pomalejší tempo růstu v prvním roce života než děti živené umělou kojeneckou výživou, což snižuje riziko vzniku nadváhy a obezity, v dětství i dospělosti. Mateřské mléko obsahuje velké množství protilátek, které významně posilují imunitní systém kojence a chrání tak dítě před škodlivými bakteriemi a viry, nejvíce protilátek obsahuje mlezivo v prvních dnech po porodu. Nejdůležitějším přínosem kojení pro dítě je prevence infekčních onemocnění, která zejména v rozvojových zemích ohrožují životy dětí. Jedná se především o střevní infekce, infekce dýchacích cest a záněty středního ucha. Výlučné kojení do 6 měsíců věku dítěte snižuje riziko infekcí střev až o 64 %. Dle studií kojení zajišťuje dítěti ochranu i proti některým závažným onemocněním, jako je například Crohnova choroba, Diabetes mellitus 1. a 2. typu, ale i alergiím. Zavádění lepku v době, kdy je dítě současně kojeno, snižuje riziko vzniku celiakie až o 52 %. Byl prokázán také pozitivní vliv dlouhodobého kojení, déle jak 6 měsíců, na snížení rizika vzniku leukemie a vysokého krevního tlaku. Kojení snižuje riziko

syndromu náhlého úmrtí kojence. Jeho důležitým přínosem je, mimo jeho zdravotní účinky, pozitivní vliv na psychický a citový vývoj dítěte. Blízkým kontaktem matky a dítěte během kojení dochází k vytvoření silného citového pouta, jež pozitivně ovlivňuje jejich budoucí vztah. Dítě se v bezprostředním kontaktu matky cítí v bezpečí, což mu umožňuje správný psychický a rozumový vývoj. Děti dlouhodobě kojené mají dle některých studií v dospělosti lepší výsledky v inteligenčních testech (NZIP; Mitrová a Bronský, 2014).

8.2.2 Výhody kojení pro matku

Kojení přináší řadu výhod i matce samotné. Během kojení dochází díky stimulaci prsních bradavek k vylučování oxytocinu, který po porodu napomáhá k rychlejšímu stahování a zavnutí dělohy a snižuje tak poporodní krvácení. Kojení u žen snižuje riziko vzniku rakoviny vaječníků a prsů, cukrovky 2. typu, osteoporózy a riziko metabolického syndromu, jehož součástí jsou onemocnění srdce a cév. Matky kojící své dítě mají nižší riziko vzniku poporodní úzkosti a deprese, zvýšená hladina oxytocinu v jejich těle podporuje mateřské chování a ovlivňuje tak vznik silného pouta mezi matkou a dítětem. Kojení vyvolává u matek zvýšený energetický výdej, při němž je denně spalováno zhruba 500 kalorií, což pozitivně ovlivňuje hubnutí mnoha kojících žen. Pravidelné kojení může fungovat i jako antikoncepce, jelikož u mnoha žen utlumí menstruační cyklus, nelze se na to ale spoléhat (Vilímovský, 2016).

8.3 Faktory ovlivňující kojení

I při kojení mohou vznikat určité komplikace, které mohou být způsobeny více faktory, například špatnou technikou kojení, nedostatkem informací a zkušeností, ale také onemocněním matky či dítěte.

Existuje několik situací, kdy dítě nelze mateřským mlékem krmit. Jedná se o kontraindikace kojení absolutní, částečné, či dočasné. Absolutní kontraindikace je nutné za každých podmínek dodržovat, aby nedošlo k vážným zdravotním komplikacím.

8.3.1 Problémy ze strany matky

V této kapitole budu vycházet z publikací od autorů Roztočil (2017), Bergmann a kolektiv (2014) a Lebl (2012).

Popraskané a bolestivé bradavky (ragády)

Mezi časté problémy kojících matek patří problémy s bradavkami, které zpravidla vznikají nesprávnou technikou kojení, přesněji nesprávnou technikou sání a nevhodnou polohou dítěte. Popraskané a bolestivé bradavky mohou vznikat i po jednom nesprávném přiložení dítěte. Dítě musí mít během kojení celou bradavku v ústech spolu s co největší částí prsního dvorce tak, aby nedocházelo k jejímu poškození. Ragády se projevují bolestivou, zarudlou, někdy až krvácející bradavkou, na níž jsou malé praskliny. Při kojení s bolestivými bradavkami je důležité volit správnou polohu dítěte u prsu, měnit polohy při kojení a po kojení nechat bradavky co nejvíce na vzduchu. Pomoc poskytuje i samotné mateřské mléko, jež se nechává zaschnout po kojení na bradavce. Při větším poranění je možné použít čistý lanolin, který urychluje hojení a snižuje bolestivost. Pokud dojde až k infekci bradavky, je nutné léčit matku i dítě.

Vpáčené, ploché a krátké bradavky

Vpáčené, ploché i krátké bradavky mohou být při kojení problematické. Pro kojení je zásadní retraktibilita bradavky, tedy vystoupení bradavky v reakci na podráždění. Ploché a krátké bradavky lze upravit správnou technikou kojení. Vpáčené bradavky jsou komplikací, kterou lze částečně řešit již v těhotenství. Matky s vpáčenými bradavkami v těhotenství používají nejčastěji tzv. formovače bradavek. Pokud se matce nepodaří tvar bradavek upravit, lze kojit za pomoci kloboučku. Vpáčené či krátké bradavky jsou jediné, u nichž je použití kloboučku žádoucí. Při takto specifických tvarech bradavek je o to důležitější najít vhodnou polohu pro kojení, tak aby kojení vyhovovalo dítěti i matce.

Nedostatek mléka a pozdní nástup laktace

Primární selhání laktogeneze je poměrně vzácné, vyskytuje se zhruba u 2 % žen. Jde o skutečný nedostatek mateřského mléka způsobený hormonální nedostatečností matky, u níž nedošlo k dostatečnému žlázoému vývoji prsu v těhotenství. Sekundární nedostatek mléka je podstatně častější, ale řešitelný problém, kdy dochází k nízké produkci mléka

vzhledem k nedostatečnému vyprazdňování prsů. Je způsobený zpravidla špatnou technikou kojení, podáváním jiných tekutin dítěti, nedostatečnou četností a délkou kojení, zejména v noci, odloučením matky a dítěte, nemocí matky či kojence, nebo jeho nezralostí. V této situaci je nutné podpořit matku k častějšímu kojení či případnému odsávání mateřského mléka z prsu nejdéle po 3 hodinách, aby byla co nejvíce podpořena jeho tvorba. Odstraňování mateřského mléka z prsu lze provádět ručním či mechanickým odsáváním. Laktace běžně nastupuje do 3 dnů po porodu, může ale dojít k pozdějšímu nástupu až 5. – 6. den.

Bolestivé nalití prsů

Bolestivé nalití prsů přichází nejčastěji mezi 3. až 5. dnem po porodu. Prsy jsou nalité, oteklé, horké, tvrdé a na dotek velmi bolestivé. Prevencí je časté kojení z obou prsů dle chuti dítěte, bez omezování délky kojení. V případě potřeby odstříkání mateřského mléka do úlevy a využívání obkladů pro zklidnění prsů.

Retence mléka v mléčné žláze

Retence mléka v mléčné žláze je nejčastěji způsobená nesprávnou technikou sání dítěte a omezováním kojení. Projevuje se jako bolestivé ztuhnutí a zrudnutí části prsu. Nejčastěji jde o ucpání jednoho vývodu mléčné žlázy částicemi ztvrdlého mléka. Pro uvolnění mlékovodu je nutné správné sání dítěte, dítě by mělo být k prsu přiloženo tak, aby byla jeho brada umístěna v místech, odkud zatvrdnutí pochází a mohlo tak docházet k uvolnění stagnace mléka. Dále je vhodná masáž prsou, od ztuhnutého místa směrem k bradavce a v případě otoků přikládání studených obkladů.

Mastitida

Mastitida je zánět v prsu způsobující bolest, zarudnutí a otok prsu, často je provázena horečkou a celkovou slabostí. Vyskytuje se maximálně u 2,5 % kojících žen a bývá způsobena nejčastěji zlatým stafylokokem, který se nachází na kůži matky a přes poranění na bradavce vstupuje do mléčné žlázy. Mastitidě většinou předchází retence mléka. Léčba probíhá nasazením antipyretik, studenými obklady, dostatečným příjmem tekutin a pravidelným odváděním mléka z prsou, nejlépe kojením, pokud to zdravotní stav umožňuje. Při neúčinné léčbě může dojít až ke vzniku abscesu.

8.3.2 Problémy ze strany dítěte

V následujících odstavcích budu vycházet z knih od autorů Lebl (2012) a Schneidrová a kolektiv (2006).

Ikterický novorozenec

Novorozenec, u něhož se projeví žloutenka, bývá často spavý a příliš neprojevuje zájem o kojení, proto je mnohdy nutné dítě na kojení budít a sání u něj stimulovat.

Rozštěp patra

Kojení dítěte s rozštěpem patra je velmi obtížné, ale v některých případech možné. Základem je před kojením odstříkat mléko, čímž je umožněno určité formování prsu, a především bradavky tak, aby se dítě mohlo k prsu přiložit. Je důležité, aby tkáň prsu dítěti zakryla defekt, čímž je mu umožněno polykání a popřípadě i sání. Dětem s rozštěpem patra matky pomáhají současným ručním vstříkáním mléka do úst dítěte. Kojit dítě s rozštěpem patra je obtížné, a ne vždy možné, pokud tedy nelze kojit, je vhodné krmit dítě odstříkaným mateřským mlékem pomocí speciální dlouhé savičky.

Špatná technika sání

Dalším častým problémem ze strany dítěte bývá špatná technika sání, k té může dojít zejména poté, co dítě dostane namísto prsu láhev. Dítě je zmateno, naučí se dva různé způsoby přijímání potravy a poté mnohdy odmítá prs, jelikož je sání z lahve snazší. Technika kojení může být ovlivněna také anatomickými problémy kojence, jako je ustupující brada nebo krátká jazyková uzdička. V těchto případech je žádoucí konzultace odborníka (Bergmann et al., 2014).

Pokud se kojení i přes veškerou snahu nedaří, je nutné zvolit vhodnou alternativu. „K alternativním způsobům krmení patří podávání mléka lžičkou, kapátkem, stříkačkou a krmení po prstu, z kádinky nebo hrnečku a pomocí cévky.“ (Stožický, Sýkora a kol., 2015, s. 67).

9 Zavádění doplňkové stravy

Pro druhé období kojenecké výživy je charakteristické zavádění doplňkové stravy, přesněji nemléčných příkrmů. Jedná se o období, kdy mateřské a umělé mléko přestává pokrývat nutriční potřeby dítěte. Začíná se u něj projevovat nedostatečný příjem energie a živin, zejména železa, a je nutné živiny doplňovat pomocí příkrmů. Nedostatek železa způsobuje u dětí anémii. Děti narozené předčasně či s nízkou porodní hmotností mají nízké tělesné zásoby, proto je u nich mnohdy nutné železo doplňovat i dříve.

Téměř všechny organizace zabývající se kojením doporučují zavádění příkrmů nejdříve po ukončeném 4. měsíci věku dítěte. U dětí na umělé stravě je to tedy mezi ukončeným 4.–6. měsícem (v 17.–26. týdnu), dle prospívání dítěte. U prospívajících kojených dětí je to až ke konci 6. měsíce, neboť jim kojení do této doby zajišťuje veškeré potřebné živiny. U kojeného dítěte, které po ukončeném 4. měsíci neprospívá, je vhodné nejprve podpořit matku v kojení a zavést nemléčný příkrm. Pokud ani tak nezačne dítě prospívat, je nutné zavést k příkrmu umělé mléko kojenecké výživy. Zavedení příkrmu je indikováno hmotností dítěte nad 6000 g a častým kojením, které nedostačuje potřebám dítěte i přes příjem 1000 ml mléka denně.

Při zavádění doplňkové stravy je nutné brát v potaz individuální vývojovou zralost dítěte. Ta se projevuje tak, že dítě zvládá udržet hlavu ve stabilní poloze, dokáže koordinovat oči, ruce a ústa, projevuje zájem o jídlo a zvládá uchopit potravu a vložit si ji do úst. V ústech dítěte se v tomto období vyvíjejí nervy a svaly potřebné k účinnému žvýkání a polykání potravy. Do této doby dítě potravu vytlačovalo jazykem ven z úst.

Zavedení příkrmu před 4. měsícem nebo déle jak v ukončeném 6. měsíci věku nemá pro dítě žádné výhody, ba naopak. Před 4. měsícem nemá dítě dostatečně zralý zažívací trakt pro přijímání doplňkové stravy a je vystaveno vyššímu riziku aspirace, tedy vdechnutí potravy, z důvodu nedostatečného vyvinutí svalů a nervů dutiny ústní. V budoucnu hrozí vyšší riziko vzniku potravinových alergií. Přijímání příkrmů v příliš nízkém věku může také vytěsnit mateřské mléko ze stravy dítěte. Zavedení doplňkové stravy později jak v ukončeném 6. měsíci může u dítěte způsobit anémii či malnutrici vzhledem k nedostatečnému krytí potřeb dítěte. V prvním roce života tvoří mléko hlavní zdroj potravy dítěte, proto je nutné v kojení či podávání umělého mléka pokračovat minimálně do 1 roka života, ideálně však do 2 let dítěte. Mateřské mléko je důležitým zdrojem železa, vitamínu D a vápníku, čímž mimo jiné

podporuje správný růst kostí a zubů dítěte, proto je vhodné v kojení pokračovat i během druhého roku dítěte, pokud je to možné. (Čes-slov Pediat, 2014; WHO, 2000; MZCR, 2013, Frühauf a kol., 2000)

9.1 Příkrmy a jejich příprava

V následujících odstavcích budu čerpat z publikace Výživa dětí vydané Poradenským centrem Výživy dětí (2011).

Přechodné období kojenecké výživy spočívá v zařazování nemléčných příkrmů a jeho cílem je připravit dítě na dospělou stravu. Nemléčné příkrmy by měly být do dětského jídelníčku zařazovány v tomto pořadí: zeleninový příkrm, maso-zeleninový příkrm, ovocný příkrm, cereální příkrm a ovocně-mléčný příkrm. Příkrmy jsou připravovány nejlépe dušením či vařením do měkka. U prvních příkrmů následuje po uvaření rozmačkání či rozmixování potravin do jemné konzistence. Dětem do jednoho roku jídlo nesolíme a nesladíme, ale přidáváme do něj malé množství vhodného rostlinného oleje, jelikož zelenina obsahuje důležité vitaminy rozpustné v tucích. Je nutné myslet také na příjem vhodných tekutin. V tomto věku je ideální dávat dítěti vodu či dětský čaj do hrnečku s pítkem v množství 150–200 ml denně.

9.2 Postup zavádění příkrmů

První zeleninový příkrm podáváme dítěti v době poledního krmení, před podáním mléka. Obvykle to bývá mrkev, ale není to pravidlem. Jeden druh zeleniny podáváme dítěti vždy 3–4 dny, abychom včas odhalili případnou reakci na danou potravinu. V prvních dnech dítěti stačí pár lžiček s následným dokrmením mateřským či umělým mlékem. Množství postupně navyšujeme až na dávku 100 g. S navyšujícím se množstvím zeleniny se snižuje dávka mléka, dokud ji příkrm plně nenahradí. Postupně zkusíme další samostatné druhy zeleniny, které můžeme po vyzkoušení kombinovat, stále ale dodržujeme 3–4 dny zkoušení nové potraviny.

Zhruba po týdnu až čtrnácti dnech přidáváme k zelenině maso. Maso by mělo být kvalitní a libové. Pro kojence je nejlepší maso červené, vzhledem k vysokému obsahu železa. Nejvhodnější masa pro děti jsou: hovězí, telecí a následně kuřecí, krůtí, králíčí, libové vepřové a jehněčí. Maso podáváme dítěti nejlépe každý den, ideální forma úpravy je vaření

a následné pomletí, aby ho bylo dítě schopné dobře přijmout. Denní dávka je nejprve 20 g a od 7. měsíce až 35 g. Jeden den v týdnu maso nahrazujeme vaječným žloutkem. Důležitou složkou potravy jsou také ryby vzhledem k vysokému obsahu omega-3 mastných kyselin a také jódu u mořských ryb.

Poté co má dítě zavedený maso-zeleninový příkrm, zařazujeme do jídelníčku dítěte příkrm ovocný. Je lepší začít zeleninou, jelikož dítě, které jako první dostane ovoce, může kvůli jeho sladké chuti zeleninu odmítat. Proto i při zařazování do jídelníčku volíme ovoce nejprve jako formu odpolední svačiny. Ovoce dítěti podáváme opět nejčastěji formou rozmixovaného pyré. Po ovoci přichází na řadu cereální příkrm, ten je dítěti nabízen nejčastěji k večeři, formou kaše. Kaše jsou různého druhu, zpravidla se začíná kaší bez obsahu lepku, například rýžovou a od 6. měsíce jsou zaváděny i kaše ovesné, či krupicové, s obsahem lepku. Zavádění lepku je doporučováno mezi ukončeným 4. až 7. měsícem za současného kojení, vzhledem ke snížení rizika vzniku celiakie.

V následujícím období je dále rozšiřován jídelníček dítěte o další druhy zeleniny, ovoce a masa. Od 7. měsíce dítěti podáváme jako dopolední svačinu ovoce, obohacené například o mléčné výrobky, jako je bílý jogurt. Dítě se vyvíjí a postupně přechází do období tzv. plné kojenecké výživy, kdy ze smíšené stravy postupně přechází na pevnou dospělou stravu. Jídla musí být ale stále řádně upravovaná. V tomto období dítě samo sedí, je schopné přežvýkat potravu, která je ve formě kousků, má snahu jíst samo a ke konci období již dokáže jíst lžičkou. Dítě jí 5–6× denně, z čehož příkrm nahrazuje 3–4 mléčné dávky, mléko ale nadále zůstává důležitou součástí výživy.

V prvním roce života je pro dítě několik potravin nevhodných. Jedná se o veškeré ořechy, mák, sůl, cukr, med, většinu koření, čokoládu, smetanu, kravské mléko, tvaroh, vaječný bílek, uzeniny, smažená tučná jídla, citrusy, exotické plody, vodu a zeleninu s vysokým obsahem dusičnanů.

Po prvním roce se dítě dále rozvíjí, dokáže pít z hrnečku, jíst lžící i vidličkou. Může se stát, že se u dětí v tomto věku sníží chuť k jídlu vzhledem ke snížené intenzivně růstu. Rodiče by neměli dítě do jídla nutit, což platí od počátku podávání příkrmů. Dítěti by měla být nabízena pestrá strava, aby dostatečně pokryla nutný denní příjem energie a živin. Je důležité dbát na dostatečný příjem tekutin. U batolete je to zhruba 1200–1500 ml denně, z čehož 300–500 ml

tvoří stále mateřské či umělé mléko, až do ukončeného 2. roku života dítěte. Hlavní tekutinou by měla být voda a dětský čaj, s občasným možným zařazením 100% ovocných džusů, naředěných vodou, podávaných v malém množství. Děti se ve svém vývoji učí nejvíce nápodobou rodičů, proto je vhodné u nich již od tohoto věku budovat správné stravovací návyky a kulturu stolování. Proto je ideální připravovat takovou stravu, kterou může konzumovat i batole a celá rodina tak může stolovat společně.

10 Praktická část

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, zda doporučené postupy pro úspěšné kojení dle WHO a UNICEF pozitivně ovlivňují délku a úspěšnost kojení. WHO spolu s organizací UNICEF shrnula doporučení vedoucí k úspěšnému kojení do deseti kroků, jejichž hlavním cílem je celosvětová podpora kojení. Pro účely mé práce jsem využila především doporučení týkající se rané poporodní péče a následně informovanosti matek o kojení a jeho výhodách. Cílem práce bylo zjistit, zda matky, které měly možnost zažít bezprostředně po porodu citlivé zahájení kojení pomocí postupů WHO a UNICEF, prožily se svými dětmi úspěšnější kojení než ženy, jimž tyto postupy umožněny nebyly. Konkrétně zda u nich v důsledku toho došlo k prodloužení doby kojení, a to jak výlučného, které by mělo dle WHO a UNICEF trvat ideálně do ukončeného 6. měsíce věku dítěte, tak posléze i pokračujícího, které probíhá během zavádění vhodné doplňkové stravy minimálně do 1 roku dítěte, ideálně však do 2 let. V návaznosti na první cíl mé práce se také pokusím porovnat přístup nemocnic s titulem BFH a bez něj v souvislosti s doporučenými postupy WHO a UNICEF. Následně se zaměřím na míru informovanosti matek v otázkách kojení.

10.1 Cíle

Cíl č.1: Zjistit, zda postupy doporučené organizacemi WHO a UNICEF pro úspěšné kojení pozitivně ovlivňují délku a proces kojení.

Cíl č.2: Zjistit, jaká je informovanost matek v otázkách kojení.

Cíl č.3: Zjistit, jaký je přístup k doporučeným postupům WHO a UNICEF v nemocnicích s titulem BFH a bez něho.

10.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaká je úspěšnost kojení u matek, u nichž byly postupy doporučené WHO a UNICEF dodrženy?

VO2: Jaká je informovanost těhotných žen o prospěšnosti kojení?

VO3: Dodržují nemocnice s titulem BFH doporučené postupy WHO a UNICEF skutečně více než nemocnice bez tohoto titulu?

10.3 Hypotézy

H1: Matky, u nichž byly dodrženy doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení, byly ve výlučném kojení znatelně úspěšnější.

H2: Matky, u nichž byly dodrženy doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení, byly v dlouhodobém kojení výrazně úspěšnější.

H2: Všechny matky byly již v těhotenství informovány o prospěšnosti a důležitosti kojení ze strany odborníků. Například od svého gynekologa, zdravotní sestry, porodní asistentky, laktační poradkyně, doly a dalších.

H.3: Téměř všechny ženy byly již v těhotenství rozhodnuté kojit své dítě.

H.4: V nemocnicích s titulem BFH jsou doporučení WHO a UNICEF dodržována důsledněji než v nemocnicích bez titulu BFH.

10.4 Metodika

Ke sběru dat jsem využila kvantitativní metodu výzkumu, konkrétně dotazníkové šetření. Dotazník byl vytvořen na základě výzkumných cílů mé práce a informací získaných z teoretické části pomocí webové stránky SURVIO. Celkem obsahoval 34 otázek, z čehož většinu tvořily otázky uzavřené, vyskytovaly se zde ale i otázky polouzavřené a otevřené a byl určen matkám s dětmi staršími 2 let a zároveň mladšími 4 let. V dotazníku jsem se snažila volit jednoduché, jasné a cílené otázky, které měly význam pro ověření mých výzkumných cílů. Mým cílem bylo získat od respondentek co nejpřesnější odpovědi, aby bylo možné jejich následné porovnání a vyhodnocení.

Respondentky jsem získala prostřednictvím dětského lékaře mé dcery. Dotazníky v tištěné formě byly maminkám předávány především v dětské ordinaci na Stochově a několik dotazníků bylo rozdáno také v jedné pražské nemocnici, kde lékař mé dcery působí. Výběr byl zcela náhodný, dotazníky byly předány matkám s dětmi v daném věkovém rozmezí, které navštívily ordinaci v období od poloviny března 2021 do začátku června 2021. Celkem bylo rozdáno zhruba 130 dotazníků, z čehož se jich 115 vrátilo vyplněných, 4 dotazníky byly z výběru následně vyřazeny z důvodu nedostatečného vyplnění, nízkému věku dítěte a velmi nízké porodní hmotnosti. Konečný výzkumný vzorek tak tvoří 111 respondentek ze Středočeského kraje a Prahy.

Zpracování výsledků proběhlo kvantitativní analýzou dat v programu Microsoft Excel. Úvodní část dotazníku nebyla pro výzkum stěžejní. Obsahuje otázky směřované na základní informace o matkách a je možným budoucím východiskem pro další šetření. Otázka č. 4 směřovaná na týden těhotenství a porodní hmotnost dítěte měla pouze informační charakter, a proto nebyla v analýze dat vyhodnocována. Sloužila k tomu, aby byli do výzkumu zařazeni pouze donošení jedinci nebo jedinci s váhou nad 2500 g, u nichž mohlo být kojení zahájeno. V následující části u otázek 5–14 jsem se zaměřila především na informovanost matek v oblasti kojení. Zajímalo mě, zda jsou matky o výhodách kojení dostatečně informovány již v době těhotenství a zda jsou odhodlané své dítě kojit.

Cílem otázky 15 bylo zjistit, zda ženy rodily v nemocnici s titulem BFH, nebo bez tohoto titulu. Byla jsem si ale vědoma možné neznalosti pojmu BFH ze strany matek či případné nejistoty, zda nemocnice, v níž rodily, mezi BFH patří, nebo ne, abych proto předešla možným komplikacím se správností odpovědí, vyzvala jsem matky k zaznamenání nemocnice, v níž rodily, a já si následně informaci o tom, zda patří mezi BFH, dohledala. Abych posléze zjistila, zda nemocnice s titulem BFH skutečně dodržují doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení více než nemocnice bez tohoto titulu, využila jsem bodové hodnocení, které bylo vytvořeno primárně ke zhodnocení otázek 17–27, jež korespondují s doporučenými postupy WHO a UNICEF. Bodový systém popisují níže u metodiky pro otázky 17–27. Dále byl postup následovný: zprvu jsem si sečetla veškeré dosažené body u všech žen rodičích v nemocnicích s titulem BFH, bez titulu BFH a v nemocnicích non BFH s edukátorem. U každé z možností jsem posléze vypočítala aritmetický průměr bodů, tedy součet bodů vydělený počtem žen, jež danou možnost zvolily. Pro zajímavost v tabulkách navíc uvádím počet matek rodičích císařským řezem, a to v absolutních i relativních hodnotách, které se vztahují k počtu žen z dané možnosti, pro níž je relativní hodnota vypočítávána.

Otázky číslo 17–27 byly směřované na doporučené postupy WHO a UNICEF vedoucí k úspěšnému kojení. Aby mohly být výsledky otázek shrnuté a následně porovnané s délkou výlučného a celkového kojení, rozhodla jsem se u každé z otázek 17–27 vytvořit bodovou škálu, která vyznačovala, nakolik byla doporučení WHO a UNICEF dodržena. U 7 otázek se jednalo o bodovou škálu 0–2 body, u dvou doplňkových 0–1 bod. Otázka č. 20 nebyla

bodována, jednalo se o otevřenou doplňující otázku k otázce 19. V součtu bylo možné získat maximální počet 15 bodů, což znázorňuje plné dodržení doporučených postupů WHO a UNICEF, a tedy i ideální podmínky pro zahájení kojení dle WHO a UNICEF. Na základě dosažených bodů byly respondentky následně rozdělené do 5 kategorií, viz tabulka č. 14. Jako poslední data jsem vyhodnocovala dobu zavádění prvního příkrmu a potíže s kojením.

10.5 Analýza dat

Otázka č. 1: Věk matky v době otěhotnění

Věk matky	Počet respondentek
Méně než 20 let	2
21–25 let	36
26–30 let	43
31–35 let	24
36–40 let	5
40 a více let	1

Tabulka 1 - Věk matek v době otěhotnění

Z celkového počtu 111 respondentek byla v mém výzkumném vzorku nejhojněji zastoupená skupina matek ve věku 26–30 let, v počtu 43 respondentek. Druhý nejvyšší počet, 36 žen, patřil do skupiny matek ve věku 21–25 let, 24 matek označilo možnost 31–35 let, 5 žen bylo ve věku 36–40 let, 2 ženy ve věku méně než 20 let a pouze 1 žena ve věku 40 let a více.

Otázka č. 2: Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Počet respondentek Absolutní h.	Relativní h.
Základní vzdělání	2	2 %
Středoškolské vzdělání s výučním listem	13	12 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	41	37 %
Vysokoškolské vzdělání bakalářské či vyšší odborné vzdělání	26	23 %
Vysokoškolské vzdělání magisterské	29	26 %

Tabulka 2 - Dosažené vzdělání matek

V druhé otázce mě zajímalo dosažené vzdělání respondentek. Nejvíce dotazovaných žen, celkem 41, označilo odpověď středoškolské vzdělání s maturitou. Vysokoškolské magisterské vzdělání získalo 29 žen. Vysokoškolského bakalářského vzdělání či vyššího odborného vzdělání dosáhlo z výzkumného vzorku 26 žen. Dále se výzkumu zúčastnilo 13 žen se středoškolským vzděláním s výučním listem a pouze 2 matky, s dosaženým základním vzděláním.

Otázka č. 3: Pořadí porodu

Po kolikáté jste rodila?	Počet respondentek Absolutní h.	Relativní h.
Poprvé	78	70 %
Podruhé	30	27 %
Potřetí a více	3	3 %

Tabulka 3 - Pořadí porodu

Ze 111 dotazovaných žen 78 uvedlo, že se jednalo o jejich první porod, 30 žen rodilo podruhé a 3 respondentky uvedly potřetí a více.

Otázka č. 5: Rozhodnutí těhotných žen kojit své dítě.

Rozhodnutí kojit	Počet respondentek
ANO	109
NE	2

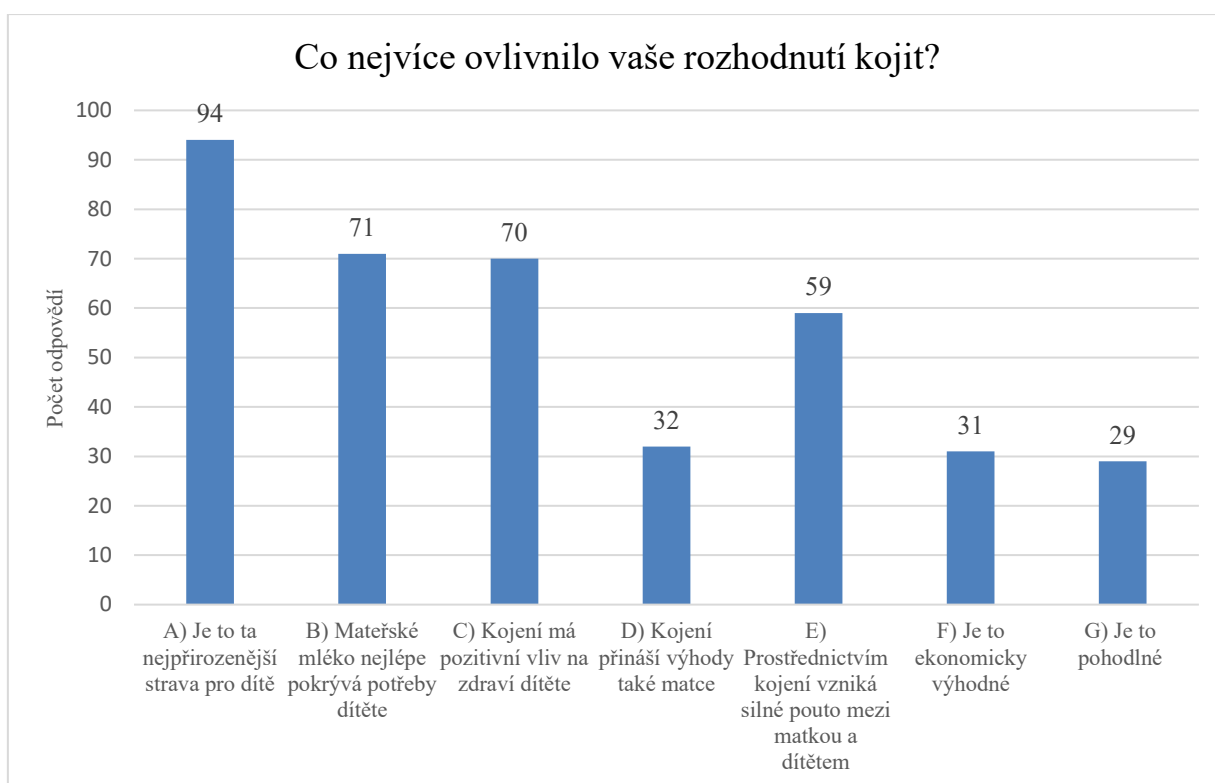
Tabulka 4 - Rozhodnutí těhotných žen kojit své dítě



Graf 1 - Rozhodnutí těhotných žen kojit své dítě

Z celkového počtu 111 respondentek bylo 109 žen již v těhotenství rozhodnuto kojit své dítě, pouhé 2 ženy označily odpověď ne. Obě ženy kojení nakonec započaly, z čehož jedna z nich uvedla, že kojila pouze 14 dní – 2 měsíce, jako důvod uvedla: „Důvodů bylo více i zdravotní“. Druhá matka kojila výlučně do ukončeného 5. měsíce a následně bylo kojení součástí stravy dítěte až do 18–24 měsíců.

Otázka č. 6: Motivace ke kojení dítěte



Graf 2 – Motivace ke kojení

Cílem této otázky bylo zjistit, co nejvíce motivovalo matky k rozhodnutí kojit své dítě. Matkám bylo nabídnuto 7 předem vytvořených odpovědí (A–G) a 1 možnost pro vlastní odpověď, ta ale nebyla u žádné z dotazovaných využita. Ženy zde mohly označit více odpovědí.

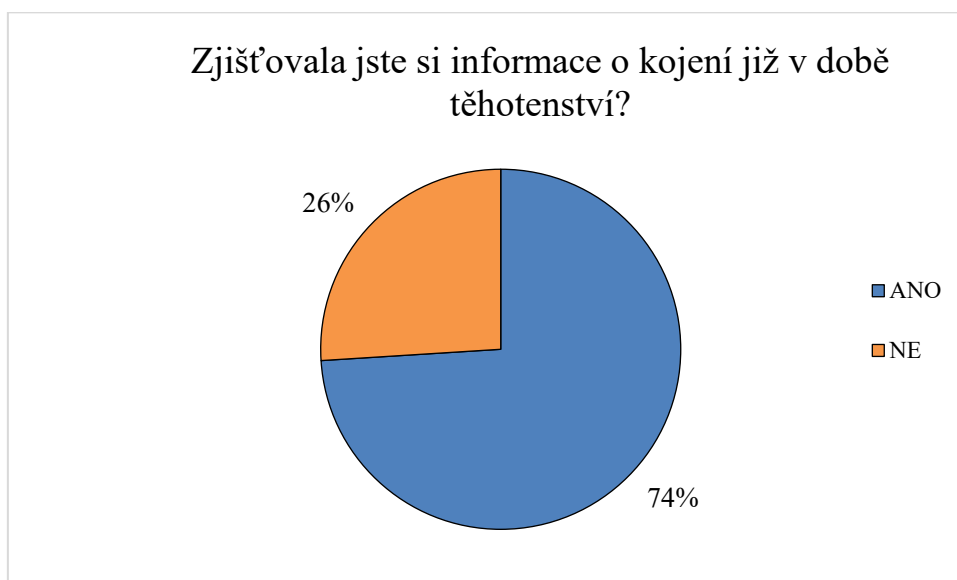
Mezi nejčastěji zvolené odpovědi patřily možnosti A–C. Z tabulky vyplývá, že nejvíce žen považuje za hlavní motivaci ke kojení odpověď A – *Je to ta nejpřirozenější strava pro dítě*. Tuto možnost označilo 94 žen, což je 85 % všech dotazovaných respondentek. Možnost B – *Mateřské mléko nejlépe pokrývá potřeby dítěte*, zvolilo 71 žen. Možnost C – *Kojení má*

pozitivní vliv na zdraví dítěte, zvolilo 70 žen. Mezi další velmi často označovanou odpověď patřila možnost E – *Prostřednictvím kojení vzniká silné pouto mezi matkou a dítětem*, jež označilo 59 žen. Z dalších odpovědí zvolilo 32 žen možnost D – *Kojení přináší výhody také matce*, 31 žen možnost F – *Je to ekonomicky výhodné* a 29 žen odpověď G – *Je to pohodlné*.

Otázka č. 7: *Zjišťovala jste si informace o kojení již v době těhotenství?*

Informovanost o kojení	Počet respondentek
ANO	82
NE	29

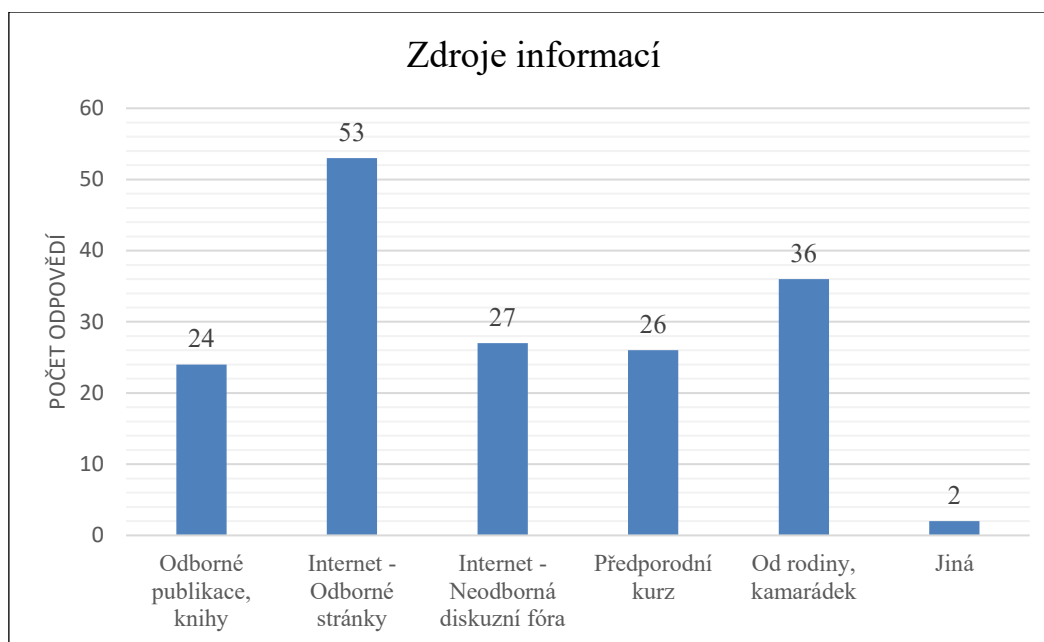
Tabulka 5 – Informovanost o kojení



Graf 3 – Informovanost o kojení

V době těhotenství si z celkového počtu 111 respondentek informace o kojení zjišťovalo 82 žen. Žádné informace si nezjišťovalo 29 žen.

Otázka č. 8: Pokud ANO, uveďte prosím kde.



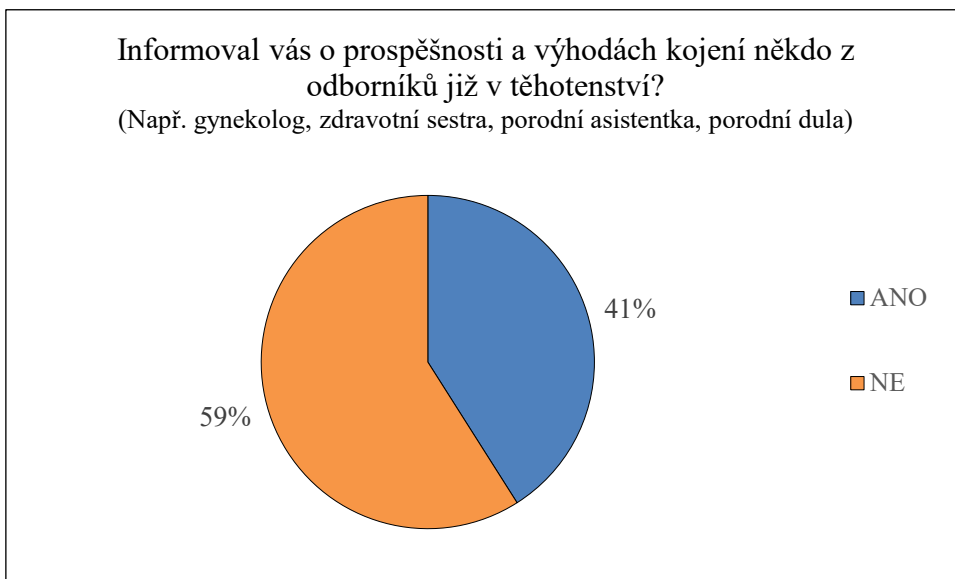
Graf 4 – Zdroje informací

Informace o kojení si ze 111 dotazovaných respondentek zjišťovalo 82 žen. Matky měly možnost označit více odpovědí. Jako zdroj informací nejčastěji uváděly odborné stránky na internetu, tento zdroj uvedlo 53 matek, 36 žen získalo informace od rodiny či kamarádek. Na neodborných diskuzních fórech internetu čerpalo informace 27 žen. Předporodní kurz navštívilo 26 matek a 24 matek využilo odborné publikace a knihy. Pouze 2 ženy získaly informace o kojení z jiného zdroje, jednalo se o laktiční poradkyni a porodní dlu.

Otázka č. 9: Informovanost o prospěšnosti a výhodách kojení ze strany odborníků již v těhotenství.

Informace od odborníků	Počet respondentek
ANO	45
NE	66

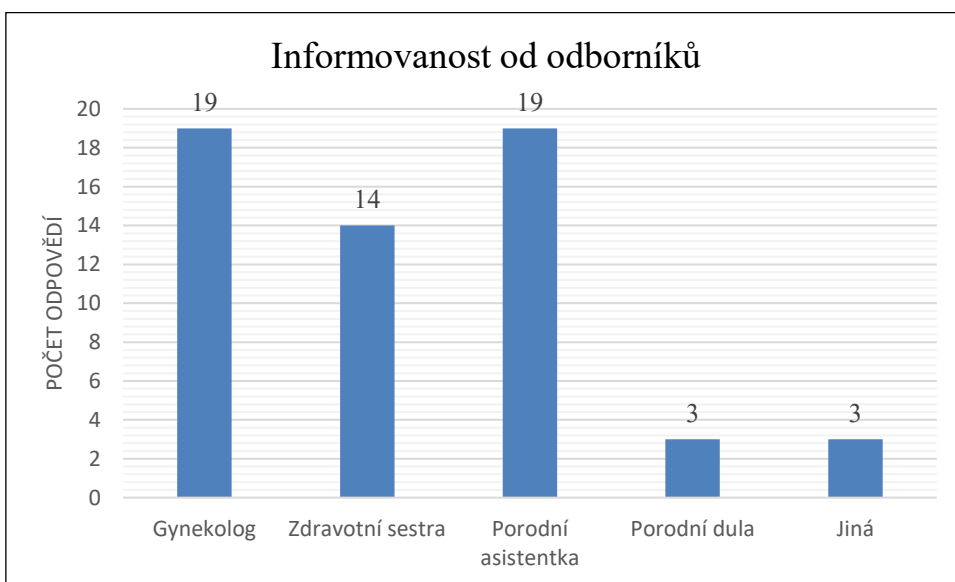
Tabulka 6 – Informovanost o prospěšnosti a výhodách kojení ze strany odborníků, již v těhotenství



Graf 5 – Informovanost o prospěšnosti a výhodách kojení ze strany odborníků již v těhotenství

Z celkového počtu 111 respondentek bylo v těhotenství pouze 45 žen informováno o prospěšnosti a výhodách kojení ze strany odborníků, ostatním 66 ženám nikdo z odborníků informace o výhodách a prospěšnosti kojení neposkytl.

Otázka č. 10: Pokud ANO, zaškrtněte prosím kdo.



Graf 6 – Informovanost od odborníků

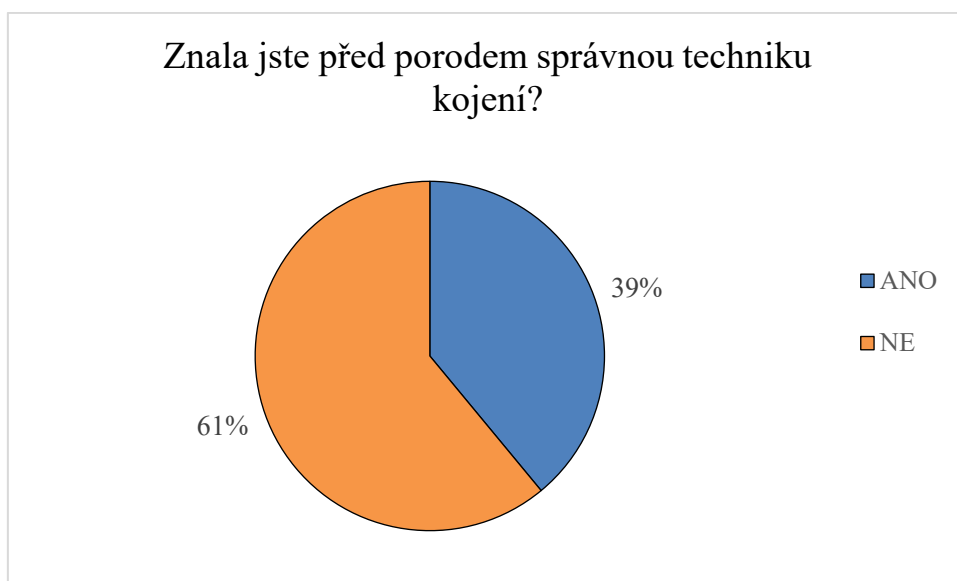
Ze 45 žen, jež získaly informace od odborníků, bylo 19 z nich informováno gynekologem, dalších 19 informovala porodní asistentka a 14 žen zdravotní sestra. Porodní dula byly

o prospěšnosti kojení informovány 3 ženy. Další 3 ženy, zvolily možnost jiná a uvedly jako zdroj informací pediatra a předporodní kurz.

Otázka č. 11: Správná technika kojení

Znalost správné techniky	Počet respondentek
ANO	43
NE	68

Tabulka 7 – Znalost správné techniky kojení



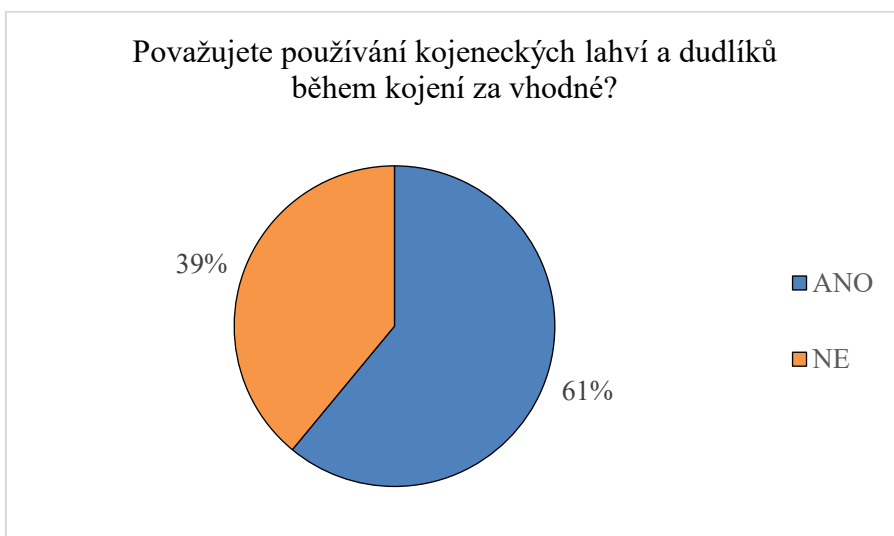
Graf 7 – Znalost správné techniky kojení

Z celkového počtu 111 respondentek znalo správnou techniku kojení 43 žen (39 %), zbylých 68 žen (61 %) správnou techniku neznalo.

Otázka č. 12: Vhodnost používání kojeneckých lahví a dudlíků během kojení.

Možnosti	Počet respondentek
ANO	68
NE	43

Tabulka 8 – Vhodnost používání kojeneckých lahví a dudlíků během kojení



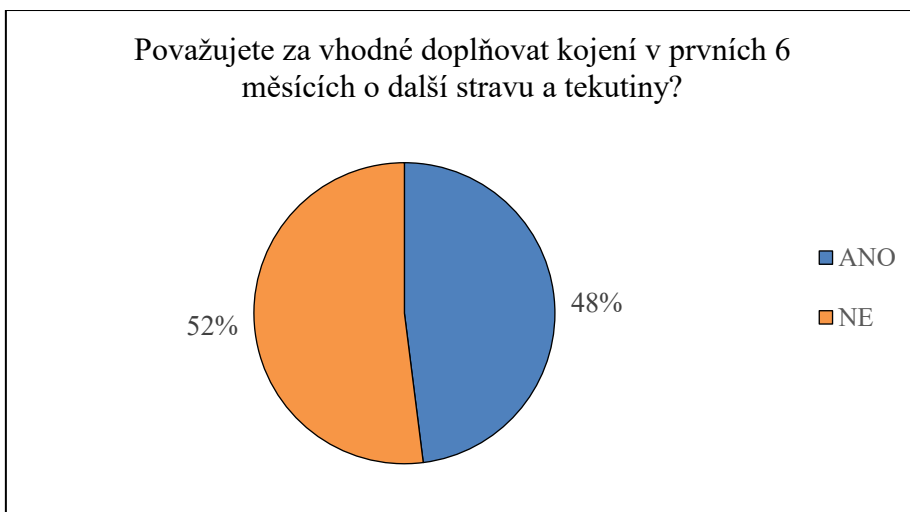
Graf 8 – Vhodnost používání kojeneckých lahví a dudlíků během kojení

Z celkového počtu 111 respondentek 68 žen (61 %) považuje používání kojeneckých lahví a dudlíků během kojení za vhodné. Za nevhodné to považuje 43 žen (39 %).

Otázka č. 13: Vhodnost doplňování kojení o další stravu a tekutiny v prvních 6 měsících života.

Možnosti	Počet respondentek
ANO	53
NE	58

Tabulka 9 – Vhodnost doplňování kojení v prvních 6 měsících o další stravu a tekutiny.



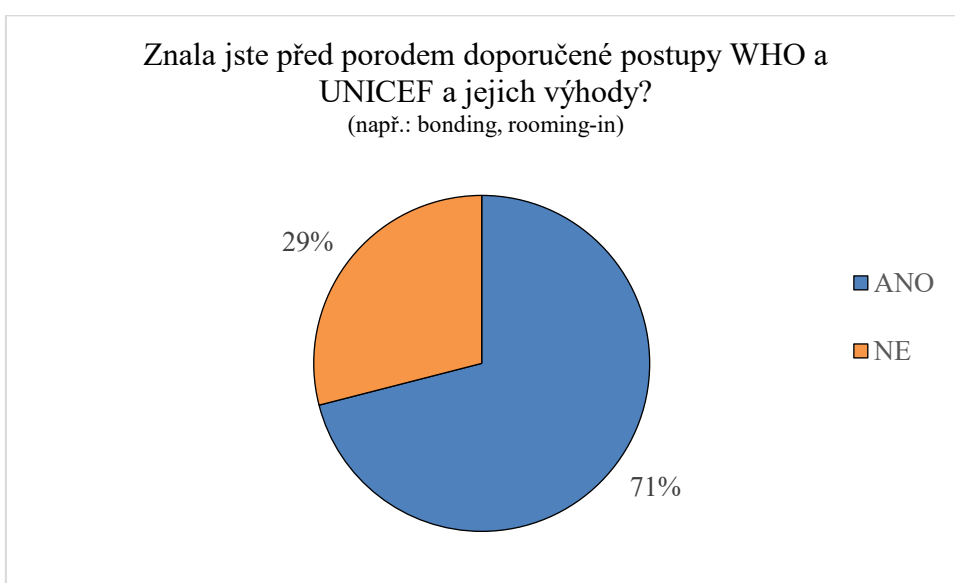
Graf 9 – Vhodnost doplňování kojení v prvních 6 měsících o další stravu a tekutiny

Z celkového počtu 111 respondentek považuje za vhodné doplňovat kojení o další stravu a tekutiny v prvních 6 měsících 53 matek (48 %), naopak 58 matek (52 %) si myslí, že je to nevhodné.

Otázka č. 14: Znalost doporučených postupů WHO a UNICEF.

Možnosti	Počet respondentek
ANO	79
NE	32

Tabulka 10 – Znalost doporučených postupů WHO a UNICEF



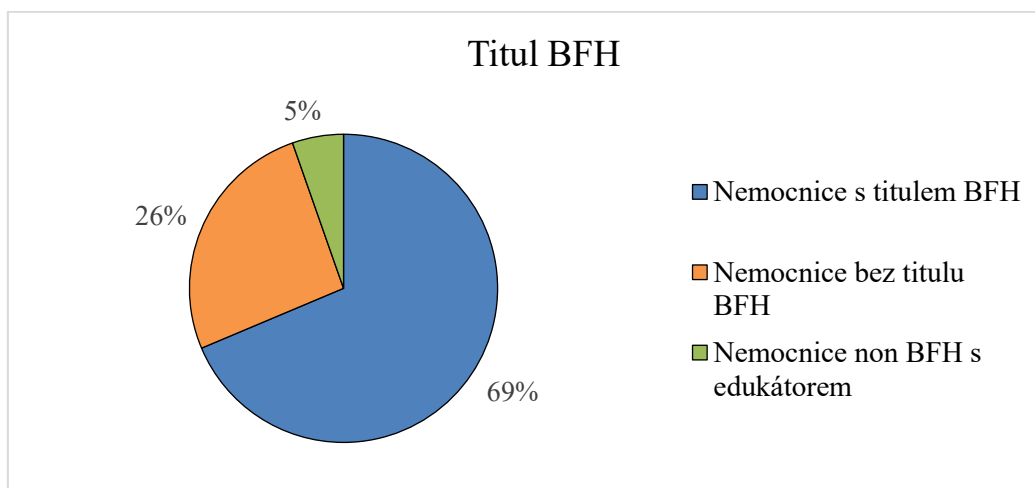
Graf 10 – Znalost doporučených postupů WHO a UNICEF

Z celkového počtu 111 respondentek znalo doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení 79 žen (71 %), ostatních 32 respondentek (29 %) zaznamenalo odpověď ne.

Otázka č. 15: Nemocnice, v nichž matky rodily.

Možnosti	Počet respondentek
Nemocnice s titulem BFH	76
Nemocnice bez titulu BFH	29
Nemocnice non BFH s edukátorem	6

Tabulka 11 – Nemocnice, v nichž matky rodily



Graf 11 – Nemocnice, v nichž matky rodily

Z celkového počtu 111 respondentek 76 žen (69 %) rodilo v nemocnicích s titulem BFH, 29 žen (26 %) rodilo v nemocnici bez tohoto titulu a 6 žen (5 %) rodilo v nemocnici non BFH s edukátorem, tedy v porodnici, kde titul zatím nemají, ale směřují k němu.

Abych zjistila, zda nemocnice s titulem BFH skutečně dodržují doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení více než nemocnice bez tohoto titulu, využila jsem bodové hodnocení, které bylo vytvořeno především ke zhodnocení otázek 17–27. Podrobný postup uvádím v metodice.

Možnosti	Počet respondentek	Aritmetický průměr bodů	Matky s SC	
Nemocnice s titulem BFH	76	10,2	13	17 %
Nemocnice bez titulu BFH	29	10,4	10	34 %
Nemocnice non BFH s edukátorem	6	9,3	3	50 %

Tabulka 12 – Porovnání dodržování doporučených postupů v nemocnicích s titulem BFH, bez něho a v nemocnicích non BFH s edukátorem

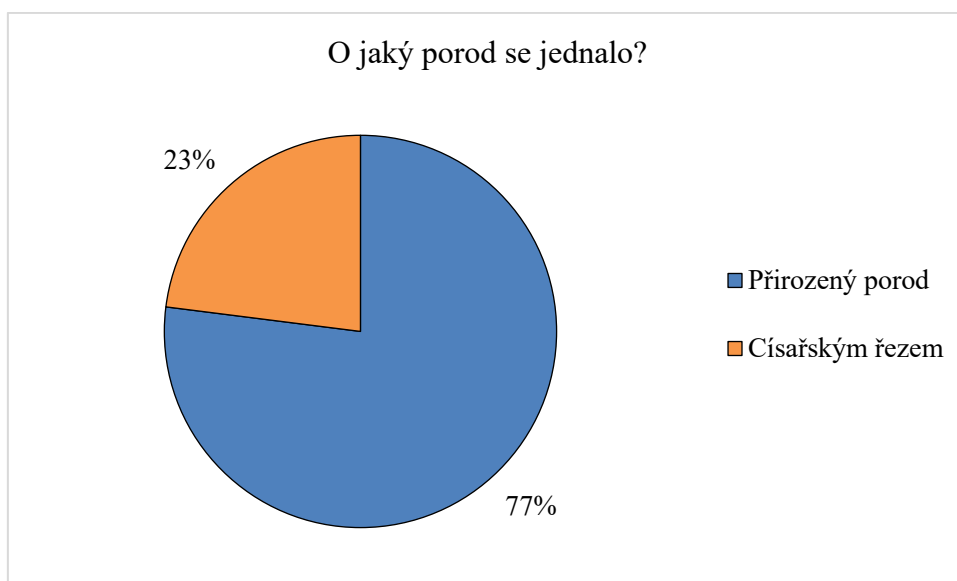
Dle výsledků byla doporučení WHO a UNICEF nejvíce naplněna u žen rodičích v nemocnicích bez titulu BFH, které dosáhly nejvyššího aritmetického průměru 10,4 bodů, a to i přes to, že zde rodilo 10 žen císařským řezem, což v relativních hodnotách odpovídá 34 %, tedy dvojnásobku oproti ženám rodičím v nemocnicích s titulem BFH. U skupiny matek rodičích v nemocnici s titulem BFH byl aritmetický průměr 10,2 bodů a u nemocnic non BFH s edukátorem 9,3 bodů. Procenta matek rodičích císařským řezem uvádím zejména

z důvodu vyšší pravděpodobnosti nemožného praktikování doporučených postupů vzhledem ke způsobu vedení porodu a zdravotnímu stavu matky.

Otázka č. 16: Způsob porodu

Možnosti	Počet respondentek
Přirozený porod	85
Císařským řezem	26

Tabulka 13 – Způsob porodu



Graf 12 – Způsob porodu

Z celkového počtu 111 respondentek rodilo 85 žen (77 %) přirozeně a 26 žen (23 %) císařským řezem.

Vyhodnocení otázek č. 17–27 v návaznosti na otázky č. 28 a 34

Nyní budu vyhodnocovat otázky 17–27, jež korespondují s doporučenými postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení. Abych zjistila, zda dodržování těchto postupů pozitivně ovlivňuje kojení, rozhodla jsem se otázky 17–27 vyhodnocovat nejprve společně a následně se blíže zaměřit na stěžejní otázky. Zejména společné vyhodnocení probíhalo na základě dosažených bodů a následném rozdělení do kategorií, viz tabulka č. 14. Postup podrobně uvádím v metodice.

Rozdělení	Rozmezí bodů
1. kategorie	15–13,5 bodů
2. kategorie	13–11,5 bodů
3. kategorie	11–9,5 bodů
4. kategorie	9–7,5 bodů
5. kategorie	7–5 bodů

Tabulka 14 – Kategorie pro vyhodnocování otázek 17–27

Otázka č. 28: Výlučné kojení

Doba výlučného kojení	Celkový počet resp.	1. kat.		2. kat.		3. kat.		4. kat.		5. kat.	
		Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Nekojila jsem	1	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	4 %
Nekojila jsem výlučně	3	0	0 %	1	4 %	0	0 %	1	4 %	1	4 %
Méně než 2 týdny	8	0	0 %	2	8 %	2	14 %	1	4 %	3	12 %
2 – 6 týdnů	11	2	8 %	4	17 %	1	7 %	2	8 %	2	8 %
7 týdnů – 3 měsíce	7	3	13 %	1	4 %	1	7 %	0	0 %	2	8 %
Do 4. měsíce (včetně)	17	4	17 %	5	21 %	1	7 %	3	13 %	4	16 %
Do 5. měsíce (včetně)	18	3	13 %	3	13 %	5	36 %	5	21 %	2	8 %
Do 6. měsíce (včetně)	41	11	46 %	7	29 %	2	14 %	11	46 %	10	40 %
Do 7. měsíce (včetně)	4	1	4 %	1	4 %	2	14 %	0	0 %	0	0 %
Jiná – Do 8. měsíce	1	0	0 %	0	0 %	0	0 %	1	4 %	0	0 %
Počet resp. v kategoriích	111	24	100%	24	100%	14	100%	24	100%	25	100%

Tabulka 15 – Výlučné kojení

Ze 111 dotazovaných respondentek výlučně kojilo nejvíce žen do 6. měsíce (včetně), jednalo se o 41 respondentek (37 %), které tak dodržely ideální dobu výlučného kojení dle WHO a UNICEF. Možnost výlučného kojení do 7. měsíce zaznamenaly 4 ženy, zároveň s tím ale uvedly zavedení příkrmu v ukončeném 6. měsíci, takže i tyto ženy doporučenou dobu kojení

dodržely, proto i je budu následně počítat mezi matky splňující doporučení WHO a UNICEF o výlučném kojení. 1 žena dokonce uvedla délku výlučného kojení do 8. měsíce. Do 5. měsíce výlučně kojilo 18 žen, 14 z nich ukončilo výlučné kojení z důvodu zavádění příkrmů. Do 4. měsíce výlučně kojilo 17 žen z nichž 9 výlučné kojení ukončilo také na základě zavedení příkrmů. Překvapující pro mě byla informace, kterou uvedly 3 ženy, a to ta, že začaly podávat příkrmy na základě doporučení pediatriček po ukončeném 4. měsíci i přes to, že děti prospívaly. Ostatní ženy, které ukončily výlučné kojení ve 4. či 5. měsíci, uváděly jako nejčastější důvod nedostatek mateřského mléka a málo výživné mléko. Ostatních 30 žen uvedlo délku výlučného kojení do 3. měsíce (včetně), jako nejčastější důvody k ukončení výlučného kojení matky uváděly nedostatečnou tvorbu mateřského mléka, nízké přírůstky na váze dítěte, ztrátu mateřského mléka, pláč dítěte při kojení, odmítání dítěte prisát se k prsu, bolestivost kojení pro matky, stres. Často byly rovněž uváděné zdravotní důvody, a to jednak ze strany matky, kde se jednalo o často se opakující záněty prsu, laktační psychózu, vpáčené bradavky, a s tím související kojení za pomoci kloboučků, tak ze strany dítěte, kde byly zmiňované problémy jako alergie na kravskou bílkovinu, kiss syndrom, nedostatečný sací reflex, střevní potíže či kardiovaskulární problémy. Několik málo dotazovaných uvedlo, že kojit nechtěly.

Zhodnocení úspěšnosti matek ve výlučném kojení na základě dodržení doporučených postupů WHO a UNICEF.

Dle výše uvedené tabulky č. 14. do 1. kategorie patřily ženy s nejvyšším bodovým hodnocením, tedy ty, u nichž byly doporučené postupy vedoucí k úspěšnému kojení nejlépe dodržené. Z celkového počtu 111 respondentek do 1. kategorie patřilo celkem 24 žen, z nichž do ukončeného 6. měsíce výlučně kojilo 12 respondentek, což činí 50 %. Zajímavé je, že 1. kategorie je jedinou, v níž všechny ženy výlučně kojily své děti déle než 2 týdny. Velmi podobných hodnot v dosažení výlučného kojení do ukončeného 6. měsíce dosáhly také matky z kategorie 4, kde z 24 respondentek danou dobu výlučného kojení dodrželo 11 žen (46 %). Následovaly matky z kategorie s nejnižším bodovým ziskem, tedy z kategorie 5, ta obsahovala 25 respondentek, z nichž do ukončeného 6. měsíce kojilo 10 žen, tedy 40 %. Zajímavý je fakt, že v 5. kategorii bylo zastoupeno nejvíce žen kojících méně než 2 týdny ze všech kategorií. Z 2. kategorie kojilo po danou dobu z 24 respondentek 8 žen

(33 %). Nejnižší počet respondentek spadalo do kategorie 3, jednalo se o 14 respondentek, z nichž do ukončeného 6. měsíce kojily pouze 4 ženy (28 %).

Otázka č. 34: Celková doba kojení

Celková doba kojení	Celkový počet resp.	1. kat.		2. kat.		3. kat.		4. kat.		5. kat.	
		Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Méně než 14 dní	5	0	0 %	1	4 %	1	7 %	0	0 %	3	12 %
14 dní – 2 měsíce	10	1	4 %	3	13 %	2	14 %	1	4 %	3	12 %
2–4 měsíce	12	4	17 %	5	21 %	1	7 %	2	8 %	0	0 %
4–6 měsíců	10	2	8 %	2	8 %	1	7 %	2	8 %	3	12 %
6–9 měsíců	16	3	13 %	0	0 %	1	7 %	6	25 %	6	24 %
9–12 měsíců	15	4	17 %	3	13 %	2	14 %	2	8 %	4	16 %
12–18 měsíců	13	1	4 %	5	21 %	3	21 %	3	13 %	1	4 %
18–24 měsíců	20	5	21 %	3	13 %	3	21 %	6	25 %	3	12 %
Více jak 24 měsíců	10	4	17 %	2	8 %	0	0 %	2	8 %	2	8 %
Počet respondentek v kategorii	111	24	100%	24	100%	14	100%	24	100%	25	100%

Tabulka 16 – Celková doba kojení

Z celkového počtu 111 respondentek kojilo z mého výzkumného vzorku nejvíce žen po dobu 18–24 měsíců, tuto možnost zvolilo 20 žen a nejvíce z nich patřilo do 4. a následně do 1. kategorie. Po nich následovalo 16 žen, které kojily 6–9 měsíců, dále 15 žen kojících 9–12 měsíců a 13 žen kojících 12–18 měsíců. U zbývajících možností bylo velmi podobné zastoupení v počtu respondentek, vyjma možnosti méně než 14 dní, po tuto dobu kojilo pouhých 5 matek, z nichž 3 patřily do 5. kategorie. Jednalo se tedy o matky, u nichž nebyly doporučené postupy WHO a UNICEF téměř praktikovány. Doporučení WHO a UNICEF

překonalo 10 matek, které své děti kojily déle než 2 roky, nejvíce z nich patřilo do 1. kategorie.

Zhodnocení úspěšnosti celkového kojení na základě dodržení postupů WHO a UNICEF.

Celkovou dobu kojení 12 a více měsíců splnilo 43 žen, tedy 39 % všech dotazovaných. Aby byly výsledky co nejpřesnější, uvádím v závorkách navíc relativní hodnoty, které vyjadřují podíl matek z dané kategorie. Nejvíce žen kojících po dobu 12 a více měsíců patřilo do 4. kategorie, jednalo se o 11 respondentek (46 %). Dále následovaly matky z 1. a 2. kategorie, kde v každé z nich kojilo danou dobu 10 žen (42 %) a dále matky ze 3. a 5. kategorie, kde v každé z nich kojilo 6 žen. Avšak dle relativních hodnot u 3. a 5. kategorie vznikl nesrovnatelný poměr, kdy ze 3. kategorie kojilo po určenou dobu 42 % žen, a naopak z kategorie 5 to bylo pouhých 24 %. Z výsledků tedy vyplývá velmi podobný poměr zastoupení v kategoriích 1–4, kde se hodnoty pohybují v rozmezí 42–46 %, pouze u kategorie 5 jsou relativní hodnoty výrazně nižší, 24 %.

Bližší zaměření na stěžejní otázky z otázek 17–27

Otázka č. 17: Přiložení dítěte bezprostředně po porodu na nahou hrud' matky.

Z celkového počtu 111 respondentek bylo dítě bezprostředně po porodu přiloženo na nahou hrud' 76 žen (68 %), u dalších 35 respondentek (32 %) přiložení ihned po porodu neproběhlo.

Přiložení dítěte bezprostředně po porodu – Výlučné kojení	ANO (76)		NE (35)	
	absolutní h.	relativní h.	absolutní h.	relativní h.
Nekojila jsem	0	0 %	1	3 %
Nekojila jsem výlučně	1	1 %	2	6 %
Méně než 2 týdny	6	8 %	2	6 %
2 – 6 týdnů	11	14 %	0	0 %
7 týdnů – 3 měsíce	5	7 %	2	6 %
Do 4. měsíce (včetně)	14	18 %	3	9 %
Do 5. měsíce (včetně)	12	16 %	6	17 %
Do 6. měsíce (včetně)	23	30 %	18	51 %
Do 7. měsíce (včetně)	4	5 %	0	0 %
Jiná – Do 8.měsíce	0	0 %	1	3 %

Tabulka 17 – Výlučné kojení – Přiložení dítěte bezprostředně po porodu na nahou hrud' matky

Ze 76 respondentek, jimž bylo dítě bezprostředně po porodu přiloženo na nahou hrud', výlučně kojilo do ukončeného 6. měsíce 27 žen (35 %). Naopak z matek, kterým dítě bezprostředně po porodu přiloženo nebylo, kojilo do ukončeného 6. měsíce 18 žen (51 %).

Přiložení dítěte bezprostředně po porodu – Celková doba kojení	ANO (76)		NE (35)	
	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.
Méně než 14 dní	2	3 %	3	9 %
14 dní – 2 měsíce	9	12 %	1	3 %
2–4 měsíce	10	13 %	2	6 %
4–6 měsíců	6	8 %	4	11 %
6–9 měsíců	8	11 %	8	23 %
9–12 měsíců	11	14 %	4	11 %
12–18 měsíců	10	13 %	3	9 %
18–24 měsíců	13	17 %	7	20 %
Více jak 24 měsíců	7	9 %	3	9 %

Tabulka 18 – Celková doba kojení – Přiložení dítěte bezprostředně po porodu na nahou hrud' matky.

Ze 76 žen, jimž bylo dítě bezprostředně po porodu přiloženo, uvedlo 30 žen celkovou dobu kojení 12 a více měsíců, což v relativních hodnotách odpovídá 40 %. Z ostatních respondentek kojilo 12 a více měsíců 13 žen, tedy 38 % v relativních hodnotách.

Otázka č. 19: Bonding

Z celkového počtu 111 respondentek zažilo bonding se svým dítětem 52 žen (47 %). Tuto možnost nemělo 59 žen (53 %), 28 z nich následně uvedlo, že u nich nebylo možné bonding praktikovat ze zdravotních důvodů, načež u 13 z nich byl umožněn otcí dítěte. Ten ale dle výsledků neměl vliv na délku kojení, proto není v tabulkách uveden.

Bonding – Výlučné kojení	ANO (52)		NE (59)	
	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.
Nekojila jsem	0	0 %	1	2 %
Nekojila jsem výlučně	0	0 %	3	5 %
Méně než 2 týdny	3	6 %	5	8 %
2–6 týdnů	6	12 %	5	8 %
7 týdnů–3 měsíce	5	10 %	2	3 %
Do 4. měsíce (včetně)	10	19 %	7	12 %
Do 5. měsíce (včetně)	7	13 %	11	19 %
Do 6. měsíce (včetně)	18	35 %	23	39 %
Do 7. měsíce (včetně)	3	6 %	1	2 %
Jiná – Do 8.měsíce	0	0 %	1	2 %

Tabulka 19 – Výlučné kojení – Bonding

Do ukončeného 6. měsíce výlučně kojilo 21 žen (41 %), které zažily bonding se svým dítětem, a 24 matek (41 %), kterým nebylo umožněno bonding zažít.

Bonding – Celková doba kojení	ANO (52)		NE (59)	
	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.
Méně než 14 dní	1	2 %	4	7 %
14 dní – 2 měsíce	5	10 %	5	8 %
2–4 měsíce	8	15 %	4	7 %
4–6 měsíců	4	8 %	6	10 %
6–9 měsíců	4	8 %	12	20 %
9–12 měsíců	7	13 %	8	14 %
12–18 měsíců	8	15 %	5	8 %
18–24 měsíců	10	19 %	10	17 %
Více jak 24 měsíců	5	10 %	5	8 %

Tabulka 20 – Celková doba kojení – Bonding.

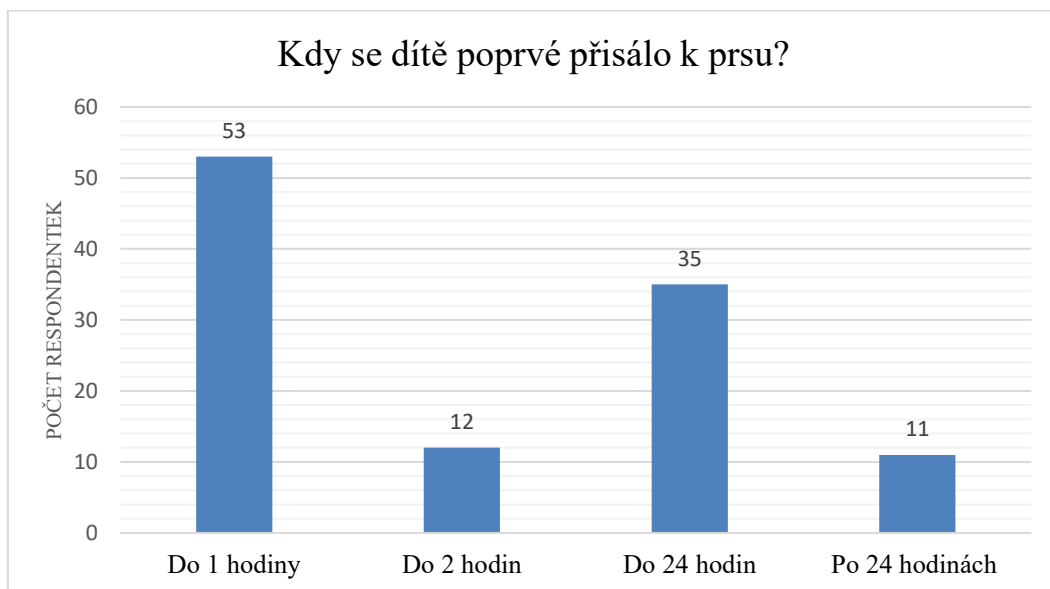
Celkovou dobu kojení 12 a více měsíců dodrželo 23 matek, jimž byl bonding umožněn (44 %), a 20 matek (33 %), které bonding nezažily.

Otázka č. 20: Důvody, proč nebylo možné bonding praktikovat

Důvody, proč nebylo možné bonding praktikovat, byly různé. Mezi nejčastější patřil císařský řez. Velmi mě překvapily odpovědi 3 respondentek, kdy dvě z nich, rodící v BFH, uvedly, že se bonding po císařském řezu nikdy nedělá a třetí respondentka rodící v nemocnici bez titulu BFH napsala: „Bylo mi řečeno, že mi po SC malou ani nepřiloží, pouze mi ji ukážou, i přes to, že to bylo mé přání. Nakonec ji ale zkontrolovali a dali mi ji na nahou hrud', dcera se okamžitě přisála, což překvapilo i zdravotnici, po 5 minutách mi ji ale odvezli.“ Jako další velmi častý důvod matky uvedly, že bylo dítě odneseno na vážení, měření, obléknutí a následně ho dostaly zpět v zavinovačce. Několik matek napsalo, že se jich na bonding nikdo nezeptal a ony v té chvíli nevěděly nebo neměly porodní plán. Zarážející pro mě je, že se jednalo o 12 matek, z čehož 11 rodilo v nemocnici s titulem BFH, kde by měli zdravotníci sami od sebe bonding podporovat. Poslední z těchto matek rodila v nemocnici bez titulu BFH a napsala: „Sestra dítě položila do postýlky vedle mě a 2 hodiny se u mě na sále nikdo neukázal. Zdravotní komplikace nebyly ani u mě ani u dcery, rodila jsem ale poprvé a bála jsem se zvednout a dceru si sama vzít zpátky k sobě. Dodnes toho lituji. Doprovod jsem u porodu bohužel neměla.“ Mezi další časté důvody pak patřil zdravotní stav dítěte či matky. U matek se jednalo například o komplikace při porodu

placenty, rozsáhlé šití či silné krvácení. Co se týče dětí, šlo o komplikace s dýcháním, nutné umístění dítěte do inkubátoru, hypoglykemií, či nutnou kontrolu dítěte po komplikovaném porodu.

Otázka č. 22: První přisátí dítěte k matčině prsu



Graf 13 – První přisátí dítěte k matčině prsu

Z celkového počtu 111 respondentek se nejvíce novorozenců přisálo do 1 hodiny po porodu, jednalo se o 53 jedinců. Do 2 hodin po porodu se přisálo 12 novorozenců, do 24 hodin 35 novorozenců a po 24 hodinách se k prsu poprvé přisálo 11 novorozenců

První přisátí dítěte – Výlučné kojení	Do 1 hodiny		Do 2 hodin		Do 24 hodin		Po 24 hodinách	
	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.
Nekojila jsem	0	0 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
Nekojila jsem výlučně	0	0 %	1	8 %	2	6 %	0	0 %
Méně než 2 týdny	5	9 %	0	0 %	1	3 %	2	18 %
2 – 6 týdnů	5	9 %	3	25 %	1	3 %	2	18 %
7 týdnů – 3 měsíce	5	9 %	2	17 %	0	0 %	0	0 %
Do 4. měsíce (včetně)	8	15 %	1	8 %	6	17 %	2	18 %
Do 5. měsíce (včetně)	8	15 %	2	17 %	6	17 %	2	18 %
Do 6. měsíce (včetně)	19	36 %	3	25 %	16	46 %	3	27 %
Do 7. měsíce (včetně)	3	6 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %
Jiná – Do 8.měsíce	0	0 %	0	0 %	1	3 %	0	0 %

Tabulka 21 – Výlučné kojení – první přisátí dítěte k matčině prsu

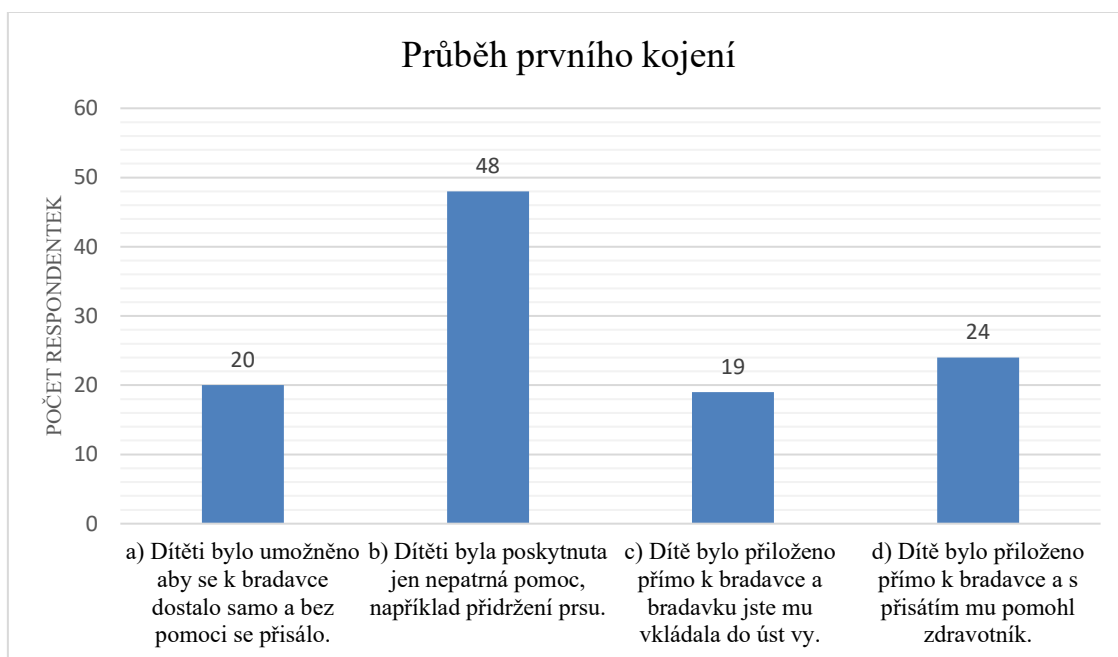
Nejvíce dětí z mého výzkumného vzorku kojených do ukončeného 6. měsíce zahájilo kojení do 1 hodiny po porodu, jednalo se o 22 novorozenců, což činí v relativních hodnotách 42 %. Právě dle relativních hodnot se ale v mém výzkumném vzorku do popředí dostávají ti, u nichž bylo kojení zahájeno do 24 hodin po porodu, jedná se o 17 dětí, v relativních hodnotách 49 %.

První přisátí dítěte – Celková doba kojení	Do 1 hodiny		Do 2 hodin		Do 24 hodin		Po 24 hodinách	
	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.
Méně než 14 dní	2	4 %	0	0 %	2	6 %	1	9 %
14 dní – 2 měsíce	6	11 %	3	25 %	0	0 %	1	9 %
2–4 měsíce	9	17 %	1	8 %	1	3 %	1	9 %
4–6 měsíců	2	4 %	3	25 %	5	14 %	0	0 %
6–9 měsíců	3	6 %	1	8 %	7	20 %	5	46 %
9–12 měsíců	7	13 %	2	17 %	5	14 %	1	9 %
12–18 měsíců	8	15 %	0	0 %	4	11 %	1	9 %
18–24 měsíců	11	21 %	1	8 %	7	20 %	1	9 %
Více jak 24 měsíců	5	9 %	1	8 %	4	11 %	0	0 %

Tabulka 22 – Vylučné kojení – První přisátí dítěte k matčině prsu

Z celkového počtu 111 respondentek nejdéle kojily ženy, u nichž proběhlo první přisátí k prsu do jedné hodiny po porodu. Doporučenou délku doplňkového kojení minimálně do 1 roku věku dítěte dodrželo 24 matek (45 %). Vysoká úspěšnost v dlouhodobém kojení byla také u 15 respondentek, které započaly kojení do 24 hodin po porodu, v relativních hodnotách šlo o 42 %.

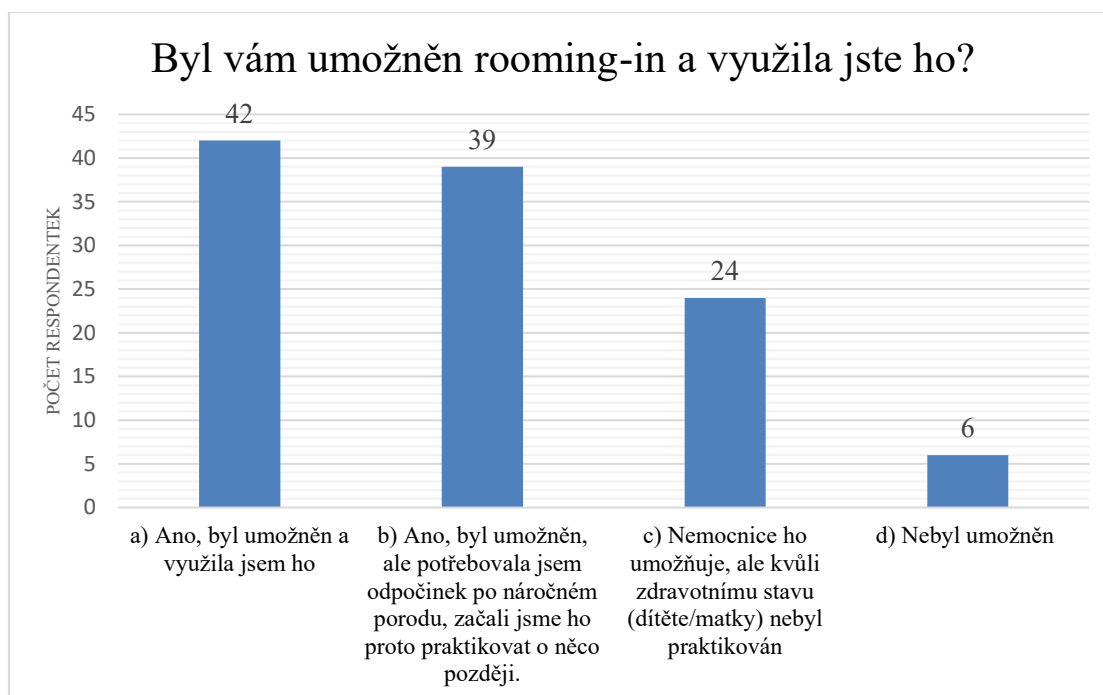
Otázka č. 23: Průběh prvního kojení



Graf 14 – Průběh prvního kojení

Z celkového počtu 111 respondentek poskytlo dítěti 48 matek (43 %) pouze nepatrnou pomoc, například přidržení prsu, 24 ženám (22 %) bylo dítě přiloženo přímo k bradavce a s přisátím pomohl zdravotník, 20 žen (18 %) zažilo tu nejpřirozenější možnost, kdy bylo dítěti umožněno dostat se k bradavce bez pomoci a samo začít sát a 19 ženám (17 %) bylo dítě přiloženo přímo k bradavce a matka mu vkládala bradavku do úst sama.

Otázka č. 24: Rooming-in



Graf 15 – Rooming-in

Z celkového počtu 111 respondentek byl rooming-in umožněn a využilo ho 42 žen (38 %), 39 ženám (35 %) byl umožněn, ale potřebovaly odpočinek po náročném porodu, 24 žen (22 %) rooming-in nezažilo kvůli zdravotnímu stavu jejich, či dítěte a 6 ženám nebyl umožněn.

Otázka č. 25: Přístup zdravotnického personálu v otázkách poskytnutí rad či pomoci s kojením ženám po porodu.

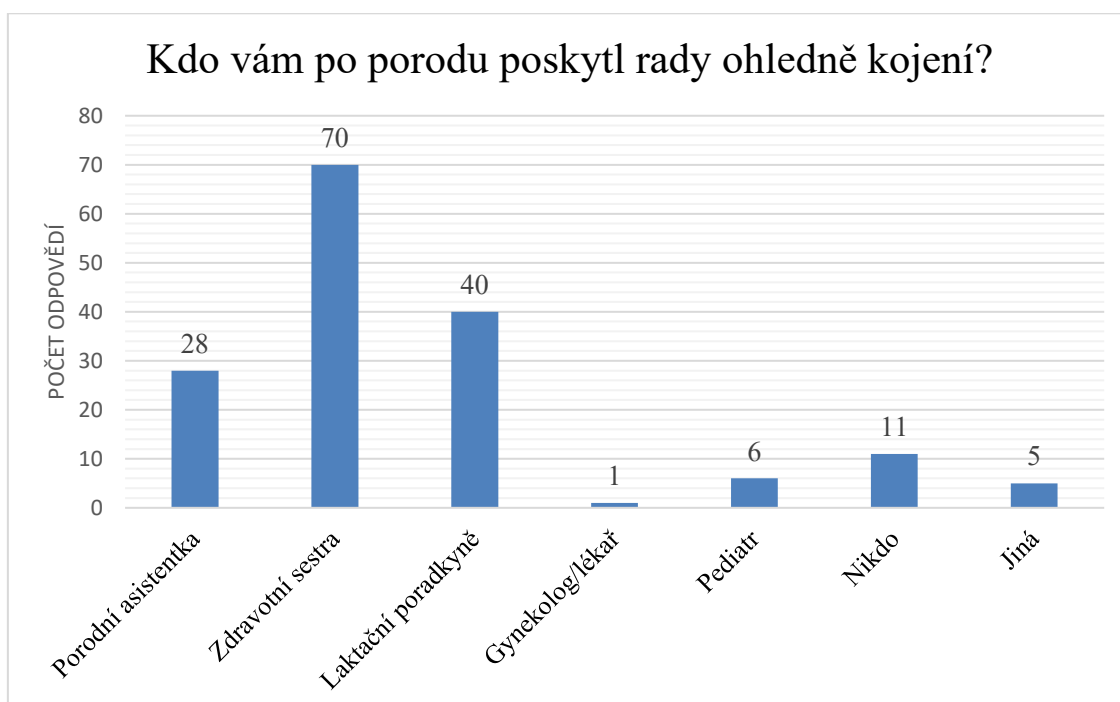
Přístup zdravotníků	Počet respondentek	BFH (76)		ne BFH (29)		non BFH s edukátorem (6)	
		Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Velmi dobrý	59	42	55 %	16	55 %	1	16 %
Dobrý	34	21	28 %	8	28 %	5	84 %
Špatný	18	13	17 %	5	17 %	0	0 %

Tabulka 23 – Přístup zdravotnického personálu k poskytnutí rad a pomoci s kojením ženám po porodu

Z celkového počtu 111 respondentek 59 žen označilo přístup zdravotnického personálu v pomoci s kojením za velmi dobrý, personál matkám kdykoliv poradil, pomohl, podpořil je a vysvětlil jim správnou techniku kojení. Za dobrý označilo přístup nemocnice 34 žen a 18 žen považovalo přístup nemocnice za špatný, jelikož zdravotní personál neposkytl matkám vhodnou pomoc a podporu, když bylo potřeba. Pro zajímavost v tabulce uvádím také počet

matek rodičích v nemocnicích s titulem BFH, bez něho a v nemocnicích non BFH s edukátorem a to v absolutních i relativních hodnotách. Zajímavým výsledkem jsou shodné relativní hodnoty v přístupech nemocnic s titulem BFH a bez něho, což vypovídá o srovnatelném přístupu ke kojení v nemocnicích, které byly do mého výzkumu zapojeny, a to ať už titul BFH mají nebo ne. V nemocnicích non BFH s edukátorem, převažoval dobrý přístup personálu nad velmi dobrým.

Otázka č. 26: Poskytnutí rad o kojení po porodu.



Graf 16 – Poskytnutí rad po porodu

V otázce č. 26 měly respondentky možnost označit více odpovědí. Z grafu vyplývá, že nejvíce žen bylo po porodu informováno o kojení zdravotní sestrou, následně laktační poradkyní a porodní asistentkou, 5 matek označilo odpověď jiná a uvedly například porodní dula, rodinu, nebo že rady nevyhledávaly.

Otázka č. 27: Kojení na požádání

Z celkového počtu 111 respondentek kojilo 96 žen své dítě na požádání, tedy bez omezování délky a četnosti kojení kdykoliv dítě projevilo zájem, 15 respondentek na požádání nekojilo.

Výlučné kojení – Kojení na požádání	ANO (96)		NE (15)	
	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.
Nekojila jsem	0	0 %	1	7 %
Nekojila jsem výlučně	3	3 %	0	0 %
Méně než 2 týdny	4	4 %	4	27 %
2 – 6 týdnů	9	9 %	2	13 %
7 týdnů – 3 měsíce	6	6 %	1	7 %
Do 4. měsíce (včetně)	13	14 %	4	27 %
Do 5. měsíce (včetně)	17	18 %	1	7 %
Do 6. měsíce (včetně)	39	41 %	2	13 %
Do 7. měsíce (včetně)	4	4 %	0	0 %
Jiná – Do 8.měsíce	1	1 %	0	0 %

Tabulka 24 – Výlučné kojení – Kojení na požádání.

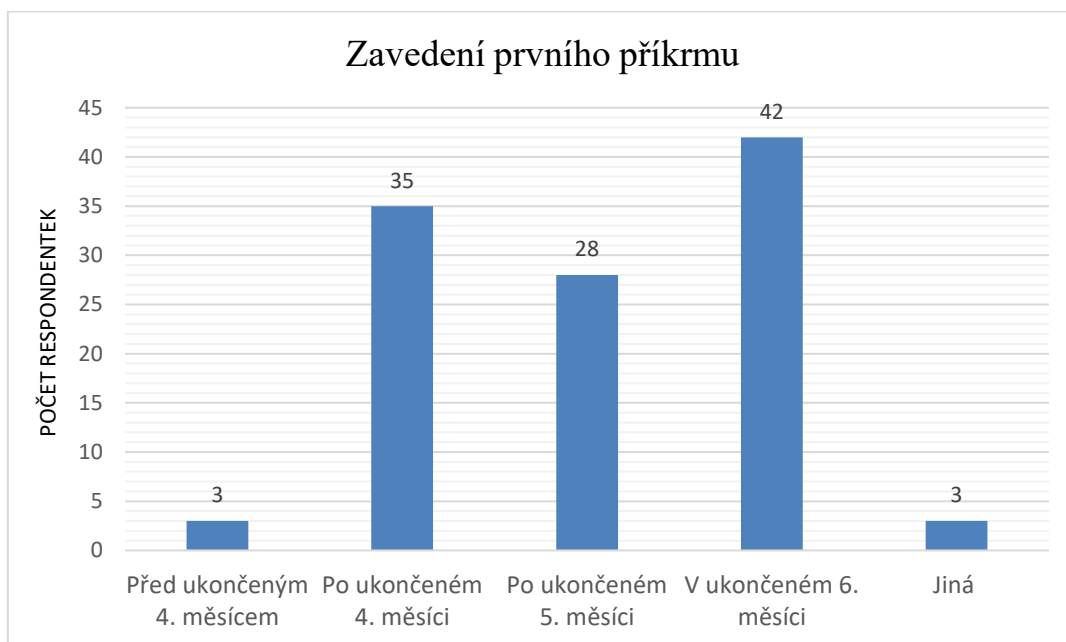
Z respondentek, které kojily své dítě kdykoliv projevilo zájem, kojilo po dobu 6 měsíců 43 žen (45 %), naopak z respondentek, které označily odpověď ne, kojily do ukončeného 6. měsíce pouze 2 ženy (13 %).

Celková doba kojení – Kojení na požádání	ANO (96)		NE (15)	
	Absolutní h.	Relativní h.	Absolutní h.	Relativní h.
Méně než 14 dní	3	3 %	2	13 %
14 dní – 2 měsíce	7	7 %	3	20 %
2–4 měsíce	11	11 %	1	7 %
4–6 měsíců	8	8 %	2	13 %
6–9 měsíců	11	11 %	5	33 %
9–12 měsíců	13	14 %	2	13 %
12–18 měsíců	13	14 %	0	0 %
18–24 měsíců	20	21 %	0	0 %
Více jak 24 měsíců	10	10 %	0	0 %

Tabulka 25 – Celková doba kojení – Kojení na požádání

Doporučenou dobu 12 a více měsíců dodrželo 43 žen kojících své dítě na požádání. Z respondentek, které na požádání nekojily, nekojila žádná matka déle než 12. měsíců.

Otázka č. 31: Zavedení 1. příkrmu



Graf 17 – Zavedení prvního příkrmu

Z celkového počtu 111 respondentek zavedla většina matek první příkrm ve vhodném období, tedy mezi ukončeným 4. a ukončeným 6. měsícem věku dítěte. Mimo ideální dobu zavedlo první příkrm 6 žen, 3 z nich podaly příkrm ještě před ukončeným 4. měsícem a 3 ženy naopak až po ukončeném 6. měsíci, konkrétně v 8. měsíci a jedna žena až v 10. měsíci.

Otázka č. 32: Potíže s kojením

Potíže s kojením	Počet respondentek	Relativní hodnoty
ANO	71	64 %
NE	40	36 %

Tabulka 26 – Potíže s kojením.

Ze 111 dotazovaných respondentek řešilo potíže s kojením 71 žen, 40 žen žádné potíže neřešilo. Často uváděné problémy s kojením uváděné matkami byly nedostatek mateřského mléka, bolestivé bradavky, záněty prsu, ucpané mlékovody, ragády, špatná technika kojení, dítě nechtělo sát, plakalo, bojkot kojení, odmítání jednoho prsu, vpáčené bradavky, pomalý rozjezd laktace, zdravotní obtíže.

11 Interpretace hypotéz

***H1:** Matky, u nichž byly dodrženy doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení, byly ve výlučném kojení znatelně úspěšnější.*

WHO a UNICEF uvádí vhodnou dobu výlučného kojení do ukončeného 6. měsíce dítěte. Matky z 1. kategorie, u kterých byla doporučení WHO a UNICEF nejvíce dodržena, dosáhly sice nejvyššího zastoupení ve výlučném kojení do ukončeného 6. měsíce a zároveň byly jedinou kategorií, v níž všechny ženy výlučně kojily minimálně 2 týdny, ale hypotézu i přesto nelze považovat za potvrzenou, neboť rozdíly ve sledovaných ukazatelích úspěšnosti vykazovaly minimální rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi. Hypotéza se nepotvrdila.

***H2:** Matky, u nichž byly dodrženy doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení, byly v dlouhodobém kojení výrazně úspěšnější.*

WHO a UNICEF uvádí vhodnou dobu celkového kojení minimálně do 1 roku dítěte, ideálně však do 2 let. Z výsledků vyplývá, že v 1. kategorii nebylo nejvíce žen kojících po dobu 12 a více měsíců, prokázalo se pouze, že je zde největší zastoupení matek kojících déle jak 24 měsíců. Relativní hodnoty ukazují téměř shodné procentuální zastoupení žen, jež dosáhly doporučené doby celkového kojení v kategoriích 1–4 (42–46 %), pouze v kategorii 5 jsou výsledky v relativních hodnotách významně nižší a činí pouhých 24 %. Hypotéza se nepotvrdila.

***H3:** Všechny matky byly již v těhotenství informovány o prospěšnosti a důležitosti kojení ze strany odborníků. Například od svého gynekologa, zdravotní sestry, porodní asistentky, laktační poradkyně, doly a dalších.*

Poskytovat matkám kvalitní informace v otázkách kojení ze strany odborníků je zásadní pro úspěch kojení. V mém výzkumu bylo ze 111 respondentek o prospěšnosti a výhodách kojení informováno pouhých 45 žen (41 %), ostatním 66 ženám nikdo informace o výhodách a prospěšnosti kojení neposkytl. Toto zjištění je dle mého názoru velmi alarmující a v je nutná změna. Hypotéza se nepotvrdila.

H4: *Téměř všechny ženy byly již v těhotenství rozhodnuté kojit své dítě.*

Kojení je pro dítě tím nejlepším způsobem výživy. Z celkového počtu 111 respondentek bylo v mém výzkumu 109 žen rozhodnuto kojit své dítě (98 %). Pouze 2 ženy (2 %) pro kojení rozhodnuté nebyly. Nejčastější motivací ke kojení byl pro matky fakt, že se jedná o tu nejpřirozenější stravu pro dítě, tuto odpověď označilo 94 respondentek. Dále ženy označovaly nejčastěji tyto možnosti: mateřské mléko nejlépe pokrývá potřeby dítěte (71), kojení má pozitivní vliv na zdraví dítěte (70) a prostřednictvím kojení vzniká silné pouto mezi matkou a dítětem (59). Hypotéza se potvrdila.

H5: *V nemocnicích s titulem BFH jsou doporučení WHO a UNICEF dodržována důsledněji než v nemocnicích bez titulu BFH.*

WHO spolu s organizací UNICEF vyhlásily v roce 1991 iniciativu Baby-friendly hospital s cílem podpořit kojení. Zařízení, nesoucí tento titul by měla plně dodržovat doporučení WHO a UNICEF vedoucí k úspěšnému kojení, jež jsou shrnuta do deseti kroků. Z celkového počtu 111 respondentek v mém výzkumném vzorku rodilo 76 žen v nemocnicích s titulem BFH, 29 žen v nemocnicích bez titulu BFH a 6 žen v nemocnici non BFH s edukátorem. Na základě průměrného počtu bodů získaných dle dodržování doporučených postupů WHO a UNICEF se v mém výzkumném vzorku jeví nemocnice bez titulu BFH jako ty, v nichž byly doporučené postupy WHO a UNICEF nejlépe dodrženy, a to i přesto, že zde rodilo 10 žen císařským řezem, což činí v relativních hodnotách dvojnásobek oproti počtu provedených císařských řezů u žen rodících v BFH. Hypotéza se nepotvrdila.

12 Diskuze

Kojení je nejlepším zdrojem výživy novorozenců a kojenců a je jedním z nejlepších způsobů, jak zajistit zdraví a přežití dítěte. S nástupem umělé stravy ve 20. století došlo k výraznému poklesu počtu kojených dětí. Tento trend byl naštěstí zvrácen a následovala rozsáhlá podpora kojení, a to zejména v posledních desetiletích. Míra kojených dětí vzrůstá, bohužel ale stále nedosahuje ideálních hodnot. Organizace, jako jsou WHO, UNICEF, WABA a mnoho dalších, se snaží kojení co nejvíce podporovat, propagovat a především chránit. Chránit zejména před nevhodným marketingem umělé kojenecké výživy, který v průběhu historie několikrát kojení ohrozil. WHO ve spolupráci s organizací UNICEF vytvořila iniciativu Baby-friendly hospital (BFHI), jejímž cílem je motivovat zařízení poskytující mateřské a novorozenecké služby po celém světě k podpoře kojení. Ta je totiž nezbytná k tomu, aby míra kojených dětí dále stoupala. V souvislosti s iniciativou Baby-friendly hospital bylo vytvořeno 10 kroků k úspěšnému kojení, kterým jsem věnovala část své práce.

Každá BFH nemocnice musí tyto kroky k úspěšnému kojení dodržovat, aby mohla mezi nemocnice s tímto titulem patřit, a proto je pro mě velmi zážející, že několik nemocnic zařazených do mého výzkumu, které titul BFH hrdě nesou, a to klidně i řadu let, některá tato doporučení nedodržují. Několik respondentek uvedlo, že jim v BFH například nebyl umožněn bonding a v některých případech se žen na možnost bondingu vůbec nikdo nezeptal, namísto toho probíhal u těchto žen rutinní postup, kdy bylo dítě po porodu zváženo, změřeno, zkontrolováno a následně zabalené v zavinovačce vráceno zpět k matce. Přitom především bonding patří mezi jednu z hlavních zásad vedoucí k úspěšnému kojení dle doporučení WHO a UNICEF. Umožňuje dítěti přirozenou adaptaci na podmínky mimo matčino tělo, dítě vnímá tlukot matčina srdce a instinktivně míří k jejím prsům jakožto zdroji obživy. Zahájení kojení do jedné hodiny po porodu pozitivně ovlivňuje proces kojení, což se potvrzuje i na mém výzkumném vzorku. Myslím si, že je potřeba postupně nahradit dnes již poměrně zastaralé rutinní postupy a nechat po porodu zejména prostor pro matku a dítě. Tím samozřejmě nemyslím na úkor bezpečí, ale kontrola dítěte po porodu může proběhnout citlivě, ideálně na matčině těle, a úkony jako jsou měření a vážení nejsou v dané chvíli nezbytně nutné. Obdobné platí i u prvního přisátí dítěte. Dítě po porodu dokáže samo lokalizovat a správně uchopit bradavku, proto by mu to mělo být umožněno a není potřeba

do toho nikterak zasahovat. Matkám by měl být umožněn rooming-in, i ten pozitivně ovlivňuje kojení, jelikož matka, která má dítě neustále ve své blízkosti, dokáže včas reagovat na jeho potřeby. Může kojit kdykoliv dítě projevuje zájem, bez omezování délky a frekvence, což je ostatně důležité po celou dobu kojení pro to, aby byla laktace úspěšná. Co se týče rooming-in, existují dva postoje, kdy jedna strana zastává názor WHO a UNICEF, tedy že by měl být rooming-in zahájen ihned od převozu na oddělení šestinedělí, a druhý, který říká, že je vhodné nechat matku odpočinout po náročném porodu, pokud to potřebuje. Výsledky v mém výzkumu naznačovaly u těchto možností téměř úplnou rovnost. Já osobně se přikláním spíše k názoru druhému i přesto, že vím, jak důležitý blízký kontakt matky a dítěte je, současně si uvědomuji, jak negativně může působit únava, bolest, či stres, a to jak na sžívání matky a dítěte, tak na zahájení kojení. Každá matka by měla mít v tomto ohledu možnost volby, zda se cítí na to být se svým dítětem ihned, a nebo potřebuje odpočinek po náročném porodu, aby nabrala síly a mohla se plně soustředit na její novorozeně. Doporučené postupy WHO a UNICEF jsou dobře promyšlené, jsou postavené především na potřebách dítěte a mají dle mého názoru velký smysl pro úspěšnost kojení i přes to, že výsledky v mém výzkumu nemusí být úplně přesvědčivé.

Jako jeden z hlavních důvodů, proč nebyl přímo prokázán výrazně vyšší úspěch kojení u matek, jimž bylo umožněno zažít zahájení kojení dle doporučených postupů WHO a UNICEF, vnímám nedostatečnou informovanost matek v otázkách kojení. Ve chvíli, kdy jsou doporučené postupy WHO a UNICEF dodrženy, ale matka nezná správnou techniku kojení, neví, jak vypadá správně přisáté dítěte, jak zvolit vhodnou polohu nebo čemu se během kojení raději vyvarovat, je kojení ohroženo. Proto je dle mého názoru nutné, aby nejen v porodnicích byly matky dostatečně informovány o výhodách, prospěšnosti a zásadách kojení. Každá žena by měla získat dostatek kvalitních informací o kojení, jelikož se jedná o tu nejvhodnější stravu pro její dítě. Můj předpoklad byl takový, že se ženám dostává dostatečného množství informací z řad odborníků, a to jak v těhotenství, tak po porodu. Skutečnost je dle mého výzkumu ale taková, že více jak polovina žen nebyla v těhotenství nikým z odborníků informována o prospěšnosti a výhodách kojení. Ministerstvo zdravotnictví ČR ustanovilo v roce 2019 Národní komisi pro kojení s cílem podpory kojení a uvedlo: *„Podpora kojení je naprosto zásadním tématem pro veřejné zdraví. Naším společným cílem je zajištění kvalitní péče o kojící ženu v porodnici i v návazné péči po*

propuštění, aby se kojícím ženám dostalo podpory a kvalitního poradenství ve všech segmentech zdravotní péče, které přicházejí do styku s kojící ženou.“ (MZCR, 2019, s. 1). Snahu Ministerstva zdravotnictví ČR v podpoře kojení vnímám jako pozitivní, ale zároveň nerozumím tomu, proč není v článku uvedena ani jedna zmínka o podpoře kojení již v době těhotenství nebo ideálně ještě dříve, například u dívek či žen, které se na rodičovskou roli ještě ani zdaleka nepřipravují. V článku uváděná podpora kojení až v porodnici a v zařízeních přicházejících do styku s kojící ženou, a ne například pro těhotné ženy navštěvující prenatální poradnu, mi přijde nedostatečná. Věřím, že ve chvíli, kdy by byla informovanost žen o kojení dostatečná a každá těhotná žena by šla do porodnice s tím, že zná správnou techniku kojení, byla by celková úspěšnost kojení vyšší. Jak uvádí autorka Ingeborg Hanreich (2000, s. 13): *„Pobyt v nemocnici je příliš krátký na to, aby mohly být matky o kojení dostatečně informovány.*“ Neznalost správné techniky je dost možná jedním z důvodů, který vede k předčasnému odstavení dítěte, ostatně i několik mých respondentek uvedlo špatnou techniku jako zdroj jejich potíží s kojením. To je ale pouhý předpoklad. Důležitost informovanosti v otázkách kojení je zásadní také pro dodržování principů správné výživy dítěte. V prvních měsících života dítěti plně postačuje kojení a není potřeba jej doplňovat o další stravu a tekutiny. I v tomto ohledu panuje poměrně velká neznalost, polovina respondentek z mého výzkumného vzorku považuje doplňování kojení o další stravu a tekutiny za vhodné. Několik důležitých zásad platí také pro zavádění příkrmů. Jedno z doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat zní: *„Podávání příkrmů není doporučeno zahajovat před 4M ani odkládat déle než do 6M, neboť takový postup s sebou nese některá zdravotní rizika (malnutrice, poruchy příjmu potravy, alergie, anemie)“* (Čes-slov pediat, 2014, s. 11). Zde bych nepatrně upravila formulaci ve smyslu neodkládat zavádění déle než do ukončeného 6. měsíce, jelikož prospívajícím kojeným dětem může být dle WHO a UNICEF podáváno pouze mateřské mléko až do ukončeného 6. měsíce. I v mém vzorku se našlo několik respondentek, které zavedly příkrmy mimo vhodné období, důvody, proč tomu tak bylo už mi nejsou známé.

Závěr

Aktuálním cílem WHO a UNICEF je dosáhnout do roku 2025 alespoň 50 % výlučně kojených dětí na celém světě v prvních šesti měsících věku. V mém výzkumu byla u dotazovaných respondentek zjištěna v tomto období 41% úspěšnost. Ideální délka celkového kojení je dle WHO a UNICEF stanovena minimálně do 1 roku, nejlépe však do 2 let, jelikož mateřské mléko poskytuje i v tomto věku dítěti potřebné živiny. Výzkum prokázal, že 39 % zúčastněných respondentek kojilo své dítě déle než 1 rok. Význam dodržování doporučených postupů WHO a UNICEF nebyl v rámci mého výzkumu příliš prokazatelný. Respektive výsledky nebyly takové, že by u žen, u nichž byla doporučení WHO a UNICEF zcela dodržena, byla úspěšnost v procesu kojení výrazně vyšší.

Co však výzkum prokázal, byl vyšší neúspěch matek, u nichž doporučené postupy nebyly praktikovány téměř vůbec. Úspěšnost těchto žen byla v celkové době kojení téměř poloviční oproti ostatním respondentkám. V této skupině patřilo také nejvíce respondentek ze všech dotazovaných mezi ty, které označily, výlučnou dobu kojení kratší než 14 dní. Naopak z žen, u nichž byla doporučení plně dodržena, kojily jako v jediné kategorii všechny ženy výlučně déle než 14 dní a zároveň zde nejvíce matek kojilo své dítě více jak 24 měsíců.

Dalším předpokladem bylo, že v dodržování doporučených postupů mezi nemocnicemi s titulem BFH a bez tohoto titulu bude významný rozdíl, jelikož nemocnice s titulem se zavazují dodržovat doporučení WHO a UNICEF. Výsledkem byl ale nepatrně větší úspěch v dodržování těchto doporučení nemocnicemi bez titulu BFH. Na základě šetření jednotlivých dotazníků jsem zjistila, že úspěšnost dodržování nezávisela ani tak na titulu BFH, ale spíše na přístupu jednotlivých nemocnic. Konkrétně se mého výzkumu zúčastnila jedna nemocnice, která titul BFH sice nemá, ale doporučení WHO a UNICEF dodržovala nejvíce ze všech ve výzkumu zaznamenaných nemocnic, a to i u matek rodících císařským řezem. Naopak některé nemocnice s titulem BFH dle výpovědi respondentek doporučení WHO a UNICEF evidentně nedodržovaly, což svědčí o neztotožnění se zaměstnanců těchto nemocnic s postupy a ideály BFH a spíše o snaze nemocnic získat tento titul, kterým se poté mohou prezentovat.

Překvapujícím zjištěním ve výzkumu bylo dosažení pouze 41% informovanosti respondentek ze strany odborníků v průběhu těhotenství ohledně prospěšnosti a výhodách

kojení. Toto zjištění je v naprostém rozporu s doporučeními WHO a UNICEF. Otázkou zůstává, z jakého důvodu bylo informováno pouze 41 % a zda by v tomto směru nemělo být učiněno nějaké systémové řešení, například povinnost gynekologa v průběhu těhotenství podat potřebné informace, případně vypracování vhodného informačního letáku, který by žena v průběhu těhotenství obdržela. O něco pozitivněji je matkami hodnocen přístup zdravotnického personálu po porodu k podpoře kojení, který 51 % žen hodnotí za velmi dobrý.

Pozitivním výsledkem výzkumu bylo, že téměř všechny ženy jsou v průběhu těhotenství rozhodnuté své dítě kojit. Odhodlání je prvním krokem k úspěchu a velkým pozitivem. Ženy si uvědomují přirozenost kojení a pozitivní vliv na zdraví dítěte. V tomto směru je nutné ženy podporovat a poskytovat jim s dostatečným předstihem potřebné informace. Je nutné, aby se doporučení WHO a UNICEF stala nedílnou součástí ucelené péče o nastávající matky, a to nejen jako součást nějaké deklarace, ale především jako součást každodenní praxe.

Doporučení pro praxi

- Šířit vhodnou formou povědomí o prospěšnosti a výhodách kojení již na základních školách v rámci výuky předmětů výchova ke zdraví a biologie.
- Zpracování informačního letáku o výhodách, prospěšnosti a správné technice kojení, který by byl k dispozici všem ženám v gynekologických ordinacích a zároveň by byl povinně předáván všem těhotným ženám.
- V prenatální poradně prokonzultovat informace uvedené v informačním letáku s každou těhotnou ženou. Seznámit budoucí matky se správnou výživou v době těhotenství a následně během kojení. Podrobit ženy vyšetření prsů, aby byly včas odhaleny případné predispozice, které by mohly následně znesnadňovat kojení.
- Zajistit, aby ve všech nemocnicích byly dodržovány doporučené postupy WHO a UNICEF pro úspěšné kojení, jako je například bonding, rooming-in a další, aby byl matkám umožněn co nejpřirozenější počátek kojení.
- Zajistit dostatečnou informovanost zdravotníků v porodnických zařízeních o kojení, aby byli schopni matkám poskytnout potřebné rady, pomoc a podporu v počátcích kojení.

- Informovat matky o možnosti využití služeb laktačních poradkyň.
- Zajistit, aby pediatři znali zásady správné výživy novorozenců a kojenců a zároveň mohli být případně nápomocni matkám v průběhu kojení.

Seznam knižních zdrojů

ČIHÁK, Radomír a kolektiv. *Anatomie: Periferní nervový systém, kůže a kožní orgány, smyslové orgány*. 3., část 3. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.

FRÜHAUF, Pavel a kolektiv. *Fyziologie a patologie dětské výživy*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0069-2.

HANREICH, Ingeborg. *Výživa kojenců, aneb, Jídlo a pití v prvním roce života*. Vyd. 1. čes. Praha: Grada, 2000. Strom života. ISBN 80-7169-841-5.

HANZL, Milan. Prevence krvácení novorozenců a malých kojenců způsobené nedostatkem vitamínu K: Prevention of vitamin K deficiency bleeding in newborns and young infants. *Pediatric pro praxi*. SOLEN, 2011, **12**(1), 60-61.

KOBILKOVÁ, Jitka a kolektiv. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-315-X.

KOPŘIVA, František. Slizniční imunitní systém, mateřské mléko a pre(o)biotika: The mucosal immune system of digestive tract, breast milk and prebiotics. *Prakt.lékáren*. SOLEN, 2010, **6**(1), 38-42.

LEBL, Jan, et al. *Klinická pediatrie*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-772-1.

NEVORAL, Jiří. *Výživa v dětském věku*. Jinočany: H & H, 2003. ISBN 80-86-022-93-5.

NEVORAL, Jiří a Magdalena PAULOVÁ. *Výživa kojenců*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. ISBN ISBN 978-80-7071-286-3.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SCHNEIDROVÁ, Dagmar. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2006. Pro rodiče. ISBN 80-247-1308-X.

STOŽICKÝ, František a Josef SÝKORA. *Základy dětského lékařství*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2997-1.

WEIGERT, Vivian. *Všechno o kojení*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7367-071-2.

WHO a UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization, 2003. ISBN 92-4-156221-8.

Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. [Praha]: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016. ISBN 978-80-7421-120-1.

ZLATOHLÁVEK, Lukáš a KOLEKTIV. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016. Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

Seznam internetových zdrojů

AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION. Let-down reflex: (milk ejection reflex). *Australian Breastfeeding Association* [online]. 2020 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.breastfeeding.asn.au/bf-info/early-days/let-down-reflex>

BERGMANN, Renate L., Karl E. BERGMANN, Katharina von WEIZSÄCKER, Monika BERNIS, Wolfgang HENRICH a Joachim W. DUDENHAUSEN. Breastfeeding is natural but not always easy: intervention for common medical problems of breastfeeding mothers – a review of the scientific evidence. *Journal of Perinatal Medicine* [online]. 2014, **42**(1), 9-18 [cit. 2021-3-7]. Dostupné z: doi:10.1515 / jpm-2013-0095

BRADY, June Pauline. Marketing breast milk substitutes: problems and perils throughout the world. *Archives of Disease in Childhood* [online]. 2012, **97**(6), 529-532 [cit. 2021-3-14]. ISSN 0003-9888. Dostupné z: doi:10.1136/archdischild-2011-301299

BRONSKÝ, Jiří a kolektiv. DOPORUČENÍ PRACOVNÍ SKUPINY DĚTSKÉ GASTROENTEROLOGIE A VÝŽIVY ČPS PRO VÝŽIVU KOJENCŮ A BATOLAT. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2014, únor 2014, **69**(1), 7-47 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z:

http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/soubory/csped_suppl_2014_ii.pdf

CILLA, Antonio, Késia DIEGO QUINTAES, Reyes BARBERÁ a Amparo ALEGRÍA. Phospholipids in Human Milk and Infant Formulas: Benefits and Needs for Correct Infant Nutrition. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* [online]. 2016, **56**(11), 1880-1892 [cit. 2021-3-7]. ISSN 1040-8398. Dostupné z: doi:10.1080/10408398.2013.803951

Česko-slovenská pediatrie: Doporučený postup České pediatrické společnosti a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP pro suplementaci dětí a dospívajících vitamínem D [online]. 74. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 2019, 473-482 [cit. 2021-3-10]. ISSN 1805-4501.

Doporučený postup České pediatrické společnosti a Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP pro suplementaci dětí a dospívajících vitamínem D. In: *Česko-slovenská pediatrie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 2019, 2019, s. 473-482 [cit. 2021-3-10]. ISSN 1805-4501. Dostupné z:

https://www.pediatrics.cz/content/uploads/2019/10/vitamin_d_finalni_web.pdf

DROR, Daphna K a Lindsay H ALLEN. Overview of Nutrients in Human Milk. *Advances in Nutrition* [online]. 2018, **9**(suppl_1), 278S-294S [cit. 2021-3-7]. ISSN 2161-8313.

Dostupné z: doi:10.1093/advances/nmy022

EIDELMAN, Arthur I. a Richard J. SCHANLER. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *PEDIATRICS* [online]. 2012, **129**(3), e827-e841 [cit. 2021-3-7]. ISSN 0031-4005.

Dostupné z: doi:10.1542/peds.2011-3552

GEDDES, Donna T. Inside the Lactating Breast: The Latest Anatomy Research. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2007, **52**(6), 556-563 [cit. 2021-3-10]. ISSN 1526-9523. Dostupné z: doi:10.1016/j.jmwh.2007.05.004

HAKALA, Mervi, Pirjo KAAKINEN, Maria KÄÄRIÄINEN, Risto BLOIGU, Leena HANNULA a Satu ELO. Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland: Rooming-in according to mothers and maternity-ward staff. *European Journal of Midwifery* [online]. 2018, **2**(August), 11 [cit. 2021-3-7]. ISSN 2585-2906. Dostupné z: doi:10.18332/ejm/93771

Hodnocení růstu dítěte. *Zdravotní a očkovací průkaz: zopik.info* [online]. SZÚ, 2015 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://zopik.info/clanek/45/hodnoceni-rustu-ditete>

JAAFAR, Sharifah Halimah, Jacqueline J HO a Kim Seng LEE. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2016, **2016**(8), 28 [cit. 2021-3-7]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD006641.pub3

JOHNSON, Martha C. a Mary L. CUTLER. Anatomy and Physiology of the Breast. JATOI, Ismail a Achim RODY, ed. *Management of Breast Diseases* [online]. 2. vydání. Cham: Springer International Publishing, 2016, 2016-11-17, s. 1-39 [cit. 2021-3-10]. ISBN 978-3-319-46354-4. Dostupné z: doi:10.1007/978-3-319-46356-8_1

JONES, E a SA SPENCER. The physiology of lactation. *Paediatrics and Child Health* [online]. 2007, **17**(6), 244-248 [cit. 2021-3-10]. ISSN 17517222. Dostupné z: doi:10.1016/j.paed.2007.03.001

KENT, Jacqueline C. How Breastfeeding Works. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2010, **52**(6), 564-570 [cit. 2021-3-10]. ISSN 1526-9523. Dostupné z: doi:10.1016/j.jmwh.2007.04.007

LAKTAČNÍ LIGA. Fyziologie laktace. *Kojení je právem dítěte i matky. Zkušenosti a podpora*. [online]. 2003 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/odborne-clanky/fyziologie-laktace/>

LAKTAČNÍ LIGA. Kojení – Vše co potřebujete vědět. *Kojení je právem dítěte i matky. Zkušenosti a podpora*. [online]. 2015 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <http://www.kojeni.cz/maminkam/brozura-kojeni/>

LEEUWEN, van Sander S. Challenges and Pitfalls in Human Milk Oligosaccharide Analysis. *Nutrients* [online]. 2019, **11**(11), 21 [cit. 2021-3-7]. ISSN 2072-6643. Dostupné z: doi:10.3390/nu11112684

MCGUIRE, Kandace P. Breast Anatomy and Physiology. AYDINER, Adnan, Abdullah İĞCI a Atilla SORAN, ed. *Breast Disease* [online]. Cham: Springer International Publishing, 2016, 2016, s. 1-14 [cit. 2021-3-10]. ISBN 978-3-319-22842-6. Dostupné z: doi:10.1007/978-3-319-22843-3_1

MITROVÁ, K. a J. BRONSKÝ. Vědecké důkazy o prospěšnosti výživy mateřským mlékem. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2014, **69**(1), 39-46 [cit. 2021-3-21]. ISSN 0069-2328. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=d3a54cb4-e1ce-4def-bade-ba6f65b1ea7f%40sessionmgr4008>

MOORE, Elizabeth R, Nils BERGMAN, Gene C ANDERSON a Nancy MEDLEY. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2016, **2016**(11), 121 [cit. 2021-3-7]. ISSN 14651858. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD003519.pub4

- MROWETZ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma - chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatr.praxi* [online]. 2013, **14**(3), 201-204 [cit. 2021-3-7]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>
- MYDLILOVÁ, Anna. Přirozená výživa novorozence: kojení - hlavní zásady. *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, **4**(3), 128-132 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2003/03/04.pdf>
- NÁRODNÍ KOMISE PRO KOJENÍ a SZÚ. Jak úspěšně začít a bez problémů dlouhodobě kojít. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/806-jak-uspesne-zacit-a-bez-problemu-dlouhodobekojit>
- NÁRODNÍ KOMISE PRO KOJENÍ a SZÚ. Přínos kojení. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/805-prinos-kojeni>
- PÁNEK, Martin. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatr.praxi* [online]. 2013, **14**(6), 363-366 [cit. 2021-3-11]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2013/06/04.pdf>
- POKORNÁ, Andrea, Miloslava KAMENÍKOVÁ a Vlasta DVOŘÁKOVÁ. Možnosti podpory kojení (laktančního poradenství) z pohledu laické i odborné veřejnosti. *Pediatric pro praxi* [online]. 2016, 2016, **17**(5), 313-317 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.070
- PORADENSKÉ CENTRUM VÝŽIVA DĚTÍ. *Výživa dětí: Od zavádění nemléčných příkrmů do konce batolecího věku* [online]. 2011 [cit. 2021-7-26]. Dostupné z: https://www.1000dni.cz/wp-content/uploads/2014/04/Zdravy_start_skripta_el_final_CR.pdf?fbclid=IwAR1sT1of8XtIaIVnL3o1ZLfMLiHqyDKHVZ333M0ZAKIH910LPnlulsEh9Bo
- POSSNER, Mike. Die Dynamik der Muttermilch und Anpassung an die Bedürfnisse des Kindes. *Pädiatrie & Pädologie* [online]. 2018, **53**(3), 124-127 [cit. 2021-3-10]. ISSN 0030-9338. Dostupné z: doi:10.1007/s00608-018-0554-9

PRACOVNÍ SKUPINA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ PRO VÝŽIVU DĚTÍ.

Doporučení k zavádění komplementární výživy (příkrmu) u kojenců. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2013 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z:

<https://www.mzcr.cz/doporuceni-k-zavadeni-komplementarni-vyzivy-prikrmu-kojencu/>

SAFARI, Kolsoom, Awaz Aziz SAEED, Shukir Saleem HASAN a Lida MOGHADDAM-BANAEM. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal* [online]. 2018, **13**(32), 8 [cit. 2021-3-7]. ISSN 1746-4358.

Dostupné z: doi:10.1186/s13006-018-0174-9

SRIRAMAN, Natasha K. The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* [online]. 2017, **47**(12), 305-310 [cit. 2021-3-10]. ISSN 15385442. Dostupné z:

doi:10.1016/j.cppeds.2017.10.001

STEVENS, Emily E, Thelma E PATRICK a Rita PICKLER. A History of Infant Feeding.

Journal of Perinatal Education [online]. 2009, **18**(2), 32-39 [cit. 2021-3-14]. ISSN

10581243. Dostupné z: doi:10.1624/105812409X426314

Tisková zpráva-Ministerstvo zdravotnictví ustanovilo Národní komisi pro kojení.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 23.9.2019 [cit. 2021-3-21]. Dostupné

z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-ustanovilo-narodni-komisi-pro-kojeni/>

TRUCHET, Sandrine a Edith HONVO-HOUÉTO. Physiology of milk secretion. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* [online]. 2017, **31**(4), 367-384

[cit. 2021-3-10]. ISSN 1521690X. Dostupné z: doi:10.1016/j.beem.2017.10.008

URUAKPA, F.O, M.A.H ISMOND a E.N.T AKOBUNDU. Colostrum and its benefits: a review. *Nutrition Research* [online]. 2002, **22**(6), 755-767 [cit. 2021-3-10]. ISSN

02715317. Dostupné z: doi:10.1016/S0271-5317(02)00373-1

VILÍMOVSKÝ, Michal. 11 důvodů proč je kojení výhodné pro matku i dítě. *Medlicker:*

Praktické informace o zdraví, léčivech, výživě a kráse [online]. 2016 [cit. 2021-3-21].

Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1184-vyhody-kojeni>

WARGO, Wayne F. The History of Infant Formula: Quality, Safety, and Standard Methods. *Journal of AOAC INTERNATIONAL* [online]. 2016, **99**(1), 7-11 [cit. 2021-3-14]. ISSN 1060-3271. Dostupné z: doi:10.5740/jaoacint.15-0244

WHO. Infant and young child feeding. *World Health Organization* [online]. 24.8.2020 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

WHO a UNICEF. *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services:: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018* [online]. Geneva, 2018 [cit. 2021-3-21]. ISBN 978 92 4 151380 7. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>

WIDSTRÖM, A-M, G LILJA, P AALTOMAA-MICHALIAS, A DAHLLÖF, M LINTULA a E NISSEN. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica* [online]. 2011, **100**(1), 79-85 [cit. 2021-3-7]. ISSN 08035253. Dostupné z: doi:10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x

World Alliance for Breastfeeding Action: WABA [online]. [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://waba.org.my/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Complementary feeding: family foods for breastfed children* [online]. 2000 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66389/WHO_NHD_00.1.pdf?sequence=1

Přílohy

Příloha 1

Fyziologická výživa kojenců

Vážené respondentky

Chtěla bych vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který bude použitý v rámci mé bakalářské práce na téma Fyziologická výživa kojenců.

Dotazník je určen maminkám, jejichž děti jsou starší 2 let a zároveň mladší 4 let a jejich děti nebyly předčasně narozeny.

Jsem studentkou pedagogické fakulty, obor Biologie a zároveň matkou téměř dvouleté holčičky. Cílem mé práce je zjistit, jaká je úspěšnost výlučného a dlouhodobého kojení dětí, na základě doporučení WHO a UNICEF.

Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro potřeby mé práce. Chtěla bych vás tak požádat o jeho co nejpřesnější a nepravdivější vyplnění.

Vaše vybrané odpovědi prosím zakroužkujte.

Předem vám moc děkuji za ochotu, s pozdravem Dominika Saková.

1. Věk matky v době otěhotnění.
 - a. Méně než 20
 - b. 21-25
 - c. 26-30
 - d. 31-35
 - e. 36-40
 - f. 40 a více let
2. Dosažené vzdělání
 - a. Základní vzdělání
 - b. Středoškolské vzdělání s výučním listem
 - c. Středoškolské vzdělání s maturitou
 - d. Vysokoškolské vzdělání bakalářské, či vyšší odborné vzdělání
 - e. Vysokoškolské vzdělání magisterské
3. Po kolikáté jste rodila?
 - a. Poprvé
 - b. Podruhé
 - c. Potřetí a více
4. Uveďte prosím, v jakém týdnu těhotenství se vaše dítě narodilo a jaká byla jeho porodní hmotnost.

-

5. Byla jste již v těhotenství rozhodnutá kojit své dítě?
 - a. ANO
 - b. NE
6. Co nejvíce ovlivnilo vaše rozhodnutí kojit? (Lze vybrat více odpovědí)
 - a. Je to ta nejpřirozenější strava pro dítě
 - b. Mateřské mléko nejlépe pokrývá potřeby dítěte
 - c. Kojení má pozitivní vliv na zdraví dítěte
 - d. Kojení přináší výhody také matce
 - e. Prostřednictvím kojení vzniká velmi silné pouto mezi matkou a dítětem
 - f. Je to ekonomicky výhodné
 - g. Je to pohodlné
 - h. Jiná
7. Zjišťovala jste si informace o kojení již v době těhotenství?
 - a. ANO
 - b. NE
8. Pokud ANO, uveďte prosím kde. (Lze vybrat více odpovědí)
 - a. Odborné publikace, knihy
 - b. Internet – odborné stránky (oficiální stránky lékařů, nemocnic)
 - c. Internet – neoborná diskuzní fóra (např. eMimino.cz), sociální sítě
 - d. Předporodní kurz
 - e. Od rodiny, kamarádek
 - f. Jiná...
9. Informoval vás o prospěšnosti a výhodách kojení gynekolog, zdravotní sestra, porodní asistentka, porodní dula, či někdo další z odborníků již v těhotenství?
 - a. ANO
 - b. NE
10. Pokud ano, zaškrtněte prosím kdo
 - a. Gynekolog
 - b. Zdravotní sestra
 - c. Porodní asistentka
 - d. Porodní dula
 - e. Jiná...
11. Věděla jste před porodem, jak vypadá správná technika kojení?
 - a. ANO
 - b. NE
12. Považujete používání kojeneckých lahví a dudlíků během kojení za vhodné?
 - a. ANO
 - b. NE
13. Považujete za vhodné doplňovat kojení v prvních 6 měsících o další stravu a tekutiny?
 - a. ANO
 - b. NE

14. Znála jste před porodem doporučené postupy WHO a UNICEF, jako je například bonding, rooming-in a jejich výhody?
Pozn. Bonding je kontakt kůží na kůži zahájený do 10ti minut po porodu a trvajícím minimálně po dobu 1 hodiny; Rooming-in je společný pobyt matky a dítěte od porodu až do konce hospitalizace.
- ANO
 - NE
15. Napište prosím porodnici, ve které jste rodila.
16. O jaký porod se jednalo?
- Přirozený
 - Císařským řezem
17. Bylo vaše dítě ihned po porodu přiloženo na vaši nahou hrud'?
- ANO
 - NE
18. Pokud ano, pokračoval tento kontakt i po přerušení pupečníku?
- Ano, po přerušení pupečníku dítě zůstalo na mé hrudi, dokud se nepřisálo k prsu. Vážení a měření proběhlo až později
 - Ne, po přerušení pupečníku dítě odnesli na zkontrolování, zvážení a změření.
19. Byl vám umožněn bonding minimálně po dobu 1 hodiny?
Pozn. Bonding je kontakt kůží na kůži, kdy je nahé dítě přiložené na nahou hrud' matky. Měl by být zahájen do 10 minut po porodu a trvá minimálně 1 hodinu, nejlépe však tak dlouho, dokud se dítě nepřisaje k prsu.
- ANO
 - NE
20. Pokud ne, uveďte prosím z jakého důvodu. (Např. zdravotní stav dítěte/matky, pokud chcete můžete uvést i konkrétněji)
21. Pokud u vás nebylo možné bonding praktikovat (například ze zdravotních důvodů), byl umožněn otci dítěte?
- ANO
 - NE

22. Za jak dlouho po porodu se vaše dítě přisálo k prsu?
- Do 1 hodiny
 - Do 2 hodin
 - Do 24 hodin
 - Po 24 hodinách
 - Jiná
23. Bylo dítěti při prvním kojení poskytnuto dost času na to, aby se k bradavce dostalo samo a samo začalo sát, nebo jste mu vy, či někdo ze zdravotníků pomáhali?
- Dítěti bylo umožněno, aby se k bradavce samo dostalo a bez pomoci se přisálo
 - Dítěti byla poskytnuta jen nepatrná pomoc, například přidržení prsu
 - Dítě bylo přiloženo přímo k bradavce a bradavku jste mu vkládala do úst vy.
 - Dítě bylo přiloženo přímo k bradavce a s přisátím mu pomohl zdravotník.
24. Byl vám umožněn roomin-in a využila jste ho?
- Pozn. Rooming-in je nepřetržitý společný pobyt matky a dítěte na jednom pokoji, ihned od příjmu na oddělení šestinedělí, až do konce pobytu v nemocnici.*
- Ano, byl umožněn a využila jsem ho
 - Ano, byl umožněn, ale potřebovala jsem odpočinek po náročném porodu, takže jsme ho začali praktikovat o něco později.
 - Nemocnice ho umožňuje, ale kvůli zdravotnímu stavu (dítěte/matky) nebyl praktikován
 - Nebyl umožněn
25. Pokud jste potřebovala radu, či pomoc s kojením po porodu, jaký byl přístup zdravotnického personálu?
- Velmi dobrý (personál kdykoliv poradil, pomohl a podpořil, vysvětlil správnou techniku kojení)
 - Dobrý
 - Špatný (Zdravotní personál matce neposkytl vhodnou pomoc a podporu, když bylo potřeba)
26. Kdo vám po porodu poskytl rady ohledně kojení? (Lze označit více odpovědí)
- Porodní asistentka
 - Zdravotní sestra
 - Laktační poradkyně
 - Gynekolog/lékař
 - Pediatr
 - Nikdo
 - Jiná...
27. Kojila jste vaše dítě na požádání, tedy bez omezování četnosti a délky kojení, kdykoliv dítě projevilo zájem?
- ANO
 - NE

28. Jak dlouho jste vaše dítě výlučně kojila?
Pozn. Výlučné kojení znamená, že je dítě plně kojeno a nedostává žádnou jinou stravu, či tekutiny kromě mateřského mléka.
- a. Nekočila jsem
 - b. Nekočila jsem výlučně
 - c. Méně než 2 týdny
 - d. 2 – 6 týdnů
 - e. 7 týdnů – 3 měsíce
 - f. Do 4. měsíce (včetně)
 - g. Do 5. měsíce (včetně)
 - h. Do 6. měsíce (včetně)
 - i. Do 7. měsíce (včetně)
 - j. Jiná
29. Pokud jste nekočila plně po dobu 6 měsíců napište prosím z jakého důvodu.
30. Dala jste vašemu dítěti během prvních 6 měsíců umělou kojeneckou výživu?
- a. Ne, dítě bylo výlučně kojeno
 - b. Ano, ale jen párkrát
 - c. Ano, umělá výživa doplňovala kojení pravidelně
 - d. Dítě bylo po ukončení kojení na umělé výživě
 - e. Dítě bylo výhradně na umělé výživě
31. Kdy byl u vašeho dítěte zaveden první příkrm?
- a. Před ukončeným 4. měsícem
 - b. Po ukončení 4. měsíce
 - c. Po ukončeném 5. měsíce
 - d. V ukončení 6. měsíce
 - e. Jiná..
32. Řešila jste nějaké potíže s kojením?
- a. ANO
 - b. NE
33. Pokud ano, uveďte prosím o jaké potíže se jednalo a kde jste případně hledala pomoc.

34. Do jakého věku dítěte bylo kojení součástí stravy?

- a. Méně než 14 dní
- b. 14 dní – 2 měsíce
- c. 2–4 měsíce
- d. 4–6 měsíců
- e. 6–9 měsíců
- f. 9–12 měsíců
- g. 12–18 měsíců
- h. 18–24 měsíců
- i. Více jak 24 měsíců

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Věk matek v době otěhotnění.....	45
Tabulka 2 - Dosažené vzdělání matek.....	45
Tabulka 3 - Pořadí porodu.....	46
Tabulka 4 - Rozhodnutí těhotných žen kojit své dítě.....	46
Tabulka 5 – Informovanost o kojení.....	48
Tabulka 6 – Informovanost o prospěšnosti a výhodách kojení ze strany odborníků, již v těhotenství.....	49
Tabulka 7 – Znalost správné techniky kojení.....	51
Tabulka 8 – Vhodnost používání kojeneckých lahví a dudlíků během kojení.....	51
Tabulka 9 – Vhodnost doplňování kojení v prvních 6 měsících o další stravu a tekutiny..	52
Tabulka 10 – Znalost doporučených postupů WHO a UNICEF.....	53
Tabulka 12 – Nemocnice, v nichž matky rodily.....	53
Tabulka 13 – Porovnání dodržování doporučených postupů v nemocnicích s titulem BFH, bez něho a v nemocnicích non BFH s edukátorem.....	54
Tabulka 11 – Způsob porodu.....	55
Tabulka 14 – Kategorie pro vyhodnocování otázek 17–27.....	56
Tabulka 15 – Výlučné kojení.....	56
Tabulka 16 – Celková doba kojení.....	58
Tabulka 17 – Výlučné kojení – Přiložení dítěte bezprostředně po porodu na nahou hrud' matky.....	60
Tabulka 18 – Celková doba kojení – Přiložení dítěte bezprostředně po porodu na nahou hrud' matky.....	60
Tabulka 19 – Výlučné kojení – Bonding.....	61
Tabulka 20 – Celková doba kojení – Bonding.....	62
Tabulka 21 – Výlučné kojení – první přísátí dítěte k matčině prsu.....	64
Tabulka 22 – Výlučné kojení – První přísátí dítěte k matčině prsu.....	65
Tabulka 23 – Přístup zdravotnického personálu k poskytnutí rad a pomoci s kojením ženám po porodu.....	67
Tabulka 24 – Výlučné kojení – Kojení na požádání.....	69

Tabulka 25 – Celková doba kojení – Kojení na požádání.....	69
Tabulka 26 – Potíže s kojením.	70

Seznam grafů

Graf 1 - Rozhodnutí těhotných žen kojit své dítě.....	46
Graf 2 – Motivace ke kojení.....	47
Graf 3 – Informovanost o kojení.....	48
Graf 4 – Zdroje informací.....	49
Graf 5 – Informovanost o prospěšnosti a výhodách kojení ze strany odborníků již v těhotenství.....	50
Graf 6 – Informovanost od odborníků.....	50
Graf 7 – Znalost správné techniky kojení.....	51
Graf 8 – Vhodnost používání kojeneckých lahví a dudlíků během kojení.....	52
Graf 9 – Vhodnost doplňování kojení v prvních 6 měsících o další stravu a tekutiny.....	52
Graf 10 – Znalost doporučených postupů WHO a UNICEF.....	53
Graf 12 – Nemocnice, v nichž matky rodily.....	54
Graf 11 – Způsob porodu.....	55
Graf 13 – První přisátí dítěte k matčině prsu.....	63
Graf 14 – Průběh prvního kojení.....	66
Graf 15 – Rooming-in.....	67
Graf 16 – Poskytnutí rad po porodu.....	68
Graf 17 – Zavedení prvního příkrmu.....	70

Seznam zkratek

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů (United Nations International Children's Emergency Fund)

OSN – Organizace spojených národů

WABA – Světová aliance pro kojení (World Alliance for Breastfeeding Action)

AAP – Americká pediatrická akademie

BFHI – Baby-friendly Hospital Iniciation

ESPGHAN – Evropská společnost pro dětskou gastroenterologii, hepatologii a výživu (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition)

BFH – Baby-friendly Hospital

ČPS – Česká pediatrická společnost

MM – Mateřské mléko

CNS – Centrální nervová soustava

SC – Císařský řez