

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Veronika Pavlová

Podpora kojení v rámci systému zdravotní péče ČR

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ema Hrešánová, Ph.D.

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu. Současně dodávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

Ve Strakonících dne 20. června 2016

Bc. Veronika Pavlová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce, Mgr. Emě Hrešanové, Ph.D., za vedení, cenné poznámky, podněty a náměty ke zpracování této práce. V neposlední řadě děkuji celé své rodině za nepostradatelnou pomoc a podporu po celou dobu zpracovávání této práce.

Abstrakt

Diplomová práce mapuje podoby a dimenze podpory kojení na jednotlivých úrovních péče o ženu a dítě v rámci systému zdravotní péče ČR z perspektivy ženy, matky, jako příjemkyně zdravotní péče a v kontextu právního rámce legislativy ČR i mezinárodních doporučení. Zjištění empirického výzkumu vycházejí z deseti realizovaných polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Jednotlivé ženy, účastníci se výzkumu, spojuje konkrétní zdravotnické zařízení s titulem *Baby friendly hospital*, ve kterém všechny zúčastněné ženy rodily v období posledních tří let. Perspektiva ženy, na základě tematické analýzy rozhovorů, ukazuje na mnoho vnímaných dimenzí poskytování zdravotní péče. Identifikovány byly nejvýraznější motivy popisované ženami: vnímání kojení ženami v těhotenství, význam kojení pro ženy, kontakt ženy a dítěte po porodu, přístup zdravotnického personálu a kvalita poskytované péče, aspekty pediatrické péče a podpora kojení mimo systém zdravotní péče. Tyto motivy jsou součástí širšího pojetí historie poskytování zdravotní péče v ČR a nastavení modelu vztahu mezi lékařem (zdravotnickým pracovníkem) a pacientem (klientem, resp. ženou). Zasazení perspektivy ženy do právního rámce je ilustrací komplexního obrazu podpory kojení v rámci systému zdravotní péče ČR- jakou podobu by podpora kojení měla mít, jakou ji má a jaká by mohla být.

Klíčová slova: kojení, podpora kojení, systém zdravotní péče, kvalita poskytování zdravotní péče, legislativní podpora kojení

Abstact

The diploma thesis is focused on forms and dimensions of breast-feeding support regarding different levels of women and child care in the health care system of the Czech Republic from the perspective of a woman, a mother, who is the health care recipient in the context of the legal framework of Czech legislation and relevant international documents. The findings are based on empirical research results gained from ten semi-structured in-depth interviews. Ten individual research participants gave birth in the same medical institution with the title *Baby Friendly Hospital* during the last three years, which is the unifying element of the participants. The perspective of a woman, based on a thematic analysis of interviews , shows a lot of perceived dimensions of the provided health care. This work identifies the most obvious women themes: their perception of breastfeeding in pregnancy, importance of breastfeeding for woman, the mother's contact with the baby after the childbirth, medical staff attitude and quality of provided care, aspects of pediatric care and support of breast-feeding out of the health care system. These themes are part of an extensive, historically based conception of health care provided in the Czech Republic, which includes a model of the relationship between a physician (medical worker) and a patient (client, woman). Embodiment of women perspective to the legal framework gives a comprehensive picture of breastfeeding support within the health care system in the Czech Republic - what form the support of breastfeeding should have, which form it has and what form it could have in the future.

Keywords: breastfeeding, breastfeeding support, health care system, the quality of health care providing, legislative support of breastfeeding

Seznam zkratek

BFH – Baby Friendly Hospital – „nemocnice přátelská dětem“

BFHI- Baby Friendly Hospital Initiation

ČLS JEP- Česká lékařská společnost J.E.Purkyně

FAO- organizace OSN pro výživu a zemědělství

ILO (MOP) – International labour organization (Mezinárodní organizace práce)

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OZP – Oborová zdravotní pojišťovna

UNICEF – United Nations Children’s Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VOZP – Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

WHO – World Health Organization

ZPMVCR – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

Obsah

I. ÚVOD	10
II. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Kojení a jeho význam	12
1.1. Zdravotní výhody kojení a preventivní účinky kojení	12
1.2. Vliv kojení na vývoj kongnitivních funkcí a inteligenci	13
1.3. Ekonomické hledisko kojení	13
1.4. Význam kojení v otázkách ekologie.....	14
1.5. Výhody kojení pro matku	15
2. Právní rámec kojení	16
2.1. Mezinárodní dokumenty na ochranu a podporu kojení.....	16
2.1.1. Globální strategie výživy kojenců a malých dětí.....	16
2.1.2. Konvence na ochranu mateřství.....	16
2.1.3. BFHI	17
2.1.3.1. Deset kroků k úspěšnému kojení	17
2.1.4. Úmluva o právech dítěte	17
2.1.4.1. Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka.....	18
2.2. Stav implementace mezinárodních dokumentů v legislativě ČR	19
2.3. Národní akční plán	21
2.3.1. Národní akční plány v ČR	24
3. Kojení v systému zdravotní péče ČR.....	26
3.1. Stav kojení	26
3.2. Prenatální péče.....	28
3.3. Perinatální péče	30
3.4. Péče po porodu na oddělení šestinedělí.....	32
3.4.1. Pediatrická péče po propuštění ze zdravotnického zařízení	34

3.5.	Organizace v ČR a jejich role v podpoře kojení.....	37
3.5.1.	Česká lékařská společnosti J.E.Purkyně.....	37
3.5.1.1.	Česká neonatologická společnost	37
3.5.1.2.	Česká pediatrická společnost.....	38
3.6.	Laktační poradenství	39
3.6.1.	Laktační liga	40
3.6.2.	Mamila.....	40
3.6.2.1.	Kurzy pro laktační poradkyně	41
3.7.	Příspěvky veřejných zdravotních pojišťoven	42
III.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	43
4.	Metodologie a realizace výzkumu	43
4.1.	Etické otázky výzkumu a informovaný souhlas.....	44
4.2.	Výzkumný vzorek	45
4.3.	Zjištění empirického výzkumu	46
5.	Příprava ženy na kojení v období těhotenství.....	47
5.1.	Systemová péče o kojení v těhotenství.....	49
5.2.	Kontakt ženy a dítěte po porodu.....	52
5.3.	Praktický nácvik kojení po porodu.....	57
5.4.	Direktivní jednání zdravotníků a jeho vnímání ženami	62
5.5.	Protichůdné rady a jejich vliv na kojení	64
5.6.	Pohledy na frekvenci a délku kojení	65
5.7.	Vliv pobytu v nemocničním zařízení na psychiku ženy.....	68
5.8.	Kojení a otázka jeho dostatečnosti	69
5.9.	Délka kojení a její podpora.....	76
5.10.	Role vlastní aktivity ženy v rámci systému zdravotní péče	80
5.11.	Podpora kojení mimo systém zdravotní péče.....	82
IV.	ZÁVĚR	84

Literatura	88
SEZNAM PŘÍLOH	98
PŘÍLOHY	99

I. ÚVOD

Mateřské mléko je nejpřirozenější potravou pro novorozence a kojence do 6 měsíců věku i výhodnou složkou potravy pro batolata do 2 let věku. Kojení přináší matce i dítěti nespočet pozitiv. Pro dítě znamená předpoklad správného zdravotního i psycho-sociálního vývoje. Matce přináší finanční úlevu a vytvoření silné vazby s dítětem. I v historickém pojetí byla schopnost ženy kojit považována za „dar z nebes“. (Šráčková, 2004)

V rámci systému zdravotní péče je vysoký podíl kojených dětí jedním z předpokladů pro zdravější populaci a tím i menší náklady na úhradu zdravotní péče. (Ball, Wright, 1999) Podíl kojených dětí v České republice je však poměrně nízký, oproti potenciálu, který český zdravotní systém má. I přesto, že z porodnic odchází 95 % kojených dětí, je totiž v 6 měsících plně kojeno pouze 18 % (WHO, 2011) a déle jak rok je kojeno pouze 15 % dětí. (ÚZIS, 2012)

Cílem práce je zmapovat, jakých podob a dimenzí podpora kojení v systému zdravotní péče ČR nabývá na jednotlivých úrovních péče o ženu a dítě a identifikovat problémová témata a aspekty této péče. Zvolenou strategií k získání poznatků je vnímání prvků podpory kojení perspektivou žen jako příjemkyněmi zdravotní péče a zachycení jejich zkušeností při průchodu systémem zdravotní péče, tak jak současné nastavení umožňuje. Téma podpory kojení je ohraničeno právním rámcem platné legislativy ČR, doporučeními mezinárodních organizací i národním akčním plánem Ministerstva zdravotnictví. Tento aspekt vymezuje jak povinnosti, tak zároveň i možnosti podob, jakých může podpora kojení nabývat.

Studii a prací, které se zabývají tématem kojení, jeho významem, nejružnějšími korelacemi mezi rozmanitými faktory a jejich vlivem na kojení a jeho úspěšnost, je celá řada. Prací, které by však poukázaly na aspekty podpory kojení v kontextu českého systému zdravotní péče, je poskrovnu. Právě kontext českého systému zdravotní péče, především ve spojitosti s historicky významnými zásahy do nastavení procesů péče o matku a dítě i historicky silnou podporou a propagací náhrad mateřského mléka, jsou specifické vlivy, které formovaly prostředí současné systémové podpory kojení. V českém prostředí zkušenosti žen s porodní péčí, jejíž součástí jsou i zkušenosti s podporou kojení, reflektuje kvalitativní studie Hrešanové (2011). Rovněž kvalitativní studie Takács (2011) se věnuje psychosociálním vlivům na podporu kojení v perinatální péči. Žádné práce se

však nezabývají komplexní problematikou tohoto tématu v českém prostředí, navíc v kontextu právního rámce české legislativy a mezinárodních dokumentů.

Motivem ke zpracování tohoto tématu je má profese laktační poradkyně. Posláním mé práce je pomoci ženám k úspěšnému nebo alespoň úspěšnějšímu kojení pomocí rady, praktické ukázky a psychického povzbuzení. Za dobu pětileté praxe jsem si nemohla nevšimnout základních mechanismů, které, podle mého názoru a na základě mých osobních zkušeností, v otázkách podpory kojení systémem zdravotní péče chybí. Právě pomocí zpracování zvoleného tématu této diplomové práce bych na chybějící mechanismy v systémové podpoře kojení chtěla poukázat, a to získáním relevantních empirických poznatků. Ideálním využitím těchto zjištění je jejich použití jako podklad k nastavení takových mechanismů, které povedou ke zvýšení podílu plně kojených dětí v 6 měsících věku i podílu dlouhodoběji kojených dětí.

Diplomová práce je v teoretické části členěna na tři části. Prvním tématem jsou výhody a význam kojení, druhé téma vymezuje právní rámec podpory kojení a třetí část se zaměřuje na pozornost věnovanou kojení na jednotlivých úrovních systému zdravotní péče ČR. Empirická část odpovídá na stanovené výzkumné otázky. Ty jsou zaměřeny na zkušenosti žen s péčí o kojení v rámci systému zdravotní péče ČR, pozornost, která je kojení v rámci systému věnována a na způsob, jakým ženy péči věnovanou otázkám kojení na jednotlivých úrovních systémové péče vnímají. Pro získání odpovědí na výzkumné otázky byla zvolena kvalitativní metodologie a výzkumný design opírající se o polostrukturované hloubkové rozhovory. Následná analýza rozhovorů byla provedena pomocí metody otevřeného kódování.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Kojení a jeho význam

Kojení je nenahraditelný způsob poskytování ideální výživy pro zdravý růst a vývoj dětí (WHO, 2003) Mateřské mléko je z výživového hlediska unikátní a svým složením přesně odpovídá potřebám dítěte. (Svačina, 2008) Díky těmto specifickým vlastnostem zajišťuje dítěti mnoho výhod oproti umělé výživě. Jedná se zejména o výhody zdravotní, psychologické a sociální. Z celospolečenského pohledu jde o výhody ekonomické a ekologické. Kojení přináší výhody i samotné ženě.

1.1 Zdravotní výhody kojení a preventivní účinky kojení

Mezi zdravotní výhody mateřského mléka pro dítě můžeme zahrnout nižší výskyt infekcí dolních cest dýchacích, zánětů středouší a dalších bakteriálních onemocnění. Mateřské mléko snižuje pravděpodobnost výskytu syndromu náhlého úmrtí dítěte, diabetu I. typu a některých chronických onemocnění trávicího systému, jako je Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida. (Svačina, 2008) Příjem mateřského mléka snižuje incidenci nespecifických gastrointestinálních infekcí, a to o 64 %, a tento efekt trvá ještě po dobu 2 měsíců od ukončení kojení. (Breastfeeding, 2012) Podle této americké studie plné kojení po dobu 3-4 měsíců snižuje výskyt astmatu a atopického ekzému o 27 % v populaci s nízkou pravděpodobností výskytu a o 42 % u dětí s pozitivní rodinnou anamnézou. Pokud jsou děti kojeny během zavádění lepku do stravy, o 52 % se tím snižuje riziko rozvoje celiakie. S délkou kojení, po dobu delší 6 měsíců, koreluje i o 20 % nižší výskyt akutní lymfocytární leukémie a o 15 % nižší výskyt akutní myeloidní leukémie. (Hauck et al., 2011)

Diabetes I. typu je v současnosti 2. nejčastějším chronickým onemocněním dětí ve vyspělých státech. Vztah mezi úplným vyloučením bílkoviny kravského mléka ze stravy kojence a jeho vliv na snížení rizika vzniku diabetu I. typu má za úkol prokázat probíhající mezinárodní studie TRIGR. (Mendlová, 2004) Tuto hypotézu již částečně potvrdila americká studie. Výsledky ukazují o 30 % nižší riziko vzniku diabetu právě omezením příjmu bílkovin kravského mléka (zejména díky vyloučení umělých náhrad mateřského mléka) u dětí kojených 3 měsíce. (Breastfeeding, 2012)

Kojení má také význam v prevenci diabetu II. typu, potažmo vzniku obezity. Mateřské mléko svými vlastnostmi zabraňuje nadměrnému přibírání v dětství, a tak chrání před následným rozvojem obezity a s ní souvisejícím diabetem II. typu. (Mydlilová, 2014) Existuje popsáný vztah mezi nižším rizikem výskytu obezity v pubertálním věku a v dospělosti u kojených či částečně kojených, oproti nekojeným, a to o 15-30 %. (Breastfeeding, 2012) Výskyt obezity se přitom v ČR podle údajů od roku 1996 ztrojnásobil. (ÚZIS, 2012) Z výsledků 6.Celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže realizovaného v roce 2001 vyplývá, že nejvíce dětí s nadměrnou hmotností se nachází ve skupině dětí nekojených nebo kojených méně než měsíc. Pokud je však dítě kojeno během prvních 6 měsíců života, je kojení jedním z protektivních faktorů vzniku nadměrné hmotnosti. (Vignerová, Bláha, 2007)

1.2 Vliv kojení na vývoj kognitivních funkcí a inteligenci

U kojených dětí byl také zaznamenán rychlejší rozvoj poznávacích funkcí (Svačina, 2008) a vyšší míra inteligence. (Breastfeeding, 2012) Důvodem je zřejmě častější kontakt dítěte s matkou během kojení. Děti jsou živější, celkově aktivnější, lépe reagují na podněty a dosahují pozitivnějších výsledků v testech IQ. (Stehlíková, 2010)

1.3 Ekonomické hledisko kojení

S kojením souvisí výrazně nižší, resp. nulové, finanční náklady, které musí matka/rodina vynaložit na výživu kojence. V tabulce 1 je uvedeno, jaké částky mohou být na výživu kojence umělou výživou vynaloženy v 1. měsíci jeho života.

Tabulka 1.: **Náklady na umělou výživu v 1. měsíci života dítěte**

Orientační ceny nejběžnějších náhražek mateřského mléka					
Výrobek	Balení (g)	Cena za balení (cca)	Cena za 100 g	Počet balení na měsíc	Cena 1 měsíc
NUTRILON 1	800 g	300 Kč	37,50 Kč	3	900 Kč
NUTRILON 1 HA	800 g	420 Kč	52,50 Kč	3	1260 Kč
HiPP Bio 1 Combiotic	350 g	120 Kč	34,30 Kč	7	840 Kč
HiPP Bio 1 Combiotic HA	500 g	350 Kč	70 Kč	5	1750 Kč
BEBA 1 Pro	600 g	240 Kč	40 Kč	4	960 Kč
BEBA 1 HA	800 g	420 Kč	52,50 Kč	3	1260 Kč
Sunar NUTRADEFENSE 1	700 g	320 Kč	45,70 Kč	3-4	1120 Kč
Sunar NUTRADEFENSE 1 HA	600 g	320 Kč	53,20 Kč	4	1280 Kč
SUNAR Complex 1	600 g	230 Kč	38,30 Kč	4	920 Kč

Ceny kalkulovány jako průměr internetových nabídek, v kamenných obchodech jsou ovšem obdobné

Zdroj: (Šorfová, 2013)

Náklady systému na zdravotní péči nekojených dětí jsou v porovnání s náklady na zdravotní péči kojených dětí vyšší. To potvrzuje americká studie z roku 1999, která se pokusila vyčíslit zvýšené náklady na zdravotní péči vynaložené na ošetření nekojených dětí oproti dětem, které byly plně kojeny alespoň 3 měsíce. Náklady se vztahovaly k prvnímu roku života a třem základním chorobám: nemoci dolních cest dýchacích, zánětu středního ucha a gastrointestinální choroby. U nekojených dětí (přepočteno na 1000 dětí) bylo zjištěno o 2033 návštěv u lékaře, o 212 dnů hospitalizace a o 609 předpisů na léky více než u kojených dětí. Zvýšené náklady tak na zdravotní péči a ošetření nekojeného dítěte činily 331 – 475 USD (v přepočtu 7.944 Kč- 11.400 Kč) asi oproti nákladům na ošetření dítěte plně kojeného. (Ball, Wright, 1999)

1.4 Význam kojení v otázkách ekologie

Z ekologického hlediska výživa umělým mlékem klade vyšší nároky na spotřebu vody- jak na přípravu mléka, tak na vyvážení kojeneckých lahví a ostatního příslušenství. S tím souvisí i vyšší nároky na energii, resp. ohřev vody. (UNICEF, 1999) Za další ekologickou zátěž považují vyšší ekologické nároky na distribuci náhrad mateřského mléka i nároky na jejich výrobu.

1.5 Výhody kojení pro matku

Tvorba mateřského mléka je pro tělo ženy energeticky náročný mechanismus, k jehož zajištění tělo potřebuje přibližně 500 kcal (2.100 kJ) denně. (Rubinger, 2013) Tato zvýšená potřeba energie zajistí snadnější normalizaci váhy po období těhotenství. Kojení tak přispívá k prevenci nadváhy či obezity žen. (Addington, 2013) Laktace snižuje také riziko vzniku rakovinu prsu, obzvláště u žen, které kojily déle než 1 rok. (Breastcancer 2016) Ženy, které kojí, prožívají kvalitnější život a dosahují lepšího psychického zdraví. (Bahadoran, Alijanpoor, Usefy, 2015)

2 Právní rámec kojení

2.1 Mezinárodní dokumenty na ochranu a podporu kojení

Podpora kojení, resp. zdraví, je předmětem zájmu činnosti významných světových organizací. Cílem této kapitoly je postihnout důležité mezinárodní dokumenty, které upravují podmínky vedoucí k podpoře kojení a jejich odraz v legislativě ČR. Stěžejní problematikou je silné působení tlaku výrobců náhrad mateřského mléka, které má (mělo) za následek ústup kojení. Mnoho pozornosti je proto zaměřeno právě na regulaci chování výrobců náhrad mateřského mléka a formu distribuce náhrad. Pozornost je však věnována i tvorbě konkrétních praktických doporučení a postupů, vedoucích k úspěšnému kojení.

Organizacemi, které se zabývají tématy praktických doporučení pro podporu kojení a regulací náhrad mateřského mléka jsou: WHO, UNICEF a OSN. Mezinárodní organizace ILO se soustředí na ochranu mateřství zaměstnané, kojící ženy. Dokumenty jsou seřazeny podle roku vydání, od nejnovějších po nejstarší.

2.1.1 Globální strategie výživy kojenců a malých dětí

Jedním ze stěžejních dokumentů podpory kojení, je *Globální strategie výživy kojenců a malých dětí* vydána v roce 2003 WHO a UNICEF. Jejím hlavním cílem je stanovení délky výlučného kojení (do 6 měsíců věku dítěte) a celkové (minimálně doporučené) délky kojení (do 2 let věku dítěte) a důležitosti praktické, odborné a informované podpory kojící ženy, i přes to, že kojení je přirozeným procesem. (Global strategy for infant and young child feeding, 2003)

2.1.2 Konvence na ochranu mateřství

Mezinárodní organizace práce MOP (*angl.* ILO- International Labour Organization), specializovaná organizace OSN usilující o prosazování sociální spravedlnosti a mezinárodně uznávaných pracovních práv, v roce 2000 vydala *Konvenci na ochranu mateřství*. Z hlediska otázek podpory kojení obsahuje právo ženy na odchod na mateřskou dovolenou, *právo na dostatečnou lékařskou péči a právo na přestávky na kojení*. (ILO, 2016)

2.1.3 BFHI

Iniciativu *Baby Friendly Hospital* (BFHI- Baby Friendly Hospital Initiation) založila v roce 1991 WHO a UNICEF se snahou o zavedení postupů vedoucích k ochraně, propagaci a podpoře kojení. Zařízení, které splní požadavky kladené iniciativou a implementuje požadované postupy k podpoře kojení, získá titul *Baby friendly hospital* (BFH)- nemocnice přátelské dětem. Tento titul poskytuje určitou *záruku kvality péče o kojení* v zařízení (WHO, 2016) a zvyšuje počet úspěšného výlučného kojení v zařízení oproti zařízením, které BFH nemají. (Braun et al., 2003) Za základní postup vedoucí k podpoře kojení je považováno *Deset kroků k úspěšnému kojení*.

2.1.3.1 Deset kroků k úspěšnému kojení

Do *Deseti kroků k úspěšnému kojení* shrnula WHO ve spolupráci s UNICEF základní doporučení pro správnou praxi podpory kojení v rámci poskytování zdravotní péče. Podle těchto zásad by *každé zařízení poskytující péči matkám a novorozencům* mělo mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu, a vyškolený zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie. Zdravotní péče by měla být poskytována v rámci systému *rooming in*, tedy systému společné péče o matku i dítě. Během poskytování zdravotní péče o dítě a matku by měl být ženám *ukázán způsob jakým kojit*, ale také způsob, jak *udržet laktaci* pro případ, kdy jsou od svých dětí odděleny. Kojení by v zařízení mělo být realizováno *na základě potřeb dítěte* (ne podle předem stanoveného časového harmonogramu). Kojenci by neměla být podána *žádná jiná potravina nebo nápoj* mimo mateřského mléka. K tomu by mělo docházet pouze v lékařsky indikovaných případech. Doporučení obsahují *odložení veškerých náhražek, šidítek, či dudlíků* pro kojence z důvodu možného zmatení novorozence (kojence). Důležité doporučení se týká i *povzbuzování k zakládání podpůrných skupin* kojících matek pro podporu kojení. (Laktační liga, 2016)

2.1.4 Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte (dále jen *Úmluva*) je dokument OSN přijatý 20. listopadu 1989. Jejím cílem je deklarovat základní práva dětí, mezi něž patří i právo na kojení a mateřské mléko. V ČR byla *Úmluva* ratifikována v roce 1991. Otázky zdraví a kojení upravuje čl. 24, který udává *povinnost zajistit odpovídající péči matkám i dětem před i po*

porodu, včetně podmínek usnadňujících kojení, osvětu a služby preventivní zdravotní péče a informovanost rodičů o zdraví a výživě dětí i přednostech kojení. (Úmluva o právech dítěte, 1991)

2.1.4.1 Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka

Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka (International Code of Marketing of Breast- milk Substitutes; dále jen *Kodex*) vznikl z důvodu ochrany kojení proti upřednostňování umělé dětské výživy. Cílem je omezení nevhodného marketingu náhrad mateřského mléka a v případech, v kterých je to potřeba, zajištění kvality a správného používání umělých náhrad. (Laktační, 2016) Na tvorbě *Kodexu* se podílela WHO, nadace UNICEF a přibližně 150 zástupců vládních i nevládních organizací, profesních organizací a jiných odborníků. První setkání, které mělo za úkol prodiskutovat klíčová témata, se uskutečnilo v říjnu roku 1979 v Ženevě, ke konsensu o vytvoření *Kodexu* došla WHO a UNICEF v květnu roku 1980 a *Kodex* byl přijat WHO až v květnu roku 1981 jako doporučení členským zemím pro regulaci marketingu umělé dětské výživy. (WHO, 1981) WHO v souvislosti s rozvíjením a aktualizací *Kodexu* vydává další rezoluce, které jsou pro členské státy WHO závazné. (Laktační, 2016)

Obsahem *kodexu* je *zákaz propagace* náhrad mateřského mléka, lahví a dudlíků obecně, ale i ve zdravotnických zařízeních, jakékoli *poskytování* volných vzorků matkám a kontaktu firemních zástupců s matkami. *Zakazuje obrazové idealizování* umělé výživy a *požaduje* uvedení výhod a nadřazenosti kojení nad náhradami mateřského mléka na obalech náhrad. *Kodex* ošetřuje i požadavky na *informovanost a vzdělávání* v oblasti kojenecké a dětské výživy žen i zdravotnických pracovníků a formu předávání informací o kojení těhotným ženám a matkám. Zdravotničtí pracovníci by měli podle *Kodexu* kojení *podporovat a chránit*. (WHO, 1981)

Úkolem vlád členských zemí je přijmout potřebná opatření k zavedení *Kodexu*, ve spolupráci s ostatními subjekty, například *nestátními organizacemi* či *profesními skupinami*, včetně *přijetí národní legislativy, předpisů nebo jiných vhodných opatření*. (Laktační, 2016)

2.2 Stav implementace mezinárodních dokumentů v legislativě ČR

Konvenci na ochranu mateřství v ČR upravuje zákon č.262/2006 Sb., Zákoník práce, zejména §242, který udává povinnost zaměstnavatele poskytnout kojící ženě kromě běžných přestávek i zvláštní přestávky na kojení. Po stanovenou týdenní pracovní dobu jsou to dvě půlhodinové přestávky do jednoho roku věku dítěte a jedna půlhodinová přestávka v dalších třech měsících. Tyto přestávky musí být započítány do pracovní doby a přísluší za ně mzda či plat. (Zákoník práce, 2006) Omezení přestávek délkou i počtem přestávek do věku jednoho roku věku, resp. do patnácti měsíců věku dítěte, však nekoreluje s Globální strategií pro výživu kojenců a malých dětí, která doporučuje kojení (minimálně) do 2 let věku dítěte.

Titul BFH v ČR od roku 1993 do roku 2013 získalo 64 porodnic (Laktační, 2016) z celkových 124, tedy 51,6 % všech porodnic v ČR. Z průzkumu kojení v ČR vyplývá, že z BFH porodnic odchází vyšší procento plně kojících dětí. (Laktační, 2016) Předpokladem pro zlepšení stavu kojení v ČR by proto mohlo být zvýšení počtu BFH. Z legislativních úprav ovšem nevyplývá žádná povinnost pro zdravotnická zařízení splnit podmínky kladené BFHI a snaha o získání titulu BFH je tak nechána na dobrovolnosti daného zařízení.

Legislativní zpracování a naplňování Úmluvy o právech dítěte kontroluje Výbor pro práva dítěte, kterému ČR každých 5 let podává podrobnou zprávu o stavu dětské populace a úrovně naplňování dětských práv v ČR. (Výbor, 2016) V závěrečných doporučeních vázajících se ke 3. a 4. zprávě projednávané v roce 2011 OSN byla ČR kritizována za nepřijetí Kodexu, vysokou míru rozšíření reklam na umělou dětskou výživu a sponzorování zdravotníků výrobcí náhrad mateřského mléka. Na základě těchto zjištění OSN doporučila ČR vypracovat Národní kodex marketingu náhrad mateřského mléka včetně transparentních předpisů týkajících se jeho realizace a dohledu, zvýšit informovanost o výhodách kojení a výhodách výlučného kojení do 6 měsíců, podporovat zařízení pro kojení na pracovištích a veřejných místech a vyškolit zdravotnický personál k citlivému přístupu vnímání důležitosti ochrany, propagace a podpory kojení. (Závěrečná doporučení Výboru OSN, 2012)

O míře a stavu implementace *Kodexu* a následných rezolucí vypovídá zpráva IBFAN¹ z roku 2013. Legislativa ČR podle zprávy *Kodex* pojmula pouze v úzkém rozsahu a nezpracovala následné rezoluce. V porovnání s ostatními evropskými státy ČR spadá do „průměru“ míry implementace *Kodexu*, a to s dalšími 26 státy. (IBFAN, 2011) *ČR stále nepřijala Kodex a jeho rezolu v rozsahu, jaký by byl potřebný.*

Na evropské úrovni *Kodex* implementuje Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 609/2013, *o potravinách určených pro kojence a malé děti*, potravinách pro zvláštní lékařské účely a náhradě celodenní stravy pro regulaci hmotnosti, které je od 20. července 2016 závazné i pro ČR. Požaduje, aby označování, obchodní úprava a reklama výrobků náhrad mateřského mléka *neodrazovala od kojení*, a to prostřednictvím textu, obrázků dětí nebo jiných obrázků, které by mohly výrobek idealizovat. (Nařízení ES 609/2013) Tato legislativní úprava však *neobsahuje další konkrétní povinnosti o označování potravin*, včetně povinnosti uvádět text o přednostech kojení.

V ČR existují pouze legislativně roztržštěná zapracování kodexu:

- *Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy*: reklama nesmí uvádět v omyl, obzvláště přisuzovat potravině účinky nebo vlastnosti, které nemá. Výrobcům a prodejcům zakazuje na veřejnosti předávat bezplatně nebo se slevou výrobky, vzorky nebo dary na podporu prodeje náhrad mateřského mléka. Toto *omezení se však nevztahuje na dary nebo poskytnutí náhrad se slevou zdravotnickým institucím.*
- *Vyhláška č.54/2004 Sb., o potravinách určených pro zvláštní výživu a podmínkách jejich použití, ve znění pozdějších předpisů*: je implementovanou Směrnicí komise ES (2006/141/ES ze dne 22. prosince 2006 o počáteční a pokračovací kojenecké výživě a o změně směrnice 1999/21/ES) a obsahuje vymezení počáteční a pokračovací kojenecké výživy. Na balení *počáteční kojenecké výživy* musí být uvedeno, že se jedná o výrobek vhodný k výživě kojenců do 6 měsíců věku, *nemohou-li být kojeni*. *Balení pokračovací kojenecké výživy* musí být opatřeno informací, že je určena *pro děti starší 6 měsíců a nelze*

¹ IBFAN (*International Baby Food Action Network*) je mezinárodní nevládní organizací založenou v roce 1979, jejímž cílem je snižování morbidity a mortality dětí podporou, ochranou a propagací kojení. To je realizováno především monitorováním, vzděláváním a konzultační činností spojenou s uváděním kodexu do legislativy na úrovni států a pravidelným publikováním seznamu porušování *Kodexu* a hodnocením míry implementace *Kodexu* jeho dalších ustanovení do územní legislativy. (IBFAN, 2011)

ji použít jako náhradu mateřského mléka během prvních 6 měsíců života kojence. (Laktační, 2016)

Souhrnně lze říci, že platná legislativa ČR komplexně neupravuje ochranu kojení před upřednostněním náhrad mateřského mléka. Závažné je především neošetření distribuce bezplatných kojeneckých náhrad nebo náhrad se slevou zdravotnickým zařízením, jehož důsledkem může být propagace náhrad mateřského mléka přímo profesními organizacemi (viz kap. 3.5. Organizace v ČR a jejich role v podpoře kojení). Podle výzkumů totiž existuje souvislost mezi propagací náhrad mateřského mléka skrze zdravotníky a délkou kojení žen. Ženy, které v porodnici obdržely propagační balíček, který často obsahoval dudlík, kojenecké lahve i vzorky umělé dětské výživy, mají o 40 % vyšší pravděpodobnost, že budou výlučně kojít po dobu kratší deseti týdnů, oproti těm matkám, které balíček neobdržely. Podle výzkumu je důvodem podkopání sebedůvěry ženy a zpochybnění její schopnosti a rozhodnutí kojít. (Roseneberg, 2008) Komplexnější zapracování kodexu by tak mohlo mít na podporu kojení pozitivní efekt. Albánie a Gruzie, které mají podle IBFAN Kodex a jeho rezoluce plně implementovány (IBFAN, 2011), mají o 21 % (Albánie) a o dokonce o 37 % (Gruzie) vyšší podíl plně kojených dětí v 6 měsících věku oproti ČR. (WHO, 2009)

Legislativa taktéž zdravotnickým zařízením neukládá povinnost zajistit kvalitu péče o kojení splněním požadavků BFHI. Snaha zdravotnického zařízení získat titul BHF je založena pouze na dobrovolnosti zařízení. Přitom splněním požadavků BFHI zdravotnická zařízení významně přispívají k vyššímu podílu plně kojených dětí (Braun et al., 2003).

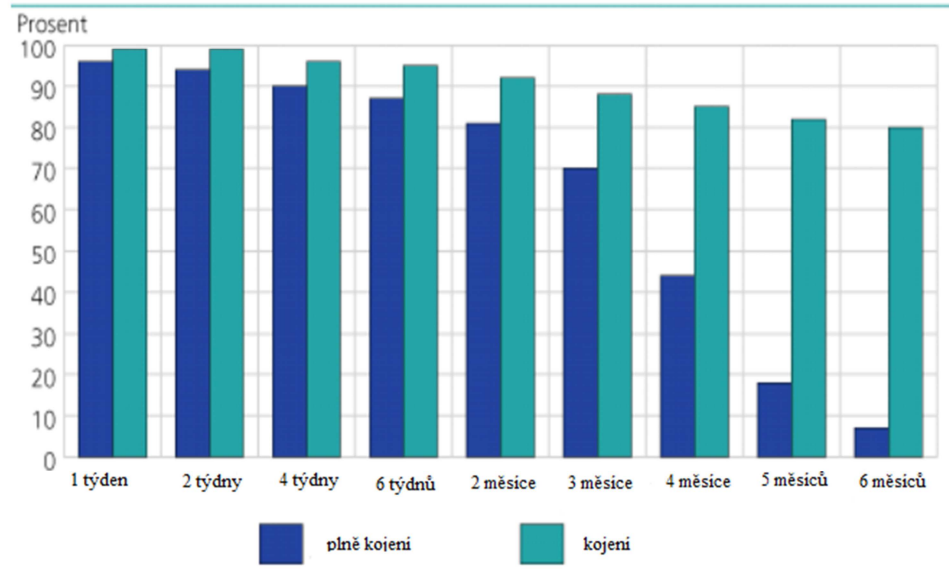
2.3 Národní akční plán

Důležitou částí realizace podpory kojení na národní úrovni je vypracování akčního plánu, který udává směr podpory v následujícím období. Čím konkrétnější a komplexnější podoby akční plán má, tím jsou výsledky podpory účinnější. O účinném efektu dobře nastaveného národního akčního plánu vypovídá případ Norska. Norsko díky vyvinutí aktivity v otázkách podpory kojení od roku 1968 do roku 2010 (tedy za období 40 let) dokázalo zvýšit o 93 % podíl kojených dětí v 9 měsících věku. Podle grafu 1. a 2. má Norsko, v porovnání s výsledky kojených dětí v ČR v roce 2010, v 6 týdnech o více jak 40 % plně kojených a o 15 % vyšší podíl kojených dětí. V 6 měsících věku dítěte má naopak ČR více plně kojených dětí (přibližně o 7 %), ale o více jak 40 % menší podíl kojených

dětí. Tento rozdíl se s věkem dítěte prohlubuje a rozdíl dále zvyšuje. Není výjimkou, že jsou norské děti ve věku 3 let stále kojeny.

Graf 1. Podíl plně kojených a kojených dětí do 6 měsíců v Norsku v roce 2010

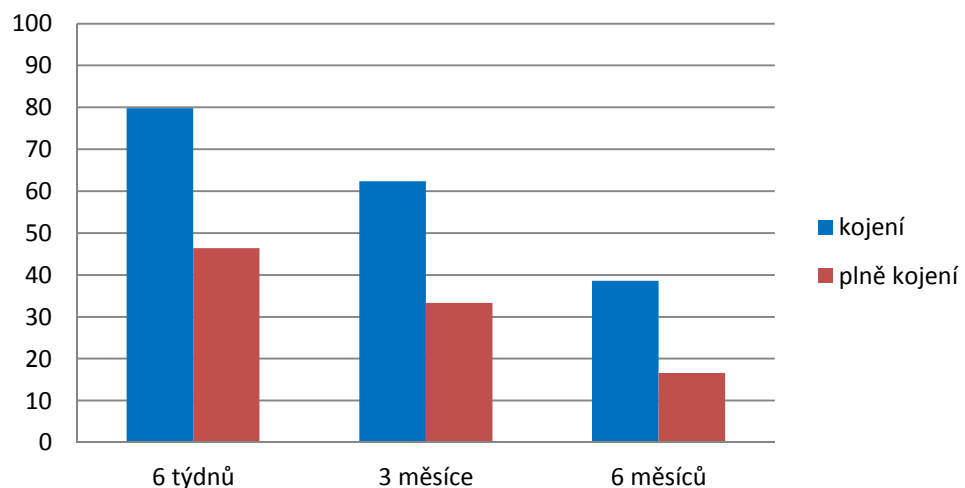
Podíl plně kojených a kojených dětí do 6 měsíců věku



Zdroj: (Ræstad, 2010:9)

Graf 2. Podíl plně kojených a kojených dětí do 6 měsíců v ČR

Podíl plně kojených a kojených dětí v ČR v roce 2010



Zdroj: (Laktační, 2016), vlastní tvorba

K dosažení takových změn vedla realizace *Blueprint for Action*. *Blueprint for Action* je akční plán vypracovaný organizací *Office of Women's Health* (Úřadem pro zdraví žen) ve spolupráci s dalšími organizacemi a profesními uskupeními, jehož cílem je zavedení komplexní politiky podpory kojení, zahrnující oblast vzdělávání v otázkách výhod kojení, odborné přípravy, informovanosti i podpory výzkumu. Nedílnou součástí je nastavení monitoringu a systému pravidelné kontroly výsledků realizace plánu. (USBC, 2016) *Blueprint for Action* klade důraz na systém zdravotní péče, zdravotnická zařízení a zdravotnický personál a jeho dovednosti a znalosti o kojení, ale i rodinu a komunitu, která sehrává velmi významnou roli pro úspěšnost plánu. Důležité téma je i podpora pracovních příležitostí pro kojící ženy a umožnění kojení i po návratu do zaměstnání. (Satcher, 2001) Právě návrat do práce totiž může být jedním z důvodů k ukončení kojení a to až pro třetinu žen. (Wang, 2014)

Norský příklad ukazuje, že pro úspěšnou a efektivní podporu kojení je nezbytný komplexní přístup k otázkám kojení a aktivní přístup zdravotnických zařízení, zdravotnického personálu i žen a to vše za podpory státní politiky.

Příkladem podrobně zpracovaného akčního plánu na podporu kojení je akční plán americké vládní agentury CDC vypracovaný v rámci programu *Healthy People 2020*. Stanovuje vždy *konkrétní hodnoty jednotlivých ukazatelů* (v %), kterých by mělo být dosaženo ve stanoveném období. Nesoustředí se pouze na podíl a formu kojení dětí v jednotlivých obdobích, ale i na *kvalitativní složku* z hlediska zdravotnického personálu a časného podávání náhrad mateřského mléka. Ukazateli jsou:

- podíl kojených dětí v 6 měsících věku
- podíl kojených dětí v 1 roce věku
- podíl výlučně kojených dětí ve 3 měsících věku
- podíl výlučně kojených dětí v 6 měsících věku
- podíl personálu, který mají vzdělání v oboru podpory kojení
- podíl dětí, kterým byl během prvních 2 dnů života podán dokrm náhradou mateřského mléka (CDC, 2013)

2.3.1 Národní akční plány v ČR

Na podzim roku 2015 byl vytvořen *akční plán* na podporu zdraví, který vychází z programu *Zdraví 2020 WHO*. V ČR byl zpracován jako program *Zdraví 2020, Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* (dále jen *strategie*). V prioritní oblasti 1 *strategie* definuje péči o zdraví a raný vývoj dítěte již v těhotenství- vytvářením lepších podmínek pro zdraví, zvyšováním zdravotní gramotnosti, posilováním samostatnosti. Cílem těchto kroků je usnadnit rozhodnutí, která přispívají ke zdraví. (MZČR, 2014) Tyto cíle by bylo reálné vztáhnout i k tématu podpory kojení. Nicméně *strategie* je dále rozpracována v *akčním plánu 2: Správná výživa a stravovací návyky*. (Müllerová, et al., 2015) Zde je uvedeno, že *prenatální péče i péče o kojence v ČR je v mezinárodním srovnání vynikajícím způsobem ošetřena*. Odkazováno je zejména na *zavedený systém prenatální péče, screeningových vyšetření a podporu optimální výživy kojence díky garantované mateřské dovolené* a zajištění substituce vitamínu K, vitamínu D a screeningových vyšetření. *Akční plán* zmiňuje význam BFHI a *respektování Kodexu marketingu náhrad mateřského mléka*, který v minulosti sehrál důležitou roli v podpoře kojení a fakt, že v dodržování a respektování úmluv je potřebné setrvat. Dále se soustředí na téma reklamy a marketingu nevhodných potravin pro děti. Součástí této aktivity ovšem nejsou náhrady mateřského mléka. Omezení se týká zejména potravin pro školní děti. Tématem je i podpora edukace ve výživě těhotných a kojících žen, kojenců a batolat, a nastavení systému individuálního poradenství. Obecné cíle *akčního plánu* by tedy k tématu podpory kojení *bylo možné vztáhnout*. V konkrétních postupech realizace programu *Zdraví 2020* však s tématem kojení *není nijak pracováno*. Důvodem může být výše uvedený popis stavu prenatální péče a péče o kojence, který je hodnocen jako uspokojivý. Lze tedy předpokládat, v následujícím období ČR, resp. MZČR *nepodnikne žádné významné kroky k propagaci, podpoře a ochraně kojení*.

Snahu o vytvoření akčního plánu v souladu s cíli programu *Zdraví 2020* má Laktační liga. Předsedkyně organizace, MUDr. Mydlilová (2015), zpracovala svou představu o podobě akčního plánu pro ČR. Podle ní by cíli *akčního plánu* v otázkách podpory kojení mělo být:

- povinnost získat titul *Baby friendly hospital* pro všechny nemocnice, rozšíření i na dětská oddělení a nedonošenecké JIP²
- pravidelné *recertifikace nemocnic a kontrola kvality* péče v otázkách kojení edukátory BFHI
- zlepšení praxe *předporodní přípravy v otázkách kojení*- jednotná předporodní příprava nebo alespoň vyšetření prsou s ohledem na vpáčené bradavky a rozmluva o kojení s těhotnými ženami
- *přítomnost laktační poradkyně v každé porodnici*, na dětském oddělení i na JIP pro nedonošené a patologické novorozence
- zlepšení podmínek pro umožnění realizace *dokrmu novorozenců pomocí pasterizovaného mléka* od dárcovských žen přímo v rámci oddělení, a tím omezení dokrmů umělou výživou
- právní ošetření a *přijetí Mezinárodního kodexu náhrad mateřského mléka* českými zákonodárci a *zmírnění vlivu výrobců umělé výživy*
- hrazená *následná péče 24 hodin po propuštění* z porodnice na vyžádání včetně hrazených pomůcek na kojení³
- dodržování doporučení WHO o *zavádění příkrmů až od ukončeného 6. měsíce* (Mydlilová, 2015)

Na základě výše uvedených faktů a v porovnání programu *Zdraví 2020* s akčními plány USA a Norska lze konstatovat, že ČR dosud *nevypracovala komplexní a podrobný akční plán na podporu kojení*. Kojení je *programem Zdraví 2020* podporováno pouze obecně, spíše se lze pouze domnívat, že se stanovené cíle programu týkají i tématu podpory kojení.

² Podle seznamu uvedeného na webových stránkách Laktační ligy (www.kojeni.cz) od roku 1993 do roku 2013 v ČR získalo titul *Baby friendly hospital* 64 porodnic (Laktační liga, 2016) z celkové počtu 124. (Porodní, 2016)

³ V současné době na některé pomůcky ke kojení přispívají zdravotní pojišťovny pouze v rámci zvláštních bonusů pro pojištěnce. Více v kapitole *Příspěvky zdravotních pojišťoven*.

3 Kojení v systému zdravotní péče ČR

Tématu kojení je v rámci systému zdravotní péče o ženu a dítě věnována pozornost na různých úrovních péče. Do skupiny hrazené zdravotního péče o kojení můžeme zahrnout péči poskytovanou ženě v těhotenství, na úrovni prenatální péče, porodní péči, tedy péči poskytovanou přímo při porodu, péči o ženu a dítě po porodu, zejména na oddělení šestinedělní a pediatrickou péči, která přebírá dohled nad výživou dítěte až do jeho 18 resp. 19 let. Právě zdravotnický personál, lékaři a sestry, se kterými se při průchodu systémem zdravotní péče žena v období těhotenství, porodu i péče o dítě, setká, může do značné míry formovat její postoj ke kojení (Krogstrand, Parr, 2005) a rozhodnutí kojit.

Důležitým aspektem péče o kojení v systému zdravotní péče je postoj samotného systému, resp. jednotlivých zdravotnických pracovníků, ke kojení při kontaktu se ženou a dítětem. Nastavený systém zdravotní péče tak formuje prováděnou praxi, především z hlediska povinností, ale i doporučení. Doporučení pro praxi vydávají i odborné profesní organizace a jsou neméně podstatnou složkou formování praxe poskytované péče o kojení.

Mimo základní systém zdravotní péče stojí témata laktačního poradenství a příspěvků zdravotních pojišťoven na podporu kojení. Tyto oblasti nemají systémem pevně nastavená pravidla, nicméně i tak hrají v systému svou roli, a proto jsou součástí této kapitoly.

3.1 Stav kojení

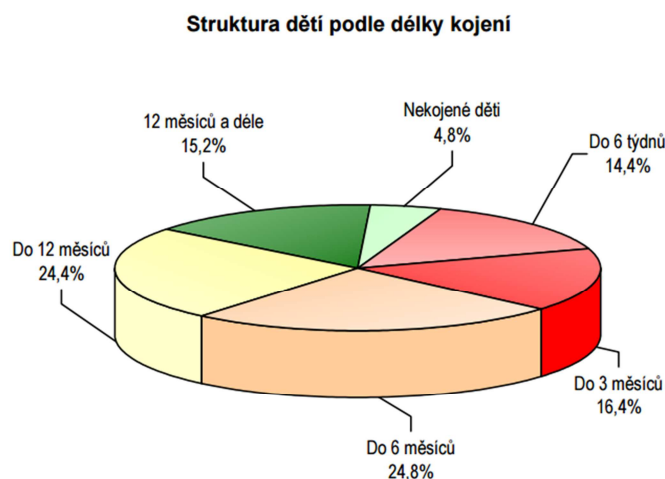
Celosvětově jsou prvních 6 měsíců života výlučně kojeny dvě pětiny dětí. (UNICEF, 2016) Odhady podílu výlučně kojených dětí v prvních 6 měsících života v členských zemích WHO Evropy bylo v letech 2006-2012 25 % dětí. Nicméně konečný průměr je skoro poloviční, podíl výlučně kojených dětí v prvních 6 měsících je v evropských členských státech WHO jen 13 %. Zdá se, že problém není v iniciaci kojení, v těchto státech je procento úspěšné iniciace kojení vysoké, k významnému poklesu podílu kojených dětí však dochází mezi 4. a 6. měsícem života dítěte. (WHO, 2015) Stejný trend existuje i v ČR. Podíl dětí, které jsou při propuštění po porodu z nemocnice plně kojeny, byl v roce 2010 85,37 %. Nicméně podíl dětí, které jsou plně kojeny ještě v šesti měsících věku je 18 %. (WHO, 2011) Z toho vyplývá, že ČR je *mírně pod celosvětovým průměrem*

plně kojených dětí v 6 měsících života, ale *nad průměrem* výlučného kojení v 6 měsících v porovnání s *evropskými členskými státy WHO*.

Počet dětí, které jsou při propuštění po porodu z nemocnice v ČR nějakým způsobem kojeny, se pohybuje okolo 95 %. Přibližně od roku 2004 však klesá počet dětí, které jsou při propuštění z nemocnice kojeny plně. Od roku 2004 do roku 2010 byl tento pokles více jak 5 %. Vyšší procento plně kojených dětí odchází z porodnic s titulem *Baby friendly hospital*. Rozdíl v úspěšnosti výlučného kojení *BFH* oproti ostatním porodnicím byl v roce 2004 skoro 4 %. Tento rozdíl má však také klesající tendenci, v roce 2010 činil pouze 1%. (Laktační liga, 2016)

Graf 3. ukazuje, že 14,4 % dětí nějakým způsobem kojeno pouze do konce šestinedělí, v období od 6 týdnů do 3 měsíců je to 16,4 % dětí a v období do 6 měsíců je to 24,8 % kojených dětí. Podíl dětí, které jsou kojeny po dobu prvních 6 měsíců života, je tedy okolo 40 %, což odpovídá i dlouhodobému průměru v ČR. Nejvíce kojených v 6 měsících věku je ve Zlínském kraji a v hlavním městě Praha (47,4 % a 46,1%). Nejméně jich je v Ústeckém kraji (33 %) a Karlovarském kraji (34,6%). (ÚZIS, 2012)

Graf 3. Struktura kojených dětí podle délky trvání kojení



Zdroj: (ÚZIS, 2012:31)

Výsledky podílů kojených a nekojených mohou být významně ovlivněny tradicí přístupu ke kojení a historickému upřednostňování umělých náhrad mateřského mléka. S rozvojem umělé výživy, vývojem technologií její výroby a názorovému přesvědčení společnosti o zaměnitelnosti mateřského mléka za jeho náhrady, se totiž v 19. století na

našem území krmení náhradami mateřského mléka dostávalo do popředí. K dalšímu upozadění kojení docházelo i díky silné propagaci a reklamě náhrad mateřského mléka v 50. letech. Děti byly odstavovány a převáděny na umělou výživu nejpozději ve 3 měsících věku, tak aby bylo dosaženo odstavení na konci placené dovolené (ve 4 měsících věku) a aby již žena v této době nekojila. Recepty na umělou výživu byly v kojeneckých poradnách, nebo dokonce již v porodnicích, vystavovány zdarma. (Šráčková, 2004)

3.2 Prenatální péče

Těhotenství je ideální období na přípravu ženy na kojení. Získání základního povědomí o kojení, jeho výhodách, možných komplikacích a jejich řešení, pomáhá ženám v období po porodu snadněji dosáhnout úspěšného kojení. Porod s sebou totiž díky hormonálním změnám přináší i změnu psychického rozpoložení ženy, zejména větší nejistotu a pochybnosti. Právě příprava ženy v otázkách kojení v období těhotenství tedy může zvýšit její sebedůvěru a sebevědomí ženy v období po porodu a být tak důležitým faktorem pro úspěšnost kojení. Rozhodující je i pro utváření postoje žen ke kojení a jejich rozhodnutí kojit. Výzkumy ukazují, že existují určité rizikové faktory, které korelují s rozhodnutím žen kojit. Ženám, které mají „rizikové znaky“ by v rámci prenatální péče měla být věnována zvýšená pozornost.

Cílem prenatální péče v otázkách kojení by mělo být motivování a zvýšení míry informovanosti žen o kojení, jeho výhodách (Roztočil et al., 2008), možných komplikacích, překážkách a především strategiích jejich překonávání. Důležitou roli hraje i zvýšení a podpora jejich sebedůvěry a sebevědomí. (Svačina, 2008) Psychický stav ženy je během prvních pár dní po porodu ovlivněn změnami hladin hormonů. Důsledkem mohou být přechodné stavy plačtivosti, úzkosti, podrážděnosti, psychické lability, poruch komunikace a sebedůvěry. K těmto stavům dochází zejména v prvních 10 dnech po porodu. Jev je označován jako *poporodní blues* a podle autorů postihuje až 70 % žen. S touto souvislostí je zdůrazněna nutnost vstřícného a trpělivého přístupu okolí jako jedinou možnou terapii i prevenci. (Roztočil et al., 2008) Ve vážnějších případech se může rozvinout *stav porodní deprese* a ve výjimečných případech až *stav laktální psychózy*. Tyto stavy jsou spojeny s faktory, které sice nejsou ovlivnitelné poskytovanou zdravotní péčí během těhotenství a porodu, ale výskyt těchto případů je oproti *poporodnímu blues* minimální. (Ayers, de Visser, 2015) Australská studie realizovaná za pomoci 125 těhotných žen ve 32. týdnu těhotenství, ve věku 22-44 let, ukázala, že právě dostatečné

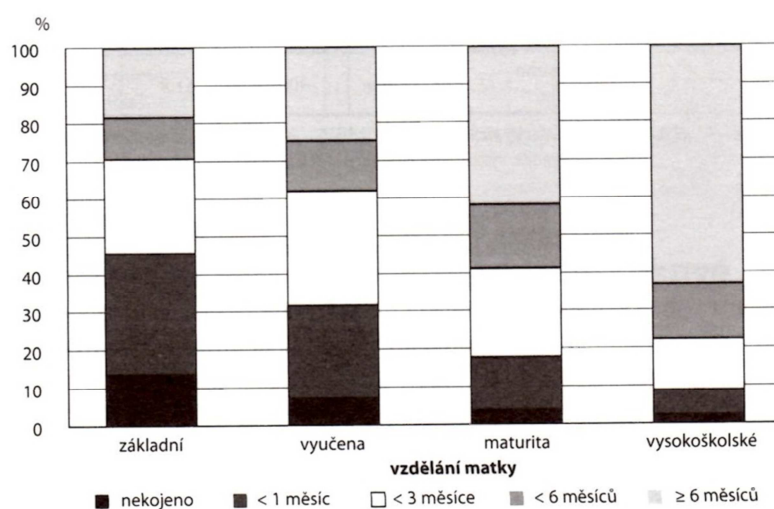
sebevědomí ženy v otázkách kojení je predikujícím faktorem úspěšného a plného kojení po dobu prvních 6 měsíců věku dítěte. (Jager et al., 2015)

Povědomí o výhodách kojení a jeho důležitosti mohou být pro ženu důvodem k rozhodnutí kojit. Podle výzkumů jsou důvodem k tomuto rozhodnutí především výhody pro dítě, které kojení přináší. (Wang, 2014) Čím dříve se během těhotenství žena ke kojení svého dítěte rozhodne, tím pravděpodobnější je, že kojení opravdu zahájí. (Donath et al., 2003)

Mimo psychologické přípravy ženy na kojení by součástí prenatální péče měla být i prevence vzniku možných problémů s kojením, například včasným vyšetřením a zhodnocením stavu bradavek. Jejich nevhodný tvar, zejména jedná-li se o tzv. *vpáčené bradavky*, mohou být přímo překážkou v kojení. V takovém případě vyžaduje stav vhodnou intervenci a léčbu pomocí pomůcek, které jsou k tomu určeny. (Roztočil et al., 2008)

Rozhodnutí ženy kojit, podle autorů, koreluje s ukazateli jako je věk, vzdělání, příjem či sociální status ženy. (Foster, McLachlan, 2007) Zejména skupina matek, ve věku 18-21 let je ohrožena nižší mírou ztotožnění se s rolí matky (Sipsma et al., 2013), a tím je ovlivněno i její rozhodnutí kojit své dítě. Dostatečné finanční zajištění rodiny a pozitivní postoj ke kojení jsou naopak faktory, které vedou k déletrvajícimu kojení v porovnání s jinými skupinami. (Wang, 2014) Jak uvádí graf 4., doba kojení se prodlužuje i se stupněm dosaženého vzdělání ženy. (Vignerová, Bláha, 2007)

Graf 4. Délka kojení podle vzdělání matky



Obr. 2.12. Délka kojení podle vzdělání matky – děti narozené v letech 1995–2001 (na otázku odpovědělo 9692 matek)

Zdroj: (Vignerová, Bláha, 2007:51)

3.3 Perinatální péče

Organizace péče, která je poskytována v prvních minutách či hodinách po porodu, hraje velmi důležitou roli pro iniciaci laktace. Tvorbou mateřského mléka i uvolnění mléka z mléčných alveolů je totiž řízena hormonálně, ale na základě reflexivních podnětů. Produkce dvou důležitých hormonů, prolaktinu, který je zajišťuje tvorou mateřského mléka a oxytocinu, který zajišťuje uvolnění mléka z alveolů, tzv. *let down reflex*, závisí na *míře stimulace prsů*, resp. poptávce na základě sání dítěte z prsou. (Svačina, 2008) Na iniciaci laktace proto způsob porodu, přirozený nebo císařským řezem, nemá rozhodující vliv. Rozhodující vliv na iniciaci laktace má *včasně přiložení dítěte k prsu*. Novorozenci, kteří jsou přiloženi během první půl hodiny po porodu, jsou prokazatelně dříve úspěšnější v aktivním sání a vyžadují méně asistence k dosažení úspěšného kojení. (Inal et al., 2016)

Úspěšnost iniciace laktace záleží především na parametrech kontaktu mezi ženou a narozeným dítětem. Raný kontakt matky a dítěte ihned po porodu významně přispívá nejen k iniciaci kojení, ale i k vytvoření hluboké emoční vazby mezi dítětem a matkou. Prostředkem je tzv. *bonding*, tedy nepřerušovaný kontakt matky a dítěte, který spočívá v položení nahého novorozence na břicho ženy. (Slezáková et al., 2013) Tento kontakt by v ideálním případě neměl být přerušován ani prováděním ošetření a vyšetření novorozence. Kontakt *skin to skin* (kůže na kůži) by měl být ideálně aplikován ihned po porodu a trvat co možná nejdéle, a to i v případě nutnosti provést lékařské ošetření poporodních zranění ženy. (Khadivzadeh, Karimi, 2009) K ošetření novorozence by mělo docházet přímo na těle matky (Slezáková et al., 2013) nebo v její těsné blízkosti (Hájek et al., 2014) a až po prvním úspěšném přisátí k prsu. (Khadivzadeh, Karimi, 2009) Včasné přisátí novorozence po porodu je nejsilnějším stimulem pro nástup laktace. Ideálně by k němu mělo dojít do půl až nejdéle dvou hodin po porodu. (Svačina, 2008) K úspěšnému přisátí k prsu napomáhá reflexivní chování novorozence na základě tzv. *rooting reflexu* (Study, 2016) neboli hledacího reflexu. Pomocí tohoto reflexu dítě aktivně hledá příležitost k přisátí. Je to přirozený, mimovolní a intuitivní mechanismus, který je spuštěn lehkým podrážděním tváře dítěte. Na základě podráždění následně dítě instinktivně otáčí ústa přímo proti zdroji podráždění- bradavce. (Williams, 2003) Proto i krátká separace matky a dítěte krátce po porodu může vést k dlouhodobým problémům jak na straně matky, tak novorozence. (Mrowetz, Peremská, 2013)

Výzkumy prokazují, že čím dříve k přiložení novorozence dojde, tím je kojení úspěšnější a tím menší je potřeba asistence k dosažení úspěšného kojení. (Inal et al., 2016) To potvrzují i výsledky výzkumu, který měl za cíl popsat načasování, způsob a délku trvání kontaktu matky s novorozencem a jeho vliv na kojení. Ženy, které měly vaginální porod, časný, dostatečně dlouhý kontakt skin to skin s novorozencem, dosáhly úspěšného kojení dříve. (Redshaw, Hennegan, Kruske, 2014) Časná iniciace kojení má vliv nejenom na úspěšnost kojení, ale i na snížení novorozenecké úmrtnosti. To prokázal rozsáhlý výzkum z Afriky, který byl provedený na 100 000 novorozencích. (NEOVITA, 2016) Zmírněn je i novorozenecký pláč a zvýšena kardiorespirační stabilita dětí. (Mrowetz, Peremská, 2013)

Problematická se zdá být iniciace laktace u porodů císařským řezem. Tu ovlivňuje především odlišné načasování, délka a způsob kontaktu ženy a dítěte po porodu císařským řezem oproti podmínkám při přirozeném porodu. Rozdílná je také míra bolestivosti, vyšší únava ženy a spavost novorozence po chirurgickém výkonu. (Takács et al., 2015) Podle autorů by proto měl být u porodů císařským řezem kladen větší důraz na časný kontakt skin to skin. Mohly by se tak zmírnit problémy s iniciací kojení, které jsou s tímto způsobem porodu spojovány. (Redshaw, Hennegan, Kruske, 2014) Zvýšená pozornost v péči o kojení by měla být věnována i ženám, které mají zdravotní obtíže již během těhotenství nebo mimo něj. Jsou více ohroženy komplikacemi při zahájení kojení a tak je zvýšená pozornost nezbytná pro dosažení plného kojení. (Hannula et al., 2014)

Realizace raného kontaktu má v historickém kontextu systému zdravotní péče v ČR jistá specifika. 1. lednem 1952, se sjednocením a související reorganizací zdravotní péče zdravotnictví, došlo v ČR k systémovému oddělení péče o matku- na oddělení šestinedělí a dítě- na novorozeneckém oddělení. Novorozenec byl přivážen k matce pouze k nakojení, a to v pravidelných 3 hodinových intervalech přibližně 6 x denně, z toho 1 x v noci. Noční kojení bylo dokonce později zrušeno. Důvodem bylo vytvoření dostatku prostoru pro odpočinek matky. Novorozencům byl během pobytu na novorozeneckém oddělení běžně nabízen čaj nebo 5 % roztok glukózy. K prvnímu přiložení obvykle docházelo po 24-36 hodinách po porodu, nicméně z důvodu nízké glykemie a následné spavosti dítěte docházelo k problémům s přisáváním, potažmo kojením. Postupně se proto přistoupilo ke zkracování doby, která uběhne od porodu k prvnímu přiložení. (Šráčková, 2004)

3.4 Péče po porodu na oddělení šestinedělí

Po porodu se žena společně s dítěte dostává na oddělení šestinedělí. Standardem dnešní doby, je oproti historii českého zdravotnictví, společná péče o matku a dítě zároveň, pomocí tzv. *systemu rooming in*. Tento systém spočívá v poskytování péče matce i dítěti na jednom pokoji po dobu celých 24 hodin denně.

Do domácí péče je žena propuštěna po 72 hodinách od porodu. (Čech et al., 2006) Před propuštěním z nemocnice by matka měla být seznámena s tím, co dělat pro úspěšné kojení v domácích podmínkách a mělo by ji být doporučeno výlučné kojení do 6 měsíců věku dítěte. (Roztočil et al., 2008)

Ženy po přirozeném způsobu porodu jsou na oddělení převáženy krátce po porodu a zůstávají tak v kontaktu se svým dítětem. Ženy po císařském řezu jsou však na oddělení šestinedělí převáženy až po 24 hodinách intenzivního sledování na resuscitačním oddělení. Po tuto dobu jsou odděleny od svých dětí a děti jsou jim pravidelně přinášeny a přikládány ke kojení. (Čech et al., 2006) Pravidelné přikládání by však v souladu s *Deseti kroky k úspěšnému kojení* mělo být realizováno na základě potřeb dítěte, ne podle pevně stanoveného harmonogramu. Samy ženy vnímají separaci od dítěte a nedostatečný kontakt s ním jako nepříznivý faktor pro úspěšné zahájení kojení. (Takács et al., 2011)

Základními doporučeními, které ovlivňují poskytování péče na oddělení šestinedělí jsou doporučení *Deseti kroků k úspěšnému kojení*. Podle Takács (2011) by se však podpora kojení neměla zaměřit jen na dodržování *Deseti kroků k úspěšnému kojení*, ale i na psychologické potřeby rodičky v době po porodu. Právě psychosociální klima porodnice může ovlivnit zahájení a průběh kojení. Ženy, které se potýkají s problémy s kojením, oceňují vstřícnou a ochotnou reakci sestry, stejně tak jako aktivní nabízení pomoci zdravotnickým personálem. Důležitou roli hraje empatie, povzbuzování a posilování pocitu mateřské kompetence při neúspěšných pokusech o kojení a zahánění obav z neúspěchu kojení. Naopak necitlivý přístup zdravotníků, a to jak v komunikaci se ženou, tak například během nácvičku kojení a manipulaci s novorozencem, hodnotí ženy jako zdroj psychické nepohody. Negativně jsou hodnoceny i rutinní praktiky, jako je dokrmování dětí umělým mlékem z kojenecké lahve, protichůdné rady ohledně kojení a nedostupnost potřebné pomoci pro řešení situací spojených s problematikou kojení. To potvrdila i další česká studie, která popisuje vznik negativních pocitů žen ze způsobu, jakým byla péče poskytnuta. Zdrojem byl především rozpor mezi očekáváními rodičky/ ženy, které vzniklo

na základě prezentace porodnice a realitou přijímání dané péče. Negativní pocity v ženách vyvolalo i oddělení od dítěte, nedostatek informací o poskytované péči, nepřijemná komunikace a nepodpora při kojení. (Hrešanová, 2011)

To, že je české porodnictví postaveno čistě na medicínských základech bez respektu k psychosociálním potřebám rodičky a jejího okolí, potvrzuje i Roztočil (2008). Rodička je podle něj vnímána jako objekt porodu, který je nutno řídit, nikoli jako subjekt, kdy se na porodním procesu podílí. Využije-li například žena svého práva odmítnout podvolit se rutinním praktikám, je podle jeho názoru vystavena tlaku ze strany zdravotníků a čelí mnoha podivujícím se a nechápajícím reakcím. (Roztočil, 2014)

Toto postavení ženy, jako pacienta (v moderním pojetí klienta), zřejmě také vychází z historických souvislostí, kdy lékař byl po staletí vždy, oproti laikům, nositelem vzdělanosti a vědění. Tato vzdělanostní asymetrie měla za následek vytvoření tzv. *paternalistického (otcovského, rodičovského) modelu* vztahu mezi lékařem a pacientem (Ptáček et al., 2011), kdy se lékař direktivně stará o pacienta jako o objekt péče. Tento model vztahu vyžaduje poslušnost na straně pacienta, lékař vystupuje jako autorita a nedává pacientovi žádný prostor pro dialog. (Raudenská, Javůrková, 2011) S vyšší dostupností informovaností vlivem rozvoje internetu, posílením lidských práv a individuální svobody i pokroky ve vědě a lékařské praxi, pro které je nezbytná týmová spolupráce lékařů, se tento tradiční *paternalistický model vztahu* mezi lékařem a pacientem rozvolnil a vznikl *partnerský model* vztahu lékaře a pacienta (Ptáček et al., 2011). Ten zohledňuje individualitu a potřeby jednotlivého klienta. V péči o ženu a dítě se *partnerský model vztahu* promítá i do novém trendu přístupu k porodu a rodičkám a to tzv. návratem k *přirozenému těhotenství a porodu*. (Roztočil, 2014) *Přirozenost* spočívá v psychosociální rovině poskytování zdravotní péče. Tento přístup klade důraz právě na vztah lékaře (zdravotnického personálu) a ženy a na vstřícný a respektující přístup individuálních potřeb. Hrešanová (2011) tento aspekt péče ještě více konkretizuje. Subjektivitu ženy, která ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče znamená její aktivní přístup v procesu rozhodování o podobě přijímané péče, vnímá jako prostředí s prvky tržního hospodářství, které nese známky tzv. *konzumerismu*.

Podle Roztočila (2014) zásadami (okolnostmi) přirozeného porodu je:

- *dialog a vstřícná komunikace personálu*
- *individuální přístup k přáním a potřebám rodičku i novorozence*

- *informovanost* pravdivými a srozumitelnými sděleními včas a bez zbytečného zastrásování
- *respekt* k intimitě a soukromí ženy a vyvarování se familiárního přístupu k ženám
- *odbornost* při uplatňování nejnovějších odborných doporučení
- *souhlas* ženy s veškerým lékařskými zásahy a medikací, která je prováděna pouze v opodstatněných případech a vždy na základě informovaného souhlasu
- *bez poplatků* za přítomnost blízké osoby u porodu
- *svoboda* v rozhodnutí ženy o poloze během všech dob porodních
- *stop separaci* matky a dítěte, podpora bondingu, prvního přisátí a vyšetření fyziologického novorozence přímo na těle matky nebo v její těsné blízkosti a aplikování systému *rooming in*
- *kojení* podporovat v maximální možné míře za vlídné a praktické pomoci

3.4.1 Pediatrická péče po propuštění ze zdravotnického zařízení

Péče o novorozence je po propuštění ze zdravotnického zařízení zajišťována pediatrickou péčí. Úkolem pediatrické péče je zajišťovat jak péči léčebnou, tak preventivní, jejíž součástí je téma kojení. Podpora kojení v období šestinedělí byla v dřívějších dobách praktikována tzv. *porodními bábami* a postavena především na návštěvách v domácím prostředí. Současná pediatrická péče se odehrává mimo domácí prostředí, a to v pediatrických ordinacích. Objem návštěvní služba realizované pediatrie totiž činí velmi nízké procento z celkového objemu poskytnuté péče. Rozdílný je i charakter poskytované služby. Podle údajů ÚZIS z roku 2012 má činnost pediatrických pracovníků spíše léčebný charakter (71,9 % objemu poskytnuté péče) než preventivní (24,2 % objemu poskytnuté péče), tzn. že preventivní stránce pediatrické péče a tedy i kojení, je v absolutních číslech věnována pozornost jen ¼ času, který žena s dítětem stráví v ordinaci.

Přítom v dřívějších dobách měla *návštěvní služba* silnou tradici a hrála svou důležitou roli. Tzv. *porodní báby*, porodní asistentky, které, mimo přítomnosti u porodu, během doby šestinedělí navštěvovaly ženy a novorozence v domácnosti, dohlížely na řádný rozvoj laktace a zacvičovaly ženu ve správné technice kojení. Při počátečních potížích s kojením ženu uklidňovaly a povzbuzovaly ji do dalších pokusů. (Šráčková, 2004) Podle MUDr. Schneidrové má po propuštění z nemocnice nějaké potíže spojené s kojením až 30 % žen a tyto problémy mohou vyústit až v ukončení kojení. Tato skupina

žen proto potřebuje dostatečnou praktickou a psychickou podporu. (Schneidrová et al., 2005)

Na psychosociální složku péče však v legislativním vymezení *systému preventivních prohlídek* není pomýšleno. Současná legislativa stanovuje *systém preventivních prohlídek* zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a § 29 o preventivní péči. V prvním roce života dítěte je ze zdravotního pojištění hrazeno devět preventivních prohlídek. Z tohoto počtu by minimálně 3 prohlídky měly být vykonány v prvních 3 měsících života a minimálně 6 prohlídek by mělo být vykonáno do věku 12 měsíců. Další prohlídka je stanovena v 18 měsících věku, ve 3 letech a dále vždy jedenkrát za dva roky až do věku 18 let.

Obsah a časové vymezení preventivních prohlídek dětí stanovuje §3, předpisu č.70/2012 Sb., Vyhlášky o preventivních prohlídkách vydané Ministerstvem zdravotnictví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. První prohlídka by měla proběhnout do 2 dnů od propuštění ze zdravotnického zařízení nejlépe v domácím prostředí dítěte. Cílem této prohlídky je posouzení sociálního prostředí dítěte, vyšetření celkového stavu dítěte, týkající se zejména fyziologických funkcí a kontrola preventivního podávání vitamínu K. Zákon tedy poskytování péče formou návštěvy v domácím prostředí dítěte a ženy doporučuje, nicméně není závazné a týká se pouze první návštěvy. Celkový objem těchto návštěv je podle ÚZIS (2012) pouze 1 % v celém objemu poskytovaných služeb dětskými praktickými lékaři. Nabízí se proto otázka, v jaké míře jsou první prohlídky novorozence po propuštění ze zdravotnického zařízení opravdu v domácím prostředí realizovány.

Další *preventivní prohlídky do 18 měsíců věku* by podle vyhlášky měly být zaměřeny na:

- kontrolu očkování a očkovacího schématu
- kontrolu a zhodnocení růstu pomocí růstových grafů
- vyšetření psychomotorického vývoje
- prevenci úrazů
- poučení rodiče/rodičů o výživě
- kontrola preventivního podávání vitamínu D

Náplň první ani dalších preventivních prohlídek, která je vymezena zákonem, nijak *nespecifikuje pediatrickou péči v otázkách kojení a jeho podpory*, pouze obecně zmiňuje

poučení rodiče o výživě. Zákon tedy *neudává povinnost pediatrům jakkoli podporovat kojení.*

Podpora kojení, jako součást správné pediatrické praxe, může být stanovena formou doporučení. Příkladem může být odborná literatura. Konkrétním případem je učebnice *Pediatric pro 2. ročník středních zdravotnických škol* schválená dnem 29. května 2000 MŠMT k zařazení do seznamu učebnic pro střední, která uvádí, že:

„Povinností dětských sester a lékařů je přesvědčit matku, aby kojila co nejdelší dobu. To se daří při podrobném a opakovaném vysvětlování výhod kojení a při zaučování matky v technice kojení tak, aby pro ni kojení nebylo obtížné a bolestivé.“ (Volf, Volfová, 2003:55)

S takovým tvrzením nelze než souhlasit a doporučit jej i do praxe a k legislativnímu ošetření. Otázkou ovšem zůstává, co je skryto pod spojením slov: „...*co nejdelší dobu.*“, zejména jaký horizont kojení je slovním spojením myšlen. V další kapitole totiž autor uvádí, že:

„*Kojení delší než 6 měsíců může naopak vést k tomu, že nahromaděné cizorodé látky v mateřském mléku mohou mít na dítě i škodlivý účinek. Proto je vhodnější kojení nepřeceňovat a od ukončeného 6. měsíce postupně převádět dítě na smíšenou stravu, i když má matka ještě dostatek mateřského mléka.*“ (Volf, Volfová, 2013: 62)

Přítom výlučné kojení je WHO doporučováno do 6 měsíců věku a dále společně se zaváděním příkrmů až do 2 let věku jako minimální standard. Tento *výrok naprosto odporuje doporučením o výživě kojenců.* Alarmující je fakt, že taková tvrzení jsou součástí učebnic pro vzdělávání zdravotnických pracovníků v péči o matku a dítě.

Z těchto důkazů lze vyvodit, že správná praxe pediatrické péče nemá jasně nastavenou správnou praxi poskytování pediatrické péče v otázkách kojení včetně psychosociálního rozměru této péče. Příčinou může být chybějící legislativní zakotvení podpory kojení jako součásti náplně preventivních prohlídek. Důsledkem potom mohou být výše uvedená rozporuplná doporučení v učebnicích pro zdravotnický personál.

3.5 Organizace v ČR a jejich role v podpoře kojení

Důležitou podpůrnou roli v systému zdravotní péče hrají odborné lékařské a jiné profesní organizace, které sdružují pracovníky ve zdravotnictví a příbuzných oborech stejného zaměření. Posláním těchto organizací je především rozvoj a rozšiřování vědecky podložených poznatků lékařské vědy a usilování o jejich využívání v péči o zdraví občanů. Právě tyto organizace by mohly zajistit propagaci správné praxe podpory kojení a všeobecné přijímání těchto doporučení dotčenými zdravotnickými pracovníky.

Postoj těchto organizací k tématu kojení však není jednoznačně pozitivní. Na stránkách *České pediatrické společnosti* lze dokonce nalézt propagaci náhrady mateřského mléka.

3.5.1 Česká lékařská společnosti J.E.Purkyně

Česká lékařská společnost J.E.Purkyně (ČLS JEP, 2016) je nezávislé sdružení fyzických osob pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech. Její činnost je rozdělena mezi 118 odborných společností jednotlivých medicínských oborů, které vydávají a zveřejňují doporučené odborné postupy pro zdravotníky v daném oboru i informace pro laickou veřejnost. (ČLS JEP, 2016)

3.5.1.1 Česká neonatologická společnost

Česká neonatologická společnost je odborná společnost ČLS JET, která sdružuje odborníky v oblasti péče o novorozence. K tématu kojení společnost na svých stránkách zveřejňuje doporučené postupy ke *Kojení donošených novorozenců* a odkazuje na doporučení *Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČSP JEP pro výživu kojenců a batolat*. Postupy ke *Kojení donošených novorozenců* byly vypracovány předsedkyní Laktační ligy MUDr. Annou Mydlilovou (2011) za oponentury *Výboru České neonatologické společnosti ČLS JEP*. Doporučení se vztahují ke správné praxi podpory kojení po narození, prvních dnech života kojence a při propuštění do domácí péče. Řešeným tématem jsou i důvody k indikaci dokrmu donošených novorozenců.

Kojení by podle dokumentu mělo být během pobytu ženy a dítěte ve zdravotnickém zařízení kontrolováno 2 x denně proškoleným personálem a následně by měl být učiněn záznam do zdravotnické dokumentace. Dokument nedoporučuje podávání dudlíků dítěti před zahájením kojení, a to z důvodu možného zhoršení techniky sání z prsu. Kojící

kloboučky by měly být používány jen v indikovaných případech, jimiž jsou vpáčené či ploché bradavky.

K dokrmu donošeného novorozence by mělo dojít v případě, pokud:

- poporodní váhový úbytek byl 10 % porodní hmotnosti dítěte a vyšší a byl opožděn nástup laktace (více než 5 dní)
- existuje vážné onemocnění na straně matky nebo dítěte
- jde o hypotrofického novorozence

Dokument stanovuje i oblasti kompetence ženy před propuštěním do domácí péče.

Žena by měla být schopna:

- *Přiložit dítě správně k prsu, aby přitom necítila žádnou bolest*
- *Poznat, že dítě je správně přiloženo a že efektivně pije.*
- *Vědět, že dítě musí být krmeno minimálně 8 x-12 x za den, dokud není nasyceno a že některé děti vyžadují častější kojení.*
- *Znát věkově odpovídající znaky dostatečného prospívání (6-8 pomočených plen denně a 3-4 stolice za den ve věku 4 dní, 3-6 stolic do 6 týdnů věku) a znát percentilové tabulky/grafy.*
- *Umět ručně odstříkávat*

Ženy by také před odchodem domů měla dostat jména a telefonní kontakty na podpůrné zdroje pomoci při kojení v jejím okolí. (Mydlilová, 2011)

Lze říci, že dokument *Kojení donošených novorozenců* obsahuje doporučení, která jsou v souladu s mezinárodními dokumenty. Nicméně platnost dokumentu, podle data uvedeného v zápatí (1. ledna 2013), již vypršela a to před více jak třemi roky. Jde tedy sice o dokument, který obsahuje doporučení vedoucí k podpoře kojení, ale je na stránkách *České neonatologické společnosti* prezentován v neaktuální nebo neaktualizované podobě.

3.5.1.2 Česká pediatrická společnost

Společnou odbornou platformou pro pracovníky v pediatrické péči je *Česká pediatrická společnost ČLS JEP*. Její rolí je zajišťování odborného vzdělávání pediatrických pracovníků, pořádání konferencí a vydávání doporučení a stanovisek k otázkám pediatrické péče. (ČLS JEP, 2016) Na webových stránkách České pediatrické společnosti jsem nenašla žádný dokument týkající se kojení. V záložce dokumenty je umístěn pouze jediný odkaz týkající se výživy kojence, a to soubor s názvem *Kojenecká*

mléka Hami (soubor je součástí přílohy A). Logo kojeneckého mléka Hami je umístěno i ve spodní části celých webových stránek společnosti. Tento fakt, je dle mého názoru, v *přímém rozporu s Kodexem marketingu náhrad mateřského mléka*.

Další doporučení týkající se výživy kojenců a batolat uvádí pouze *Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy*, součást České pediatrické společnosti J.E.Purkyně. V rozsahu 3 stran dokument *Doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat* popisuje výhody výlučného kojení, hlavní zásady kojení a kontraindikace kojení. Tématy dalších kapitol jsou například příkrmy a jejich zavádění, náhradní kojenecká mléčná výživa nebo alergie dětí na bílkovinu kravského mléka a další. (ČLS JEP, 2014)

3.6 Laktační poradenství

Smyslem laktačního poradenství je poskytnutí praktické pomoci při překonávání překážek a problémů vzniklých v souvislosti s kojením. V současné době v ČR existuje síť vyškolených laktačních poradkyň, která vznikla z iniciativy nestátních organizací.

Osobami, které poskytují toto poradenství, jsou především ženy, *laktační poradkyně*. Laktačními poradkyněmi mohou být laici- matky nebo osoby se zdravotnickým vzděláním- zdravotníci, které absolvují *kurz pro laktační poradkyně*. V současné době *kurz pro laktační poradce* na území ČR organizují dvě uskupení:

- *Laktační liga*- nezisková organizace
- *Mamila*- původně slovenské občanské sdružení, které však nyní vzdělává laktační poradkyně i v ČR

Pomoc v otázkách kojení může být poskytnuta formou telefonické konzultace (zpravidla bezplatné) nebo formou osobní návštěvy (zpoplatněné). Některé poradkyně poskytují laktační poradenství *online* (oblíbené jsou například stránky: www.kojeni.net s databází nejčastějších dotazů/problémů maminek a jejich řešením).

3.6.1 Laktační liga

Laktační liga je českou neziskovou organizací, která se zabývá tématem kojení. Jejím posláním je podpora, osvěta a propagace kojení. Činnost Laktační ligy zahrnuje odborná školení laktačních poradců/poradkyň, vydávání propagačních letáků a konzultační a poradenskou činnost v oblasti kojení. Laktační liga také provozuje Národní linku kojení a vydává časopis Mamita. Laktační liga je velmi činná v otázkách legislativního zapracování podpory kojení a na svých stránkách pravidelně aktualizuje stanoviska k aktuálnímu dění v této oblasti. Je také jakýmsi garantem či podporou projektu iniciativy *Baby friendly hospital*.

3.6.2 Mamila

„Mamila je občanské sdružení, které poskytuje pomoc, poradenství a podporu po celou dobu trvání kojení.“ (Mamila, 2016)

Sdružení Mamila je původně slovenská organizace, která však v průběhu minulého roku (2015) rozšířila své působení i v ČR. (Mamila, 2015) Vytváří vlastní síť laktačních poradkyň a provozuje *internetovou poradnu kojení*. Cílem sdružení je především poskytování empatické a citlivé pomoci a poradenství ženám při problémech s kojením a podpora vytváření podpůrných skupin kojících žen. Na webových stránkách sdružení je umístěno mnoho článků o kojení, problémech s kojením a jejich řešení, názorné videoukázky správného kojení či fotogalerie kojení.

Ve srovnání s Laktační ligou se aktivity sdružení Mamila v ČR soustředí především na praktickou podporu žen v otázkách kojení. Laktační liga je aktivnější v otázkách legislativních podpory kojení.

3.6.2.1 Kurzy pro laktační poradkyně

Laktační liga i sdružení Mamila nabízí certifikované vzdělávací *kurzy pro laktační poradkyně*.

Laktační liga organizuje certifikovaný kurz WHO-UNICEF, na jehož základě uděluje titul *laktační poradkyně- matka* nebo *laktační poradkyně- zdravotník*. Termíny kurzů vypisuje liga na svých webových stránkách. Zájemkyně musí absolvovat dvoudenní vzdělávání a splnit další podmínky kladené k udělení certifikátu:

- osobní pohovor
- vyřešení 3 dotazů na *Horké lince kojení*
- praktickou zkoušku dovedností

Následně jsou poradkyně zapsány do *seznamu laktačních poradců* na stránkách Laktační ligy, kde si určitou poradkyni ženy hledající pomoc a kontakt, mohou vyhledat. Podmínkou pro trvání certifikátu je pravidelné vzdělávání poradkyň v otázkách kojení, a to na konferencích a workshopech pořádaných Laktační ligou. Poradkyně, které se po dobu delší 2 roky neúčastní vzdělávacích akcí pořádaných organizací, jsou ze seznamu vyjmuty. (Laktační liga, 2016)

Podmínkami pro úspěšné absolvování *kurzu* organizovaného sdružením Mamila a získání titulu laktační poradkyně je:

- absolvování kurzu v plném rozsahu
- splnění úloh a testů zadaných v průběhu kurzu
- studium doporučené literatury a jiných materiálů
- písemný test
- ústní zkouška

Průběžné vzdělávání je podmínkou pro udržení platnosti získaného certifikátu, a to účastí minimálně 1 x za rok na vzdělávacích akcích pořádaných Mamilou. Podporou dalšího vzdělávání je i vytvořené facebookové skupiny pro certifikované laktační poradkyně, ke sdílení zkušeností z praxe. (Mamila, 2016)

Obě organizace mezi podmínky pro splnění podmínek získání titulu laktační poradkyně řadí odborné i praktické znalosti o problematice kojení. Pro udržení titulu zároveň požadují další pravidelné vzdělávání, které přispívá ke zvýšení kvality poskytovaného poradenství.

3.7 Příspěvky veřejných zdravotních pojišťoven

Veřejné zdravotní pojišťovny zajišťující hrazení zdravotní péče o matku a dítě připravují pro své pojištěnce výhody v podobě vyplácení klientských příspěvků na jimi vybranou preventivní péči. Snahou je podpořit klienta v chování, které předchází vzniku onemocnění. Součástí jsou i příspěvky pro těhotné a kojící ženy. Veřejné zdravotní pojišťovny pro rok 2016 nabízí různou škálu příspěvků.

Všeobecná zdravotní pojišťovna v rámci *Klubu pevného zdraví* nabízí 500 Kč na *podpůrné aktivity těhotných a kojících žen*. Do těch kromě pohybové aktivity v těhotenství spadá i kurz předporodní přípravy pořádaný porodnicí a pomůcky ke kojení: absorpční prsní vložky, *kontaktní kojící kloboučky*, chrániče prsních bradavek, formovače bradavek a odsávačky mateřského mléka. (Klub, 2016)

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra v rámci výhod pro pojištěnce a *Programu pro těhotné ženy a ženy po porodu* přispívá maximální příspěvek 800 Kč na odborně vedené předporodní kurzy pro těhotné a pomůcky pro kojení. Konkretizovanými pomůckami pro kojení jsou: formovače a chrániče bradavek, *kojící kloboučky*, kojící polštář, vložky do podprsenky, odsávačka mateřského mléka, *ohříváčka a sterilizátor*. (ZPMVČR, 2016) Stejnou částkou na stejné pomůcky pro kojení i předporodní kurz přispívá i *Vojenská zdravotní pojišťovna* v rámci *Preventivního programu Maminka*. (VOZP, 2016) *Oborová zdravotní pojišťovna* poskytuje na kurz předporodní přípravy příspěvek až ve výši 1.300 Kč. (OZP, 2016)

Veřejné zdravotní pojišťovny kojení bonusově podporují vyplácením klientských příspěvků. Příspěvky jsou určeny zejména na absolvování odborně vedených kurzů předporodní přípravy a na *materiální podporu kojení* příspěvkem na pořízení kojících pomůcek. Jako kojící pomůcky jsou však označeny i *kojící kloboučky*, *ohříváčky* (kojeneckých lahví) a *sterilizátory* (běžně používané ke sterilizaci kojeneckých lahví, dudlíků, saviček i kojících kloboučků). Používání těchto pomůcek se však *neslučuje se základními doporučeními pro správnou praxi kojení*, konkrétně s *Deseti kroky k úspěšnému kojení* dle WHO.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

Název výzkumu:

Zkušenosti žen s podporou kojení v rámci systému zdravotní péče ČR

Práce je zaměřena na získání poznatků o tom, jakým způsobem systém zdravotní péče v ČR poskytuje podporu pro úspěšné kojení. Cílem výzkumu je zmapování podpory kojení, jejích podob a dimenzí, v jednotlivých úrovních péče o ženu a dítě z perspektivy matky jako příjemkyně péče. Pro tyto účely jsem zvolila kvalitativní metodologie a výzkumný design opírající se o polostrukturované hloubkové rozhovory s deseti ženami.

Pro výzkum byly stanoveny tyto 3 výzkumné otázky:

- VO 1. Jakou zkušenost mají ženy s péčí o kojení v rámci systému zdravotní péče?
- VO 2. Jaká pozornost je kojení věnována v rámci systému zdravotní péče?
- VO 3. Jakým způsobem ženy vnímají péči o kojení v rámci systému zdravotní péče?

4 Metodologie a realizace výzkumu

Metodou sběru dat byl polostrukturovaný hloubkový rozhovor. K jeho realizaci jsem si připravila schéma rozhovoru (tzv. interview guide), který obsahoval 9 základních a 40 doplňujících otevřených otázek. Toto schéma mi posloužilo jako opora při vedení rozhovoru s informátorkami. Interview guide je součástí přílohy C.

Rozhovory probíhaly v období března až dubna 2016. Průběh celého rozhovoru byl vždy zaznamenáván na nahrávací zařízení. Záhy po realizaci rozhovorů probíhal i jejich přepis a jejich analýza. K přepisu rozhovorů jsem používala program Media Player se zpomalenou rychlostí přehrávání a Microsoft Word pro uložení psané podoby rozhovorů.

K přepisování rozhovorů (a tím i k jejich základní a zevrubné analýze) jsem se snažila dostat průběžně, vždy před realizací dalších rozhovorů. Tímto způsobem jsem již v průběhu výzkumu získávala bazální povědomí o tom, jaká témata se v rozhovorech krystalizují. Díky průběžné analýze se navíc také ukazovalo, jakým způsobem se na jaké

oblasti lépe dotazovat. Konečná analýza rozhovorů byla vedena metodou otevřeného kódování.

Rozhovory s informantkami probíhaly na několika místech. Výběr prostoru k realizaci rozhovoru byl však vždy přizpůsoben možnostem informantek či jejich přání. I tak bylo poměrně obtížné realizovat rozhovory v naprostém klidu bez rozptylování dětmi nebo okolním děním. V pěti případech nebylo pro ženy reálné zařídit hlídání dětí, a tak rozhovory proběhly venku za jejich přítomnosti. Bylo tomu na příklad na zahradě u domu, na hřišti u řeky či na venkovní zahrádce cukrárny. I tak byly ženy poměrně dobře schopné udržet pozornost a linii vyprávění a rozhovory tedy naplnily svůj účel. Další čtyři rozhovory proběhly v jedné místní cukrárně bez přítomnosti dětí. I přesto, že je to veřejné místo, po celou dobu rozhovoru vládla poměrně klidná atmosféra a rozhovory nebyly nijak přerušovány. Ženy během rozhovorů nejevily žádné známky stresu nebo pocitu nepohodlí, naopak mě překvapila ochota žen zajít do podrobností daného tématu bez jakýchkoli ostychů.

Realizace každého rozhovoru trvala různě dlouhou dobu, od cca 30 minut až do cca 70 minut délky. Délka rozhovoru nebyla nijak razantně omezována, rozhovory byly ukončeny vždy po vyčerpání veškerých témat. Přibližný časový harmonogram průběhu rozhovoru je součástí přílohy B.

4.1 Etické otázky výzkumu a informovaný souhlas

Téma kojení a poskytování zdravotní péče v této oblasti patří bezpochyby mezi velmi citlivá témata. Proto jsou osobní a citlivé údaje osob i institucí anonymizovány. Informátorky i dotčené instituce či další osoby v této práci vystupují pod smyšlenými pseudonymy nebo obecnými názvy. Stejně tak vystupují kojenci/batolata informátorek. Jsou označovány obecně jako „dětí“, „novorozenci“, „kojenci“ nebo familiárněji jako „malý“, „malá“.

Před zahájením rozhovoru byly všechny informantky seznámeny s podrobnostmi o výzkumu za účelem získání ústní formy souhlasu. Byly seznámeny s okolnostmi výzkumu, jeho tématem, cílem a účelem i způsobem, jak budou data použita a jak budou anonymizována.

Etickou otázkou, která se nabízí, je střet zájmů mé osoby, laktační poradkyně, působící v dané oblasti a zkoumaných institucí a osob zapojených do poskytování péče o ženy a děti v dané lokalitě. Ženy v úvodu rozhovoru byly informovány o tom, že mou

profesí je laktační poradenství. Tento fakt z mého úhlu pohledu nejvíce přispěl k tomu, že v rámci rozhovorů byla udržována linie vyprávění a tématu kojení. Ženy věděly, že právě toto téma mě zajímá a měly tendenci k tomuto tématu neustále směřovat. Některé ženy semnou dokonce své problémy s kojením, v době, kdy byly aktuální, řešily. Předchozí vzájemná zkušenost byla dobrým podkladem pro získání důvěry žen a tím i jejich větší otevřenosti v intimních otázkách kojení. Nevýhodou předchozího kontaktu a řešení tématu kojení v době, kdy pro většinu žen bylo aktuální, byla tendence žen dané téma neprobírat do příliš velkých podrobností. V takových okamžicích však bylo mým úkolem doptat se na potřebné konkrétnosti a znovu se k daným událostem, v potřebném rozsahu, vrátit.

4.2 Výzkumný vzorek

Informátorkami jsou ženy, které rodily v jedné konkrétní, certifikované *Baby friendly*, porodnici v jižních Čechách. Ženy rodily v termínu od 1. 1. 2013 dále, nejpozději však přibližně 6 měsíců před realizováním výzkumu (tzn. v říjnu 2015). Informátorky jsou tedy v době realizování výzkumu minimálně 6 měsíců po porodu, maximálně však 3 roky. Věkově vzorek není omezen. Ženy mají ukončené minimálně středoškolské vzdělání. Jejich bydliště se nachází v okolí porodnice, ve které všechny oslovené ženy rodily.

Prvními oslovenými ženami byly osoby z mého okolí. Další informátorky byly oslovovány pomocí metody sněhové koule. Výsledný počet informátorek se odvíjel od momentu, kdy další rozhovory nepřinášely nové poznatky a nové pohledy na problematiku. Výzkumu se účastnilo 10 žen.

Zkoumaný vzorek zahrnuje poměrně rozmanitou škálu zkušeností s kojením. Ženy byly různého věku, vzdělání, byly prvorodičkami i vícerodičkami, rodily jak přirozeně tak císařským řezem. Různá byla zkušenost z pohledu trvání délky plného i částečného kojení.

Oslovené ženy byly ve věku 29-42 let. Čtyři informantky měly vysokoškolské vzdělání, jedna informantka vyšší odborné, tři informantky středoškolské a dvě informantky byly vyučené. Tři informantky mají již dvě děti, ostatní informantky jedno dítě a jedna informantka byla v době konání rozhovoru těhotná. Výzkumné rozhovory se týkaly zkušeností s kojením s těmi dětmi, které splnily podmínky narození, tedy od 1.1.2013 do října 2015. Tato podmínka byla vždy splněna jen u jednoho z porodů multipar. Informantky rodily v sedmi případech přirozeným způsobem porodu, z toho dva porody byly vyvolané. Zbývající tři porody byly vedeny císařským řezem a to vždy v celkové anestezii. Děti byly v pěti případech narozeny v termínu, ve třech případech 2-3 týdny před

původně stanoveným termínem porodu a dvě informantky rodily až po stanoveném termínu porodu. Z výzkumného vzorku žen po dobu 6 měsíců plně kojilo šest žen, částečně po dobu prvních 6 měsíců kojily čtyři ženy, z toho jedna informantka částečně kojila již od narození, ostatní tři zavedly dokrm ve 4 měsících ve dvou případech a v 5 měsících v jednom případě. Celková doba kojení se pohybovala od 9 měsíců až do 21 měsíců a v této době dvě z informantek své děti ještě kojily. V době realizace rozhovoru kojily ještě další dvě ženy a to ve věku 8 měsíců a 15 měsíců dítěte. Podrobné medailonky každé z informantek jsou uvedeny v příloze D.

4.3 Zjištění empirického výzkumu

Zjištění empirického výzkumu vypovídají o dimenzích podpory kojení v systému zdravotní péče ČR. Na základě tematické analýzy byla identifikována klíčová témata, která se ve vyprávěních žen, při jejich průchodu systémem zdravotní péče, objevovala. Zachyceno je jejich prožívání i vliv jejich prožívání na kojení a jeho úspěšnost. Zjištění jsou zasazena do kontextu právního rámce platné legislativy ČR v otázkách kojení i do kontextu mezinárodních dokumentů ošetřujících kojení.

Identifikovanými tématy podpory kojení bylo vnímání kojení ženami v období těhotenství a příprava žen na kojení v období těhotenství. Také jaká pozornost je kojení věnována v rámci prenatální péče. Důležitým tématem je podpora kojení včasným kontaktem ženy a dítěte po porodu. Dále bylo identifikováno téma praktického nácviku kojení po porodu, způsob jednání, jakým zdravotníci komunikují se ženami a to, jaký vliv mají protichůdné rady zdravotníků na kojení. Tématem jsou i různé pohledy na frekvenci kojení a délku jednotlivých kojení, to, jak působí nemocniční prostředí na psychiku ženy a jak je tím ovlivněno kojení. Jedním z klíčových témat je polemika nad dostatečností kojení a podpora dlouhodobého kojení systémem zdravotní péče. Výčet témat uzavírá význam role vlastní aktivity ženy v rámci systému zdravotní péče a podpora kojení mimo systém zdravotní péče.

5 Příprava ženy na kojení v období těhotenství

Tématu kojení a přípravě na kojení se ženy z vlastní iniciativy v období těhotenství věnují jen okrajově. Ústředním tématem, kterému v období těhotenství pozornost věnují, je porod. Ženy prožívají především starost o jeho průběh. Tématem, které se v souvislosti s porodem objevuje, je i obava žen o život a zdraví novorozence. Nejhorší představou je pro ženy narození mrtvého dítěte. To potvrzují i výsledky studie z českých porodnic, která vymezila přesně dva rozměry obav žen v otázkách porodu, obavu o zdraví dítěte a obavu z bolesti. (Hrešanová, 2011) Jistou formu uklidnění ženám přináší absolvování kurzu předporodní přípravy. Díky získání informací o průběhu porodu jsou ženy klidnější a mají lepší představu o tom, co je čeká. Ani absolvování kurzu ovšem nepřináší absolutní úlevu od obav z porodu. Z toho lze usuzovat dva závěry. Kurz předporodní přípravy buď nebyl dostatečně konkrétní či neobsáhl veškerá témata týkající se porodu nebo je obava ženy z porodu tak velmi silným pocitem, že ani zvýšené povědomí o okolnostech porodu tuto obavu nemůže odstranit.

Pokud se však ženy tématu kojení v těhotenství věnují, získávají informace z lehce dostupných zdrojů, jako jsou například tematické letáky či brožury. Jsou však přesvědčeny, že nabyté informace jim nezaručí úspěšné kojení. Zde se zřejmě znovu objevuje motiv obav z porodu a nejistota, jak porod proběhne a co po něm bude následovat, a tak studium letáků považují pro úspěšné kojení za nepodstatné.

„O kojení jsem nijak nepřemýšlela nebo se na něj nepřipravovala. Jenom aby se to narodilo zdravý. Nejhorší, co podle mě může bejt je, když by to z Tebe vytáhli a bylo to mrtvý. To mi vždycky přišlo jako nejhorší.“ (Babeta, 34, 2 porody)

„...kdyby existoval nějaký kurz o kojení, kojit nenaučí... Myslím si, že co ženská, to jinej porod a tak... Ženská neví, co ji po porodu čeká, takže si to nikdy nemůže nastudovat dopředu.“ (Linda, 35, 1 porod)

Vysvětlením faktu, že ženy v období těhotenství kojení věnují jen malou pozornost, může být vnímání kojení ženami. Z rozhovorů s prvorodičkami vyplynulo, že kojení vnímají jako přirozenost, samozřejmost či „automatiku“. V těhotenství si nepřipouští nějaké případné problémy s kojením, fakt, že by se něco nemuselo povést a mechanismus kojení by z nějakého důvodu nemusel fungovat. Ženy kojení vnímají jako přirozenou součást porodu, věří v sílu přirozených procesů přírody a v přirozené mechanismy a reflexy narozeného dítěte. To však platí pouze u přirozeného, vaginálního způsobu porodu.

“...přirozeně porodit, přirozeně budu kojit. Prostě tak to má být, tak jako si to ta příroda, to tělo, to dítě, žádá. Nevnímala jsem tam jakoby nic jinýho, že by něco mohlo být špatně.“ (Darina, 42, 2 porody)

„Příroda to musela zařídit tak, že prostě to miminko začne cucat.“ (Markéta, 31, 1 porod)

Ženy se na kojení v těhotenství připravují v případech, kdy je vnímání kojení jako přirozeného procesu narušeno. Příčinou je buď vlastní předchozí negativní zkušenost s kojením u vícerodiček a vědomí toho, že pro dosažení úspěšného kojení může být potřebné do mechanismu kojení zasáhnout nebo problematická zkušenost s kojením rodinného okolí ženy (prvorodičky).

Uvědomění si nutnosti do mechanismu kojení zasáhnout může být důvodem k tomu, že se žena chce na kojení nějakým způsobem připravit a učiní rozhodnutí, jak tuto přípravu realizuje. Jde tedy o rozhodnutí vyvinout nějaké úsilí a případné komplikace spojené s kojením řešit. Příprava může být realizována formou obstarání praktické pomůcky na podporu kojení nebo také jen rozhodnutím danou situaci nevzdat a zkoušet nalézat východiska. Jde o jakési rozhodnutí ženy nenechat se případnými neúspěchy odradit a vyvíjet další aktivitu pro změnu situace k lepšímu. Opačnou strategií jednání je smíření se s neúspěchem kojení a nalezení argumentů k jeho odůvodnění. Takové jednání je vyjádřeno pasivitou přijímání daných okolností a až spoléháním se na náhodu. Žena nijak nepřemýšlí o své možné aktivní účasti v dané situaci. Odůvodněním neúspěchů mohou být právě historické neúspěchy s kojením v rodině. Taková interpretace příčin vlastních neúspěchů ženy je však zcestná. To, že by byly predispozice neúspěšného kojení dědičné, je velmi nepravděpodobné. Důkazem mohou být jak studie sledující význam nejrůznějších faktorů na úspěšnost kojení, tak fakt, že kojit, především z důvodů nefungujících fyziologických mechanismů, nemohou pouze 3-4 % žen v populaci. (Laktační, 2016)

„... jsem třeba rozhodnutá, že si z nemocnice půjčím tu elektrickou odsávačku. Teď jsem měla tu ruční a to by Ti urvalo prso. To mě pak ty prsa bolely potom. Takže jsem přesvědčená, že půjdu do elektrický.“ (Nina, 33, 1 porod)

„... nepřemýšlela nad tím, že bychom to vzdali a rovnou bych mu dala nějakou flašku. Já to prostě zkoušela...“ (Agáta, 32, 1 porod)

„My to máme v rodině, že nám to kojení nejde. Mamka blbě kojila, ségra taky, takže já spíš doufám, že mi to půjde. Ale když ne, tak jsem si říkala, že se tím nebudu trápit.“ (Kamila, 29, 1 porod)

Vnímané narušení přirozené kontinuity může být zapříčiněno i způsobem porodu, zejména císařským řezem. Nicméně tato situace nevyústí v rozhodnutí ženy připravit se na kojení. Ženy, které porod vnímají především jako přirozený proces, prožívají pocit zklamání, naštvání až traumatu z neuskutečněného vaginálního porodu. Podle zkušeností Dariny (42, 2 porody) není jednoduché se s takovými pocity smířit. A to i přesto, že se dítě narodilo v pořádku a obavy o zdraví dítěte, které ženy popisují jako dominantní v období těhotenství, nebyly naplněny. Rozměr preference a významu nemedikalizovaného porodu pro ženu popisuje i Hrešanová (2011) ve svém čtvrtém pojetí porodní péče. Hrešanová do tohoto pojetí zahrnuje i alternativní porodní techniky, které však v prostředí české porodnice nelze realizovat. V případě Dariny (42, 2 porody) se však nedá říct, že by si definovala alternativní představy o porodu. Definovala přirozenost porodu jako porod porodními cestami ženy. Pocit zklamání z nenaplnění představ o průběhu porodu, jako jeden z hlavních témat, popisuje i studie zaměřená na identifikování hlavních témat vzpomínek spojených s prožíváním neplánovaného porodu císařským řezem. (Somera, Feeley, Ciofani, 2010) V dlouhodobější perspektivě myšlenek a pocitů spojených s neplánovaným císařským řezem jako jsou pocity ztráty, narušení vztahu s dítětem, narušení identity ženy a další motivy (Clement, 2001), neobjevují. Clement (2001) definuje, že ženy svou nepřítomnost u porodu, v případě, kdy rodily sekci v plné anestezii a porod tak nevnímaly, hodnotí jako velkou ztrátu. Nicméně tato ztráta může být vyvážena získáním pocitu bezpečí, které popisovala Markéta (31, 1 porod). Ta si z důvodu neumožnění přítomnosti manžela u porodu císařským řezem v epidurální anestezii, raději zvolila variantu celkové anestezie, a tím se vyhnula pocitům frustrace z nepřítomnosti blízké osoby.

5.1 Systémová péče o kojení v těhotenství

Zkušenosti informantek s prenatální péčí reflektují nulovou pozornost věnovanou kojení a to v průběhu celého těhotenství. Hlavní pozornost prenatální péče je věnována péči o těhotenské břicho, resp. plod, a tomu, jak plod prospívá a jaký je stav rodičky a její připravenosti na porod z gynekologického hlediska. Na téma kojení v rámci prenatální péče narazila pouze jednou a náhodně sestra u gynekologa při nezávazném rozhovoru s jednou z informantek.

Pozornost v rámci prenatální péče není věnována ani bradavkám a tomu, jak jsou tvarované a zda má tedy žena vhodné předpoklady ke kojení. Se zhodnocením špatně

tvárováných bradavek se setkaly čtyři informatiky, tedy téměř polovina žen, které se do výzkumu zapojily. Na skutečnost, že jejich bradavky jsou pro kojení „špatné“ a kojení bude „obtížné“, je většinou upozornily sestry během úvodní ukázky kojení na oddělení šestinedělí. V některých případech je ženám dokonce vyčteno, že s bradavkami nepracovaly již během těhotenství. Ženy to popisují dokonce tak, že jim „bylo vynadáno“. Vzhledem k tomu, že toto hodnocení přicházelo přímo před samotným aktem kojení, aniž by ženy kojení nejdříve zkusily, vnímaly takové hodnocení jako „odsouzení“. Tuto situaci spojovaly s pocity nejistoty a nedůvěru v úspěšné kojení. Součástí byly i obavy a strach z toho, že žena zklame a že nebude schopna své dítě nakrmit. Jako řešení a východisko situace bylo ženám doporučeno zdravotnického personálu o použití kojících kloboučků. Používání kojících kloboučků však není v souladu s doporučeními *Deseti kroků k úspěšnému kojení*, a to především proto, že může dojít ke zmatení dítěte a zhoršení techniky sání. (Křivohlavá, 2015)

Erika (31, 1 porod) měla problémy s prsy již v těhotenství. Ve 21. týdnu těhotenství prodělala zánět prsu, absolvovala vyšetření prsou gynekologem, a i přesto informaci o špatně tvarovaných bradavkách, stejně jako ostatní informantky, obdržela až po porodu od sestry, která jí pomáhala v počátcích kojení. Podle zkušenosti Markéty (31,1 porod) je hodnocení stavu bradavek individuální a záleží na osobě sestry. Sestra v první směně na jednotce intenzivní péče Markétu připravila, díky nevhodnému tvaru bradavek, na jisté problémy s kojením. Jako řešení jí doporučila používání kojících kloboučků. Markéta okamžitě propadla zoufalství a pocitům zklamání z nemožnosti uskutečnit kojení. Po změně směny však přišla jiná sestra, která se již o kloboučcích nezmínila. To byla pro Markétu jistá známka naděje, že kojení není ztraceno. Po dalších pokusech Markéta nakonec kojila bez kloboučků. Z této zkušenosti vyplývá, že mohou na straně ženy existovat předpokládatelné překážky kojení. Pokud personál tyto překážky vyzdvihne a pojmenuje, mohou se stát opravdovým problémem při kojení. Pokud se však personál snaží ženu naopak povzbudit nebo alespoň daný problém „nevytahovat“, k reálnému naplnění možného problému nemusí dojít. Pokud by již v období těhotenství docházelo ke kontrole bradavek a alespoň k základní edukaci o péči o bradavky, ženy by měly příležitost učinit příslušné kroky k nápravě stavu. V období po porodu tato informace ženám připadá jako bezpředmětná. S touto situací jsou pak spojeny pocity vzteku na poskytovanou péči v období těhotenství a pochyby o její kvalitě, a zároveň pocity zoufalství z nemožnosti stav po porodu výrazně ovlivnit. Podle Roztočila (2008) je právě úkolem prenatální péče stav

bradavek zhodnotit a zajistit nápravu stavu, pokud je to potřeba. Vhodná intervence v období těhotenství tak může být prevencí vzniku pozdějších problémů s kojením. Pokud se žena o nevhodném tvaru svých bradavek dozvídá až na porodním sálu nebo na oddělení šestinedělí, je v tomto směru prenatální péče zanedbána.

„Ne a na gyndě vůbec... nějaká příprava... Jen zkontrolovala břicho. Jestli to tam dobře drží a jinak jsme nic neřešily.“ (Nina, 33 let, 1 porod)

„Sestřička u doktora se mě ptala, jestli chci kojit a to když jsem ležela v ordinaci u gynekologa na monitoru. To jsme si spíš jako tak povídali.“ (Josefa, 32, 2 porody)

„Necítila jsem nohy, bolelo mě břicho... A ona nade mnou stojí, skoro mi vynadá, že nemam správně naformovaný bradavky, že mě měla poučit paní doktorka. A tak to už je pozdě ne, aby mi tohle říkala ne?“ (Darina, 42, 2 porody)

5.2 Kontakt ženy a dítěte po porodu

Včasný, dlouhotrvající a nepřerušovaný kontakt matky a dítěte *skin to skin* významně přispívá k iniciaci kojení. (Khadivzadeh, Karimi, 2009; Slezáková, 2013) Existují rozdíly, jakým způsobem první kontakt probíhá, odvislé především od způsobu porodu. Překážkou v realizaci kontaktu *skin to skin* v českém prostředí mohou být přetrvávající pozůstatky historického systému oddělování péče o ženu a dítě. Tato praxe je zcela běžná u porodů císařským řezem, kdy jsou ženy umístěny na oddělení JIP. K oddělení ženy a dítěte však dochází i po přirozeném, vaginálním porodu. Překážkou realizace kontaktu *skin to skin* ze strany matky může být obava ženy o bezpečí a zdraví dítěte, z důvodu její nejistoty a nezkušenosti v manipulaci s novorozencem. Vzájemné oddělení ženy a dítěte po porodu však může být významným důvodem vzniku následných problémů s kojením. (Šráčková, 2004)

Po přirozeném porodu dochází ke kontaktu dítěte a matky záhy po narození. I zde jsou ovšem rozdíly v době, po které ke kontaktu dítěte a matky dochází i způsobu, jakým ke kontaktu dochází. V prvním případě je dítě ihned po uvolnění z porodních cest položeno na břicho matky s tím, že jeho ošetření je realizováno až poté. Kontakt s matkou ovšem trvá v řádech několika minut. V druhém případě je dítě matce pouze ukázáno, přistoupí se ihned k ošetření, mnohdy i včetně umytí a oblečení, a pak teprve je dítě dáno matce. Následující dvě hodiny vždy zůstává dítě i matka na porodním boxu a dítě si může ponechat v náručí, může si jej pochovat přítomný partner nebo je dítě uloženo do postýlky vedle matky. Obě varianty praxe však nejsou plnou podporou kojení. Novorozenci zůstávají v kontaktu s matkami pouze několik desítek minut. Ve druhém případě, kdy je novorozenec nejdříve ošetřen a pak dán matce, není sice už následný kontakt přerušován, ale nejde o kontakt *skin to skin*. Novorozenec je v této fázi již umytý, oblečený a mnohdy zabalený. Přitom kontakt *skin to skin* po porodu je jedním z významných faktorů podpory laktace, a pokud je správně provedený, vede k instinktivnímu samopřisátí novorozence k prsu matky na základě přirozených reflexů. K iniciaci tohoto mechanismu však dochází až po 20 minutách časného kontaktu *skin to skin* novorozence s matkou, k aktu samopřisátí dochází až přibližně po 50 minutách. (Righard, Alade, 1990) V ideálním případě by proto měl být kontakt *skin to skin* zahájen ihned po porodu a trvat nepřetržitě nejméně do doby prvního přisátí novorozence, (Khadivzadeh, Karimi, 2009) v ideálním případě až po dobu 2 hodin od porodu. Studie navíc popisují vztah mezi časným přisátím dítěte a následnou

mírou potřeby pomoci s kojením. Čím lepší je podpora včasného přísátí, snižuje se potřeba následné pomoci s kojením. (Inal et al., 2016)

Kromě vlivu včasného kontaktu na iniciaci kojení, vede kontakt *skin to skin* ihned po porodu k dosažení hlubokého prožitku ženy a dochází k utváření pevných, psychosociálních vazeb mezi ženou a dítětem. (Slezáková et al., 2013) Ženy však tento akt mohou prožívat i jako stresovou situaci, a to v případě, pokud jim není poskytnuta dostatečná pomoc a asistence při realizaci kontaktu. Ženy se totiž obávají o bezpečí a zdraví dítěte, zda mu neublíží nebo ho neupustí. Výsledkem těchto obav může být rozhodnutí ženy kontakt *skin to skin* přerušit.

„Nechala jsem si ji teda jen chvíličku. A pak jsem byla ráda, že si ji vzali, aby mi třeba nespada.“ (Erika, 29, 1 porod)

Podle zkušeností žen je v běžné praxi zdravotníky upřednostňováno vykonání rutinních ošetření novorozence před realizací kontaktu *skin to skin*. V případech, kdy je to odůvodněné, a jsou předpokládány komplikace na straně novorozence, ženy tuto realitu přijímají. To byl případ Niny, které dítě po porodu pouze ukázali „z dálky“, odnesli je k umytí, ošetření a také vyšetření z důvodu vrozené vady dítěte. Pokud ovšem neexistují objektivní překážky realizace časného kontaktu, ženy po kontaktu se svým dítětem ihned po porodu touží. Ženy rutinní praktiky, v porovnání s hodnotou blízkého kontaktu se svým dítětem, vnímají jako druhořadé. Ovšem i přesto aplikování rutinních výkonů respektují a do ošetrovatelského procesu nezasahují. O ideálech okolností po porodu pak hovoří až stranou, mimo prožívanou realitu. Tématem k diskusi se proto nabízí, jaký prostor zdravotnický personál poskytuje ženě pro vyslovení vlastního přání a případné učinění vlastního rozhodnutí o návaznosti a podobě poskytované péče. To, že je české zdravotnictví postaveno spíše na modelu direktivní péče lékaře o pacienta, než na modelu respektu k individualitě jedince a jeho individuálním potřebám či přáním, potvrzují i autoři. (Ptáček et al., 2011; Raudenská, Javůrková, 2011) Nerespektování individuality jedince může být způsobeno i stále významnějším postavením lékařských technologií v péči o ženu. Hrešanová (2011) však toto zjištění interpretuje spíše ve spojitosti s vyvoláním obav o zdraví dítěte v období těhotenství. Upřednostňování aplikace lékařských technologií v péči o ženu na úkor podpory přirozených poporodních procesů, by tak byl nový rozměr tohoto tématu.

Markéta (31, 1 porod) své přání a požadavek realizovat bonding s tatínkem po porodu vyslovila a její přání bylo přijato. Markéta však zhodnotila, že zásluhy na vyslyšení

jejího přání nemá ona sama, její iniciativa či odvaha ozvat se, ale jiný partnerský pár, který v nedávné době za umožnění realizace **bondingu** v zařízení doslova „vybojoval“. Pokud tedy žena chce, aby bylo její přání, v kontextu paternalistického postavení zdravotníků vůči ženám, vyslyšeno, musí přání nejen vyslovit nahlas, ale vyslovit jej s razancí. Strategii jednání „být vstřípější“ v kontextu vyžádání si určité zdravotní péče popisuje ve své studii i Hrešanová (2011), která jednání doplňuje ještě rozměrem nutnosti trvání na požadovaných představách.

Pokud se podíváme na rámec doporučení týkajících se časného kontaktu ženy a dítěte, doporučení požadavek na kontakt *skin to skin* nekonkretizují. *Deset kroků k úspěšnému kojení*, které jsou při poskytování zdravotní péče o ženu a dítě aplikovány, uvádí pouze doporučení týkající se umožnění kojení do hodiny po porodu a z hlediska kontaktu ženy a dítěte doporučují poskytování péče systémem *rooming in*.

Podle zkušeností žen v běžné praxi k prvnímu přiložení dítěte k prsu dochází za přítomnosti a asistence zdravotnického personálu. Novorozenec je při prvním přiložení k prsu s největší pravděpodobností ošetřený, případně i otřený, umytý a oblečený, popřípadě zavinutý do zavinovačky. Takovým postupem jsou však nenaplněny parametry poporodní podpory kojení, která, podle studií, vede k úspěšné iniciaci kojení. Oproti reflexivnímu samopřisátí novorozence, tak jak jej popisuje Righard (1990), je upřednostňováno asistované přiložení dítěte k prsu zdravotnickým personálem. Zavedený rutinní lékařský postup se tak opět, namísto podpory přirozených poporodních mechanismů, dostává do popředí při poskytování zdravotní péče ženám.

Ženy v souvislosti s asistovaným přiložením popisovaly neúspěchy prvního přiložení. Děti byly spavé, neaktivní a nejevily zájem o sání. Toto chování novorozence po porodu však může příčinu právě v nerespektování a nepodpoře přirozených poporodních mechanismů, zejména v neuskutečnění kontaktu *skin to skin*. Spavé a neaktivní dítě je totiž pravým opakem dítěte, které po 20 minutách kontaktu *skin to skin* aktivně *šplhá a hledá* matčinu bradavku tak, jak to popisuje Righard (1990). Je totiž málo pravděpodobné, že všichni novorozenci, zapojení do této studie, by byli v sání stejně jednotně neaktivní například ze zdravotních důvodů. Mnohem pravděpodobnější je tedy hledání příčiny v aplikovaném ošetřovatelském postupu.

„No a pak mi ho vlastně přiložili... Tak to tam tak jako požmoulal, ale nenapil se... To už byl umytej, vykoupanej, zabalenej v zavinovačce a pak mi ho přikládali.“ (Nina, 33, 1 porod)

Okolnosti kontaktu ženy s dítětem významně pozměňuje porod císařským řezem. Z důvodu způsobu porodu a anestezie ženy nedochází v prvních okamžicích po porodu, podle zkušeností informantek, k realizaci kontaktu s dítětem. Ženy jsou ochuzeny o možnost strávit s novorozencem první minuty po porodu a tím i o možnost iniciace laktace kontaktem *skin to skin*. Ze zkušeností informantek, které rodily císařským řezem v celkové anestézii, k prvnímu kontaktu s dítětem docházelo často až po několika hodinách po porodu, kdy se žena již probudila do plného vědomí. Podle studií tato protrahovaná separace v časném období po porodu vede k opožděnému nástupu laktace a následném vzniku problémů s kojením. (Bruce, Khan, Olsen, 1991) Potvrzují to i zkušenosti z českého historického prostředí, ve kterém v minulosti běžně docházelo k separaci ženy a dítěte po porodu i k opožděnému přikládání k prsu. Důsledkem byl vznik problémů s přisáváním dítěte, a to zejména díky spavosti novorozence. (Šráčková, 2004) Ženy po císařském řezu první, opožděné, přiložení jako problémové, popisovaly. Bylo hodnoceno zejména jako pasivní akt ze strany dítěte, které nejevilo zájem o přisátí natož aktivní sání. Markéta (31, 1 porod) si z důvodu nemožnosti realizovat kontakt *skin to skin* domluvila bonding malého s tatínkem, tak aby její přítomnost nahradil. Na základě zprostředkované zkušenosti manžela Markéta vypověděla, že malý byl aktivní právě při bondingu s manželem, který proběhl záhy po porodu.

Ze zkušeností žen jak po vaginálním tak po císařském řezu s prvním přisátím dítěte lze usuzovat, že pro úspěšnost prvního přisátí časně po porodu je nutné časně započít kontakt *skin to skin*, zachovat jeho kontinuitu i trvání. Teprve pak zřejmě, podle odborné literatury, může dojít k úspěšnému prvnímu samopřisátí.

Rozdíl se netýkájí pouze časného kontaktu, ale i dalších kontaktů ženy a dítěte v prvních dnech po porodu. Ty mají vliv především na frekvenci a počet kojení. Zatímco ženy po vaginálním porodu byly se svými dětmi umístěny na společný pokoj přibližně po 2 hodinách od porodu, ženám po císařském řezu byly děti minimálně prvních 24 hodin přibližně během dne 3 x – 4 x přinášeny. V noci novorozenci ženám ke kojení přinášeni nejsou. Podle argumentů, které ženy dostaly od zdravotníků, je to tak z důvodu poskytnutí ženě po porodu dostatečného prostoru k odpočinku. Motiv poskytnutí ženě po porodu dostatečného prostoru k odpočinku, spojený se separací ženy a dítěte, může však znovu být pozůstatkem modelu péče praktikovaném v minulosti. Paradoxně totiž toto poskytnutí prostoru k odpočinku k jeho realizaci nevedlo. Markéta (31, 1 porod) nebyla první noc po porodu vůbec schopna spát. Nina (33, 1 porod) popisuje stejnou zkušenost a dodává, že

důvodem bylo množství „adrenalinu v krvi“, který po porodu pociťovala. Navíc tento argument byl použit jak u žen po císařském porodu, tak u žen, které rodily vaginálně. Přání ženy na umožnění kontaktu s dítětem i během noci, bylo zamítnuto a to s argumentem omezených kapacit oddělení, resp. sester. Otázkou je, zda se toto tvrzení zakládá na pravdě nebo se jedná pouze o připravený argument pro ženy, které by chtěly změnit rutinně prováděnou praxi. Hrešanová (2011) své studii popisuje oba jevy, jak odmítnutí umožnění kontaktu s dítětem i po několika urgencích ženou, tak nedostatečný počet personálu v porodnicích. Nesporný je ovšem fakt, že pokud žena projeví zájem o kontakt se svým dítětem, cítí se být dostatečně silná na kontakt se svým dítětem, jemuž nebrání žádné zdravotní důvody, argument vytvoření prostoru k odpočinku zdravotníky je pak spíše vnucení zažitých rutinních praktik.

„Protože byla oddělená porodnice a šestinedělí, tak nás ještě nechali vyspat na porodnici a vzaly si děti k sobě na sesternu na pokoj se slovy: „Odpočiňte si, pak už se nevyspíte“. Já jsem říkala, že kdyby něco, ať mě vzbudí. Ale prý: „V klidu, ležte, vyspěte se.“ Ono stejně, než to všechno proběhne, tak má člověk oči vytřeštěný a adrenalin na plný koule. Víím, že asi v 1 v noci jsem ještě nespala...Takže si je tam nechaly celou noc a říkaly, že byly hodný, že spaly. Takže jsme se viděli ráno.“ (Nina, 33, 1 porod)

Přinášení dětí ženám během dne není nijak zvlášť organizováno. Podle informantek spíše opět záleželo na aktuální vytiženosti a kapacitě sester. Zdravotnický personál tak ovládá míru umožnění kontaktu mezi ženou a dítětem. Z pohledu paternalistického modelu, je tak zdravotník ten, kdo rozhoduje o péči, její formě a jejím uskutečnění. Přinejmenším je však praxe „přinášení dětí k nakojení“ podle jakéhosi harmonogramu oddělení v rozporu s *Deseti kroky k úspěšnému kojení*. Kojení by podle doporučení mělo být realizováno na základě potřeb dítěte, ne podle předem stanoveného harmonogramu.

Další aspektem je fakt, že pokud srovnáme počet kojení ženy po císařském porodu s ženou po vaginálním porodu v prvních dnech, ženy po císařském porodu kojí přibližně 2 x méně často než ženy po vaginálním porodu. Nepoměr v počtu kojení mezi dětmi žen po vaginálním porodu v porovnání s dětmi žen po porodu císařským řezem znamená, že dva novorozenci, kteří mají bezesporu stejné fyziologické potřeby a nároky na výživu, dostávají zákonitě a logicky rozdílné množství výživy. Tento nepoměr může být důvodem k nešvaru, který se, i podle Hrešanové (2011), v porodnicích objevuje. Je jím podávání „čajíčků“ nebo dokrmů oproti upřednostnění kojení.

„Čajíčky“ jsou blíže nespecifikované tekutiny, v minulosti tyto tekutiny měly podobu 5 % roztoku glukózy. (Šráčková, 2004) Podávání dokrmů nebo „čajíčků“ ve svých zkušenostech popisují i informantky. Důvodem k jejich podání údajně bylo „zazlobení“ dítěte. Nabízí se otázka, proč je „zazlobení“ dítěte řešeno podáním tekutiny nebo dokrmu umělým mlékem, oproti možnosti dítě nakojit. Způsobem podání je navíc, podle zkušeností žen, kojenecká láhev. Použití kojenecké láhve, které vede ke zmatení techniky sání dítěte (Křivohlavá, 2015), stejně tak samotný fakt podání jiných tekutin novorozenci, mimo mateřské mléko, jsou postupy, které by v *Baby friendly* zařízení neměly být aplikovány. Jsou to postupy, které nevedou k podpoře kojení, spíše naopak mohou být příčinou vzniku problémů s kojením.

5.3 Praktický nácvik kojení po porodu

Úspěšné kojení je spojeno se správnou technikou kojení (Svačina, 2008) a úkolem perinatální péče je ženu na úspěšné kojení připravit. (Roztočil et al., 2008) Zkušenosti žen s praktickým nácvikem jsou nejvýraznější ve spojení s pobytem na oddělení šestinedělí. Praktický nácvik kojení byl na oddělení realizován jako součást „úvodního povídání“ základních aspektů péče o kojence při přijímání ženy k pobytu na oddělení.

Ze zkušenosti informantek vyplývá, že významným faktorem ovlivňujícím úspěšnost kojení je osoba zdravotní sestry. A především ve způsobu, jakým zachází se ženou, dítětem a jejími prsy, ale i v přístupu, kterým tak činí. Podkladem pro toto hodnocení intervence jsou jak hmatatelné výstupy (přisátí a sání dítěte), tak především pocity, které žena při nácviku kojení prožívá. Důkazem je zkušenost Dariny (42, 2 porody). Ta měla problémy se špatně tvarovanými bradavkami. Sestra, která přišla v první směně, se omezila pouze na negativní hodnocení bradavek a představení negativního výhledu na úspěšné kojení. Navíc způsob, jakým provedla přiložení k prsu, Darina popisovala jako velmi bolestivý a necitlivě provedený. Sestra v druhé směně Darině s přiložením také pomáhala. Podle Dariny vůbec nehodnotila, zda kojení „jde nebo nejde“, ale snažila se o úspěšné přiložení a chválila za každý malý úspěch. Navíc se na Darinu usmívala. I přesto, že nedošlo v porovnání s intervencí první sestry, k výrazně úspěšnějším výsledkům přiložení, Darina přístup druhé sestry vnímala jako vstřícný, citlivý a podporující kojení.

Informantky popisují hrubé zacházení v manipulaci jak s dítětem, tak s nimi samotnými, resp. s jejími prsy. Ženy instrukce, které jim sestra dala ohledně techniky kojení, reprodukovaly jako „chycení za hlavičku“, „nacpání na prso“ a „přimáčknutí

k prsu“. Ze zkušeností informantek navíc vyplývá, že způsob vysvětlení techniky byl direktivní, nenabízející žádné jiné alternativy ukazované techniky. Rozlišen navíc nebyl ani fakt, zda jde o ženu po vaginálním porodu či porodu císařským řezem. Samotné přiložení byl akt plný tlaků a hrubé síly. Poměrně expresivně zkušenost s nácvikem kojení popsala Agáta (32, 1 porod):

„Jde o jediný způsob, který existuje, přes to vlak nejede a snažte se. Dítě chytíme za krkem, nacpeme ho na prso a pak to musí fungovat.“

V prvních okamžicích seznámení se s doporučeným způsobem techniky kojení se informantky pozastavovaly nad nutností „použití takové síly“ a vyjádřily obavy z provádění tohoto úkonu. Argumentem zdravotnického personálu porovnáním doporučené síly přiložení s tlakem, který je na hlavu dítěte vyvíjen v porodních cestách, však ženy nakonec tento direktivní a hrubý akt techniky kojení akceptovaly. Zpětně však takové zacházení a formu péče ženy hodnotily kriticky. Tato strategie jednání odpovídá třetímu pojetí porodní péče Hrešanové (2011), která však souvisí s potřebou práva na informovanou volbu. Ve výše uvedeném konkrétním případě je však otázkou, zda byl uvedený argument relevantní k tomu, aby mohl posloužit jako informační podklad pro způsob takového zacházení. Můžeme proto uvažovat i roli vlivu a vnímání zdravotníka jako autority. Podle vlastních zkušeností informantek je pro ně totiž obtížné „postavit se proti“ rozhodnutí zdravotníka či lékaře. (Viz kap. 5.4. Direktivní jednání zdravotníků a jeho vnímání ženami, s. 61) Potřeba práva na informovanou volbu se však nemusí realizovat ihned v přímé návaznosti na aktuální situaci, ale může se vytvořit časem, k čemuž zřejmě přispívají další zkušenosti žen při průchodu systémem zdravotní péče. Vytvoření pozdější potřeby práva na informovanou volbu ilustruje případ Dariny, která tuto potřebu definovala až na úrovni pediatrické péče. Zde sama sebe, matku, definovala jako „most“ mezi zdravotnickým pracovníkem a dítětem. Smyslem tohoto ilustrativního srovnání je poukázání na fakt, že pokud danému způsobu poskytování zdravotní péče nebude žena rozumět nebo ho nebude akceptovat, nemůže být intervence funkční. Žena, matka, se tak staví do role důležitého prvku ve fungování systému zdravotní péče. To může být vypovídajícím znakem prvků konzumerismu tak, jak popisuje Hrešanová (2011) v pátém pojetí porodní péče. Z těchto zjištění vyplývá, že mezi jednotlivými pojetími porodní péče se mohou ženy s během času posouvat. Co konkrétně tento posun způsobuje, by však muselo být předmětem dalšího zkoumání.

Ženy se po dobu nácvičku techniky kojení za asistence sestry cítily spíše jako objekt péče, na který je nutné danou techniku kojení aplikovat než jako součást a subjekt celého procesu zaučení se ve správné technice kojení. Ženy vnímaly proces ukázky techniky kojení jako „lekcí“, kdy jim sestra „miminko naštelovala k prsu“. Postavení ženy jako objektu zdravotní péče definuje Roztočil (2014) jako významný rys českého zdravotnictví.

Ženy po císařském porodu popisovaly, že pro ně byla „standardizovaná“ poloha a technika kojení oddělení bolestivá a nepohodlná. Kojení se tak pro ně stávalo obtížné a nepříjemné. Následně vyjadřovaly pocity rozčarování nad tím, že je jí ukazována stejná poloha i technika kojení jako ženám, které rodily vaginálně. Na to, že je stav ženy po císařském řezu odlišný od stavu po vaginálním porodu, především z pohledu vyšší bolestivosti žen, poukazuje i Takács (2015). Vnímání vysoké míry bolesti je významný faktor, který ovlivňuje psychický stav ženy. Pocity lhostejnosti ze strany zdravotnického personálu mohou vlít další dávku negativních emocí do psychiky ženy. Nejvíce se tento vliv projevil u Dariny. Díky kombinaci několika faktorů: bolestivosti po sekci, problémům s kojením i arogantnímu chování sestry, která nereagovala na Darininu prosbu o pomoc a radu, prožila stav úzkosti, kdy plakala a nebyla schopna přestat:

„A bulila jsem, bulila jsem a nikdo mě nemohl zastavit. Trvalo to 20, 30 minut a furt jsem bulila a ono se začalo najednou něco dít kolem mě. A začali si všímat.“ (Darina, 42, 2 porody)

Až tato dramatická situace, podle ní, byla podnětem k tomu, že si personál oddělení začal podrobněji všímat jejích potřeb. Na základě stížnosti na bolest prsou při kojení jí sestra pečlivě vysvětlila správnou techniku kojení a především jí nabídla jednodušší a pohodlnější polohu pro ženy po císařském řezu, o které do té doby, podle svých slov, nevěděla. Tuto intervenci hodnotila velmi kladně, neboť jí ulevila od bolesti, kterou při kojení zažívala. Roztrpčelá ovšem byla z faktu, že výše popsaná intervence byla realizována až po prožití úzkosti a navíc 4. den po porodu císařským řezem. Čtvrtý den jsou ženy po vaginálním porodu běžně propouštěny do domácího prostředí. Mělo by být proto jasným předpokladem, že žena by již v této době měla být dostatečně dobře informována a edukována o kojení a měla by schopna své dítě bez větších problémů a bolesti, kojít. Takto definuje oblasti kompetence ženy před propuštěním do domácí péče i dokument vydaný Českou neonatologickou společností ve spolupráci s MUDr. Mydlilovou. (Mydlilová, 2011)

Důvodem možného nedostatku kompetencí v otázce kojení může být i další rozměr praktického nácviku kojení. Tím je rozsah, v jakém je nácvik prováděn. Jedním rozměrem rozsahu je množství nácviků, druhým rozměrem je obsahová náplň nácviků. Z vyprávění žen vyplývá, že standardně se nácvik kojení provádí jednou, resp. dvakrát. Úplně poprvé na porodním sále, kdy jde však pouze o akt přiložení dítěte k prsu personálem, podruhé právě na oddělení šestinedělí. Další pomoc s kojením je „na vyžádání“. Rozměr obsahové složky nácviku kojení se, podle výpovědí informantek, zdá být omezen na instruktáž standardizované polohy ke kojení, která je na oddělení praktikována. Podle výpovědí informantek další aktivita v pomoci s kojením ze strany personálu běžně závisí na iniciativě ženy, zda si o ni řekne. Aktivita v iniciaci komunikace mezi ženou a personálem je tedy na straně ženy. Podle výpovědí informantek však ženy v roli iniciátorky komunikace s personálem řeší otázky, zda svým případným dotazem nebudou na obtíž nebo zda personál neotravují. Výsledkem je proto strach se zeptat. Na základě těchto pocitů mají tendenci své pocity banalizovat a začínají polemizovat (pochybovat) o tom, zda je vlastně problém, který řeší, problémem nebo budou jen „vypadat za blbce“. Na straně žen také existuje pocit, že *personál* „nemá rád ty otravný maminy“, a tak se případným dotazem či kontaktováním pracovníků do této role nechtějí stavět. Z výpovědí informantek vyplývá, že zdrojem takových úvah může být zkušenost jiných žen, které na oddělení již byly a „varovaly“ informantky před personálem. Například Nina (33, 1 porod) měla o oddělení šestinedělí informace, že „je tam nějaká strašná sestra, která buzeruje“ a je „zlá“. Východiskem ze situace byla strategie Niny zaujmout spíše pozici, kdy chtěla být samostatná a na řešení problémů, v jejím případě neustálého usínání malého při kojení, si chtěla přicházet sama. Zdravotnický personál „otravovala“ jen pokud to bylo nezbytně nutné a ona si nevěděla rady. Podle jejích slov nešlo o to, že by na daný problém/ dotaz nedostala odpověď, ale že by si mohla připadat jako „úplný tupec“ nebo že by ji sestra mohla „sprdnout“. Rozhodnutí ženy aktivně nepožádat o pomoc, z důvodu obavy z reakce personálu, tak může být jedním z důvodů nedostatečného množství nácviku kojení a tím i nedostatečná kompetence ženy v technice kojení. To, že hraje kvalita komunikace ze strany personálu klíčovou roli v podpoře kojení, potvrzuje i Takács (2015).

Z rozhovorů se ženami ovšem vyplývá, že i když žena vyvine iniciativu a požádá personál o pomoc s kojením, nemusí být tato žádost vyslyšena. Důvodem může být, například podle zkušenosti Agáty (31, 1 porod), zaneprázdněnost sester a velké množství žen na oddělení. To, že je zdravotnický personál extrémně přetěžován, potvrzuje

i Hrešanová (2011). Podle Agáty (31, 1 porod) by ke zlepšení situace pomohlo, pokud by na oddělení byla osoba navíc, nejlépe laktační poradkyně zaměřená na kojení, která by věnovala výhradně otázkám kojení. Takové zlepšení personálního zajištění by bylo vhodné i podle Mydlilové (2015).

Zájem o kojení ze strany personálu, je podle informantek, následně vyjádřen pouze v momentě, kdy nedochází k přibývání novorozence na váze v den, kdy by tomu tak již být mělo. To, že by častější intervence do kojení ze strany personálu mohlo vést k podpoře kojení, potvrzuje zkušenost Babety (34, 2 porody). Babeta, která první porod absolvovala v jiné porodnici, srovnává, že ji personál chodil kvůli kojení pravidelně kontrolovat, byl u kojení vždy přítomný a v kojení jí asistoval. Pro Babetu, jako prvorodičku, to byly cenné zkušenosti, ze kterých následně čerpala po propuštění do domácího prostředí.

Podle zkušeností žen personál po prvotním zaučení techniky kojení nadále ženu kontroluje jen z důvodu rutinních vyšetření jako je změření tělesné teploty a krevního tlaku. Takové návštěvy ze strany zdravotnického personálu ženy vnímají jako zdroj neklidu a únavy, z důvodu, že se o okolo nich neustále něco děje. Pokud si chtěly například během dne odpočinout, tvrdí, že to bylo díky neustálému vyrušování téměř nemožné.

5.4 Direktivní jednání zdravotníků a jeho vnímání ženami

Podle výpovědí informantek zdravotnický personál ve vztahu k ženám mnohdy jednal kritickým a direktivním způsobem. Takové jednání bylo ženami popsáno jako „sprdnutí“, tedy vynadání nebo důrazné napomenutí a kritika ženy personálem. K tomu docházelo v případě, pokud žena dělala věci jinak, než bylo stanoveno a požadováno zdravotníky. Jednou ze situací bylo nedorozumění při předávání informace mezi sestrou a ženami na oddělení šestinedělí, která se týkala přípravy dětí na ranní vážení. Podle Niny (33, 1 porod) byla informace podána nesrozumitelným způsobem. Důkazem byl výsledek, když každá z žen, přítomných na oddělení, přijela k převážení s jinak polo-svlečeným či polo-oblečeným dítětem. Podle Niny sestra všechny „strašně sprdla“ a jedné ženě doslova vynadala. Výsledkem bylo vynucení sestry, aby ženy děti upravily do požadovaného stavu vhodného k rannímu vážení. Tato situace přesně odpovídá tvrzení Roztočila (2014), že v českém zdravotnictví je žena vnímána jako objekt porodu, který je nutno řídit a nepodvolí-li se rutinním praktikám daného zařízení, je vystavena tlaku ze strany zdravotníků. (Roztočil, 2014) Dodává, že žena při takovém rozhodnutí čelí mnoha podivujícím se a nechápajícím reakcím zdravotníků. Tento konkrétní případ Niny však rozšiřuje toto tvrzení o vyjádření silné kritiky ženy. Kritika ženy je podle Takács (2015) rizikový faktor, který může ovlivnit úspěšnost kojení. Direktivní chování se projevuje i při zdánlivých banalitách jako je zdroj světla během nočního kojení. Nina (33, 1 porod) nechtěla v noci budit spolupacientku světlem, a tak si během kojení v noci svítila telefonem. Sestra, která v ten moment náhodou nahlédla do pokoje a opět ji „sprdla“, že při „takovém světle nemůže existovat“ a ať si rozsvítí. Obdobně reagovala sestra i na situaci, kdy Markéta (31, 1 porod) nakojila své dítě o něco dříve než po stanoveném intervalu tří hodin mezi kojeními. Sestra, která situaci postřehla, ji vynadala, že:

„Jsem přece kojila před chvílí a že je to od posledního kojení sotva dvě hodiny a že tímhle přístupem bude malého akorát bolet břicho a že to nemůže snad myslet vážně.“ (Markéta, 31, 1 porod)

Omezování délky kojení však není objektivním důvodem ke kritice chování ženy. Potřeba kojení dítěte se liší podle jeho aktuálního stavu a individuální potřeby (Weberová, 2004) a správnou strategií je naopak sledovat potřeby dítěte a kojení řídit podle nich tak, jak doporučuje WHO a UNICEF v *Deseti krocích k úspěšnému kojení*.

Z vyprávění žen vyplývá, že ženy vnímají zdravotníky jako autority, které rozhodují o způsobu výživy dítěte. Častým motivem, který se ve vyprávěních informantek objevoval, byla obava žen o nutnosti ukončit kojení z důvodu zhodnocení jeho nedostatečnosti pediatrem a doporučení zavést dokrm či příkrm. Doporučení vyjádřená pediatrem ženy popisují jako „nařízení“, které je nutné respektovat a řídit se jím. Ženy se nechtějí postavit proti tomuto rozhodnutí, k čemuž by mohlo dojít, pokud určitou věc vnímají rozdílně. Doporučení pediatra se proto snaží nějakým způsobem vyhovět, tak aby doporučení dodržely. Z těchto zjištění vyplývá, že ženy formují své jednání podle jejich vnímaného postavení vůči zdravotníkům. Vnímané postavení je součástí medicínského paternalismu (Hrešanová, 2011), který je vyjádřen pocitem ženy, že zdravotníci (lékař) mají právo zasahovat do rozhodnutí ženy, ale především toto jimi formované rozhodnutí kontrolovat. Obava z autoritativního rozhodnutí pediatra (v neprospěch kojení) může být důvodem k rozhodnutí ženy při problémech nekontaktovat lékaře, ale řešit vzniklé problémy svépomocí. Vyhnou se tak obdržení autoritářského rozhodnutí, které by musely následovat a řídit se jím. Kromě svépomoci je další strategií jednání i kontaktování jiné osoby z okolí s prosbou o pomoc.

„Měla jsem strach, co mi řekne, třeba že mám přejít na tu umělou stravu. A pak dělat něco proti nějakému nařízen.“ (Nina, 33, 1 porod)

„Tak tam já jsem právě radši nešla. Jak jsem volala Tobě, tak jsem pediatra vůbec nezkoušela. Protože mi bylo jasný, že by mi rovnou řekli, že mám dokrmovat.“ (Nina, 33, 1 porod)

Dalším podkladem strategie žen, vyhnout se střetu s názorem autority, je zřejmě i jistá nedůvěra v to, že doporučení pediatra vedou ke kojení a jeho podpoře. Vycházejí ze zkušeností s pediatrickou péčí ve svém okolí a přesvědčení, že pediatr poskytuje pouze „učebnicové“ rady, které nemohou mít žádný efekt, místo praktických, které by jim v řešení problémů s kojení opravdu pomohly.

„Myslím si, že kdybych třeba přišla, že mi Matěj večer pláče, že mám pocit, že mám prázdná prsa večer, tak že mi řekne, ať ho dokrmím a ať mu k tomu přimíchám ještě něco.“ (Markéta, 31, 1 porod)

5.5 Protichůdné rady a jejich vliv na kojení

Častým tématem, které ženy ve spojitosti s podporou kojením řeší, je získávání rozdílných informací od zdravotníků. Z výpovědí žen vyplývá, že zejména v průběhu pobytu na oddělení dostávají od různých pracovníků různé informace. Pokud žena získá určité informace, které se však s jinou směnou a sestrou změní, pocituje nejistotu a je zmatená. Udílení protichůdných rad je, především pro prvorodičky, jednou z hlavních překážek úspěšného rozjezdu kojení. (Takács et al., 2015) Z výpovědí informantek lze usuzovat, že ženy proto hledají především jasnou a dobře vysvětlenou radu, kterou pokud pochopí, pomůže jim ke zklidnění a získání větší jistoty v dané otázce.

Se změnou směny může přicházet rozdílný přístup k řešení problémů. Příkladem je případ Eriky (29, 1 porod), která z důvodu nepřibírání malé dokrmovala odstříkaným mateřským mlékem pomocí prstu a stříkačky. Sestra z následující směny ji ovšem přesvědčila, že pokud stejně kojí pomocí kojícího kloboučku, může k dokrmu použít klidně i kojeneckou láhev. Pocit zmatenosti na základě získání protichůdných informací měla i Markéta (31, 1 porod). Jako příklad uvedla otázku vhodného postupu pro odkrnutí dítěte. Jedna sestra instruovala k odkrnutí po nakojení z každého prsa, druhá sestra naopak doporučovala odkrkat až po vystřídání u obou prsou, a to z toho důvodu, aby se dítě neunavilo, neusnulo a mělo ještě zájem pít.

Na základě těchto zkušeností měly ženy pocit, že sice radu či informaci od zdravotnického personálu obdrží, ale v několika variantách a vždy s odůvodněním, proč je zrovna takový postup vhodný. To je v situaci, kdy ženy potřebují jasnou radu a účinnou pomoc vnímáno negativně. Východiskem je ověřování jednotlivých variant v praxi nebo hledání dalších pohledů na věc. Tak postupovala Markéta (31, 1 porod) v situaci, když zjistila, že z jednoho prsa odsává pouze krev. Byla ze situace velmi vyděšená a nevěděla, jak se má zachovat. Názory sester na postup, se lišily. Podle jedné měla přikládat k oběma prsům, aby potom malý druhou bradavku neodmítal, druhá sestra jí naopak řekla, že by „přeci taky nechtěla pít krev“. Markéta nevěděla, jak se rozhodnout a jaké rady uposlechnout. A protože jí nebyla vysvětlena příčina situace, kontaktovala sama svou známou z oddělení gynekologie, která jí poskytla bližší informace o fyziologii vzniku dané nepříjemnosti, nabídla jí jasné řešení situace a tím Markétě pomohla uklidnit se i pokračovat v kojení. Z tohoto příkladu vyplývá, že jasně vysvětlená a praktická rada,

oproti rozdílným a nepodloženým informacím, vede k uklidnění ženy, tím i snadnějšímu řešení vzniklé situace a může tak být strategií k podpoře kojení.

5.6 Pohledy na frekvenci a délku kojení

Běžně aplikovanou praxí, jak na oddělení šestinedělí, tak v péči pediatra, je stanovování časových doporučení týkajících se délky kojení a intervalů mezi jednotlivými kojeními. Časové omezování je však v rozporu s doporučeními *Deseti kroky k úspěšnému kojení*, která uvádějí potřebu podpory kojení dle potřeb dítěte, nikoli podle stanoveného harmonogramu. Ženy jsou však v reálu informovány o tom, že je vhodné kojít po dobu 10 minut z každého prsu a v časovém intervalu tří hodin. Argumentací personálu pro dodržování rozestupu 3 hodin je tvrzení, že pokud by byl interval mezi kojeními kratší, dítě by mohlo trpět bolestmi břicha. Navíc by mohlo chtít „za chvíli pít každou hodinu“. Argumentem pro kojení 10 minut z jednoho a 10 minut z druhého prsa je tvrzení, že děti jsou po 20 minutách sání již vyčerpané a unavené a dále již efektivně mateřské mléko nesají. Takováto tvrzení mohou v ženě samozřejmě vyvolat obavy, že pokud neuposlechne instrukcí personálu, způsobí svému dítěti bolest či fyzickou nepohodu, a mohou tak tato tvrzení mohou být důvodem k uposlechnutí doporučení personálu. Podobné tvrzení, které je však v zásadním rozporu se základními mezinárodními dokumenty na podporu kojení, uvádí i učebnice *Pediatric pro 2. ročník středních zdravotnických škol*⁴. Podle této publikace by kojení mělo trvat maximálně 15 minut, neboť převážnou většinu mléka dítě vypije do 5 minut. Autor dodává, že kojení trávající déle než 15 minut vede k tomu, že si dítě zvykne na prs jako na dudlík, což je považováno za velmi vážnou chybu. (Volf, 2003) Alarmující je, že takováto tvrzení jsou součástí učebnice pro střední zdravotnické školy. Lze tedy usuzovat, že tyto zásady jsou předávány studentům, budoucím zdravotnickým pracovníkům, kteří tyto nepravdy budou aplikovat v praxi. Existují naštěstí i osvětenější čeští autoři, kteří omezování délky kojení nedoporučují, naopak doporučují kojení bez předem pevně stanoveného řádu. (Roztočil et al., 2008) Délka jednotlivých kojení se totiž odvíjí od individuální a měnlivé potřeby dítěte, která je odvislá jak od techniky kojení, tak i od denní doby či růstové aktivity dítěte. (Weberová, 2004)

⁴ schválená dnem 29. května 2000 MŠMT k zařazení do seznamu učebnic pro střední zdravotnické školy.

Podle zkušeností informátorek jsou taková doporučení reprodukována jak na úrovni perinatální i pediatrické péče, tak na úrovni předporodních kurzů. Nejčastěji jsou však ženy o vhodném režimu kojení edukovány na oddělení šestinedělí.

„Měli jsme nějaký papíry a instrukce, že máme kojít po třech hodinách... A jedna sestřička řekla: „Musíte z každého prsu 10 minut a odstopnout.“ (Markéta, 31, 1 porod)

Podle informantek personál oddělení vyžaduje, aby ženy tyto stanovené intervaly dodržovaly. Důkazem vyžadování doporučených postupů je zkušenost Markéty (31, 1 porod), která z nějakého důvodu nakojila dříve než po protěžovaném intervalu tří hodin. Reakcí sestry bylo „sprdnutí“ Markéty a snaha o její vystrašení argumentem vzniku možných bolestí břicha dítěte. Ženy s informací o délce kojení a intervalech mezi kojeními, nakládají různým způsobem. Strategie jednání se liší v míře následování instrukcí zdravotnického personálu v poměru s respektováním potřeb dítěte. Kamila (29, 1 porod) dodržovala doporučený interval 3 hodin. Chtěla „mít režim“ a tak kojila během dne v předem určené hodiny a v intervalu 3 hodin od předchozího kojení. V noci pak kojila nejdříve po 2 hodinách. Babeta (34, 2 porody) kojila také pravidelně, přibližně po 2-3 hodinách, částečně se však řídila potřebami dítěte a to na základě zkušeností z kojení prvního dítěte, kdy kojila vždy po hodině nebo hodině a půl. Naopak Agáta (32, 1 porod), Linda (35, 1 porod) a Markéta (31, 1 porod) se zcela řídily tím, jak „chtělo dítě“ a doporučený interval nedodržovaly, kojily vždy, když se dítě ozvalo a mělo hlad. Zajímavé je zjištění, že v poslední skupině žen, které se při načasování kojení řídily především potřebami dítěte, jsou dvě ženy, které své děti, v době konání rozhovoru, kojily ještě ve věku 21 měsíců. Pro účely potvrzení platné korelace mezi kojením dle potřeb dítěte a úspěšným, dlouhodobým kojením by však musela být realizována kvantitativní studie opírající se o reprezentativní vzorek respondentů.

Názor žen na kojení v intervalech respektujících potřeby dítěte se může vyvíjet v čase. Právě Markéta (31, 1 porod) se v počátcích kojení nejprve řídila doporučením kojít po 3 hodinách, 10 a 10 minut z každého prsu řídila. Po nějakém čase ovšem zjistila, že se malý pravidelně budí o něco dříve a je nespokojený. Nejprve situaci ignorovala, při opakování situace však zareagovala na potřeby dítěte a nakojila přibližně o půl hodiny dříve. Zjistila, že dítě je klidnější, a tak přestala na tříhodinovém intervalu i doporučené délce kojení trvat. Markéta v praxi ověřila, že respektování a citlivé vnímání potřeb dítěte v otázkách kojení funguje a má svůj význam, zejména v dlouhodobém horizontu kojení. Kamila význam respektování potřeb dítěte v otázkách kojení vidí až zpětně. S odstupem

času hodnotí kategorické trvání na tříhodinovém intervalu mezi kojeními jako možnou příčinu neúspěšného kojení. Příběh Markéty a Kamily se liší v míře schopnosti odhadnout potřeby dítěte a reagovat na ně. Otázkou zůstává, zda je tato schopnost individuální složkou osobnosti ženy nebo okolními faktory vyvolaná dovednost.

„Takže jsem to začala dělat jinak, netrvala jsem na těch 3 hodinách a pak se to třeba i ustálilo na dvou hodinách, když bylo léto tak třeba i po hodině nebo hodině a půl. Takže koukat na to miminko a ne na rady sester.“ (Markéta, 31, 1 porod)

„Tentokrát bych se na to vyprdla a dělala to podle toho dítěte a tolik to nehrotila. Řekla jsem si třeba v noci, že mu třeba nedám dřív jak po 2 hodinách. Možná by to bylo lepší, tolik by neřval a možná, že kdybych mu dala, tak kojím dýl.“ (Kamila, 29, 1 porod)

5.7 Vliv pobytu v nemocničním zařízení na psychiku ženy

Z výpovědí informantek vyplývá, že je pro ně pobyt v neznámém a neklidném prostředí nemocnice stresující a unavující. Důvodem jsou pocity nedostatku soukromí, nedostatečného prostoru k odpočinku a neustálého vyrušování. Pobyt v prostředí nemocničního zařízení ženy vnímají jako nedílnou součást porodu. Ženy se však těší na to, až toto prostředí opustí. Po návratu domů si slibují lepší možnost odpočinout si a kvalitně se vyspat. Přesun do domácího prostředí vnímají a popisují jako významný faktor podpory laktace. To ve své studii potvrzuje i Takács (2015).

K pocitům vyvolávající stres z prostředí, podle informantek, mohou přispět zdánlivé maličkosti. Může to být například povinnost mít zapnuté nepříjemně svítící světlo během noci. Díky němu například Agáta (31, 1 porod) nebyla schopná kvalitně spát a cítila se tak vyčerpaně. Kladně je naopak hodnoceno hezké a příjemné prostředí nemocnice a komfortně řešené dispozice porodnice a porodních boxů.

Ženy jsou na standardních pokojích ubytovány ve dvojici s jinou maminkou. Ve většině případů jde o neznámou ženu. Informátorky popisují, že je důležité, zda si se spolupacientkou „sednou“ či nikoli. Pokud ano, žena navázaný kontakt a přítomnost spolupacientky hodnotí kladně, především z důvodu možnosti sdílet emoce a zážitky spojené s porodem a péčí o novorozence a být si vzájemně podporou. Pokud je tomu naopak a ženy po celou dobu pobytu trpí nepříjemnými pocity díky až „nepřátelskému prostředí“. Vše se stupňuje s návštěvami spolupacientky, které za ní přicházejí. Ženám není příjemná přítomnost cizích osob při intimnostech, ke kterým řadí právě kojení, ale například i odcházení očístků tak, jak to popsala Patricie (32, 1 porod). Z těchto důvodů jsou některé ženy na pokoji raději samy a východiskem je pro ně zaplacení si pobytu na nadstandardním pokoji.

Patricie na oddělení šestinedělí ležela v době chřipkové epidemie a zákazu veškerých návštěv. Na jednu stranu byla ráda, že nemusí řešit otázku prožívání intimností v přítomnosti cizích osob, ale na druhou stranu postrádala kontakt s blízkou osobou, zejména s manželem. Přítomnost partnera je pro ženy důležitá po dobu celého pobytu v zařízení. Vše začíná potřebou mít partnera přítomného u porodu. Markéta si přítomnost svého partnera přála i u porodu císařským řezem, který byl plánovaný v epidurální anestezii. Z důvodu, že manželova přítomnost během operace byla zamítnuta, Markéta se

„srabácky“ rozhodla pro porod v celkové anestezii. Také Erika (29, 1 porod) ocenila přítomnost manžela při porodu a prožívání porodních bolestí.

5.8 Kojení a otázka jeho dostatečnosti

Velká pozornost kojení v rámci systému zdravotní péče je věnována především v souvislosti se sledováním přírůstků váhy dítěte. Ze zkušeností informantek se zdá, že spíše než samotný fakt kojení, je v popředí zájmu zdravotnických pracovníků hledisko přibývání dítěte na váze. Pokud dítě adekvátně přibírá a děje se tak na základě kojení, je žena pochválena, že „je to dobře, že kojí“. Pokud však kojí a váhové přírůstky nejsou adekvátní očekávání, okamžitě je ze strany personálu uvažováno o tom, zda je kojení opravdu to nejlepší pro dítě a zda by nemělo být nahrazeno dokrmou umělým mlékem. Ženy na základě takové reakce začínají pochybovat, zda kojením a mateřským mlékem dávají svému dítěti opravdu to nejlepší a vyúsťují až v pochyby ženy o její schopnosti naplnění role matky i jakéhosi ideálu mateřství. Je tomu tak zejména z důvodu pocitů ženy o vlastní neschopnosti zajistit svému dítěti dostatek živin pro správný růst a vývoj. To potvrzují i výsledky studií, které popisují tendenci ženy k negativnímu sebehodnocení právě z důvodu nedosažení idealizované představy mateřství (Taylor, Wallace, 2011) a z důvodu neschopnosti přirozeně nasytit své dítě, která je spojena s pochybami o naplnění role matky. (Hrešanová, 2011)

Otázku schopnosti nakrmit své dítě ženy řeší jak v počátcích péče o novorozence (v období těsně po porodu), kdy zřejmě nejsou schopny dobře rozpoznat, jestli se dítě dobře najedlo a je spokojené, tak i v průběhu péče o něj- pokud začne být dítě neklidné a pláče. Pláč dítěte totiž v ženách evokuje pocit, že je něco špatně právě z hlediska kojení. Podle Weberové (2004) jsou však mnohé fyziologické projevy dítěte přisuzovány právě otázce kojení a jeho dostatečnosti. Pláč a křik dítěte podle ní, mezi tyto fyziologické projevy lze zařadit. To potvrzuje i Markéta (31, 1 porod) svou zkušeností, ve které popisovala, že pokud by nebyla dostatečně informována o tom, že pláč dítěte může být i jiným projevem, v jejím případě prvkem laktační krize a růstového spurtu, pláč by jistě přisuzovala nedostatečnosti kojení a reakcí by bylo podání dokrmu umělého mléka. Zdůrazňuje tak význam informovanosti ženy o možných problémových situacích, které se při kojení běžně vyskytují, ale není na ně nutné ihned reagovat zavedením dokrmu. Další zajímavou otázkou je mechanismus, kterým tyto pochyby o kojení ve spojení s pláčem dítěte, vznikají. To, že dítě plakalo, zažila Agáta (32, 1 porod). Podle jejích slov ji však ani

nenapadlo, že by příčina pláče mohla být v kojení. Jako důvod uvádí fakt, že ji tyto dvě věci nikdo nikdy nedal do spojitost. A tak v kojení pokračovala, bez toho aniž by pochybovala o dostatečnosti kojení a aniž by zkoušela dítě dokrmit. Kamila (29, 1 porod) ale postupovala rozdílně. Z důvodu pláče a křiku malého a vlastní nejistoty v otázkách dostatečnosti kojení, jej dokrmila umělým mlékem. Agáta oproti Kamile, která kojila pouze do 4 měsíců věku, kojila ještě v době konání rozhovoru, tzv. ve věku 15 měsíců dítěte. Z komparace těchto dvou zkušeností vyplývá, že pokud by ženy byly dobře informovány o fyziologických projevech dítěte, nedošlo by k zavedení dokrmu umělým mlékem a tak zřejmě i k předčasnému ukončení kojení. Kamila (29, 1 porod) však dokrm umělým mlékem popsala jako významný faktor, který přispěl k jejímu zklidnění nejen z důvodu uklidnění malého, ale i z důvodu vlastního klidu, plynoucího z pocitu dostatečného nasycení dítěte. K tomu, podle Kamiliny výpovědi, pomohla vizualizace množství vypitého mléka v láhvi, které je, oproti množství vypitého mléka z prsu, možné kvantifikovat. Potřeba kvantifikace a ujištění, že množství vypitého mléka je pro dítě dostatečné, může vysvětlovat i kladné hodnocení vážení před a po kojení na oddělení šestinedělí, kdy ženy ocenily především okamžitou zpětnou vazbu na množství vypitého mléka a okamžité získání vypovídající hodnoty o dostatečném/ nedostatečném kojení.

Jako jednu z příčin obav o vlastní schopnost zajistit svému dítěti dostatek živin pro správný růst a vývoj, ženy popisovaly sledování váhových přírůstků jako hlavní podmínky propuštění z oddělení šestinedělí do domácího ošetření. Pokud v tzn. „rozhodný den“, kdy může být žena a dítě propuštěna do domácí ošetření⁵ dítě nepřibývá na váze, přicházejí na řadu právě pochyby o dostatečnosti kojení a tím i prohlubování problémů s kojením. Je to i díky nutnosti prodloužení pobytu v zařízení, který je pro ženu sám o sobě stersující.

„Já jsem vlastně byla poprvé v nemocnici, takže už to pro mě bylo náročné. A ona nepřibrála. Pro mě to byl hroznej šok, nesla jsem to strašně špatně psychicky.“ (Erika, 29 let, 1 porod)

Okamžitým vyústěním této situace je totiž podle zkušenosti informantek, vedle pravidelného sledování váhy před a po nakojení a tím sledování množství vypitého mléka, zavedení rutinního postupu dokrmování dítěte náhradním umělým mlékem v lahvi.

⁵ Ženy po přirozeném porodu jsou propouštěny zpravidla 3. den (po 72 hodinách), ženy po císařském řezu 5. den.

Mechanismus vážení před a po každém kojení není informantkami vnímán nijak negativně nebo jako stresový faktor. Naopak je to metoda, která vede k jistému uklidnění matky, že dítě nestrádá a bude dostatečně nakrmeno. Toto zjištění však nekoresponduje se zjištěními Takács (2015), která naopak uvádí, že vážení před a po kojení rodičky, účastníci se její studie, označovaly za nepříznivý faktor podpory kojení. Naše informantky by naopak dokonce, podle svých slov, uvítaly, pokud by vážení před a po kojení bylo zavedené jako běžná praxe v rámci péče na oddělení. Vážení totiž vnímají jako okamžitou zpětnou vazbu na snahu o kojení a jeho výsledky. Ženy jsou také přesvědčeny, že by převažování mohlo sloužit jako včasná diagnostika problémů s kojením a mohlo by být proto součástí běžné praxe na oddělení. Zjištění Takács (2015) lze však aplikovat na vnímání sledování váhového přírůstku a jeho významu jako rozhodujícího faktoru o propuštění ženy a dítěte do domácího prostředí.

K jiným alternativám řešení, oproti zavedení lahve a pravidelného vážení před a po kojení, podle výpovědí informantek, nedochází. Doporučení používání kojenecké láhve personálem ženy obvykle akceptují. Důvodem může být pocit, že je to řešení vzniklé situace a že pokud doporučenou strategii budou aplikovat, dojde k nárůstu váhy dítěte a žena bude moct být propuštěna do domácího ošetření.

„Na pokoji jsem měla kamarádku a těm ta laktace nabíhala dýl. Mazlili se s ní první den a pak už přinesli flašku a nazdar bazar.“ (Markéta, 31, 1 porod)

„A já říkám: „A tak jo, dáme jí to z flašky, ono to bude snadnější a bude to všechno super.“ (Erika, 29, 1 porod)

Podle *Deseti kroků k úspěšnému kojení* by však zavedení dokrmu umělého mléka mělo být v zájmu podpory kojení aplikováno pouze v lékařsky indikovaných případech. Těmi podle dokumentu *Kojení donošených novorozenců* (Mydlilová, 2011) jsou:

- poporodní váhový úbytek 10 % porodní hmotnosti dítěte a vyšší a opožděný nástup laktace (více než 5 dní)
- vážné onemocnění na straně matky nebo dítěte
- hypotrofický novorozenec

Ze zkušeností žen vyplývá, že zavedení dokrmu umělým mlékem v kojenecké láhvi je důvodem neúspěšného kojení. Takács (2015) Proto pokud je dokrmování aplikováno, rozhodně by tak nemělo být učiněno pomocí kojenecké láhve. Vhodnější variantou je zvolení některé z alternativních metod dokrmu. (Weberová, 2004) Alternativní metoda dokrmu pomocí stříkačky byla původně zvolena v případě Eriky (29, 1 porod). Tu Erice

doporučila „jedna mladá sestřička, která, bylo vidět, se o kojení zajímala“. Po výměně směny sester však bylo Erice vysvětleno, že použitím kojenecké láhve k dokrmu už nic nezkazí. Takové doporučení je opět hrubým porušením doporučení *Deseti kroků k úspěšnému kojení*. Vysvětlením jsou zřejmě silně zakořeněné rutinní postupy, jejichž používání však sestrami není reflektováno ve světle aktuálního vědění o vhodných postupech vedoucích k podpoře kojení.

Ze zkušeností informantek však nevyplývá, že by zavedení dokrmu v láhvi čerstvě po porodu, na oddělení šestinedělí, bylo nutně příčinou neúspěšného kojení. Erika (29, 1 porod) i Patricie (32, 1 porod) nakonec úspěšného kojení dosáhly, i přes zavedení dokrmu a používání kojenecké láhve již na oddělení šestinedělí. To, že je možné se po zavedení lahve vrátit k plnému kojení, potvrzuje i Weberová (2004). Dodává ale, že je to náročný úkol vyžadující právě aktivní snahu matky. Tyto důkazy však také do jisté míry vypovídají o tom, že by zvolením jiné intervence ze strany zdravotnického personálu, než krmení kojeneckou lahví, dost pravděpodobně mohlo dojít k dosažení úspěšného kojení již na oddělení šestinedělí. V konkrétním případě Eriky totiž nebyl příčinou zavedení kojenecké láhve nedostatek vlastního mléka. Erika vlastní mléko odstříkávala v dostatečném množství. Příčinou zavedení láhve byl pouhý fakt nepřibývání malé na váze. Vhodná intervence vedoucí k úpravě techniky kojení a tím podpoře sání dítěte, by tak v tomto případě byla dost pravděpodobně dostatečná k nápravě stavu a odložení kojenecké láhve.

Oproti zavedení dokrmu umělého mléka kojeneckou lahví v období krátce po porodu je mnohem závažnější (myšleno ničivější z pohledu dosažení úspěšného kojení) doporučení zavedení dokrmu náhradou umělého mléka na úrovni pediatrické péče. V případě, že je zhodnoceno kojení jako „nedostatečné“ i na této úrovni systémové péče nedochází k doporučení jiných alternativních postupů.

Důležitou součástí kontrol u pediatra je převážení dítěte a zhodnocení jeho přírůstku. Při prvních kontrolách, které přicházejí vzápětí po odchodu z nemocnice, je pozornost zaměřena na fakt, zda dítě přibývá. V průběhu dalších kontrol v ordinaci pediatra dochází k podrobnějšímu sledování a hodnocení váhového přírůstku. Pokud je váhový přírůstek nízký nebo nižší v porovnání s předchozími přírůstky dítěte, dítě je pozváno k další návštěvě na převážení a zvážení množství vypitého mléka při kojení.

„Sestře se zdálo, že málo přibyl na váze. Tak jsem tam musela přijít a udělali jsme to, že jsem tam přišla před kojením, ona ho zvážila, nakojila jsem, ona zvážila a řekla: „Jo, on vypil málo“. (Darina, 42, 2 porody)

Weberová (2004) tento způsob zhodnocení kojení tzv. „kontrolním vážením“ hodnotí jako nesmyslný. Vysvětlením je rozdílný rytmus potřeby žízně a hladu dítěte v průběhu dne. Jednorázové kontrolní vážení tak nemůže plně reflektovat celkový stav kojení. Významným faktorem, který ovlivňuje výsledné množství vypitého mléka, je také stres matky, jehož zdrojem je tlak na nakojení co největšího množství mléka, neobvyklá poloha při kojení a neznámé prostředí ordinace. Linda (35, 1 porod) kvůli nedostatečnému přibírání malé na váze kontrolní převážení u pediatra absolvovala pravidelně. Do ordinace docházela 1-2 x do týdne za cílem zjistit, kolik malá při kojení vypije a zhodnocení, zda dítě přibývá tolik, kolik by mělo. Přibývání je často hodnoceno v týdenním hmotnostním přírůstku. Podle Weberové (2004) však hodnocení pouze týdenního přírůstku nemůže vypovídat o dostatečnosti nebo nedostatečnosti kojení. To je potřeba hodnotit v kontextu percentilových tabulek. I přesto je však, podle informátorek, takové hodnocení praxí, se kterou se v pediatrické péči setkaly. S kontrolním převažováním, z důvodu podezření nedostatečnosti kojení, stejně tak jako se zhodnocením týdenního přírůstku, se v praxi pediatrické péče setkala Markéta (31, 1 porod). Na základě těchto zjištění jí byl doporučen dokrm umělým mlékem. Markéta však s touto interpretací nebyla spokojena a sama si daná zjištění ověřila pomocí percentilových tabulek. Na základě práce s nimi zjistila, že růstová křivka malého je v pořádku a to proto, že percentilové tabulky zohledňují nejen absolutní příbytek na váze, ale i růst do délky, který byl u malého v pořádku. Toto zjištění jí uklidnilo a navrátilo sebedůvěru v sebe samu a její schopnost dítě nasytit. Pokud by se Markéta spokojila pouze s interpretací pediatra, východiskem by, podle doporučení pediatra, bylo právě zavedení dokrmu umělého mléka právě pomocí kojenecké láhve a pravděpodobně i postupné ukončení kojení.⁶

Formu doporučení umělé výživy ze strany pediatra v těchto situacích dokonce ženy vnímají spíše jako prevenci případných problémů a hájení vlastní zodpovědnosti pediatra za zajištění stavu výživy kojence než jako nutný krok. O tom vypráví zkušenost Dariny (42, 2 porody). Vzorek umělé výživy jí byl navíc podán zdarma. Takové jednání zdravotníků je však hrubým porušením doporučení stanovených *Kodexem marketingu náhrad mateřského mléka*.

(Pediater): „Tak si ho vezměte pro jistotu, kdybyste náhodou potřebovala, tak aspoň poznáte a budete vědět, jestli to mlíko chce nebo nechce.“ (Darina, 2, 2 porody)

⁶ Markéta malého kojila ještě v době konání rozhovoru, tzn. ve 21 měsících věku dítěte.

Exaktně správným způsobem, jakým lze objektivně zhodnotit kojení v případě podezření na nedostatečnost kojení, je sledování množství vypitého mléka za dobu 24 hodin a to nejlépe několik dní po sobě. Součástí metody je i sledování počtu pomočených plen a eventuálně i stoliček. (Weberová, 2004) Na význam počtu pomočených plen a stoliček, jako vypovídajícího parametru, svědčícím o dostatečnosti nebo nedostatečnosti kojení, upozorňuje i dokument *Kojení donošených novorozenců*. (Mydlilová, 2011) Potvrzením fungování metody sledování množství vypitého mléka za 24 hodin je zkušenost Dariny (42, 2 porody). Z důvodu podezření na zánět močových cest malého byla Darina společně s dítětem hospitalizována na dětském oddělení v nemocnici. Ošetřující sestře se svěřila, že by na základě doporučení pediatričky měla sledovat množství vypitého mléka a váhové přírůstky. Zdravotní sestra proto Darině zajistila kojeneckou váhu. Sestra navíc propočítala, kolik je minimální potřebné množství mléka, které by měl malý vypít za den (24 hodin) pro zajištění optimálního váhového přírůstku. Vysvětlila jí také, kolik je optimální váhový přírůstek. Darina dostala za úkol vážit před a po kojení a spočítat celkové množství mléka vypitého za 24 hodin.

„Ona mi vysvětlila, že minimum je aby přibral půl kila za ten měsíc. On přibíral asi 600 g. Tak mi propočítala, že na tu jeho váhu by měl vypít asi 800 ml, myslím, za ten den. No a on v průměru vypil 880 ml nebo 900 ml.“ (Darina)

Na základě objektivního zhodnocení množství vypitého mléka a zhodnocení, že je kojení dostatečné, bylo sestrou na dětském oddělení doporučeno, ať již neváží. Darina poté zpětně hodnotila přístup pediatra tak, že pokud by nedošlo k intervenci do kojení ze strany personálu dětského oddělení, „nechala by se zblbnout“ a naprosto zbytečně by dokrmovala mléčnou formulí. Vážením malého v průřezu celého dne také zjistila, že malý pil hodně v noci, a to například i 200 ml. Přes den pil například jen 70 ml. Takové množství, na základě něhož bylo Darině doporučeno zavést dokrm umělým mlékem, vypil malý zřejmě i při stěžejním převážení u pediatričky. V momentě, kdy pediatrička z kontextu celého dne vytržené množství zváženého vypitého mléka hrubě vynásobila počtem kojení za den, pak mylně zhodnotila reálně vypité množství mateřského mléka. Touto zkušeností se potvrzuje i tvrzení Weberové (2004) o tom, že aktuální potřeba žízně a hladu dítěte je během dne různá, a tak nelze celkové hodnocení kojení nelze na jednom vážení vytrženém z kontextu celého dne založit. Tento fakt potvrdila i ošetřující lékařka v nemocnici.

„Ta doktorka mi říkala, že to je to nejhorší, co může být, dojít na jedno kojení k doktorce a vážit, co vypije, když nemusí mít zrovna hlad. Může se chtít jenom napít na žízeň, a proto třeba může vypít jen těch 70 ml.“ (Darina, 42, 2 porody)

Darina (42, 2 porody) celou situaci zhodnotila jako „za zbytečně vyhrocenou“. Mnohem pozitivněji by hodnotila fakt, pokud by s ní pediatr nebo sestra v klidu promluvily a vysvětlily by jí veškeré aspekty daného problému/ zjištění. Také by uvítala, pokud by s ní probraly aspekty kvality kojení- jak často kojí a jakým způsobem kojí. Právě podporující přístup jako podpůrný faktor kojení, uvádí i Takács (2015). I přesto že se jedná o kontext porodní péče, lze předpokládat, že takový přístup by k podpoře kojení vedl i na úrovni pediatrické péče. To, že má v reálu pediatrická péče podobu pouze zjištění aktuálního způsobu výživy dítěte, bez návaznosti nějaké intervence ze strany pediatra na toto zjištění, je podrobněji popsáno v kapitole 5.9. Délka kojení a její podpora.

Absolvování převážení v ordinaci pediatra je, v porovnání pravidelného převažování a před a po nakojení na oddělení šestinedělí, ženami vnímáno jako stresová situace. Zde totiž motiv převážení nevede k pocitu uklidnění z okamžité zpětné vazby a ujištění o dostatečné schopnosti krmit vlastní dítě, ale v kontextu vytržené hodnoty zváženého množství vypitého mléka naopak k pochybnostem ženy o vlastních schopnostech a naplnění role matky. To koresponduje i se zjištěními Takács (2015).

Další strategií řešení pediatrem, v případě kdy zhodnotí váhový přírůstek dítěte jako nedostatečný, je u dětí, které jsou staré 4 měsíce a výše, doporučení zavedení příkrmu. Takové doporučení je však v přímém rozporu s doporučením WHO, které říká, že výlučné kojení by mělo trvat po dobu prvních 6 měsíců věku dítěte. Doporučení o zavedení příkrmů u jinak plně kojeneho dítěte mladšího 6 měsíců dostává žena i v případě, pokud se dítě budí v noci častěji, než „by mělo“. Vina buzení dítěte v noci je, podle zkušeností infomantek, automaticky přikládána kojení a je pochybováno o jeho dostatečnosti. Takové tvrzení se však ze zkušenosti Dariny (42, 2 porody) nepotvrdilo:

„A že to je málo, že už by měl vydržet, tak ať zkusím kaši a takový. Tak jsem to zkusila. Ale že by se to nějak extrémně změnilo, to ne.“

5.9 Délka kojení a její podpora

Ženy o tom, jak dlouho budou své dítě kojít, přemýšlejí ve velmi krátkém horizontu. Horizont kojení stanovují na 3 nebo 6 měsíců, maximálně 1 rok, což popisují jako „ten největší kalibr“. Ženy se dokonce domnívají, že se „kojí první 3 měsíce a pak se dává umělý mlíko“ nebo se po půl roce kojení „prostě dává flaška“. To svědčí o nízké úrovni informovanosti žen o kojení, které by podle WHO mělo být v prvních 6 měsících života výlučné a s příkrmy pokračovat až do 2 let věku dítěte.

Ženy, které kojí déle jak rok, pociťují, že ve svém okolí vyvolávají až pocity údivu a překvapení. Dlouhodobé kojení je společensky rozdílně vnímaný jev. Ženy při kojení staršího dítěte, batolete, vnímají až negativní reakce okolí na takové kojení. Jsou označovány za „kojné“ a pociťují, že by okolí očekávalo spíše stud a snahu schovat se, nežli kojít veřejně. Podle studií je tento jev typický pro země s nízkým podílem kojených dětí a rozvinutou populací. Ženy, které kojí na veřejnosti, jsou hodnoceny jako exhibicionistky s nedostatkem respektu vůči sobě samým. (Grant, 2016)

Na druhou stranu je společností tlak na dlouhodobé kojení vyvíjen. Důvodem vyvíjení tohoto tlaku je zřejmě právě doporučení WHO. V extrémním případě se ve vyvíjení společenského tlaku na dlouhodobost kojení mohou objevit prvky tzv. *laktivismu*, tedy upřednostňování kojení za jakýchkoli okolností, bez ohledu na důsledky pro ženu nebo dítě, ať psychické, finanční či zdravotní. (Goldberg, Cauterucci, 2015) Zkráceně jej můžeme vystihnout jako kojení za každou cenu. V tomto případě jde především o zachování kojení jako dogmatu, a to i v případě, pokud by význam jeho výhod nedosahoval významu jeho (negativních) důsledků. Takové zachování kojení je, spíše než s výhodami pro ženu a dítě, spojeno s bezohledným naplněním společenského vnímání kojení jako ideálu mateřství a kladení vysokých nároků na ženu. V případě tématu dlouhodobého kojení se laktivismus může projevit ve společenském protěžování dlouhotrvajícího horizontu kojení za cenu nenaplnění potřeb ženy. Těmi je, podle výpovědi informantek, například potřeba seberealizace a potřeba „volně dýchat“. Pokud žena dlouhodobě kojí, je vyžadována její přítomnost u dítěte zejména ve večerních hodinách, má tak omezenou možnost realizace svých vlastních aktivit. Žena pak své dítě, v extrémním případě, vnímá „jako kouli u nohy“. Proto pokud ženy společenskému tlaku nepodlehnu, samy extrémně dlouho protražované kojení odmítají.

Ze zkušeností žen vyplývá, že stanovení horizontu kojení je často postaveno na zkušenostech jejího okolí. Pokud v ženě okolí nikdo nekojí dlouhodobě, má pocit, že právě doba kojení pár měsíců po porodu, je naprosto dostačující. Téma délky kojení se dokonce stává jakousi malou soutěží mezi ženami. Délku vlastního kojení ženy totiž často srovnávají s průměrnou délkou kojení ve svém okolí a hodnotí, zda tento „průměr“ překonaly nebo ho alespoň dosáhly. I zde tedy lze vliv společnosti, byť liberálnější, vycítit.

V průběhu času kojení některé ženy začínají více vnímat výhody, které jim kojení přináší a tyto výhody se stávají důvodem k prodloužení původně stanovené délky kojení. Prodloužení horizontu kojení najednou pozbývá časového vymezení (do jakého věku dítěte žena bude kojit) a převažuje touha ženy pokračovat tak dlouho, jak jen to půjde. Oproti extrémnímu případu s prvky *laktivismu* zde však není důvodem k dlouhodobému kojení společenský tlak, ale vnitřní motivy ženy. Vnímána je především dimenze nenahraditelnosti samotného aktu kojení, který nelze zastoupit jinými mechanismy, i vliv kojení na psychiku a náladu dítěte. Uvědomění si nenahraditelnosti kojení ve vztahu ke zdraví je také mnohem silnějším motivem než pocity únavy a vyčerpání. Pocit únavy a vyčerpání je s mateřstvím bezesporu spojen. Únava a vyčerpání jsou důvodem k ukončení kojení až ve 40 % případů. (Wang, 2014) Nicméně právě plné vnímání výhod kojení může být zdrojem vzniku převahy nad vnímáním pocitů únavy do takové míry, že žena pocity únavy a vyčerpání, oproti touze udržet laktaci, považuje za méně významné. A i přes tyto negativní pocity se rozhodne v kojení pokračovat. Zde se ukazuje, že dostatečné uvědomění si výhod, respektive informovanost o výhodách kojení, může být důležitým faktorem ke kojení v dlouhodobějším horizontu.

Pokud ženy nenaleznou vnitřní zdroj motivace k dlouhodobému kojení, jako zdroj vnější motivace se nabízí pediatrická péče, která přebírá dohled nad výživou dítěte po jeho propuštění z nemocnice a trvá až do věku 18, resp. 19 let. Podle Eriky (29, 1 porod) v jejím případě pediatr svou roli sehrál, a to z důvodu, že se snažil ohledně kojení udělit praktické rady a také při řešení problémů s výživou nebo pitným režimem nejednal na úkor kojení. To se konkrétně ukázalo v momentě, kdy si Erika postěžovala na, podle jejího malé, množství tekutin, které dítě vypije. Pediatr jí namísto pochybností o kojení doporučil, u jinak prospívající dítěte, nepanikařit a tolerovat dané množství přijímaných tekutin.⁷

⁷ Doporučené množství tekutin pro 2 leté dítě je 115-125 ml na kg váhy. (Ludvíkovská, 2016), Erika uvedla vypité množství na cca 300 ml.

Příklad tedy potvrzuje, že pokud pediatr udílí praktické rady ženě ve spojitosti s kojením a nejedná přitom na úkor kojení, má to za výsledek vnější motivování ženy k dalšímu kojení (resp. neukončení kojení).

Z rozhovorů však vyplývá, že v jiných případech pediatři nejsou těmi, kteří by stáli za podporou žen v dlouhodobém kojení. Informantky mají pocit, že převážná část podpory kojení pediatrem je orientována především na dobu prvního půl roku života dítěte a v dalším období už na kojení „nezáleží“. Usuzují tak z toho, že při návštěvách pediatra není kojení žádným zvláštním způsobem „vyzdvihováno“ a nejsou připomínány jeho výhody a pozitiva, nejsou ani udílěny praktické rady ohledně kojení.

Jako výhody kojení ženy vnímají především pozitiva, která kojení přináší dítěti. Jsou to pozitiva jak zdravotní, tak psychosociální. Mezi zdravotní pozitiva ženy řadí pomoc při překonávání nemocí či růstu zubů. Velkou roli hraje přesvědčení ženy, že kojením dítěti poskytuje lepší ochranu před nemocemi, pomáhá mu budovat lepší imunitu a tak ho chrání. Pocit ženy, že kojením své dítě chrání je důležitým faktorem pro rozhodnutí kojít a v kojení pokračovat. To, že právě pozitiva pro dítě jsou v 89,8 % důvodem ke kojení, potvrzují i výzkumy. (Wang, 2014) Ženy přikládají kojení pozitivní význam i v otázkách nutnosti hospitalizovat dítě při průjmech a zvracení. To, že kojené děti jsou z důvodu střevních zánětů hospitalizovány méněkrát než děti, které nejsou kojeny, potvrzují i kvantitativní výzkumy. (Ball, Wright, 1999) Jako psychosociální rovinu výhod kojení pro dítě ženy vnímají snadnější zklidnění dítěte pomocí kojení. Vnímají také vliv kojení na náladu dítěte a jsou přesvědčeny o vlivu kojení na celkové chování dítěte. Pozitiva kojení však ženy vnímají i směrem k sobě samým. Je to především větší prožitek ze vzájemné blízkosti s dítětem a pocit spokojenosti a štěstí, které tento kontakt přináší. Toto zjištění koreluje s výsledky íránské studie, která zkoumala vztah mezi způsobem krmení dítěte a jeho vlivem na matčinu psychiku a psychologické dimenze prožívání života. Studie dospěla ke zjištění, že ženy, které kojí, prožívají kvalitnější život a dosahují lepšího psychického zdraví. (Bahadoran, Alijanpoor, Usefy, 2015)

„Když se třeba malý několikrát probere v noci kvůli zubům, nemá dudlík, tak je to jediná zklidňující věc.“ (Agáta, 32, 1 porod)

„Když je třeba po ránu morous a chci, aby se na mě usmál, tak ho nakojím a hned je líp.“ (Markéta, 31, 1 porod)

„Celkově je taková pohodová a myslím, že je to díky tomu kojení.“ (Erika, 29, 1 porod)

Podle výpovědí informantek pediatriká péče běžně věnuje pozornost kojení a způsobu výživy dítěte pouze v rovině zjištění aktuálního způsobu výživy dítěte a to bez jakékoli navazující intervence. Pediatr se ženy při návštěvě vždy zeptá, jestli kojí a pokud ano, tak jakým způsobem (plně nebo částečně). Zjištěné informace zapíše do zdravotního průkazu dítěte a karty dítěte. Ženy popisují, že jim dále nejsou nebo nebyly pokládány žádné další dopřesňující otázky nebo s nimi nebyly řešeny důvody daného způsobu výživy. Stejně tak je tomu i v situaci, pokud dojde ke změně kojení či jeho způsobu. Pokud žena, která kojila, vypoví, že nyní kojí jen částečně a například dokrmuje umělým mlékem, pediatr si zjištěnou informaci pouze zapíše, nedoptává se na okolnosti změny a také neinicuje jakoukoli intervenci. To je ze strany pediatra forma péče, která k podpoře kojení nevede.

„Pak už jsem akorát řekla, že nekojím. A nic.“ (Patricie, 32, 1 porod)

„No a pak jsem přišla s tím, že má občas flašku a pak jsem řekla, že má úplně flašku. Ale proč mam flašku občas jsme neřešily. Já jsem jí řekla, že jsem unavená... A ona se k tomu moc nevyjadřovala. Napsala si to.“ (Kamila, 29, 1 porod)

Další zdroje dlouhodobého kojení uvádí tři dlouhodobě kojící informátorky: Agáta (32, 1 porod), Erika (29, 1 porod) a Markéta (31, 1 porod). V případě Markéty to je, podle jejích slov, podpůrná facebooková skupina „Laktační poradkyně/poradci, zastánci a milovníci kojení spojme se :-)“. Markéta zde čerpala nejen inspiraci pro dlouhodobé kojení, ale i veškeré informace pro řešení problémů, které ve spojení s kojením vznikly. Podle svých slov, jsou si vzájemnou podporou pro dlouhodobé kojení i Erika (29, 1 porod) a Agáta (32, 1 porod). Společným znakem všech těchto informátorek je fakt, že mají, ať jakoukoli formou, ve svém okolí osobu nebo osoby, které dlouhodobě kojí. To je zdrojem vzájemné inspirace i podpory k dlouhodobému kojení. Takové chování má rysy utváření podpůrných skupin kojících matek, které jsou, i podle *Deseti kroků k úspěšnému kojení*, jedním z kroků důležitých pro úspěšnost kojení. Strategií k podpoře kojení, která by vedla k prodloužení horizontu kojení a zvýšení podílu dlouhodoběji kojených dětí, by tak mohla být systémová podpora vzniku podpůrných skupin kojících matek. To, že podpora kojení mechanismem „matka-na -matku“ (*mother-to-mother*) má svůj význam v ovlivnění podílu kojených dětí v populaci potvrzuje i případ Norska. (Ræstad, 2010) Studie, které se zabývají významem podpory kojení mechanismem „matka-na-matku“ (*mother-to-mother*) potvrzují, že význam má nejen podoba kontaktu „tváří v tvář“ (*face-to-face*), ale i podpora

prostřednictvím internetové sítě a sdružování kojících matek jejím prostřednictvím (Gribble, 2001), což v praxi potvrzuje právě i případ Markéty (31, 1 porod).

5.10 Role vlastní aktivity ženy v rámci systému zdravotní péče

Pro ovlivnění průběhu kojení hraje důležitou roli jakési vyvíjení vlastní aktivity matkou. V souvislosti s kojením ženy často řeší nějaké problémy, komplikace, nejasnosti nebo překážky. Podle studií je to případ až 30 % žen po propuštění z nemocnice (Schneidrová et al., 2005) Přístup žen v těchto situacích se však odlišuje v tom, jak jsou tyto problémy či komplikace řešeny, resp. jakou energii či aktivitu vyvine žena pro to, aby se situace zlepšila ku prospěchu kojení. Tato aktivita a hledání dalších možných pohledů a způsobů řešení vede k podpoře a zlepšení kojení. Naopak pasivita či neaktivita v hledání dalších možností řešení vede ke snížení či ukončení kojení. Pro vyhledání efektivní pomoci v rámci systému zdravotní péče musí být žena sama aktivní v hledání této pomoci a vyvíjet iniciativu vedoucí k jejímu nalezení. Pokud se spokojí pouze s některými získanými informacemi, aktivně nehledá další možnosti, který systém zdravotní péče nabízí, je tím úspěšnost kojení ohrožena.

Nedostatečnou aktivitou pro řešení situace je jistá stagnace v hledání dalších možností řešení problémů. To je případ Lindy (35, 1 porod), která řešila nedostatek mléka. Řídila se pomocí rad pediatřičky a dětské sestry a také běžně dostupnými informacemi z internetu, které však ke zvýšení laktace nevedly. Pomoc kamarádky, která jí předala kontakt na laktační poradkyni s doporučením na zkonzultování situace, považovala za zbytečnou. Rezignovala tak na hledání dalších možných řešení neúspěšného kojení, i když se případná pomoc jinde v nepřímé návaznosti na systém zdravotního péče nabízela.

Zpětně může žena neaktivitu při řešení problémů s kojením a výsledný neúspěch vnímat jako vlastní vinu. Například Kamila (29, 1 porod) popisovala, že pokud by byla aktivnější v řešení dané situace, kdy pocítovala nižší produkci mléka, v kojení by dost pravděpodobně pokračovala i nadále. Svou neaktivitu v situaci si částečně vyčítá, a to hlavně kvůli ztrátě blízkého kontaktu s dítětem i finanční stránce předčasného ukončení kojení. Pocity viny jsou studiemi popisovány hlavně ve spojení s nenaplněním idealizované představy mateřství. Ta je podle autorů vybudována díky velké propagaci kojení. Proto žena, která nekojí, může mít tendence k negativnímu sebehodnocení právě z důvodu nedosažení idealizované představy. (Taylor, Wallace, 2011) Do tohoto tématu dále vstupuje fakt, že kojení je vnímáno jako přirozený akt a pokud žena není schopna

kojit, má tendenci pochybovat sama o sobě a o své roli jako schopné matky. (Hrešanová, 2011) Pocity viny prožívala také Erika (29, 1 porod). Jejich zdrojem byl pocit nedostatečné přípravy v otázkách kojení. Pokud by totiž byla více připravena a informována, neuposlechla by rad zdravotnického personálu a jejich doporučení o zavedení dokrmu kojeneckou lahví, a nezpůsobila by si tím komplikace s kojením. Tyto pocity viny se tedy nevztahují k idealizovanému mateřství, ale k vlastní osobě ženy.

Naopak vysokou aktivitu v řešení problémů s kojením vyvinula Nina (33, 1 porod). Při problémech s odmítáním kojení kontaktovala nejprve lektorku předporodních kurzů. Získané rady ovšem nevedly k řešení situace, spíše ještě k většímu osobnímu vyčerpání Niny. I tak hledala další možnosti, jak situaci řešit. Pomocí internetu a stránek Laktační ligy nakonec kontaktovala laktační poradkyni. Celou situaci se nakonec povedlo zvládnout. Při řešení dalších obtíží, kdy bylo díky zhodnocení malých přírůstků na váze pediatrickou doporučeno předčasné zavádění příkrmů, Nina opět aktivně situaci řešila a učinila kroky k oddálení nutnosti příkrmy zavádět. Díky vyvinutí značné, vlastní aktivity a vyčerpání všech úrovní podpory kojení v rámci systému zdravotní péče, dokázala Nina překonat problémy, které se jí v období kojení naskytly a tak prodloužit dobu, po kterou kojila své dítě.

Zdrojem aktivity ženy pro intervenci vedoucí k úspěšnému kojení je schopnost vnímat své tělo, jeho signály a schopnost na jejich základě učinit rozhodnutí proti doporučeným postupům. S tím je zřejmě spojena i jistá míra sebevědomí ženy nebo vůle hledat vlastní řešení situace. Příkladem je například zkušenost Patricie (32, 1 porod) a Eriky (29, 1 porod), které po propuštění z nemocnice, z důvodu nepřibírání dětí, dokrmovaly kojeneckou lahví. Nutné je podotknout, že doporučený postup není v souladu s *Deseti kroky k úspěšnému kojení*. Obě ženy právě díky schopnosti vnímat své tělo, dostatečnou produkci mléka a schopnosti rozhodnout se, kojenecké lahve odložily a plně kojily po celou dobu prvních 6 měsíců věku dítěte. U Patricie to byla schopnost rozeznat okamžik „spuštění“ mléka, u Eriky rozhodnutí zkusit upřednostnit kojení z prsu před krmením odstříkaným mateřským mlékem kojeneckou lahví. Sebedůvěru správného řešení si Erika opět dodala svépomocí, a to zpětnou vazbou množství vypitého mléka prostřednictvím kojenecké váhy. V těchto případech systém zdravotní péče, informace podané zdravotnickým personálem či laktační poradkyní, nehrály žádnou roli. Roli hrála právě citlivost ženy vůči svému tělu a vlastním instinktům.

5.11 Podpora kojení mimo systém zdravotní péče

Ženy se v případě řešení problémů s kojením obrací pro pomoc i mimo systém hrazené zdravotní péče. Z výpovědí informantek vyplývá, že tak jednájí v případě, kdy mají pocit, že vyčerpaly všechny možnosti systémové péče, ale jejich problém nebyl vyřešen. Příkladem je zkušenost Agáty (32, 1 porod), která měla problémy s přibýváním malého po porodu na oddělení šestinedělí. Na oddělení z tohoto důvodu již strávila o den déle, než je standardní doba pobytu po vaginálním porodu, ale ani další den nedošlo ke zlepšení situace. Agáta z přístupu personálu cítila tlak na potřebu vytvoření volného lůžka z důvodu přeplněného oddělení. Také dostala ze strany personálu otázku: „Co s Váma?“. Ze situace byla zoufalá, podle výpovědi nepovažovala prodloužení pobytu na oddělení za přínosný, protože na ni „stejně neměli čas“, právě z důvodu přeplněného oddělení. Tyto pocity a okolnosti byly důvodem k rozhodnutí Agáty podepsat reverz k propuštění a kontaktování laktační poradkyně. Výsledkem intervence poradkyně, podle Agáty, byl především pocit uklidnění. Ten plynul především z informací, které od poradkyně obdržela a praktického nácviku pohodlnější polohy ke kojení.

„Uklidnilo mě to, protože mi bylo řečeno, že teda malej, že se rozkojí, že to není špatný, že pije dobře. A pak tím, jak jsme vážili a já jsem si ještě odsávala, tak to hodně pomohlo k tomu, že jsem se uklidnila. Prostě jsem věděla, že to mám pod kontrolou.“ (Agáta, 32, 1 porod)

Laktační poradkyni kontaktovala i Nina (33, 1 porod) a Erika (29, 1 porod), které řešily problémy s bojkotem kojení. Východiskem ze situace bylo nalezení vhodnější polohy ke kojení a v případě Eriky i úprava režimu, kdy si Erika, především v noci, nastavovala buzení tak, aby dodržela doporučený interval tří hodin mezi jednotlivými kojeními. Na základě doporučení poradkyně nově začala kojit podle potřeb dítěte. Na základě doporučení laktační poradkyně upravila své chování v otázkách kojení i Kamila (29, 1 porod). Z důvodu nespokojenosti a pláče dítěte a jejím obavám o dostatečnosti kojení, občas podala dokrm umělým mlékem. Po konzultaci s poradkyní Kamila upravila svůj pitný režim a podpořila laktaci odsáváním. Výsledkem bylo, že se „kojení opět rozjelo“ a dokrm nebyl potřebný. Darina (42, 2 porody) kontaktovala poradkyni z důvodu doporučení dokrmu mléčnou formulí pediatrickou. Tento krok nepovažovala za správný a dokonce pochybovala o jeho nutnosti. Podle jejích slov, se jí od poradkyně dostalo uklidnění, že je na umělé mléko ještě čas a naopak dostala doporučení, jak laktaci podpořit.

Zkušenosti žen ukazují, že poskytnutím praktické rady a vhodnou intervencí do techniky kojení či režimu ženy a dítěte, může dojít k úpravě laktace, podpoře kojení či obnově plného kojení a že kvalita poskytnutých informací je jedním z rozhodujících parametrů podpory kojení. (Takács et al., 2015) Forma přístupu a podpory laktačního poradenství v otázkách kojení se oproti péči poskytované v rámci systému zdravotní péče liší v několika parametrech. Oproti systémové péči ženy při řešení problémů s kojením neobdržely doporučení o zavedení dokrmu umělého mléka, ale naopak praktickou radu, čím laktaci podpořit. Rady a postupy, které informantky od poradkyně obdržely, odpovídaly doporučením WHO a UNICEF, zejména *Deseti krokům k úspěšnému kojení*. Ženy v komunikaci s poradkyní nepopisovaly prvky autoritářského či direktivního chování, stejně tak jako nucení k respektování rutinních praktik. Poradkyně naopak, podle zkušenosti žen, nabídla podporu a ujištění, že na ukončení kojení či zavedení dokrmu umělého mléka, je ještě čas. Přístup a forma poskytované podpory poradkyní nejvíce odpovídal ideám konzumerismu tak, jak jej popisuje Hrešanová (2011) v jejím pátém pojetí porodní péče. Důkazem je i ochota informantek si za služby poradkyně „příplatit“ (Hrešanová, 2011). Služby laktační poradkyně totiž nejsou hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění.

6 ZÁVĚR

Podpora kojení je poměrně široce zakotvené téma, které je obsaženo ve všech úrovních systémové péče o ženu a dítě. Proto uchopení tohoto tématu nebylo snadným úkolem. V práci jsem se však snažila zahrnout všechny aspekty ovlivňující tuto problematiku i využít zkušeností ze své praxe tak, aby se mi tento úkol podařilo splnit. Výsledkem je obraz podpory kojení v systému zdravotní péče z perspektivy ženy, který vypovídá o stavu podpoře kojení v praxi systémové péče ČR.

Diplomová práce reflektuje zkušenosti deseti žen s podporou kojení v rámci systému zdravotní péče v ČR. Cílem práce bylo zjistit jakých dimenzí a podob, z pohledu ženy, matky, podpora kojení na jednotlivých úrovních systémové péče o ženu a dítě nabývá. Mou snahou bylo celou problematiku zasadit do kontextu právního rámce legislativy ČR i mezinárodních doporučení týkajících se kojení a jeho podpory a v neposlední řadě i do kontextu teoretických konceptů odborné literatury.

Ze zkušenosti žen vyplývá, že realizace současné podpory kojení v praxi systémové péče, je stále ovlivněna historickými aspekty v organizaci zdravotní péče. Je tomu tak i přesto, že byla přijata mezinárodně uznávaná pravidla, která tyto postupy netolerují. V praxi se jedná zejména o tendence k separaci ženy a dítěte po porodu, podávání jiných tekutin, než mateřského mléka novorozencům, používání kojeneckých láhví k dokrmování novorozenců ve zdravotnickém zařízení i tolerování zavádění náhrad mateřského mléka v často neodůvodněných případech. Historickým pozůstatkem je i způsob komunikace zdravotníků se ženami, často vyjádřený direktivním a autoritářským jednáním zdravotníků. Současné ženy již takový způsob chování nechtějí přijímat. Oproti tomu chtějí být aktivním prvkem v systému zdravotní péče a chtějí se samostatně a informovaně rozhodovat o podobě poskytované zdravotní péče. Ženy vyjadřují i potřebu respektu jejich individuality a přání ze strany zdravotníků při volbě formy a způsobu zdravotní péče.

Z analýzy současně nastavené legislativy ČR, v kontextu přijatých mezinárodních dokumentů, vyplývá, že podpora a ochrana kojení není dostatečně zakotvena. V kontextu mezinárodního Kodexu marketingu náhrad mateřského mléka legislativa dostatečně neupravuje podmínky pro propagaci náhrad mateřského mléka. Důsledkem je například zveřejňování dokumentu doporučujícího náhrady mateřského mléka na webových stránkách České pediatrické společnosti. Zavedení pravidel *Deseti kroků k úspěšnému kojení*, které tvoří základ pro kvalitu péče o kojení zejména na úrovni perinatální péče, je

ponecháváno na dobrovolnosti jednotlivých zařízení. Mezinárodní dokumenty a jejich doporučení na podporu kojení nejsou zahrnuty ani v akčním plánu Zdraví 2020 na podporu zdraví populace v ČR v příštím období. Legislativa neupravuje ani péči o kojení na úrovni prenatální, perinatální či pediatrické péče a neukládá zdravotnickým pracovníkům žádné specifické povinnosti v otázkách péče o kojení. Ani odborné lékařské společnosti jednotlivých lékařských oborů péče o ženu a dítě kojení jednoznačně nepropagují, čemuž odpovídá i fakt zveřejnění propagace umělých formulí na webu České pediatrické společnosti. Alarmující je zjištění, že postupy a doporučení, které jsou v přímém rozporu s doporučeními obsaženými v mezinárodních dokumentech, jsou obsaženy v učebnici pro střední zdravotnické školy schválení MŠMT.

Zkušenosti žen s prenatální péčí vypovídají o nedostatečné podpoře kojení na této úrovni péče. Jedná se zejména o chybějící praxi ve vyšetřování stavu bradavek žen, jejichž nevhodný tvar, který lze v době těhotenství ještě dobře ovlivnit, může mít po porodu významný vliv na vznik problémů s kojením. Ženy ve vyprávěních zpětně litovaly, že je na tato fakta v těhotenství nikdo neupozornil, a to především z důvodu vzniku komplikací s kojením v období po porodu. Východiskem řešení problémů s kojením je pak často ze strany zdravotníků doporučení k používání kojících kloboučků, které je však v rozporu s *Deseti kroky k úspěšnému kojení*.

Pro ovlivnění úspěšnosti kojení hraje důležitou roli organizace oddělení z hlediska podpory kontaktu ženy a dítěte po porodu. Ženy popisovaly nedostatečnou podporu včasného kontaktu *skin to skin* po porodu i následnou separaci od dětí v případě porodu císařským řezem. Ženy vyjadřovaly nespokojenost s praxí, kdy jim byly děti, po porodu císařským řezem, pouze přivázeny k nakojení, a to párkrát a pouze během dne.

Dalšími popisovanými zkušenostmi byly okolnosti praktické ukázky techniky kojení na oddělení šestinedělí. Podle výpovědí informantek byl praktický nácvik kojení často nedostatečně ukázán a v několika případech navíc proveden necitlivým způsobem. Ženy tak během nácviku pociťovaly bolest způsobenou nešetrnou manipulací s prsy ze strany zdravotníků. Zaskočené byly i z necitlivého zacházení s novorozencem během nácviku.

Ženy často ze strany zdravotníků popisovaly direktivní a autoritářské chování. To se například na oddělení šestinedělí projevovalo v trvání zdravotníků na dodržování stanovené délky jednotlivých kojení a intervalů mezi kojeními. V pediatrické péči se ženy obávaly autoritářského rozhodnutí lékaře o nutnosti zavedení dokrmu náhradou mateřského mléka či příkrmu na úkor kojení, a to z důvodu zhodnocení nedostatečného

přibývání dítěte. Toto rozhodnutí bylo spojeno s pocitem ženy, že takové rozhodnutí musí respektovat a nemůže se proti rozhodnutí postavit v případě, pokud je jiného názoru.

Ženy se při průchodu systémem zdravotní péče často potýkaly s protichůdnými radami. Ty mnohdy vedly ke vzniku pocitů nejistoty, které, podle zjištění, mají negativní dopad na úspěšnost kojení. Negativní vliv na kojení ženy popisovaly v souvislosti s únavou a vyčerpáním. To pramenilo z pocitu nemožnosti dostatečně si odpočinout po dobu pobytu na oddělení šestinedělí.

Významným krokem, který vede k nepodpoře kojení, je tzv. kontrolní převážení v ordinaci pediatriů. Na jeho základě je ženám často doporučeno dokrmování dítěte náhradou mateřského mléka. Ze zkušeností žen však vyplývá, že toto zhodnocení nemá natolik vypovídající hodnotu, aby bylo důvodem k doporučení nahrazení kojení a mateřského mléka umělou formulí.

Dalším ze stěžejních témat je podpora kojení a jeho délky v dlouhodobém horizontu. Ta by měla být v kompetenci pediatrické péče. Zde se však ukazuje, že v rámci pediatrické péče dostatečně nefungují mechanismy, které by stoprocentně podporovaly plné kojení do 6 měsíců věku a společně s příkrmy do 2 let. V případě vzniku problémů s kojením, které jsou však v několika uvedených případech vhodnou intervencí řešitelné, totiž místo pomoci s kojením dochází ze strany pediatra k doporučení dokrmu umělým mlékem.

Významnou složkou podpory kojení se však, podle zkušenosti žen, zdá být podpora kojení mimo systém zdravotní péče. Tou je jak podpora formou laktačního poradenství, tak formou podpůrných skupin kojících matek. Zejména podpůrné skupiny či podpora blízkého okolí ženy se zdá být pro dlouhodobé kojení stěžejní.

Souhrnně lze říci, že podpora kojení v systému zdravotní péče není v současnosti dostatečně dobře nastavená a zavedená praxe a rutinní praktiky vždy nevedou k úspěšnému kojení. I přesto, že se daří kojení v mnoha případech úspěšně nastartovat a z českých porodnic odchází až 95 % kojených dětí, podíl kojených dětí v 6 měsících věku, který činí 40% (z toho je pouze 18 % kojeno plně), je tristní. Příčinami těchto výsledků jsou historicky zakořeněné postupy, které nevedou k podpoře kojení, necitlivý a nepodporující přístup zdravotníků v otázkách kojení a nedostatečné ošetření ochrany a podpory kojení legislativou.

Doporučením pro praxi je jednoznačně prolomení používání rutinních praktik a paternalistického přístupu zdravotníků k ženě. Toho by mohlo být dosaženo zlepšením ukotvení ochrany a podpory kojení v platné legislativě a stanovením povinností v otázkách

podpory kojení na jednotlivých úrovních systémové péče o ženu a dítě. Konkrétním doporučením pro zlepšení výsledků dlouhodobého kojení, resp. podílu kojených dětí v 6 měsících věku i věku pozdějším, je podpora vzniku a fungování podpůrných skupin kojících matek i podpora vlivu laktačního poradenství na podporu kojení v ČR.

LITERATURA

Addington, E. 2013. „Breastfeeding linked to healthy weight for mother and baby“. *Northeast Florida Healthy Start Coalition* [online]. [cit. 2016-06-04]. Dostupné z <<http://nefhealthystart.org/breastfeeding-linked-to-healthy-weight-for-mother-and-babyi/>>.

Ayers, S., R. de Visser. 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada, s. 339. ISBN 978-80-247-5230-3.

Bahadoran P, Alijanpoor M, Usefy A. 2015. „Relationship between infants' feeding pattern and mothers' physical and psychological health among the mothers covered by the health centers of Isfahan in 2013“. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online] (20): 216-220 [cit. 2016-05-11]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387646/>>.

Ball, T. M., A. L. Wright. 1999. „Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life“. *Pediatrics* [online]. 1999 (103): 870-876 [cit. 2016-05-12]. Dostupné z <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/Supplement_1/870>.

Braun, M.L.G. et al. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. *American Journal of Public Health* 93 (8): 1277-1279.

Breastcancer. 2016. Pregnancy History [online]. Ardmore: Breastcancer.org [cit. 2016-06-10]. Dostupné z <http://www.breastcancer.org/risk/factors/pregnancy_hist>.

Breastfeeding, S.O., 2012. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* [online] 129: 827–841. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z <<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>>.

Bruce, N.G., Z. Khan, N. D. Olsen. 1991. „Hospital and other influences on the uptake and maintenance of breast feeding: the development of infant feeding policy in a district“. *Public Health* [online] 105: 357–368 [cit. 2016-06-04]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1754659>>.

CDC, 2013. *Breastfeeding Report Card* [online]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [cit. 2016-05-10]. Dostupné z <<http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf>>.

Clement, S. 2001. „Psychological aspects of caesarean section.“ *Best practice & Research & Clinical Obstetrics & Gyneacology* 15(1): 109-126.

Čech, E., Z. Hájek, K. Maršál, B. Šrp a kol. 2006. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 158.

Česká pediatrická společnost, 2016 [online]. Praha: Česká pediatrická společnost [cit. 2016-05-01]. Dostupné z <<http://www.pediatrics.cz>>.

ČLS JEP. 2014. „Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat“. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha: Česká pediatrická společnost ČLS JEP. 69 (1) [cit. 2016-05-10]. Dostupné z <<http://files.gastroped.cz/200000163-4a2514c70f/doporuceni-vyziva-kojencu-a-batolat-2014.pdf>>.

ČLS JEP. 2016 [online]. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně [cit. 2016-06-01]. Dostupné z <<http://www.cls.cz>>.

ČLS JEP. 2016b. *Kojenecká mléka Hami* [online]. Praha: Česká pediatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně [cit. 2016-06-17]. Dostupné z <<http://files.pediatrics.cz/200000426-d6429d8377/KOJENECK%C3%81%20ML%C3%89KA%20HAMI.pdf>>.

Donath, S., L. Amir and The ALSPAC Study Team. 2003. “Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study”. *Acta Paediatrica* [online] 92: 352–356 [cit. 2016-05-12]. Dostupné z <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00558.x/abstract>>.

Foster, D.A., H. McLachlan, H. 2007. „Breastfeeding initiation and birth setting practises: A review of the literature.“ *Journal of Midwifery and Women's Health*

[online] 52: 273-280. [cit. 2016-05-10]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467594>>.

Goldberg, M., Cauterucci, C. 2015. „Breast-Feeding Extremists Are Even Worse Than You Thought“. *Slate* [online] [cit. 2016-06-07]. Dostupné z: <http://www.slate.com/articles/double_x/doublex/2015/12/the_breast_feeding_extremists_who_put_lactivism_ahead_of_protecting_babies.html>.

Grant, A. 2016. „'I...don't want to see you flashing your bits around': Exhibitionism, othering and good motherhood in perceptions of public breastfeeding“. *Geoforum* [online] 71: 52–61 [cit. 2016-06-17]. Dostupné z: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016718515301627>>.

Gribble, K.D., 2001. „Mother-to-mother support for women breastfeeding in unusual circumstances: a new method for an old model“. *Breastfeeding review* [online] 9: 13–19 [cit. 2016-06-17]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11831684>>.

Hájek, Z., E. Čech, K. Maršál a kolektiv. 2014. *Porodnictví 3. 3.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.

Hannula L.S. et al. 2014. „A study to promote breast feeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland“. *Journal of Midwifery and Women's Health* [online] 30 (6): 696 – 704 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00297-0/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00297-0/abstract)>.

Hauck, F.R., J. M. D. Thompson, K. O. Tanabe, R. Y. Moon, M. M. Vennemann. 2011. „Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis“. *Pediatrics* [online]. 2011 (128): 103-110 [cit. 2016-05-10]. Dostupné z <<http://pediatrics.aappublications.org/content/128/1/103>>.

Hrešanová, E. 2011. „Porodní péče a zkušenosti českých žen: Kvalitativní studie“. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 12 (2/2011): 63-74.

Hrešanová, E. 2011. Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie. *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [online] 12(2): 63-74 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z

<http://www.genderonline.cz/uploads/20a5a7daec38e0c97cbbad1d99eaa35fbfd33726_porodni-pece-a-zkusenosti-ceskych-zen.pdf>.

IBFAN. 2011. *State of the Code by country*. Penang: The International Baby food Action Network.

ILO. 2016. *International Labour Standards on Maternity protection* [online]. Geneva: International labour organisation [cit. 2016-05-12]. Dostupné z <<http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/maternity-protection/lang--en/index.htm>>.

İnal, S., Aydin, Y., Canbulat, N., 2016. Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital in Istanbul. *Applied Nursing Research* [online] 32: 26–29. [cit. 2016-0-12]. Dostupné z <[http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(16\)30007-6/abstract](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(16)30007-6/abstract) >.

Jager, E. de, Broadbent, J., Fuller-Tyszkiewicz, M., Nagle, C., McPhie, S., Skouteris, H., 2015. „A longitudinal study of the effect of psychosocial factors on exclusive breastfeeding duration“. *Midwifery* [online] 31: 103–111. [cit. 2016-06-02]. Dostupné z <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(14\)00177-6/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(14)00177-6/abstract)>.

Khadivzadeh, T., A. Karimi. 2009. „The effects of post-birth mother-infant skin to skin contact on first breastfeeding“. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online] 14(3) [cit. 2016-06-02]. Dostupné z <<http://www.ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/94/94>>.

Klub pevného zdraví. 2016 [online]. Praha: Klub pevného zdraví [cit. 2016-06-01]. Dostupné z <www.klubpevnehozdravi.cz>.

Krogstrand, K.S., Parr, K., 2005. „Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding“. *Journal of the American Dietetic Association* [online] 105(12): 1943–1947 [cit. 2016-06-10]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16321602>>.

- Křivohlavá, R. 2015. „Používání šidítka z pohledu laktační poradkyně“. *Pediatric pro praxi* 16(6): 423-426.
- Laktační liga, 2016 [online]. Praha: Laktační liga [cit. 2016-06-01]. Dostupné z <<http://www.kojeni.cz>>.
- Ludvíkovská, K. 2016. „Pitný režim dítěte“ Baby online [online] [cit. 2016-06-15] Dostupné z <<http://www.babyonline.cz/vyziva-deti/pitny-rezim>>.
- Mamila, poradenstvo pre dojčenie, 2016 [online]. Trnava: Mamila.sk [cit. 2016-06-01]. Dostupné z <<http://www.mamila.sk>>.
- Mamila. 2015. Výročná správa občianskeho združenia Mamila. Trnava: Mamila, o.z.
- Mrowetz, M., M. Peremská, 2013: „Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma- chiméra, či realita budoucnosti?“. *Pediatric pro praxi* [online] 2013 14(3): 201-204. [cit. 2016-05-09]. Dostupné z <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201303-0017_Podpora_raneho_kontaktu_jako_nepodkrocitelna_norma_8211_chimera_ci_realita_budoucnosti.php>.
- Müllerová, D. et al. 2015. *Akční plán č.2: Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015-2020* [online]. Praha: MZČR [cit. 2016-04-14]. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html>.
- Mydlilová, A. 2011. *Kojení donošených novorozenců*. Praha: Česká neonatologická společnost ČLS JEP.
- Mydlilová, A. 2016. „Diplomová práce - Podpora kojení v ČR v rámci systému zdravotní péče“ [email]. 2015-12-28 10:27. [cit. 2016-06-05].
- MZČR. 2014. *Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html>.

NEOVITA Study Group. 2016. „Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials.“ *The Lancet Global Health* 4 (4): 266-275.

OZP, 2016 [online]. Praha: Oborová zdravotní pojišťovna [cit. 2016-06-04]. Dostupné z <<http://www.ozp.cz/>>.

Porodní dům, 2016. [online]. Praha: Porodní dům [cit. 2016-06-01]. Dostupné z <<http://www.porodnidum.cz> >.

Ptáček, R., P. Bartůněk a kolektiv. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-3976-2.

Ræstad, E.W. 2010: *Promotion, protection and support of breastfeeding in Norway*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: 3.LF UK.

Rajan, L. 1994. „The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding“. *Midwifery* [online] 1994 (10): 87-103 [cit. 2016-06-01]. Dostupné z <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(05\)80250-5/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(05)80250-5/pdf)>.

Raudenská, J, A. Javůrková, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., s. 84.

Redshaw, M., J. Hennegan, S. Kruske, 2014. „Holding the baby: Early mother–infant contact after childbirth and outcomes“. *Midwifery* [online] 30: 177–187. [cit. 2016-05-11]. Dostupné z <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(14\)00042-4/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(14)00042-4/abstract)>.

Righard, L., M. O. Alade. 1990. „Effect of delivery room routines on success of first breast-feed“. *Lancet* [online] 336: 1105–1107 [cit. 2016-05-27]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1977988>>.

Roseneberg, K. 2008. „Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding“. *American journal of public health* 1998 (2): 290-295.

Roztočil, 2014. „Přirozený porod v porodnici“. In *Porodnictví 3. 3.*, zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., s. 208. ISBN 978-802-4745-299.

Roztočil, A. a kolektiv, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Rubinger, K.S. 2013. „Breastfeeding: The foundation for healthy weight.“ *Breastfeeding Medicine* [online], New York: Academy of Breastfeeding Medicine [cit. 2016-05-09]. Dostupné z <<http://view.liebertpubmail.com/?j=fe6a17707463007d7512&m=ff281776736c&ls=fdc71573776600747412737c64&l=fe651578776006797115&s=fe2b1671726604757d1173&jb=ffcf14&ju=fe271775766d0178761172&r>>.

Satcher, D. S. 2001. „DHHS blueprint for action on breastfeedings“. *Public Health reports* [online] 2001 (116): 72-73 [cit. 2016-04-18]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497291/pdf/11571412.pdf>>.

Schneidrová, D et al. 2006. *Kojení, 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.

Sipsma, H. et al., 2013. Breastfeeding Behavior Among Adolescents: Initiation, Duration, and Exclusivity. *Journal of Adolescence Health*, 53 (3): 394–400.

Slezáková, L. et al. 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III - gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s.

Somera, M.J., N. Feeley, L. Ciofani. 2010. „Women’s experience of an emergency caesarean birth.“ *Journal of Clinical Nursing* 19: 2824–2831.

STEHLÍKOVÁ, I. 2010. *Souvislost doby kojení s utvářením kognitivních funkcí u dětí* [online]. Brno: Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií [cit. 2016-06-08]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/133651/fss_d/>.

Study.com. Rooting Reflex in Babies: Definition & Overview [online], Study.com. [online] [cit. 2016-06-01]. Dostupné z <<http://study.com/academy/lesson/rooting-reflex-in-babies-definition-lesson-quiz.html>>.

Šorfová, J. 2013. *Naši nejdražší: Kojit se vyplatí. Doslova* [online]. Praha: Partners media, s.r.o. [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: <<http://www.penize.cz/nakupy/248686-nasi-nejdrazsi-kojit-se-vyplati-doslova>>.

Šráčková, D. 2004. „Historie kojení II.“ *Praktická gynekologie* 4 (4): 26-28.

Takács, L., D. Sobotková, L. Šulová et al. 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing a.s.

Takács, L., E. Kodyšová, K. Kejřová, M. Bartošová, 2011. „Zahájení kojení z hlediska psychosociálních faktorů perinatální péče“. *E-psychologie* [online] 5(1): 16-32 [cit. 2016-04-09]. Dostupné z: <<http://e-psycholog.eu/clanek/120#>>.

Taylor, E.N., Wallace, L.E., 2012. „For Shame: Feminism, Breastfeeding Advocacy, and Maternal Guilt“. *Hypatia* [online] 2012 (27): 76–98 [cit. 2016-06-04]. Dostupné z <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1527-2001.2011.01238.x/abstract>>.

UNICEF, 1999. *Breastfeeding: Foundation for a healthy future* [online] New York: UNICEF [cit. 2016-06-11]. Dostupné z: <http://www.unicef.org/publications/files/pub_brochure_en.pdf>.

UNICEF. 2016. *Adopting optimal feeding practices is fundamental to a child's survival, growth and development, but too few children benefit* [online]. New York: UNICEF [cit. 2016-06-02]. Dostupné z: <<http://data.unicef.org/nutrition/iycf.html>>.

USBC. 2016. *HHS Blueprint for Action on Breastfeeding* [online]. Chicago: United States Breastfeeding Committee [cit. 2016-06-11]. Dostupné z: <<http://www.usbreastfeeding.org/p/cm/ld/fid=222> (accessed 6.18.16)>.

ÚZIS. 2012. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Vignerová, J., P. Bláha. 2007. „Obezita u dětí a dorostu v České republice – dlouhodobé změny, metody sledování“. In J. Pařízková, L. Lisá. (eds.). *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén, s. 27-65. ISBN: 9788072624669.

Volf, Volfová, 2003. *Pediatric I*. Praha: Informatorium, spol. s r.o.

Výbor pro dětská práva OSN. 2016. *Závěrečná doporučení ke 3. a 4. zprávě o stavu naplňování práv dětí v ČR* [online]. Praha: Úřad vlády [cit. 2016-5-30]. Dostupné z <http://www.unicef.cz/odkazove_zdroje_textove_materialy/zaverecna_doporuceni_vyboru_osn_pro_detska_prava_ke_3._a_4._zprave_2012.doc>.

Wang, W. 2014. „Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: A prospective longitudinal study“. *Midwifery* 30(6): 678–687.

Weberová, M. 2004. „Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice“. *Pediatric pro praxi* 4: 178-180.

WHO, 2011. *Exclusive breastfeeding under 6 months - Data by country* [online]. Geneva: World Health Organization. [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <<http://apps.who.int/gho/data/view.main.NUT1730>>.

WHO. 1981. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2016-04-11]. Dostupné z <http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf>.

WHO. 2003. *Global strategy for infant and young child feeding* [online]. Geneva: World Health Organization. [cit. 2016-04-12]. Dostupné z <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>>.

WHO. 2015. *WHO European Region has lowest global breastfeeding rates* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2016-05-09]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>>.

WHO. 2016. *Baby-friendly Hospital Initiative* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2016-04-10]. Dostupné z <<http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>>.

ZPMVČR, 2016 [online]. Praha: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR [cit. 2016-03-07]. Dostupné z <<http://www.zpmvcr.cz/>>.

Zákony:

104/1991 Sb. Úmluva o právech dítěte

Nařízení ES č. 609/2013, 2013: Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 609/2013, *o potravinách určených pro kojence a malé děti, potravinách pro zvláštní lékařské účely a náhradě celodenní stravy pro regulaci hmotnosti.*

Předpis č.70/2012 Sb., Vyhlášky o preventivních prohlídkách vydané Ministerstvem zdravotnictví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákoník práce č. 262/2006 Sb.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- Kojenecká mléka Hami

Příloha B- Scénář rozhovorů

Příloha C- Schéma rozhovorů

Příloha D- Medailonky informantek

Příloha E- Projekt diplomové práce

PŘÍLOHY

Příloha A: **Kojenecká mléka Hami**

KOJENECKÁ MLÉKA HAMI



Milí rodiče,

Jistě víte, že nejlepší výživou pro Vaše miminko je v prvních měsících mateřské mléko. Je zdrojem všech potřebných živin pro správný růst, má optimální složení všech složek, což zaručuje jeho snadnou stravitelnost .

Co ale dělat v případě, že není z jakéhokoli důvodu možné kojit? Česká pediatrická společnost ČLS JEP doporučuje kojenecké mléko Hami. Obsahuje vše potřebné pro správný růst a vývoj kojenců i batolat (například dostatek vápníku, vitamínu D, železa a dalších nutrientů), díky prebiotikům pozitivně působí na střevní mikroflóru a tedy na spokojené břicho.

Kojenecká mléka Hami mají také novou řadu pro citlivá bříška, řešící potíže s ublinkáváním, nadýmáním nebo zácpou a kolikou.

Více informací naleznete na Klubu maminek:

<http://www.klub-maminek.cz/products/index/category:kojenecka-mleka>

Zdroj: (ČLS JEP, 2016b)

Příloha B: **Scénář rozhovorů**

Scénář rozhovorů se přibližně odvíjel v tomto pořadí a v této podobě:

1. *Úvodní část:*

- ✓ Představení mé role výzkumníka
- ✓ Představení výzkumu a tématu výzkumu
- ✓ Ujištění o anonymitě účasti informantky
- ✓ Požádání o souhlas k participaci na výzkumu a požádání o souhlas s nahráváním (informovaný souhlas)

Čas: 5-10 minut

2. *Hlavní část:*

- ✓ Připravené otázky polostrukturovaného rozhovoru

Čas: 20-55 minut

3. *Zakončení:*

- ✓ Ujištění, zda jsme během rozhovoru na nic nezapomněli (nějaké detaily dané situace)
- ✓ Prostor pro případné otázky účastníka
- ✓ Rozloučení

Čas: 5 minut

Celkový čas: 30- 70 minut

ZO1 Mohla byste mi povědět něco o Vašem těhotenství?

- TO1 Kolikrát jste byla těhotná?
- TO2 Jakým způsobem probíhala Vaše těhotenství?
- TO3 Vyskytly se nějaké komplikace během těhotenství?

ZO2 Mohla byste mi povědět něco o Vašem mateřství?

- TO4 Kolik porodů jste absolvovala?
- TO5 Rodila jste přirozeně/císařským řezem?

ZO3 Jakým způsobem jste se tématu kojení věnovala v období těhotenství?

- TO6 Jakým způsobem jste téma kojení v této době vnímala?
- TO7 V jakých souvislostech jste uvažovala o kojení v období před narozením dítěte?
- TO8 Věnovala jste se vy sama tématu kojení během těhotenství? Jakým způsobem?
- TO9 Setkala jste se tématem kojení v rámci prenatální péče? V jaké podobě?

ZO4 Jak probíhalo první kojení po porodu?

- TO10 Jak probíhal porod?
- TO11 Jak probíhaly první chvíle po porodu?
- TO12 Kdy Vám poprvé bylo přiloženo dítě k prsu po porodu?
- TO13 Jak jste rozuměla instrukcím (informacím) ohledně prvního kojení?
- TO14 Jakým způsobem probíhalo první kojení?
- TO15 Jak jste se cítila během prvního kojení?

ZO5 Jak probíhalo kojení během pobytu v nemocnici po porodu?

- TO16 Jakým způsobem probíhala další kojení po porodu?
- TO17 Jaký režim mělo kojení?
- TO18 Kdo Vám s kojením pomáhal a jakým způsobem?
- TO19 Bylo něco, co pro Vás bylo z hlediska tématu kojení obtížné či nejasné?
- TO20 Jak byste popsala své pocity spojené s počátky kojení?

TO21 Jak byste popsala svůj postoj (vztah) ke kojení?

ZO6 Jaká byla situace při propouštění z nemocnice?

TO22 Jakým způsobem jste kojila při propouštění z nemocnice?

TO23 Bylo mateřské mléko jediným zdrojem potravy Vašeho miminka?

TO24 Jak byste popsala Vaše povědomí týkající se kojení při propouštění z nemocnice?

TO25 Jak byste popsala stav Vašich dovedností týkajících se kojení (při propouštění z nemocnice)?

ZO7 Jak probíhalo další kojení?

TO26 Jakým způsobem probíhalo další kojení po propuštění z nemocnice?

TO27 Jakým způsobem jste o kojení pečovala? Jaké informace, pomůcky, osoby či kontakty Vám k tomu pomohly?

TO28 Jak se kojení vyvíjelo od chvíle:

TO29a. Po propuštění z nemocnice až do konce šestinedělí?

TO29b. Od konce šestinedělí do 3 měsíců věku dítěte?

TO29c. Od 3 měsíců do 6 měsíců věku dítěte?

TO29d. Od 6 měsíců věku dítěte do ukončení kojení?

TO29 Jakou roli hrál v péči o kojení pediatr?

ZO8 Jak byste celkově zhodnotila Vaši zkušenost s kojením?

TO30 Jak byste popsala Vaši celkovou zkušenost s kojením?

TO31 Jak byste zhodnotila Vaši zkušenost s kojením?

TO32 Jaké jste prožívala pocity spojené s kojením?

TO33 Jaké pocity jste prožívala během celé doby kojení?

TO34 Co pro Vás bylo nejobtížnější?

TO35 Co byste popsala jako „krizové místo“ nebo náročnou situaci ve spojitosti s kojením?

TO36 Co nebo kdo (nebo jaké okolnosti) myslíte, že Vám nejvíce pomohlo při cestě ke kojení?

TO37 Co nebo kdo (nebo jaké okolnosti) myslíte, že Vám na cestě ke kojení nepomohlo?

ZO9 Osoba respondentky: Mohla byste mi něco povědět o sobě?

TO38 Jaký je Váš věk?

TO39 Jaké je Vaše povolání/ profese?

TO40 Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Příloha D: **Medailonky informantek**

Agáta (32)- má vysokoškolské vzdělání a pracovala jako osobní asistentka. Byla jedenkrát těhotná. Z tohoto těhotenství má syna, kterému je ke dni realizování rozhovoru 15 měsíců. Rodila přirozeným, indukovaným, porodem 20 dní před plánovaným termínem porodu. V době realizování rozhovoru stále kojila.

Babeta (34)- má vysokoškolské vzdělání a pracovala jako učitelka angličtiny na 2. stupni základní školy. Byla dvakrát těhotná a má dvě dcery. Otázky pokládané v rozhovoru byly směřovány především na druhé těhotenství a porod, první těhotenství a porod nesplňovalo podmínku místa i časové vymezení porodu. Babeta rodila přirozeně, přibližně týden po stanoveném termínu porodu a Hamiltonově hmatu. Dcera z druhého těhotenství byla v době rozhovoru 8 měsíců stará. V době realizování rozhovoru byla stále kojena.

Darina (42)- má středoškolské vzdělání a před rodičovskou dovolenou pracovala jako obchodní zástupce. Byla dvakrát těhotná a má dva syny. Podmínky výběru splnilo pouze první těhotenství a porod prvního syna, na něhož byl rozhovor zaměřený. Porodila jej císařským řezem po stanoveném termínu porodu. V době realizace rozhovoru bylo synovi 35 měsíců. Kojila jej do věku 10 měsíců, od 5. měsíce podávala na noc kaši.

Erika (29)- má vysokoškolské vzdělání, pracovala jako učitelka na 1. stupni základní školy. Byla jednou těhotná a má jednu dceru. Rodila přirozeně ve stanoveném termínu porodu. Dceři v době rozhovoru bylo 21 měsíců a byla stále kojena.

Josefa (32)- je vyučená, pracovala jako operátorka. Byla třikrát těhotná a má staršího syna a 15 měsíční dceru, na níž byl rozhovor zaměřený. Rodila přirozeně, kojila do 9 měsíců věku.

Kamila (29)- je vyučená, povoláním kadeřnice (OSVČ). Kamila byla dvakrát těhotná a z druhého těhotenství má v době rozhovoru syna 7 měsíčního syna. Rodila císařským řezem v celkové anestezii 3 týdny před stanoveným termínem porodu. Kojila do 4 měsíců věku.

Linda (35)- má ukončené středoškolské vzdělání. Byla jednou těhotná a má 17 měsíční dceru. Rodila přirozenou cestou. Kojila částečně do 4 měsíců věku.

Markéta (31)- před rodičovskou dovolenou pracovala jako referentka státní správy. Má vysokoškolské vzdělání. Byla jednou těhotná a má jednoho syna. Rodila plánovaným císařským řezem v celkové anestezii 14 dní před stanoveným termínem porodu. Synovi v době rozhovoru bylo 21 měsíců a byl stále kojen.

Nina (33)- má ukončené středoškolské vzdělání, před nástupem na rodičovskou dovolenou pracovala jako asistentka na výstupní kontrole. Má jednoho syna a v době rozhovoru byla těhotná, přibližně v 6. měsíci. Syna rodila přirozeným, indukovaným porodem. Kojila do 9 měsíců věku: 4 měsíce plně, od 4. měsíce přidala 2 dávky umělého mléka.

Patricie (32)- má vyšší odborné vzdělání, pracovala jako sociální pracovníce. Byla jedenkrát těhotná a má 14 měsíčního syna. Rodila přirozeným způsobem. Kojila do 11 měsíců věku.



Fakulta humanitních studií Univerzita Karlova v Praze

U Kříže 8, 158 00 Praha 5

Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. org.

FORMULÁŘ PRO REGISTRACI TÉMATU DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno studujícího:

Bc. Veronika Pavlová

ID studenta: 86747163

Katedra: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Rok imatrikulace na katedře:

2002

Název předchozí bakalářské (magisterské) práce:

Zdravý životní styl jako primární prevence civilizačních chorob

Název práce:

Podpora kojení v rámci systému zdravotní péče ČR

Anglický název práce:

Breastfeeding support in the Czech health care system

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D.

Krátká anotace práce (max. 5-10 řádků):

Diplomová práce v teoretické části zmapuje situaci podpory kojení v rámci systému zdravotní péče v ČR. Zodpoví otázky, jaký je stav kojení v ČR, jak je kojení v rámci systému podporováno, jakou formou, jaká je dostupnost této podpory a jaký má podpora efekt na úspěšnost kojení. Tato zjištění budou porovnána se stavem v okolních zemích Evropy i v rámci světa.

V praktické části práce zanalyzuje dokumenty týkající se podpory zdraví, resp. kojení, a to v rámci ČR, EU, Evropy i v rámci celosvětových organizací. Součástí bude i analýza přijatých akčních plánů pro příští období. Kvalitativní výzkum zmapuje konkrétní zkušenosti matek s dostupnou péčí o kojení a jeho podporou v rámci systému zdravotní péče.

Podpis studujícího:

Podpis vedoucího práce:

Podpis vedoucí katedry:

Kontaktní email: v.pavlova@email.cz

Datum: 14.1.2016

Projekt diplomové práce

Zpracovala: Bc. Veronika Pavlová

a) Název DP

Podpora kojení v rámci systému zdravotní péče ČR

b) Formulace a vstupní diskuse problému

Mateřské mléko je nejpřirozenější potravou pro novorozence. Kojení má nespočet výhod jak pro matku, tak dítě. Pro novorozence znamená předpoklad správného zdravotního i psycho-sociálního vývoje. Matce přináší finanční úlevu a vytvoření silné vazby s dítětem. V rámci systému zdravotní péče je vysoký podíl kojených dětí jedním z předpokladů pro zdravější populaci a tím i menší náklady na úhradu zdravotní péče. Podpora kojení, jakožto primární prevence vzniku celé řady onemocnění, má v rámci systému zdravotní péče své místo. Podpora kojení v rámci systému má v různých zemích různé podoby.

V teoretické části diplomová práce popíše význam kojení pro zdraví jedince a význam v rámci primární prevence. Dále zachytí stav kojení v ČR. Jaký podíl dětí je kojených, jaký je stav oproti doporučením, jaký vývoj počet kojených dětí prodělal a jaké jsou vyhlídky i akční plány v rámci systému zdravotní péče do budoucnosti. Předmětem zpracování bude i přehled doporučení a kodexů, které kojení ošetřují a podporují. Práce srovná stav kojení v ostatních zemích Evropy i v rámci světa a také systémy podpory kojení v těchto státech.

V praktické části budou zkoumány konkrétní případy matek a novorozenců, u kterých byla nutná intervence k podpoře kojení. Práce zachytí, jaké okamžiky jsou na cestě za úspěšným kojením nejkritičtější, co tyto okamžiky způsobuje a jak je lze řešit. Na těchto konkrétních případech bude dokresleno, jakou podporu lze v rámci systému zdravotní péče opravdu získat. Práce zhodnotí, zda je tato podpora dostatečná, vede k úspěšnému překonání překážek na cestě za úspěšným kojením a jak lehce je dosažitelná. Součástí budou i návrhy na zlepšení podpory v těchto konkrétních případech a porovnání s možnostmi podpory v jiných státech Evropy či světa.

c) Výzkumné metody a techniky

V rámci práce bude provedena analýza dokumentů týkající se podpory zdraví, resp. kojení, a to v rámci ČR, EU, Evropy i v rámci celého světa a celosvětových organizací. Součástí bude i analýza přijatých akčních plánů pro příští období (např. Zdraví 2020).

Rešerše jiných bakalářských a diplomových prací a výzkumů na téma kojení dokreslí stav kojení v ČR.

V praktické části bude realizován kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s matkami, které řešily nějaké problémy s kojením. Rozhovory budou zaměřené na to, k jakým překážkám či komplikacím došlo, za jakých okolností, jak a zda byly vyřešeny a co k jejich řešení přispělo. Výzkumným vzorkem budou matky z Jihočeského kraje s termínem porodu od 1.1.2010 dále. Výzkum zmapuje konkrétní zkušenosti matek s péčí o kojení a jeho podporou v rámci systému zdravotní péče.

d) Bibliografie k tématu

GOLDBERG G.R. and coll. Breastfeeding: Early Influences on Later Health-Cardiovascular Diseases. Springer Science. 2009. ISBN 978-1-4020-8749-3

KENDROWSKI Karen M., LIPSCOMB Michael E. Breastfeeding- Rights in the United States. Greenwood Publishing Group. 2008. ISBN 978-0-99136-4

KLIMOVÁ, A. Kojení dar pro život. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-490-8

KUDLOVÁ, E.; MYDLILOVÁ, A. Výživové poradenství u dětí do dvou let. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0

LAKTAČNÍ LIGA. O laktační lize, [online]. 2012, Praha, [cit. 2012-12-22]. Přístupné z: <http://www.kojeni.cz/liga.php>

MYDLILOVÁ, A. Standardní pokyny pro kojení v ČR. Praha, 2011.

MYDLILOVÁ, A., a kolektiv. Srovnání podílů kojených dětí v Baby-friendly a ostatních porodnicích ČR v letech 2000 až 2006. Česko-slovenská pediatrie, 2011, roč. 66, č. 4, s. 207-214. ISSN 0069-2328.

ROZTOČIL, A., a kolektiv. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

SCHNEIDROVÁ, D., a kolektiv. Kojení. Nejčastější problémy a jejich řešení. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1308-X

ŠVEJCAR, J. Kojení - dar nejcennější. 1. vyd. Praha: ÚZV, 1988

UNICEF. : Breastfeeding [online]. 2015, aktualizováno 7/2015. Přístupné z: http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html

WHO. WHO Statistical Information System. World Health Statistics 2009. [online]. 2009, aktualizováno 18. 5. 2009. [cit. 2013-02-19]. Přístupné z: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>

YING, Sarah W. Breastfeeding- Law and Societal Impact. New York: Nova Science Publisher. 2004. ISBN 1-59454-754-8