

Univerzita Karlova v Praze 2. lékařská fakulta  
Ústav ošetrovatelství

Bakalářský studijní program Ošetrovatelství  
obor Všeobecná sestra

**INFORMOVANOST TĚHOTNÝCH ŽEN O PŘIROZENÉ  
VÝŽIVĚ KOJENCŮ**

Bakalářská práce

Autorka práce: Sandra Marianová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčková

Rok zpracování 2008

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně UK 2. LF.

V Praze dne 31. března 2008

.....

Děkuji PhDr. Marii Hlaváčové za ochotu, odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

## Obsah

1	ÚVOD	7
2	TEORETICKÁ ČÁST	
2.1	Psychologie těhotné a kojící ženy	8
2.2	Přirozená výživa dítěte	9
2.3	Anatomie a hormonální řízení laktace	12
2.4	Důležité aspekty kojení	15
2.4.1	Technika kojení	16
2.4.2	Zásady správného přiložení dítěte k prsu	19
2.4.3	Režimová opatření v podpoře kojení	20
2.4.4	Nejčastější obtíže při kojení a jejich řešení	21
2.4.5	Alternativní způsoby krmení	24
2.5	Úloha všeobecné sestry v podpoře a edukaci kojení	25
2.6	Podpora kojení v České republice a ve světě	29
3	EMPIRICKÁ ČÁST	
3.1	Vymezení problému	32
3.2	Cíle průzkumu	32
3.3	Stanovení hypotéz průzkumu	32
3.4	Popis dotazníku	32
3.5	Organizace průzkumu	33
3.6	Charakteristika průzkumného vzorku	33
3.7	Výsledky průzkumu	34
3.8	Diskuse	45
4	ZÁVĚR	48
5	PŘÍLOHY	

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce je zaměřena na informovanost těhotných žen v oblasti přirozené výživy novorozenců a kojenců. Teoretická část je věnována výživě mateřským mlékem, popisuje techniku kojení, jeho výhody a nejčastější problémy včetně řešení a používání alternativních metod krmení. Dále se zabývá přípravou těhotných žen na kojení a úlohou všeobecné sestry v podpoře a edukaci kojení.

V průzkumné části zjišťujeme míru informovanosti žen o přirozené výživě mateřským mlékem včetně podílu zdravotníků na jejich informovanosti a faktory vedoucí ženy k rozhodnutí kojít své dítě. K průzkumu byl použit dotazník vlastní konstrukce určený pro těhotné ženy. Průzkumný vzorek tvořilo 60 respondentek od 34. do 40. týdne těhotenství.

Z výsledků našeho průzkumu je patrné, že většina žen chce kojít své dítě. Jejich rozhodnutí je podpořeno tím, že mateřské mléko považují za nejlepší výživu právě narozeného dítěte. Informace týkající se kojení získávají ženy nejčastěji z časopisů, odborné literatury a v kurzech předporodní přípravy. Z průzkumu dále vyplynulo, že velkým nedostatkem v prenatální péči je absence vyšetření prsů a prsních bradavek, které bylo provedeno pouze malé části dotazovaných.

### **Klíčová slova:**

- přirozená výživa
- mateřské mléko
- informovanost těhotných žen
- vyšetření prsů
- technika kojení

## **Abstract**

This bachelor's thesis focuses on the informedness of pregnant women in the field of natural nourishment of new-born babies and sucklings. The theoretical part is dedicated to the nourishment with mother's milk, describes the technique of breast-feeding, its advantages and most common problems including their solutions and the usage of alternative methods of feeding. It also concerns in preparation of pregnant women for breast-feeding and the role of a nurse in the support and education of breast-feeding.

In the research part we investigate the rate of informedness of pregnant women about natural nourishment with mother's milk including the participation of medical workers in their informedness and factors leading women to the decision to breast-feed their children. A questionnaire of our own construction fixed for pregnant women was used for the research. The sample of investigation was created by 60 respondents from the 34th to the 40th week of pregnancy.

The results of our research make clear that most women want to breast-feed their children. Their decision is supported by the fact that they consider mother's milk to be the best nourishment for a new-born baby. The information concerning breast-feeding is most often obtained from magazines, literature and the courses of pre-natal preparation. The research also shows that a great deficiency in the pre-natal care is the absence of examining breast and nipples, which was done to only a small proportion of respondents.

## **Key expressions:**

- natural nourishment
- mother's milk
- informedness of pregnant women
- breast examination
- technique of breast-feeding

## 1 ÚVOD

Jednou ze základních potřeb dítěte je výživa. Přirozenou výživou novorozenců a kojenců je mateřské mléko. Zásady současné výživy kojenců jsou nejpropracovanější problematikou výživy dětského věku. Nebylo tomu však vždy. Historicky prošla výživa novorozence a kojence určitými modifikacemi. V moderní době se symbolem pokroku stala kojenecká láhev s umělou výživou. Přesto kojení bylo a je nejpřirozenější výživou novorozenců a kojenců. Téměř každá žena je schopna kojit své dítě pokud si to přeje a je jí to umožněno.

„Podpora, ochrana a prosazování kojení“ je celosvětovým programem UNICEF a Světové zdravotnické organizace, rozvíjeným a podporovaným od roku 1992 i v ČR. Je prosazováno výlučné kojení po dobu prvních šesti měsíců života dítěte a dále pokračování v kojení s doplňkovou výživou do dvou let věku, případně i déle. Doporučení vyplynula z vědeckých poznatků, že mateřské mléko a kojení jsou pro zdravý vývoj dítěte nenahraditelné. Kojení patří mezi faktory, které pozitivně ovlivňují zdraví matky i dítěte. Pokud by tato doporučení byla v praxi dodržována, bylo by to velice prospěšné. Jak je však známo, není tomu tak. Při odchodu z porodnice je kojena většina dětí. Avšak do šesti týdnů po porodu se tento počet významně zmenšuje. Jednou z hlavních příčin je nedostatek informací o kojení, které mají ženy mít v těhotenství a při příchodu do porodnice. Proto jsem se rozhodla ve své práci zaměřit na úroveň informovanosti a připravenosti matek kojit své děti.

Teoretická část se zabývá výživou mateřským mlékem a kojením, je zaměřena na techniku kojení, jeho výhody a řešení problémů při kojení. Dále se věnuje podpoře a edukaci a ochraně kojení v České republice a ve světě. V empirické části jsou uvedeny výsledky průzkumu a jejich interpretace. Cílem práce bylo zjistit informovanost žen v oblasti přirozené výživy novorozenců a kojenců. Hypotézy byly stanoveny na základě zmíněného cíle. V současné době se kojení a výživě mateřským mlékem věnuje velká pozornost, přesto je stále nutné ženy motivovat, aby kojily, vysvětlovat jim důležitost kojení a propagovat jej i u široké veřejnosti.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Psychika těhotné a kojící ženy

Z pohledu psychologie osobnosti představuje těhotenství pro ženu významnou vývojovou událost. Podle vývoje vztahu těhotné ženy k plodu lze těhotenství rozdělit do tří období.

První období začíná ve chvíli, kdy žena zjistí, že je těhotná a končí, když ucítí první pohyby dítěte. Po sdělení diagnózy těhotenství žena často prožívá strach a ambivalenci, jako při každé důležité životní změně. Hlavní úkol tohoto období je změna tohoto ambivalentního vztahu v pozitivní.

Druhé období začíná, když žena pocítí pohyby plodu a končí v době, kdy je plod schopen samostatného života mimo tělo matky, tedy ve 34. – 36. týdnu těhotenství. Hlavní úkol tohoto období spočívá v tom, že žena musí rozlišit dítě a sebe samu a přijmout realitu nového jedince. V této době matka začíná a plodem komunikovat. Nejistotu ohledně plodu a vzhledu pohlaví vyplňuje fantazií. Blížící se porod je prožíván rozporuplně. Žena by chtěla, aby plod zůstal součástí jí samé a zároveň by chtěla vlastnit nové dítě.

Třetí období je doba, kdy už je dítě schopno samostatného života. Zatímco dosud se žena bála, že porodí předčasně, nyní by chtěla porodit co nejdříve. Psychologická příprava na porod je už v podstatě dokončena. U ženy se vytváří chování ve smyslu „stavění hnízda“. Žena buduje byt pro příchod nového dítěte. Moderní přístrojová technika, která umožňuje ženě vidět nebo slyšet plod už před tím, než pocítí jeho pohyby, popsaný přirozený vývoj trochu narušila. Nepříznivé psychologické důsledky této situace nebyly zjištěny.

V těhotenství se mění také sociální vztahy manželů. Manžel je v obtížné situaci, na počátku těhotenství žena vyžaduje více pozornosti a snadno nabývá pocitu odmítnutí a strachu. S pokračující graviditou se upíná především na sebe a na plod, manžel pak může mít pocit, že je zanedbáván. U asi pětiny mužů vyústí problémy s těhotenstvím jejich manželky v *syndrom couvade*. Jsou to fyzické příznaky, nejčastěji váhový přírůstek, zažívací problémy a bolesti zubů, které prožívají těhotné ženy.



## Psychika kojící ženy

Procento žen, které v naší společnosti kojí se v posledních letech zvyšuje pod vlivem hromadných sdělovacích prostředků, rodinné tradice a módy. Ženina volba kojít či nekojit je do jisté míry odrazem jejího přání mít dítě, nechtěné děti jsou kojeny méně často. Z psychologického pohledu poskytuje kojení ženě vhodnou příležitost k vytvoření a posílení vztahu k dítěti. Je to však jen příležitost a k vytvoření vztahu matka – dítě není podmínkou. Zdůrazňování nezbytnosti kojení může vést u žen, které kojít nemohou k pocitům viny a méněcennosti. Kojení je ovšem nejpřirozenější, nejpohodlnější a nejpříjemnější způsob výživy. (2)

## 2.2 Přirozená výživa dítěte

Mateřské mléko je ideální strava pro novorozence a kojence v prvních šesti měsících života. V průběhu období kojení je přizpůsobeno nárokům rostoucího dítěte. Složení se mění během prvních dnů, v průběhu jednoho dne i jednoho kojení. Kolostra se tvoří méně, obsahuje více bílkovin, méně cukrů a tuků než zralé mateřské mléko. Význam měnivosti ve složení mateřského mléka pro vývoj zažívacího traktu dítěte je velký. Kalorická hodnota mateřského mléka je přibližně 67 kcal/100 ml. Cukry tvoří 40 % kalorické hodnoty, tuky 50 % a bílkoviny 10 %.

Bílkoviny tvoří nejstálější složku. Průměrný obsah je 0,9 – 1,3 g/100 ml. Obsah bílkovin nezávisí na stravě matky, pokud netrpí těžkou proteinovou podvýživou. Hlavní bílkovinou je *laktalbumin*, velké množství představuje i *kasein*. Poměr laktalbumin : kasein je v mlezivu 90 : 10, ve zralém mateřském mléce 70 : 30. Kvůli nižšímu zastoupení kaseinových frakcí je mateřské mléko snadno stravitelné a tranzitní čas žaludkem je krátký. Rozdíly v počtu krmení u uměle živěných a plně kojených dětí jsou vysvětlitelné právě kvalitou tráveniny v žaludku. Relativně nízký obsah bílkovin postačuje pro optimální růst kojených dětí a zároveň představuje nízkou zátěž pro funkčně nezralé ledviny. (4)

Tuky představují velmi proměnlivou složku, jejich množství kolísá od 2 g/100 ml v mlezivu do 4 – 4,5 g/100 ml ve zralém mateřském mléce. Množství tuku se mění v průběhu dne, kdy nejvíce je ho pozdě odpoledne. Ke změně dochází i během

jednoho kojení, na konci kojení je tuku 5 x více než na počátku. Mléko tvořící se na začátku kojení se nazývá přední a slouží především k uhašení žízně. Na konci jde o zadní mléko bohaté na tuk a poskytuje dítěti značnou část energie. Tato skutečnost má význam pro regulaci příjmu potravy dítěte. Množství vypitého mléka, požadovaného k nasycení, se totiž neřídí pouze objemem, ale spíše jeho kalorickou hodnotou. Tuky jsou tvořeny převážně *triglyceridy*. Z mastných kyselin je 42 % nenasycených, 57 % nasycených. Zvláště nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem jsou nezbytné pro myelinizaci a vývoj centrální nervové soustavy. Tuk je v prvních měsících tráven především lipázou přítomnou v mateřském mléku, protože sekrece lipázy u novorozence je nedostatečná. Lipáza je termolabilní a pasterizací se inaktivuje. Mateřské mléko obsahuje velké množství cholesterolu (16 mg/100 ml). Význam této skutečnosti není dosud objasněn. Cholesterol se podílí na vývoji mozku, syntéze žlučových kyselin a hormonů. Není vyloučeno, že časná expozice ovlivňuje způsob metabolismu cholesterolu v dospělosti. (4)

Hlavním sacharidem je *laktóza*, je rozkládána enzymem *laktázou*. Ve zralém mateřském mléce je sacharidů 7 g/100 ml, v mlezivu 4 g/100 ml. Laktóza je štěpena na glukózu a galaktózu nezbytnou pro tvorbu galaktolipidů, důležitých pro vývoj centrální nervové soustavy. Laktóza usnadňuje resorpci vápníku a železa, nepřímo podporuje kolonizaci gastrointestinálního traktu laktobacilem. Dokrm umělou výživou v prvních dnech s tímto mechanismem interferuje. (4)

Obsah vitamínů v mateřském mléce většinou kryje potřeby zralého novorozence, může však u některých z nich kolísat podle výživy matky. Protože se obsah tuků mění, může se lišit i obsah vitamínů rozpustných v tucích (A, E, D, K). Množství vitamínu A, který zabezpečuje mimo jiné integritu sliznic a je nezbytný pro růst a vývoj oka, je v kolostru dvakrát více než ve zralém mléce. Také vitamínu K je v kolostru více. Po 14 dnech přispívá ke stabilizaci obsahu vitamínu K střevní flóra novorozence. Celkově se jeho množství nepovažuje za dostatečné a vitamin K se po porodu dětem podává. Množství vitamínu E je dostatečné v mléce žen, které mají ve stravě dostatek nenasycených mastných kyselin. Obsah vitamínu D je nízký a dlouho byl považován za nedostatečný. Spolu s ozářením kůže dítěte slunečními paprsky, které tvoří nejvýznamnější zdroj vitamínu D, je dodávka pro zdravé donošené dítě

dostatečná. Vitamíny rozpustné ve vodě (skupina vitamínů B, vitamín C) jsou v mateřském mléce v potřebném množství, pokud má matka dostatečný přísun v potravě. Nedostatekový bývá pouze vitamín B<sub>12</sub> u žen vegetariánek a je nutno jej dodávat. (4)

Koncentrace minerálních látek a důležitých stopových prvků – sodíku, vápníku, železa, magnézia, fosforu, mědi a fluoru – je v mléce žen, které netrpí jejich nedostatkem v potravě dostatečná. Ačkoliv mateřské mléko má nižší obsah některých minerálních látek než mléko kravské, děti jejich nedostatkem netrpí. Důležitější než samotný obsah v mléce je jejich využitelnost pro organismus dítěte. Tento jev se nazývá biologická dostupnost. Biologická dostupnost minerálních látek, jako např. vápníku je v mateřském mléce nejlepší. Biologickou dostupnost železa zvyšuje přítomnost zinku a mědi a také bílkovina *laktoferin*. Kompeticí brání laktoferin střevním bakteriím v přístupu k železu. Z mateřského mléka se resorbuje 50 – 70 % železa, z přípravků umělé výživy 4 – 10 %. Novorozenec se rodí s dostatečnou zásobou železa od matky, získanou v průběhu nitroděložního vývoje. Pokud však zásoby dítěte nejsou dostatečné, např. u předčasně narozených dětí, je nutné železo dodávat. Kojené dítě zdravé matky, která má v organismu běžně dostatečné zásoby, není obvykle ohroženo nedostatkem ani nadbytkem stopových prvků. Měď, selen, kobalt, chrom, mangan a hliník jsou zastoupeny dostatečně. (6)

Obranné látky představují čtvrtinu bílkovin mateřského mléka. V prvních hodinách a dnech po narození je jich nejvíce. Protože množství vypitého mléka plynule stoupá, je novorozenec zabezpečen obrannými látkami po celé období laktace. Také v době odstavování obsahuje mléko zvýšené množství protilátek. Imunologicky aktivní složky mají humorální i celulární povahu. Celulární složku složí makrofágy, lymfocyty T i B, neutrofilní granulocyty a epiteliální buňky. Množství takto dodávaných buněk je velké. Spolu s imunoglobuliny (IgG a IgM), které novorozenec získal transplacentárně v posledních třech měsících těhotenství, usnadňují imunologické faktory úspěšný přechod novorozence s ne zcela zralou imunitou do zevního prostředí a jeho bezpečné optimální osídlení bakteriemi. Humorální složku zastupuje hlavně v kolostru imunoglobulin A. Je rezistentní k proteolytickým enzymům a stabilní při nízkém pH, povléká sliznici střev a chrání ji

proti invazi patogenů. Mateřské mléko obsahuje ještě mnohem více faktorů s antibakteriální a antivirovou aktivitou in vitro i in vivo. Značná část jich je však termolabilních, část dokonce i za teploty dosahované při pasterizaci. Tento fakt je třeba mít na paměti při výživě extrémně nezralých dětí a při manipulaci a skladování mateřského mléka. (10)

### 2.3 Anatomie a hormonální řízení laktace

#### Anatomie mléčné žlázy

Mléčná žláza, *glandula mammaria*, je složená tuboalveolární žláza tvořící podklad prsu. Stavba závisí na věku a funkčním stavu organismu ženy, u dospělé ženy tvoří žlázy 15 – 20 laloků, uložených v tukovém polštáři. Z každého laloku, který představuje funkčně samostatnou žlázu, vystupuje vývod – mlékovod. Mlékovody jednotlivých laloků se koncentricky sbíhají k prsní bradavce, na jejímž vrcholu ústí drobnými otvory.

Podkladem prsní bradavky jsou snopce spirálovitě orientovaného hladkého svalstva, které přechází i na nejbližší okolí prsní bradavky a tvoří svalový podklad prsního dvorce. Bradavka i prsní dvorec jsou erektilní, erekce papily a dvorce má velký význam při kojení. Kůže prsního dvorce je tmavěji pigmentována. V těhotenství se množství pigmentu zvětšuje a bradavka tmavne. Vrchol prsní bradavky je rozbrázděn, otevírají se na něm drobné otvůrky, kterými vyúsťují mlékovody. U mléčné žlázy v klidové fázi jsou tyto otvůrky pouhým okem jen těžce postřehnutelné, rozšiřují se v době kojení. V kůži prsního dvorce jsou uloženy také mazové žlázy, jejich sekret chrání kůži dvorce před maceračními účinky slin kojence a mléka.

Největšího rozvoje dosahuje mléčná žláza v těhotenství, kdy rostou a větví se žlázové tubuly a jejich konce se rozšiřují do váčků – alveolů. Po porodu začínají buňky alveolů a tubulů produkovat mléko. Tukové kapénky mléka se z cytoplazmy epitelu odlučují do mlékovodů žlázy. Vyprazdňování mléka napomáhají svalové buňky ležící na povrchu alveolů a snopce hladké svaloviny prsního dvorce a prsní bradavky. Po ukončení kojení se žláza vrací do klidového stavu, velikost mléčné

žlázy se opět redukuje, sekreční oddíl zůstává zachován.

Prs, *mamma*, je složen z vlastního žlázového tělesa, které je uloženo v tukovém polštáři na přední ploše hrudníku. Velikost prsu neovlivňuje velikost vlastní mléčné žlázy, ale množství tukové tkáně. Tvar prsu se mění v různých obdobích života ženy s věkem, hlavně pak v souvislosti s počtem těhotenství a porodů. Tvar a velikost prsu nemá vliv na funkční výkonnost prsní žlázy, tedy na tvorbu a množství produkovaného mléka. (1,3)

### **Hormonální řízení laktace**

Proces přípravy mléčné žlázy na tvorbu mateřského mléka probíhá po celou dobu těhotenství současně s vývojem plodu. V posledním trimestru těhotenství je rozvoj intenzivní. Je zajišťován působením komplexu prolaktačních hormonů. Nejvýznamněji se uplatňují estrogeny, gestageny, hormony placentární – laktogen, kortikoidy, růstový hormon, inzulin a hormony štítné žlázy. Většina z nich má v organismu ženy mnohočetný význam, tím je zajištěno propojení mamogenezy, laktogenezy a galaktogenezy v průběhu dospívání a zvláště v průběhu těhotenství a v období kojení. Základní hormony, zapojené do procesu růstu a vývoje mléčné žlázy, tvorby mateřského mléka a kojení, jsou oxytocin a prolaktin. (3)

*Oxytocin* je produktem zadního laloku hypofýzy. Stahem myoepitelových buněk zajišťuje tento hormon uvolňování již vytvořeného mléka. Vypuzovací oxytocinový reflex je z počátku nepodmíněný, postupně se však stává reflexem podmíněným. To znamená, že se dostavuje nejen jako reakce na sání dítěte, ale i jako reakce na pouhou vzpomínku matky na dítě. Nervová zakončení na bradavce a dvorci jsou sáním podrážděna, vzruch je veden míchou do mozku a do hypofýzy, odkud se hormon vyplavuje a je krví transportován do mléčné žlázy. Nepříjemné vjemy jako bolest, strach či stres mohou uvolnění hormonu snižovat. Kromě ovlivnění buněk mléčné žlázy působí oxytocin v průběhu porodu i na svalové buňky dělohy. Časné přiložení narozeného dítěte k prsu matky bezprostředně po porodu může ovlivnit stahem děložního svalstva vypuzení placenty a také intenzitu krvácení po porodu. Stahy děložního svalstva jako reakci na uvolnění oxytocinu pocítuje matka v dalším poporodním období při každém kojení.

*Prolaktin* je produkován předním lalokem hypofýzy. V menším množství se tvoří i v průběhu těhotenství. Zvláště v posledním trimestru těhotenství působí na tvorbu kolostra. Účinek prolaktinu je v těhotenství blokován těhotenskými hormony, zvláště gestageny. Teprve po porodu placenty tento tlumivý vliv mizí a hladina začne výrazně stoupat. Výsledkem vlivu prolaktinu je produkce mléka pro následující krmení, tedy čím intenzivněji dítě saje, tím více mléka se tvoří. Větší množství prolaktinu se tvoří v noci. Noční kojení je pro udržení tvorby mléka velmi účinné. Hormon má na matku relaxační účinky, takže je schopna dostatečného odpočinku, i když kojí v noci.

Porodem placenty končí inhibice placentárními hormony a mléko se začne tvořit ve větším množství. Celý proces je výrazně stimulován tzv. časným přiložením dítěte, do 30 minut po porodu. V této době a ještě cca dvě hodiny po porodu je odpověď hypothalamu na stimulaci bradavky sáním největší. Pod vlivem prolaktinu zůstává tvorba mléka v prsu ještě asi dva měsíce po porodu. Hladina postupně v průběhu několika měsíců klesá, až dosáhne bazálních hodnot, které měla matka před otěhotněním. Řízení tvorby a uvolňování mléka se ujímá žláza sama. Toto autonomní řízení je jednodušší, rychlejší a efektivněji realizuje kolísání potřeb dítěte na produkci a složení mléka.

Čím lépe se žláza sáním dítěte vyprazdňuje, tím více mléka se tvoří. Existuje však i mechanismus, jak tvorbu mléka snížit v případě přebytku. V přeplněném segmentu se vytvoří tzv. inhibiční bílkoviny, které omezením produkce prolaktinu tvorbu mléka sníží. Souhrou míry stimulace receptorů na dvorci a bradavce (intenzita a délka sání) kojeným dítětem a klidovým napětím žlázy se vytvoří mezi tvorbou a odběrem mléka dokonalá rovnováha. Cílem této regulace je přizpůsobení množství vypitého mléka potřebám dítěte a zároveň operativní možnost zvýšení tvorby mléka pro případ, že by dítě potřebovalo z nějakého důvodu mléka více (růstový spurt, nemoc, žízeň). Stimulovat exteroceptory na bradavce a dvorci lze i jinak, než sáním. Toho se využívá v situaci, kdy dítě nemůže být k prsu přiloženo. Existují způsoby prakticky využívané, například odstříkávání nebo masáže prsu, které přirozený mechanismus s různou efektivitou nahrazují. (8,13)

## 2.4 Důležité aspekty kojení

Mateřské mléko je svým složením a proměnlivostí pro výživu dítěte jedinečné. Kojení přináší řadu nenahraditelných výhod dítěti, matce i celé rodině. Jedná se o výhody zdravotní, nutriční, imunologické, vývojové, psychologické, sociální a ekonomické.

Mateřské mléko svým složením odpovídá potřebám dítěte, přizpůsobuje se výživovým potřebám, což je velmi důležité pro zdravý růst a tělesný vývoj. Výlučně kojené děti mají nižší hmotnost a bývají drobnější, jsou však delší, jejich růst je harmoničtější. Imunologický přínos je velmi významný. Mateřské mléko obsahuje celou řadu složek, které chrání dítě před infekcemi. Kojené děti mají nižší výskyt infekcí dýchacích cest, gastrointestinálního traktu, zánětů středouší a jsou také méně často hospitalizovány. Je – li dítě výlučně kojeno, je tím chráněno před možným přívodem alergenů v potravě. Kojení se tedy významně uplatňuje v prevenci potravinových alergií, je však také znám nižší výskyt respiračních a kožních alergických projevů.

Vzhledem k tomu, že kojené dítě si řídí přívod potravy samo podle potřeby, je u něj prakticky vyloučeno překrmování. Do značné míry tedy kojení brání i vzniku obezity. Kromě toho se u kojených dětí snižuje pravděpodobnost vzniku diabetu a přispívá rovněž k prevenci aterosklerózy. Protože v mateřském mléce je nižší obsah železa než v mléce kravském, je podstatně lépe využíváno, což u dětí výlučně kojených zabraňuje vzniku anémií z nedostatku železa. Skutečnost, že v mateřském mléce je nejnižší množství bílkovin ve srovnání s mlékem jiných savců, je pro nezralé novorozenecké ledviny výhodná. U kojených dětí dochází také méně často k výskytu syndromu náhlého úmrtí dítěte.

Tělesným kontaktem matky a dítěte po porodu se vytváří pevné citové pouto. To je velmi důležité pro další psychický a sociální vývoj dítěte. Kojení je prvním sociálním kontaktem matky s novorozeneckým dítětem. Vzniká přirozené pouto, které může pozitivně ovlivnit i jejich vzájemné vztahy v budoucnu. Výsledky některých studií prokazují lepší psychomotorický vývoj a vyšší intelekt u výlučně kojených dětí. Vytváření citového pouta k novorozenci a psychická pohoda matky ovlivňují i

její duševní zdraví. Kojení časně po porodu zvyšuje hladinu oxytocinu, což vede k méně intenzivnímu poporodnímu krvácení a rychlejšímu zavínování dělohy. Tím se také uchovávají zásoby železa v organismu matky. Časté kojení oddaluje nástup menstruace po porodu a do určité míry pomáhá jako ochrana před dalším těhotenstvím, což je z globálního hlediska nejlevnější a nejpoužívanější antikoncepční metoda v rozvojovém světě. Z dlouhodobé perspektivy mají kojící ženy nižší riziko vzniku nádoru prsu, vaječníků a osteoporózy v období klimakteria. U kojících žen také dochází k rychlejšímu návratu postavy ke stavu před těhotenstvím. Mateřské mléko je kdykoliv přístupné, má vždy přiměřenou teplotu, takže je pohodlnější než příprava umělé výživy. V neposlední řadě je také levnější.

(5,13,14)

#### **2.4.1 Technika kojení**

Správná technika kojení je jedním ze základních předpokladů úspěšného kojení. Většina neúspěchů je spojena právě s nesprávnou technikou. Technika vyžaduje správnou polohu a přísátí se správným sáním. Správná technika kojení je vedle anatomických předpokladů a hormonálně zajištěné tvorby mléka základním kamenem úspěchu při kojení. Není složitá, ale přesto je většina neúspěchů a obtíží spojena právě s technikou kojení nebo nepřírozeným a nevhodným režimem kojení. Nesprávnou technikou se zahajuje bludný kruh končící selháním kojení. Základem správného přiložení dítěte k prsu je pohodlná relaxovaná poloha matky, správná vzájemná poloha matky a dítěte, správné držení a podání prsu dítěti a efektivní sání dítěte.

(4)

#### **Vzájemná poloha matky a dítěte při kojení**

Volba vzájemné polohy matky a dítěte je součástí tzv. „umění kojít“. Toto umění není instinktivní a matka se mu musí naučit.

Matka zaujímá pohodlnou pozici, vyhovující jí i dítěti. Je uvolněná, hlavně hlava, ramena a paže by měly být bez napětí. Poloh pro kojení je mnoho. Z počátku matka obvykle kojí vleže, později vsedě. Nezáleží tolik, jakou polohu matka zvolí. Volba polohy by jí měla umožňovat relaxované držení na poměrně dlouhou dobu. V prvních dnech po porodu matka stráví kojením s přestávkami 1/3 času, později asi



4 – 6 hodin denně. Jiná poloha vyhovuje těsně po porodu, jiná je vhodná po operativním porodu, je-li dítě spavé, má malou bradu atd. Velmi záleží, zda je poloha dítěte správná vzhledem k poloze matky. Mezi hlavní zásady, které jsou platné pro všechny polohy, patří, že dítě leží či se drží v náruči na boku, obličej, hrudník, břicho, kolena dítěte směřují k matce (říkáme, že břicho dítěte se dotýká břicha matčina), ucho, ramena a kyčle dítěte jsou v jedné linii. Spodní ruka dítěte ležícího na boku má být pod prsem, ne mezi matkou a dítětem a bránit tak oběma v těsném kontaktu. Ústa dítěte se tak ocitnou v blízkosti dvorce a dítě jej snadno najde.

Matka se nemá při kojení zbytečně dotýkat rukama hlavičky a tváře dítěte. Dítě na tyto podněty reaguje odvrácením hlavičky, a tak nemůže být splněn základní předpoklad, že bradavka má být vždy v úrovni úst dítěte. Dítě instinktivně uvolní dýchací cesty předsunutím brady dopředu a jejím vtisknutím u prsu. Pokud mu to držení hlavičky rukou matky neumožní, pouští se a křičí nebo tiskne dásní a jazykem pouze bradavku, nikoliv dvorec, kojení matku bolí, dítě se pouští prsu nebo saje neefektivně. Další důležitou zásadou je, že se „dítě přikládá k prsu, nikoliv prs k dítěti“. Tělo matky je základnou, které se poloha dítěte přizpůsobuje. Při kojení vleže se matka nemá opírat o loket a k dítěti se naklánět. V takovém případě pak dítě jazykem dosahuje pod sinusy, nikoliv na ně, což vede k bolestivému poškození bradavky. Porodila-li matka císařským řezem, zvolíme takovou polohu, která dovoluje vyhnout se tlaku na břicho. Matka může měnit jednotlivé polohy v průběhu dne. Díky různým polohám se mění oblasti bradavky a dvorce, které jsou vystavené zvýšenému tlaku. Střídáním polohy se lze vyhnout poškození bradavek, pokud matka v některé poloze dělá chybu a prsy se nerovnoměrně vyprazdňují. (4)

#### *Poloha vsedě*

Matka sedí na židli, v křesle nebo na posteli v mírném záklonu. Nohy si podle potřeby podloží stoličkou tak, aby měla děťátko v ideální poloze vůči prsům. Matka má pevně podepřená záda, je uvolněná. Pokud jí to vyhovuje, může se posadit i do tureckého sedu. Dítě drží v náruči tak, aby mělo hlavičku na jejím předloktí, obličejem otočené k ní, s ústy na úrovni bradavky. Druhou rukou matka přidržuje prs.

### *Boční – fotbalová poloha*

Dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte. Prsty podpírají hlavičku tak, aby nepřesahovaly spojnice ušní linie. Nožičky jsou podél matčina boku. Předloktí matky je podepřené polštářem. Tato poloha je vhodná pro kojení dvojčat, má – li matka problém s držetím dítěte volně na předloktí, pro ženy s velkými prsy nebo plochými bradavkami.

### *Dancerova poloha*

Dítě leží na matčině předloktí podepřeném polštářem, hlavičku drží pod ušní linií. Ruka podepírá prs téže strany. Výhodou této polohy je možnost volně střídat prsy, jako i dobrá kontrola polohy a pohybů hlavičky. Toto držetím je osvědčené pro kojení nedonošených novorozenců nebo dětí, které mají problém s přísátím k prsu.

### *Poloha vleže na boku*

Matka leží na boku, hlavu má podepřenou polštářem, obě ruce jsou volné. V zádech je lehce prohnuta dozadu. Dítě leží podél matky přitisknuté k jejímu tělu, břicho na břichu, tváří proti bradavce. Tato poloha je výhodná brzy po porodu.

### *Poloha vleže na zádech*

Matka leží na zádech s podloženou hlavou, dítě si položí na sebe (břicho na břicho). Tato poloha je vhodná u matek po císařském řezu. Osvědčila se také u matek, které mají hodně mléka a dítě saje příliš hltavě.

### *Poloha v polosedě s podloženýma nohama*

Tato poloha je obdobou polohy v sedě. Matka sedí na posteli, polštář pod kolena podpírá dolní končetiny. Polštář na břicho matky brání tlaku dítěte na břišní stěnu. Při této poloze se nenapíná břišní svalstvo, proto je vhodná pro matky po císařském řezu.

### *Vzpřímená, vertikální poloha*

Dítě sedí obkročmo na dolní končetině matky, opačná ruka podpírá hlavu a krk spolu s tělem dítěte. Druhá ruka matky podpírá prs téže strany. Matka drží jednou rukou dítě, druhou rukou prs. Poloha je vhodná pro nedonošené novorozence, děti s malou bradou a pro děti mající problém s přísátím.

### *Kojení oběma rukama*

Tato poloha vyžaduje pomoc druhé osoby. Matka si chytí prs oběma rukama tak, aby ho prsty podepíraly zdola a palce obepínaly shora. Druhá osoba přiloží dítě

k prsu. Uvedená poloha je vhodná pro ženy s velkými prsy.

### *Kojení dvojčat*

Na současné držení dvojčat je vhodné boční držení. Současné přiložení dvojčat zajišťuje lepší vylučování hormonu prolaktinu a zároveň šetří matce čas. Každé dítě může mít „svůj prs“. Tvorba mléka v každém prsu se nastaví podle potřeby jednoho nebo druhého dvojčete. (5,14)

Obrazový materiál k této kapitole je v příloze č. 1.

### **2.4.2 Zásady správného přiložení dítěte k prsu**

Matka přidržuje prs tak, aby se prsty nedotýkaly dvorce. Palec je položen nad dvorcem, zbývající prsty podepírají prsy ze spodu. Palec umožňuje mírným zatlačením na prsní tkáň nad dvorcem napřímení bradavky, kterou pak matka dotekem dráždí rty dítěte. Prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část prsního dvorce.

Dítě je přiloženo k prsu tak, aby jeho ústa byla v úrovni bradavky. Matka dotekem bradavky na rty a okolí úst vyvolá u dítěte hledací reflex. Po několika vteřinách dráždění rtů dítě široce rozevře ústa a to je impuls pro vložení bradavky i s dvorcem do úst dítěte. Po správném uchopení prsu matka přivine dítě blíže, aby se špička nosu, tváře a brada dotýkaly prsu. Znovu je nutné se ujistit, že břicho a kolena dítěte se dotýkají břicha matky. Tato poloha usnadní dítěti dýchání během sání, takže není nutné prs odtahovat ani stlačovat palcem směrem dolů z obavy, že dítě nemůže dýchat. Zdá – li se matce, že nos dítěte je blokován, přivine matka ramena dítěte pevněji k sobě nebo pozvedne prs rukou, která jej přidržuje.

Matka by neměla přikládat k prsu dítě křičící. Při křiku směřuje jazyk dítěte špičkou na patro a dozadu a dítě drží bradavku jen rty a jazykem nemůže pracovat správně. Při správné technice sání je většina dvorce v ústech dítěte, jazyk přesahuje dolní ret, který je ohrnutý ven, ne do úst, bradavka i s dvorcem je na jazyku. Jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku i s dvorcem a vlnovitým pohybem zpředu dozadu tiskne bradavku i s dvorcem k patru dítěte. Když je prs správně umístěn v ústech dítěte, týká se pohyb jazyka jen dvorce. Citlivá bradavka je v pozici, že jí dásně ani zuby dítěte nemohou poškodit a dítě může sát prakticky neomezeně. Při

správném sání z počátku rychlé sací pohyby přecházejí do dlouhých a pomalých, což je známkou funkčního oxytocinového spouštěcího reflexu. Je slyšet, jak dítě polyká, při pití se pohybují ušní boltce, tváře nesmějí vpadávat. Matku kojení nebolí, nemá poškozené bradavky a kůže prsou, nemá bolestivě nalité prsy. Každá bolest při kojení znamená chybu v technice kojení nebo nemoc prsou, pokud není včas a správně řešena. Bradavka po kojení nesmí být oploštělá ani poraněná.

Použití lahve či dudlíku kazí vlastní techniku kojení. Při sání z lahve jsou rty uvolněné, neboť nemusí savičku přidržovat a dásně ji nemusí stlačovat, protože mléko samo vytéká otvory. Jazyk se nemusí posunovat, aby pomohl vytlačit mléko z lahve, naopak se snaží proud mléka brzdit stočením špičky jazyka vzhůru. Učit se sát dvěma různými způsoby a střídát je, začne být pro dítě matoucí a bude preferovat láhev, protože sání z ní je snazší. (5,14)

### **2.4.3 Režimová opatření v podpoře kojení**

Poslední podmínkou úspěchu při kojení jsou režimová opatření. Dítě by mělo být přiloženo k prsu co nejdříve po narození, nejlépe do půl hodiny, pokud projeví zájem. To je obvyklé již během několika málo minut po nekomplikovaném porodu a nekomplikovaně ukončené bezprostřední adaptaci dítěte. Zdravé dítě projevuje silnou chuť sát zřejmými signály a pokud je přiloženo k prsu, po krátké době se přisaje. Vydrží sát neuvěřitelně dlouho, než usne. Podmínkou je nenásilné a klidné vedení celého děje, zdravá matka a vhodné prostředí (teplota okolí, kontrola a observace dítěte). Laktace je tak zahájena mohutným impulsem vyplavení obou základních hormonů, oxytocinu i prolaktinu. Dítě se za porodu osídí flórou matky a přiložením k prsu tento fyziologický děj pokračuje. Vliv časného kontaktu mezi matkou a dítětem hraje významnou roli v rozvoji mateřského chování. Novorozenci, kteří zůstávají v kontaktu, nejlépe „skin to skin“, lépe udržují tělesnou teplotu, mají vyšší glykémii a méně pláčou ve srovnání s těmi, kteří tento kontakt neměli. Ani množství kolostra a jeho obrovský význam pro imunitu nelze pominout.

Dokrmování novorozenců před nástupem laktace omezuje snahu dítěte sát, nezíská z prsu dostatek mleziva. Rutinní dokrmování dítěte před nástupem laktace má vliv i na matku. Nástup laktace se opožďuje, neochota dítěte sát přispívá

k bolestivě nalitým prsům, je častější výskyt retence mléka a stoupá riziko, že celý děj selže.

Při správně vedeném začátku laktace, příkládání dítěte podle jeho zájmu (ve dne i v noci) a správnou technikou kojení se indukuje nástup tvorby vlastního mléka mezi 40 – 48 hodinou po narození. Doporučení pro režim chránící, podporující a prosazující kojení je shrnuta v tzv. *10 krocích na podporu kojení*, tvořících základ pro iniciativu vzniklou v 90. letech minulého století – Baby Friendly Hospital (příloha č. 2). (14)

#### **2.4.4 Nejčastější obtíže při kojení a jejich řešení**

Většina neúspěchů a obtíží při kojení je obvykle výsledkem nejen špatné techniky, ale i informovanosti a nedostatku praktických zkušeností matek. Úspěšné překonání obtíží v poporodním období zvyšuje sebevědomí matky a podporuje ji v sebedůvěře, že je schopna o dítě pečovat a krmit ho přirozeným způsobem.

##### **Obtíže ze strany matky**

###### *Ploché, málo vytažitelné a vpáčené bradavky*

Bradavky jsou různého tvaru, normální, ploché, dlouhé nebo vpáčené. Ovšem pro kojení je důležitější protraktilita než její tvar. Z tohoto důvodu je důležité, aby ženám v těhotenství byly vyšetřeny prsy a případný problém byl včas odhalen a napraven. Problém vpáčených bradavek lze již v těhotenství řešit masážemi prsního dvorce a nošením formovačů bradavek od šestého měsíce těhotenství, které působí tak, že membrána formovače vytváří trvalý tlak na svaly dvorce prsu, které svým stahem způsobují erekci bradavky. Problém s plochými nebo vpáčenými bradavkami se dá eliminovat správnou technikou a vhodnou polohou při kojení.

###### *Pozdní nástup laktace*

U většiny žen dochází fyziologicky k nástupu laktace 48 – 72 hodin po porodu. U malé skupiny žen se však laktace objevuje později, 5. – 6. den po porodu i za jinak příznivých podmínek. V tomto případě je třeba podpořit sebevědomí matky a překlenout období podáním pasterizovaného mateřského mléka alternativním způsobem – stříkačkou, kádinkou nebo sondou připevněnou na bradavce, ale vždy až

po přiložení k prsu. Skutečná primární hypogalaktie je vzácná a vyskytuje se asi u 3 – 4 % žen.

#### *Poškození bradavek, ragády*

Poškození bradavek, ragády, exkoriace a jiné léze na povrchu bradavek jsou zásadně následkem špatné techniky kojení, ať již nesprávné vzájemné polohy matky a dítěte nebo špatného přisávání dítěte. S délkou přisátí, pokud je správné nemá poškození bradavek nic společného. K poškození bradavek stačí jedno špatné přiložení k prsu. Platí zásada, že kojení nesmí matku bolet. Pokud selže prevence a k poškození bradavek dojde, je třeba zvolit pro kojení dočasně jinou polohu a úzkostlivě dbát na správnou techniku přisátí. Příznivě hojivý vliv na poškozené bradavky má také několik kapek mateřského mléka, vetřeného na konci kojení do bradavky a ponechaného zaschnout na vzduchu.

#### *Bolestivé nalití prsou*

Vzniká neplynulým vyprazdňováním prsů dítětem v prvních dnech, špatnou technikou sání spolu s překrvením a otokem, provázejícími zvýšení tvorby mléka ve třetím až čtvrtém dnu po porodu. Úlevu přinášejí studené až ledové obklady, reflexní masáž a šetrné zformování oploštělé bradavky odstříkáváním těsně před kojením tak, aby se dítě mohlo efektivně přisát. Po 6 – 8 hodinách od začátku celého děje lze již odstříkat větší množství mléka a obtížné období překonat. Používání oxytocinových kapek v první fázi nalití nemá význam protože do tkáně prsu při změněném prokrvení neproniknou a otok vmezeřeného vaziva dvorce a bradavky brání volnému toku mléka dolními úseky vývodního systému.

#### *Retence mléka*

Retence mléka je termín pro bolestivé zarudnutí a ztuhnutí části prsu, odpovídající rozsahem segmentu mléčné žlázy, typicky v podpaží. Retence může být provázena vysokou teplotou a bolestivostí. Na jejím vzniku se podílí systémová zánětlivá odpověď na složky mléka, nikoliv infekční agens. K jejímu vzniku může přispět nevhodná poloha matky při kojení, nepravidelné a nedostatečné vyprazdňování částí žlázy. Podstatou je blokáda jednoho z vývodů buněčnou drtí a zaschlým mlékem s následným přeplněním vývodných cest a vznikem sterilního zánětu. Místo nad postiženým segmentem je zarudlé a bolestivé. V části žlázy je někdy dobře, jindy

hůře ohraničená rezistence. Řeší se ledovými obklady mezi kojením, po prohřátí a masáži žlázy odstříkáváním a antipyretiky. Retence není důvodem k přerušení kojení, některé matky jimi trpí opakovaně. Pokud se podaří pomocí některého z osvědčených postupů obnovit plynulý odtok mléka, příznaky vymizí. Retence se liší od mastitidy přesným ohraničením zánětu a rychlou úpravou do dvou dnů.

#### *Mastitida*

Mastitida je zánětlivý proces v prsu, který vzniká kdykoliv v průběhu kojení, nejčastěji okolo 3. týdne po porodu. Proces je obvykle intersticiální, ale může být i intraduktální, např. u mykotických mastitid. Intersticiální mastitida se šíří flegmonózním způsobem a nemusí respektovat segmentační dělení žlázy. Obávanou komplikací je absces, často s nutností šetrného chirurgického řešení. Onemocnění provází zvýšení zánětlivých markerů v krvi, charakteristický ultrazvukový obraz a změny počtu leukocytů i složení mléka. Po stanovení diagnózy se léčí vždy antibiotiky, obvykle protistafylokokovými, event. antimykotiky a antipyretiky dostatečnou dávkou a dostatečně dlouho (7 – 10 dní). Doporučuje se klid na lůžku, kojení není nutné přerušit. Dobrá drenáž mléka je předpokladem úspěšné léčby a přináší menší procento komplikací ve formě abscesů. Přerušením kojení při mírném zánětu je dítě deprivováno od protilátek a jiných faktorů z mateřského mléka, které ovlivňují jeho obranyschopnost a které matka produkuje ve zvýšené míře. (11,13)

### **Obtíže ze strany dítěte**

#### *Ikterický novorozenec*

Ikterické dítě je přechodně spavé a méně se hlásí k pití, někdy je třeba ho k pití stimulovat. Projímavý účinek kolostra zbavuje dítě smolky, rezervoáru bilirubinu. Včasné a dostatečné kojení tak snižuje enterohepatální oběh bilirubinu, a tím i intenzitu ikteru. Novorozenec léčený fototerapií má zvýšenou spotřebu tekutin, přesto ani takové dítě není obvykle nutno dokrmovat. Stačí mu dát možnost pít z prsu kdykoliv, stejně jako před léčbou. Po nezbytně dlouhou dobu je proto fototerapie přerušována, aby dítě ani v této situaci nebylo o kojení ochuzeno.

#### *Dítě s rozštěpem rtu*

Kojení je velmi obtížné, ale je možné a přináší dítěti četné výhody. Prs musí být

před kojením zformován odstříkáním a poloha dítěte je spíše vertikální a zvolená tak, aby tkáň prsu pokud možno zakryla dítěti defekt, dítě mohlo polykat a eventuálně modifikovaně sát. Při vlastním pití lze dítěti pomáhat současným citlivým stříkáním mléka do úst. Pro pozdější korektivní operaci je obličej dítěte, ovlivněný sáním, příznivou okolností.

#### *Dítě s drobnými anatomickými odchylkami v obličejí a ústech*

Malá brada, drobná ústa neúměrná velikosti bradavky, krátká podjazyková uzdička, jazyk vzadu v ústech, jsou obtíže, které lze překonat dokonalou technikou kojení, někdy volbou některé z méně obvyklých poloh nebo vhodnou volbou pomůcek na kojení (klobouček).

#### *Neprospívající kojené dítě v prvních týdnech*

Velký váhový úbytek, ztráta více než 12 % porodní hmotnosti, nepatrné váhové přírůstky, neklidné, nespokojené dítě, méně pomočených plen než 6 – 8 za den, méně než 4 dostatečně objemné, hnědavé hlenovité stoličky mezi čtvrtým dnem a čtvrtým týdnem života a prolongovaná časná forma ikteru kojených dětí nejčastější z přímých známek skutečného nedostatku mateřského mléka. Pokud je dítě zdravé, je třeba objektivně zjistit stav laktace u matky a přesvědčit se, zda dítě pije efektivně, jestli není dítě omezováno v přístupu k prsu, či zkracována délka kojení. (11,13)

### **2.4.5 Alternativní způsoby krmení**

Jestliže dítě potřebuje z nějakého důvodu dokrmovat, měli by všichni, kteří pečují o matku a dítě, znát alternativní způsoby krmení. Aby kojení bylo úspěšné, nemělo by být dítě v žádném případě dokrmováno z lahve. Sání z lahve a prsu se od sebe liší, dítě se učí sát dvěma způsoby, což je pro ně matoucí a brzy začne preferovat lahev, z níž je pití snazší. Alternativnímu způsobu se dává přednost také u nedonošených dětí, protože umožňuje štěpení tuků již v dutině ústní. Další výhodou alternativního krmení je, že vyžaduje aktivní pohyb jazyka, který je důležitý pro úspěšné kojení. (5)

#### *Krmení lžičkou*

Při krmení lžičkou je dítě drženo ve svislé poloze. Lžičku přiložíme ke rtům a vyčkáme, až dítě začne provádět sací pohyby, poté ji nakloníme, aby mléko mohlo ze lžičky vytéci. Před další dávkou ponecháme dítěti čas k polknutí mléka.



### *Krmení kapátkem nebo stříkačkou*

Dítě držíme opět ve svislé poloze, stlačíme jemně bradu dítěte dolů směrem k hrudníku. Poté vložíme kapátko nebo stříkačku do úst dítěte a jemně a pomalu mléko do úst vstříkneme. Při krmení stříkačkou musíme dbát na to, aby dítě při sání spolupracovalo a aktivně táhlo píst stříkačky. Mléko nesmí do úst jen chabě vtékat.

### *Krmení po prstu*

Dítě držíme ve svislé poloze proti sobě, ukazovák vsuneme do úst dítěte po polovinu druhého článku tak, aby nehet směřoval k jazyku. Prst směřuje na patro, kde je sací bod, po jehož stimulaci začne dítě pohybovat jazykem. K prstu pak přiložíme konus stříkačky s mlékem. Mléko vstříkujeme přímo ze stříkačky na prst.

### *Krmení z kádinky nebo hrnečku*

Dítě držíme ve vzpřímené poloze, nakloněnou kádinkou se dotkneme rtů dítěte. Reakcí na tento podnět je vysunutí jazyka a jeho stočení do pohárku, čímž získá mléko z kádinky. Tímto způsobem dobře pijí nedonošené děti od 30. gestačního týdne. Krmení kádinkou je možné střídát s nasogastrickou sondou do doby, než je možné začít s kojením. Kádinka se velmi dobře osvědčila při krmení dětí s rozštěpem rtu a patra, pokud kojení nebylo ještě stabilizované nebo možné. Krmení kádinkou lze také uplatnit u dětí s poruchou koordinace sání a polykání, protože podporuje ty faktory, které jsou pro tuto koordinaci nutné. Krmení kádinkou je metoda snadná a dostupná nejen pro zdravotnický personál, ale i pro rodiče.

### *Krmení pomocí cévky (suplementoru)*

Při použití této speciální pomůcky dítě saje prs a tím stimuluje produkci mléka, přičemž mléko je přiváděno cévkou z kádinky. U originálního suplementoru má matka nádobku s mlékem zavěšenou na krku dnem vzhůru a tenké cévky odvádějící mléko z nádobky jsou připevněny k prsu. (4,5)

## **2.4 Úloha všeobecné sestry v podpoře a edukaci kojení**

Nejvýznamnější a nejdůležitější osobou pro kojení je matka. Důležité jsou však i postoje otce, přátel a širší rodiny, protože mají na matku vliv. Pozitivní postoj matky ke kojení, její vůle, odhodlanost a sebedůvěra ve vlastní schopnost kojit jsou

předpokladem úspěšného kojení.

Největším pomocníkem matky, otce a jejich dítěte jsou především zdravotníci, lékaři, porodní asistentky a všeobecné sestry. Právě sestra a její chování k matce má často vliv na to, zda se matce podaří dobře a dlouho kojit, jelikož je v počáteční fázi kojení s matkou nejčastěji v kontaktu. Na osobnosti a profesionální úrovni každého zdravotníka, především sestry, velice záleží. Jestliže matka dostala první informace a instruktáž o kojení až po porodu, je pozdě. Bezprostředně po porodu není matka v optimálním psychickém stavu pro učení a přijímání nových informací. Po porodu již má aplikovat to, co se dříve naučila. Pokud chceme matce opravdu pomoci a dosáhnout pozitivních postojů ke kojení, podpořit její sebedůvěru ve vlastní schopnost kojit a dobře ji na kojení připravit, musí být příprava na kojení součástí komplexní prenatální péče a přípravy na porod. V ideálním případě by se měl zúčastnit také otec. V období gravidity je matka nejvíce motivovaná k přijímání informací, které se týkají dítěte, tedy i informací o kojení, a potřebných dovedností, snadno se jim učí. To zvyšuje pravděpodobnost úspěšného kojení. Po porodu při zahájení kojení matka využije vše, co se naučila dříve.

Prenatální příprava na kojení zahrnuje odborné informace o fyziologii a procesu laktace, o složení mleziva i nutriční a imunologické hodnotě mateřského mléka. Informace o technice kojení včetně instruktážního videa, nácvik a modelování správné techniky kojení s modelem dítěte. Dostatek včas podaných informací zvyšuje jistotu matky. Praktický nácvik techniky kojení zvyšuje její sebedůvěru. Jistota a sebedůvěra matky podporuje úspěch kojení. Důležité jsou také informace o psychice ženy v graviditě a po porodu a o psychice ještě nenarozeného dítěte a novorozence a o komunikaci s ním. Takto matka dostane včas všechny potřebné informace a získá i praktické základní dovednosti. Má čas na přemýšlení, žádoucí změnu případných negativních nebo ambivalentních názorů a postojů ke kojení. Dostává kvalifikované odpovědi na své otázky. To snižuje její případné pochybnosti. Zároveň se seznámí s personálem a prostředím nemocnice, kde bude rodit, takže přichází již do známého prostředí. To rovněž matku zbavuje prožitků, které by mohly blokovat laktaci.

Optimální zahájení kojení probíhá bezprostředně po porodu ještě na porodním

sále. Novorozence položíme na nahé tělo matky, která ho objímá, hladí, drží v náručí, vlídně na něj hovoří a s láskou, jemně se ho dotýká. Komplexní kontakt novorozence s matkou, sání z mateřského prsu, v tzv. čtvrté době porodní, optimalizuje zahájení kojení i sociální interakce a rozvoj psychiky novorozence.

Praktický postup:

- Nahého novorozence položíme matce na nahé tělo. Není-li na porodním sále dostatečné teplo, přikryjeme novorozence zahřátou plenou. Matčiny ruce pomůžeme položit na tělíčko dítěte a čekáme spolu s matkou. Pozorujeme dítě i matku, nespícháme.
- Matka dítě přidrží a jemně hladí, laskavě s ním hovoří a čeká na reakce novorozence.
- Matka se dál chová podle reakcí dítěte. Povzbuzuje je a vhodně mu pomáhá, když pomoc potřebuje.
- Dítěti necháváme dostatek času k orientaci v prostředí, k uvolnění a k rozvinutí všech jeho aktivit. Dítě je schopno samo otáčet hlavičkou a pohybovat se po těle matky, jestliže je položíme na břicho a přidržíme na těle matky.
- Každé dítě se pohybuje a orientuje svým individuálním tempem. Proto nespícháme. Dítě může své vrozené vzorce chování rozvíjet tak rychle nebo pomalu, jak potřebuje a chce. Současně má i dostatek času na sociální interakci s matkou.
- Jestliže matka sama přikládá novorozence přímo k prsu, i tehdy potřebuje mít dítě dostatek času, aby se po porodu a vstupu do světa zorientovalo, přizpůsobilo se mu a mělo čas na rozvinutí vrozených vzorců chování, které potřebuje k prisátí a sání.
- Kdykoliv s dítětem manipulujeme, činíme tak velmi pomalu.
- Pamatujme, že dítě nejprve prs olizuje, ochutnává, čeká.
- Než se úspěšně prisaje, může mít několik nezdařených pokusů.
- Když se dítě prisaje, dělá přestávky mezi obdobím sání a polykání.
- Celkově saje dost dlouho, než se nasytí.

Je-li kojení iniciováno již na porodním sále, další dny se kojení lépe a rychleji

rozvíjí a je úspěšnější. Dítě potřebuje ponechat bezprostředně po narození společně s matkou na jejím těle, aby bylo zahájeno kojení a první komunikace mezi dítětem a matkou. Čas, který novorozenec potřebuje strávit bezprostředně po porodu v přímém tělesném, psychickém a sociálním kontaktu společně s matkou, odpovídá čtvrté době porodní. Jsou to asi 2-3 hodiny po porodu, kdy se děloha ještě rytmicky stahuje. Stačilo by hájit první hodinu života novorozence po porodu jako tuto čtvrtou dobu porodní, aby dítě vstupovalo do přátelského světa bez zbytečných stresových situací a s co nejlepšími podmínkami pro zahájení kojení i pro rozvinutí všech svých schopností. Všichni se snaží, aby se dítě narodilo zdravé. Je absurdní, že když se konečně dítě narodí, začneme tolik spěchat a dítě rychle odnášíme a nenecháme je společně s matkou a otcem, ačkoliv je to potřeba jak pro úspěšné kojení, tak pro vazby mezi matkou, otcem a dítětem a kvůli dítěti samotnému. Je lidské a logické nechat novorozence po porodu na těle matky a čekat alespoň hodinu, aby se dítě po porodu zadaptovalo, dobře se zorientovalo a mělo čas k rozvinutí a uplatnění všech svých vrozených vzorců chování.

Pro zabezpečení co největší pravděpodobnosti úspěšného kojení musí všichni zdravotníci postupovat podle stejných principů obsahových i formálních. Doporučení pro režim chránící, podporující a prosazující kojení jsou shrnuta v tzv. „Deseti krocích k úspěšnému kojení“, tvořících základ pro iniciativu, vzniklou v roce 1991, Baby-Friendly Hospital. Po propuštění z porodnice jsou nejdůležitějšími pomocníky matky pediatr a dětská sestra. Na nich velmi záleží, jak bude kojení dále probíhat. Je-li podpora po propuštění z porodnice méně kvalitní, prudce klesá počet plně kojících dětí zejména ve 3. a 6. měsíci věku. Je-li podpora v tomto období vytrvalá, matky plně kojí výrazně déle. Další pomocí pro matky jsou tzv. horké linky kojení zřizované v Baby-Friendly porodnicích, kam se matky mohou obracet po propuštění z porodnice s problémy týkajícími se kojení. Stejnou službu poskytují také laktační poradkyně. (12,14)

## 2.10. Podpora a ochrana kojení v České republice a ve světě

### Podpora kojení v České republice a ve světě

Poznatky v oblasti výživy kojence se v průběhu 20. století dramaticky proměnily. Světová zdravotnická organizace (SZO) a Dětský fond Organizace spojených národů (UNICEF) již po mnoho let zdůrazňují důležitost zachování a obnovení praxe kojení jako cesty ke zlepšení výživy a zdraví dětí. V roce 1990 vypracována Deklarace na ochranu, prosazování a podporu kojení, která požaduje vytvoření prostředí, jež umožní matce kojít své dítě alespoň 4 – 6 měsíců po porodu a dále pokračovat v kojení s doplňkovou výživou do 2 let věku dítěte, popřípadě déle. Shromáždění SZO v květnu 1996 prodloužilo doporučení výlučného kojení na dobu 6 měsíců a dále doporučuje kojít spolu s doplňkovou výživou od 6 měsíců do 2 let věku dítěte, popřípadě déle. (7)

Ve snaze podpořit úspěšné kojení a zvýšit počet dětí kojených po doporučenou dobu vyhlásily SZO A UNICEF v roce 1991 celosvětový program „Baby-Friendly Hospital“. Cílem bylo zvrátit nepříznivý trend posledních desetiletí, kdy se snižoval počet výlučně kojených a přibývalo dětí krmených umělou mléčnou výživou. Klíčovou roli měly sehrát porodnice. Ty mají velký význam pro podporu kojení, stejně jako mohou bránit výlučnému kojení zavedenými postupy, jejichž výsledkem je například oddělení matky a dítěte po porodu, dokrmování novorozenců bez zdravotní indikace a nedostatečná pomoc matce v kritickém období začátku laktace. Lékaři a sestry neposkytují vždy dostatečnou pomoc matce při nácviu správné techniky při zvládnání běžných problémů na začátku laktace. Požadavkem na udělení statutu Baby-Friendly Hospital, který znamená, že nemocnice je přátelsky nakloněna nejen dítěti, ale i matce a kojení, je zavést do praxe všech „Deset kroků k úspěšnému kojení“ – viz příloha č. V roce 2000 se počet Baby-Friendly porodnic ve světě přiblížil 15 000. (8)

Celosvětová aliance World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) sdružuje jednotlivce, organizace a sítě, které se hlásí k podpoře, prosazování a podpoře kojení na základě Deklarace Innocenti a Globální strategie SZO. Hlavními členskými organizacemi jako Baby Food Action Network (IBFAN), La Leche League

International (LLLI), International Lactation Consultant Association (ILCA), Wellstart International a Academy of Breastfeeding Medicine (ABM). WABA vyhlašuje každoročně Světový týden kojení, který má být celosvětovou osvětovou kampaní na podporu kojení na dané téma.

V České republice byl program „Baby-Friendly Hospital“ iniciován v roce 1991. V roce 2007 bylo 64 „Baby-Friendly“ porodnic. V roce 1992 formulovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve svém Národním programu obnovy a podpory zdraví ČR v rámci strategií ozdravení výživy následující cíle – prodloužit celkovou dobu kojení na v té době doporučených 4 – 6 měsíců a zvýšit počet výlučně kojeneckých dětí ve 3 měsících na 50 %. Podpora kojení se stala součástí Národního programu zdraví vydaného v roce 1995.

V roce 1993 byl ustaven Národní výbor pro podporu kojení při Českém výboru pro UNICEF. Výbor sdružuje zástupce odborných společností, lékařských fakult, organizace ANIMA – Pražská skupina IBFAN, Ministerstva zdravotnictví ČR a „Baby-Friendly“ porodnic. Výbor koordinuje vydávání a distribuci vzdělávacích a osvětových materiálů, vzdělávání zdravotníků a hodnocení porodnic, které se ucházejí o titul „Baby-Friendly Hospital“. Výbor se každoročně první týden v srpnu připojuje ke Světovému týdnu kojení vyhlašovanému organizací WABA.

Laktační centrum spolu s Národní horkou linkou kojení vzniklo při novorozeneckém oddělení ve Fakultní Thomayerově nemocnici v roce 2001 jako první středisko, které poskytuje poradenskou službu kojícím matkám ambulantně a telefonicky s celostátní působností. Laktační centrum také slouží jako školící pracoviště pro zdravotníky i matky, organizuje konference a semináře, vydává vzdělávací a osvětové materiály, časopis a webové stránky. V laktačním centru bylo již vyškoleny přes 300 zdravotníků a 120 matek – laktačních poradkyň. (9,12)

### **Ochrana kojení v České republice a ve světě**

V podmínkách tržního hospodářství je matka a její rodina vystavena komerčnímu tlaku ze strany výrobců kojenecké výživy a ovlivňována při rozhodování zda kojit a jak dlouho. Současné marketingové strategie výrobců a distributorů kojenecké výživy se zaměřují především na zdravotníky. Zdravotníci jsou pohodlným kanálem

k matkám tím, že jejich doporučení mají váhu odborné autority. Firmy podporují konflikt zájmů zdravotníků tím, že jim nabízejí vzorky výrobků kojenecké výživy a propagační materiály pro distribuci matkám, zlevněné dodávky výrobků kojenecké výživy, dárky a zařízení zdarma. Propagační strategie zaměřené na těhotné ženy a matky prostřednictvím mateřských klubů, časopisů, distribuce dárků a vzorků prostřednictvím balíčků v porodnicích mohou rovněž vést k předčasnému ukončení kojení a k časnému zavádění nemléčných příkrmů. Propagace pokračovacích mléka může matky odrazovat od delšího kojení. Mezinárodní síť nevládních organizací IBFAN vydala v roce 2001 výsledky monitorování průmyslu kojenecké výživy ve 14 zemích světa, které poukazují na extenzivní porušování kodexu a následných rezolucí SZO 16 největšími výrobci kojenecké výživy a 13 výrobci lahví a dudlíků. Nadnárodní společnosti porušují mezinárodní dohody zvláště v zemích, které nemají přijaty zákony o regulaci reklamy a marketingu kojenecké výživy.

V těchto podmínkách je třeba chránit kojence, matky a zdravotníky před nevhodným marketingem průmyslu kojenecké výživy, lahví a dudlíků, který vede ke zbytečnému používání kojenecké mléčné výživy a předčasnému zavádění průmyslově vyrobených nemléčných příkrmů na úkor výlučného kojení.

Již v roce 1981 byl za tímto účelem přijat Valným shromážděním SZO Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka (příloha č. 3). Kodex se vztahuje na všechny náhražky mateřského mléka a také na lahve a savičky. Vláda České republiky, jako členská země SZO, má rovněž odpovědnost za dodržování kodexu a následných rezolucí Valného shromáždění SZO a jejich přijetí do národních zákonů. Důležitým krokem v uplatňování kodexu je rezoluce SZO z května roku 1994, která vyzývá vlády členských států, aby zajistily, že do žádného zdravotnického zařízení nebudou dodávány zdarma nebo se slevou náhrady mateřského mléka a ostatní výrobky vymezené kodexem. Dosud 51 zemí světa začlenilo ustanovení kodexu a následných rezolucí do své legislativy. Zkušenost ze zemí, které již přijaly kodex do národní legislativy ukazuje, že omezení marketingu náhrad přirozené výživy, lahví a dudlíků má příznivý vliv na výživu kojence.

(12,14)

### **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

#### **3.1 Vymezení problému**

Je informovanost těhotných žen v oblasti přirozené výživy novorozenců a kojenců dostatečná?

#### **3.2 Cíle průzkumu**

Na základě formulovaného problému jsem stanovila tyto cíle:

- Zmapovat míru informací o kojení, které těhotné ženy získávají od zdravotníků.
- Zjistit míru praktických dovedností těhotných týkajících se kojení.
- Zjistit informovanost těhotných žen o používání dudlíků a krmení kojeneckými láhvemi v období kojení.

#### **3.3 Stanovení hypotéz průzkumu**

Na základě popsání cílů jsem stanovila tyto hypotézy:

**H<sub>1</sub>:** Většina těhotných žen chce kojit své dítě.

**H<sub>2</sub>:** Více než polovině těhotných žen nebylo v těhotenství provedeno vyšetření prsů a prsních bradavek.

**H<sub>3</sub>:** U více než poloviny těhotných žen převládá názor, že používání dudlíků a krmení kojeneckými láhvemi je v období kojení neškodné.

**H<sub>4</sub>:** Předpokládám, že méně než polovina těhotných žen měla v těhotenství možnost vyzkoušet si prakticky polohy při kojení na modelu.

#### **3.4 Popis dotazníku**

K zjištění potřebných informací byla zvolena dotazníková metoda. Byl použit dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 19 otázek. Otázky v dotazníku byly



otevřené, polouzavřené a uzavřené.

Úvodní část dotazníku zjišťovala základní identifikační údaje: věk, týden těhotenství a pořadí očekávaného porodu. Další otázky se zaměřovaly na problematiku informovanosti těhotných žen o kojení, teoretické a praktické znalosti a řešení problémů souvisejících s tímto tématem.

### **3.5 Organizace průzkumu**

Výzkum probíhal v měsících prosinci 2007 a lednu 2008. Dotazníky byly vyplňovány těhotnými ženami hospitalizovanými na Gynekologicko porodnické klinice Fakultní nemocnice na Bulovce a ženami v ambulanci pro těhotné tamtéž. Návratnost dotazníků byla 100%.

### **3.6 Charakteristika průzkumného vzorku**

Průzkumný vzorek tvořila skupina složená ze 60 těhotných žen. Průměrný věk žen byl 28,6 roku. Věkový rozptyl se pohybuje od 19 do 40 let. Dotazník byl vyplňován ženami od 34. do 40. týdne těhotenství.

### 3.7 Výsledky průzkumu

#### Položka č.1: Věk respondentek

Z celkového počtu 60 respondentek průměrný věk činil 28,6 let. Nejmladší dotazované bylo 19 let a nejstarší bylo 40 let, věkový rozdíl tedy byl 21 let.

Tabulka č. 1: Věk respondentek

Věk	Počet	%
20 a méně	3	5
21-25	13	21
26-30	24	40
31-35	16	27
36-40	4	7
Celkem	60	100

#### Položka č. 2: Týden těhotenství dotazovaných

Z celkového počtu bylo 13 žen ve 40. týdnu těhotenství, nejméně žen, tj. 3 bylo ve 34. týdnu těhotenství.

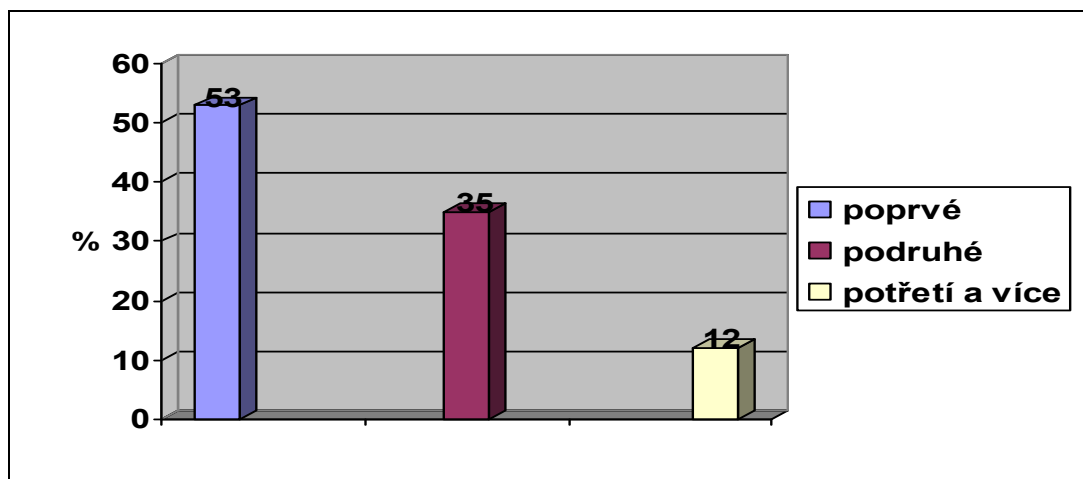
Tabulka č. 2: Týden těhotenství

Týden	Počet	%
34	3	5
35	9	15
36	9	15
37	7	12
38	11	17
39	9	15
40	13	21
Celkem	60	100

### Položka č. 3: Pořadí porodu

Z celkového počtu 60 respondentek, které odpověděly na tuto otázku jich 32 (53 %) bude rodit poprvé, podruhé bude rodit 21 (35 %) žen, 7 (12 %) žen bude rodit potřetí a více.

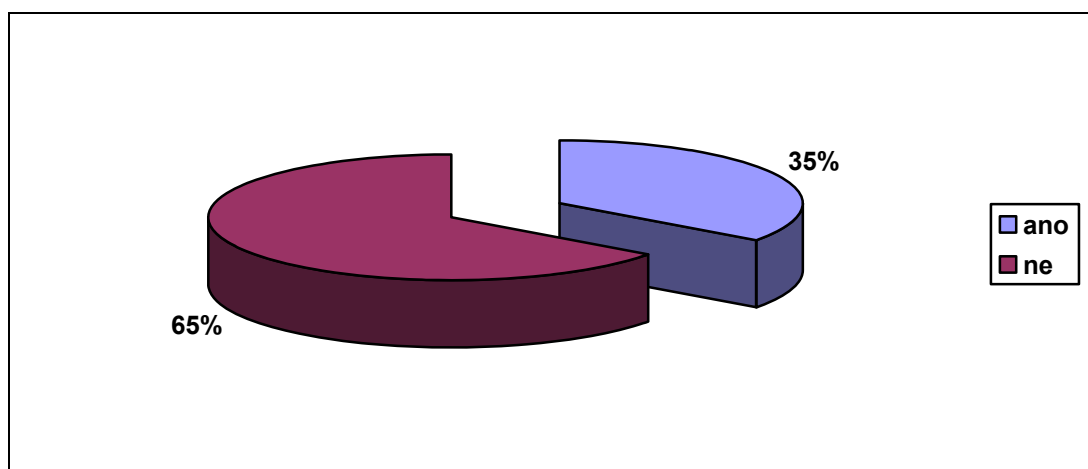
Graf č. 1: Pořadí očekávaného porodu



### Položka č. 4: Navštěva předporodního kurzu

Z celkového počtu respondentek předporodní kurz navštěvovalo 21 (35 %) žen, 39 (65 %) těhotných žen nenavštěvovalo předporodní kurz.

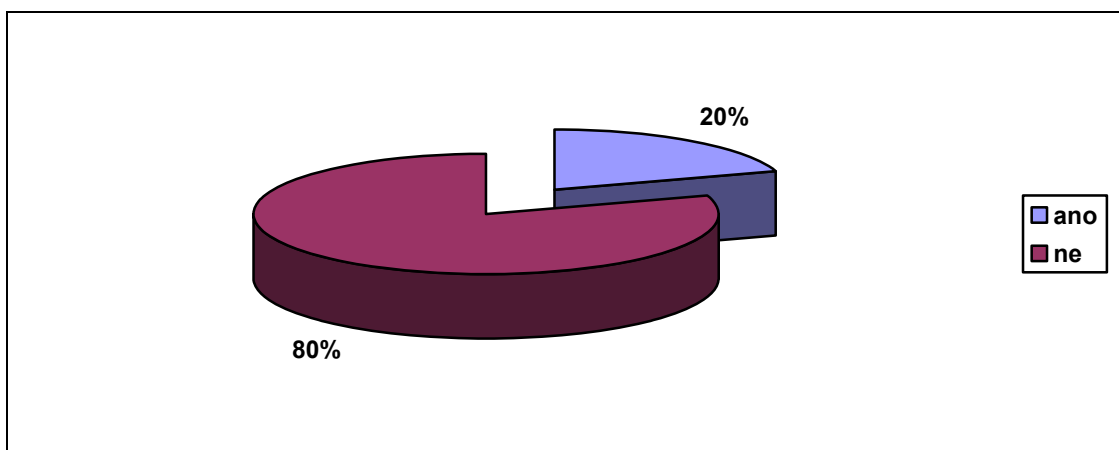
Graf č. 2: Účast na předporodním kurzu



### Položka č. 5: Vyšetření prsů a prsních bradavek v těhotenství

Z celkového počtu respondentek byly vyšetřeny prsy a prsní bradavky 12 (20 %) těhotným ženám, nevyšetřeno bylo 48 (80 %) žen. Tento výsledek považuji za alarmující, vzhledem k tomu, že lékaři mají povinnost ženám v těhotenství vyšetřit prsy a prsní bradavky.

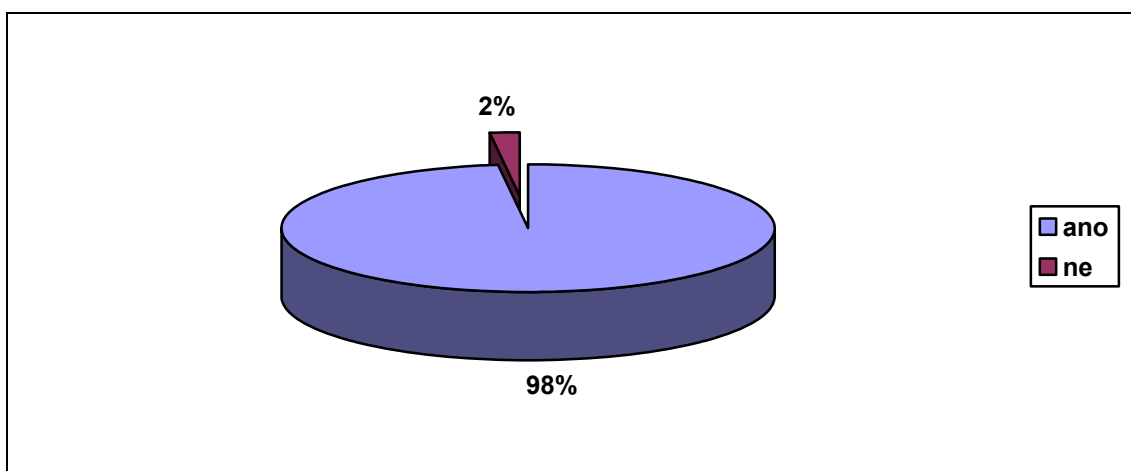
Graf č. 3 . Vyšetření prsů a prsních bradavek



### Položka č. 6: Odhodlanost těhotných žen kojit své dítě

Z celkového počtu dotazovaných žen chce 59 (98 %) kojit své dítě, 1 (2 %) žena své dítě kojit nechce.

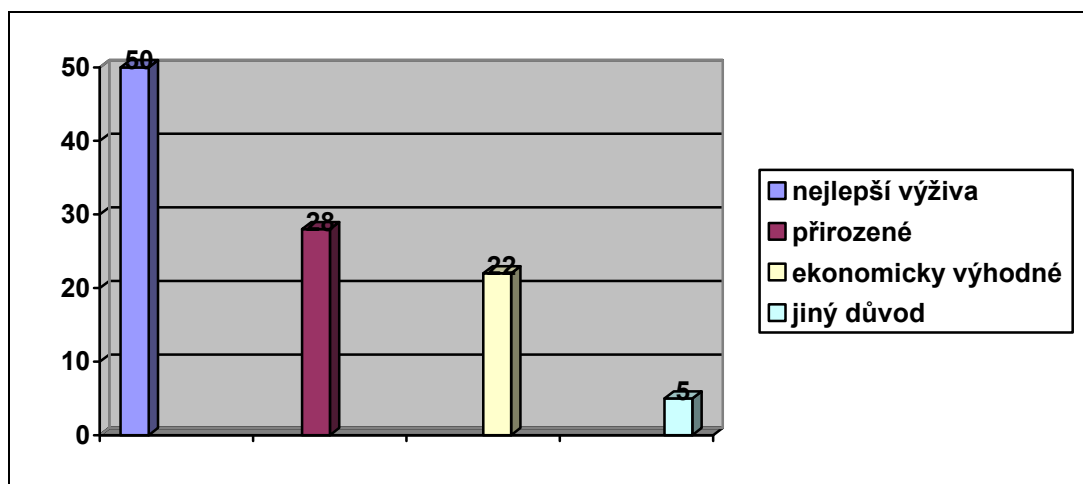
Graf č. 4: Ochota těhotných žen kojit své dítě



### **Položka č. 7: Motivace ke kojení dítěte**

Z celkového počtu dotazovaných považuje 50 žen kojení za nejlepší výživu pro své dítě, 28 respondentek chce kojít, protože je to přirozené, možnost ekonomicky výhodné uvedlo 22 dotazovaných. Jiné důvody uvedlo 5 žen, tyto důvody jsou přirozená výživa pro dítě, správná teplota mateřského mléka, pohodlí pro matku, přínos pro zdraví matky a dítěte a možnost nakrmit dítě kdekoliv.

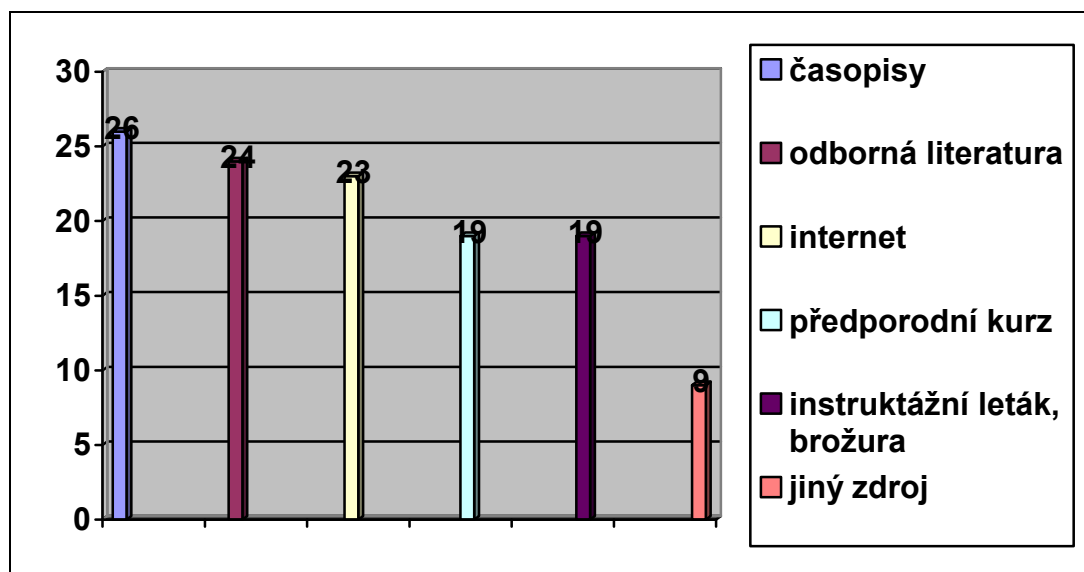
Graf č. 5: Důvody pro kojení dítěte



### **Položka č. 8: Zdroje informací o kojení**

Z celkového počtu dotazovaných v předporodním kurzu získalo informace 19 těhotných žen, z instruktážních letáků a z brožur čerpalo 19 žen, 24 respondentek hledalo informace v odborné literatuře, na internetu získávalo informace 23 žen, v časopisech a v novinách nacházelo informace 26 těhotných. Informace u jiného zdroje by hledalo 9 žen, obracely by se na příbuzné, ostatní matky, gynekologa či porodní asistentku.

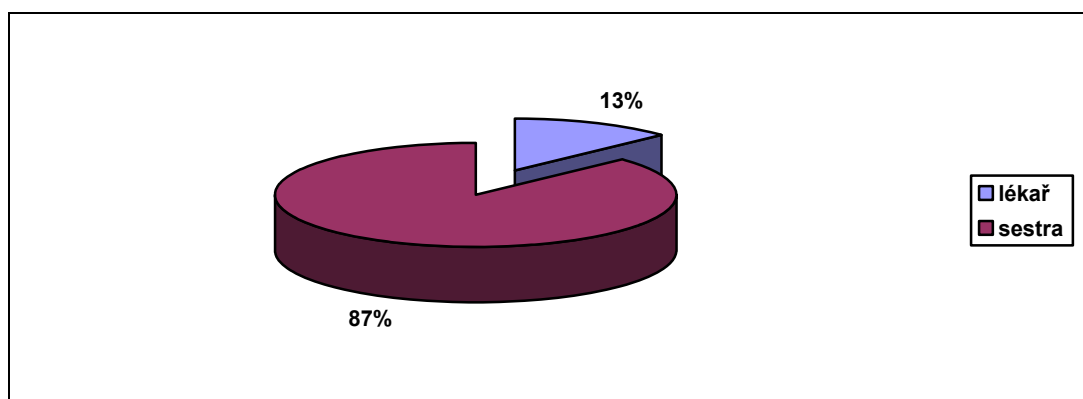
Graf č. 6: Zdroje informací o kojení



#### Položka č. 9: Poskytnutí informací o kojení

Z celkového počtu dotazovaných lékař poskytl více informací o kojení 8 (13 %) těhotným ženám, 52 (87 %) ženám poskytla více informací o kojení sestra.

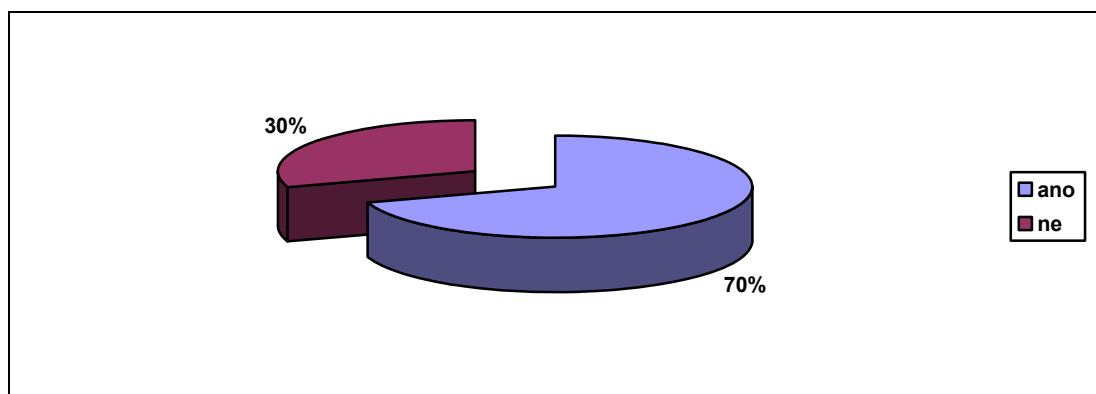
Graf č. 7: Informace o kojení



### Položka č. 10: Seznámení s výhodami kojení

Z celkového počtu dotazovaných byly výhody kojení lékařem nebo sestrou vysvětleny 42 (70 %) respondentkám, 18 (30 %) žen nebylo s výhodami seznámeno.

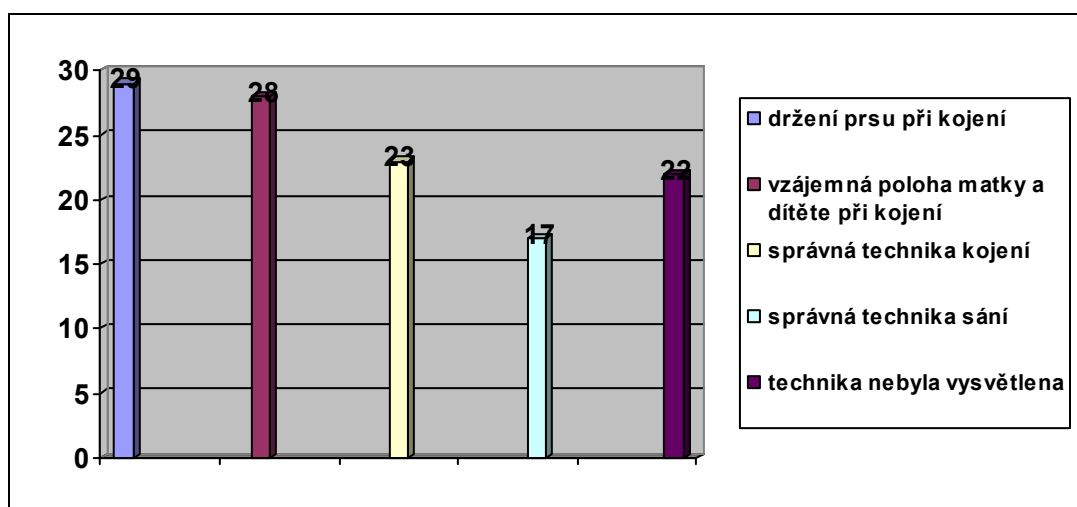
Graf č. 8: Seznámení s výhodami kojení



### Položka č. 11: Seznámení se správnou technikou kojení

Z celkového počtu dotazovaných bylo držení prsu při kojení vysvětleno 29 respondentkám, vzájemná poloha matky a dítěte při kojení 28 ženám, 23 těhotným byla vysvětlena správná technika přisátí dítěte, technika sání byla vysvětlena 17 respondentkám. Se správnou technikou kojení nebylo seznámeno 22 dotazovaných.

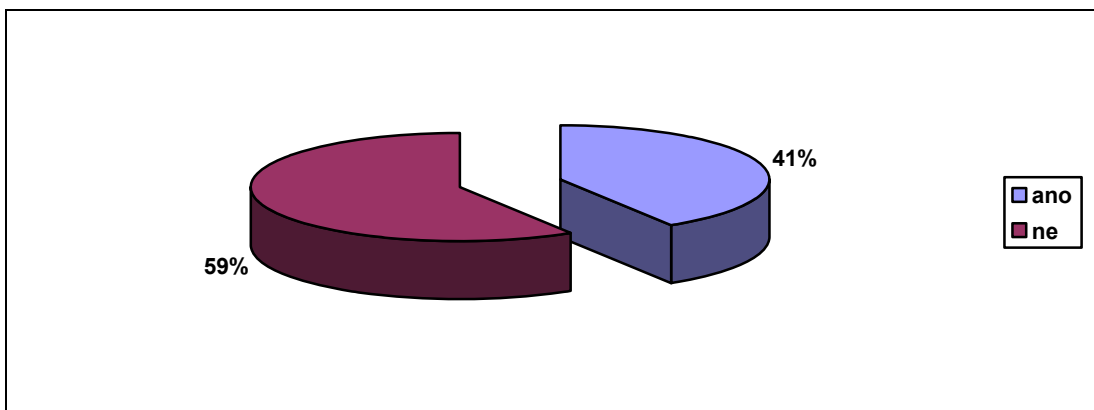
Graf č. 9: Vysvětlení správné techniky kojení



### **Položka č. 12: Praktická zkouška poloh při kojení na modelu**

Z celkového počtu respondentek 25 (41 %) uvedlo, že mělo možnost vyzkoušet si prakticky polohy dítěte při kojení na modelu, 35 (59 %) žen tuto možnost nemělo.

Graf č. 10: Praktická příprava na kojení

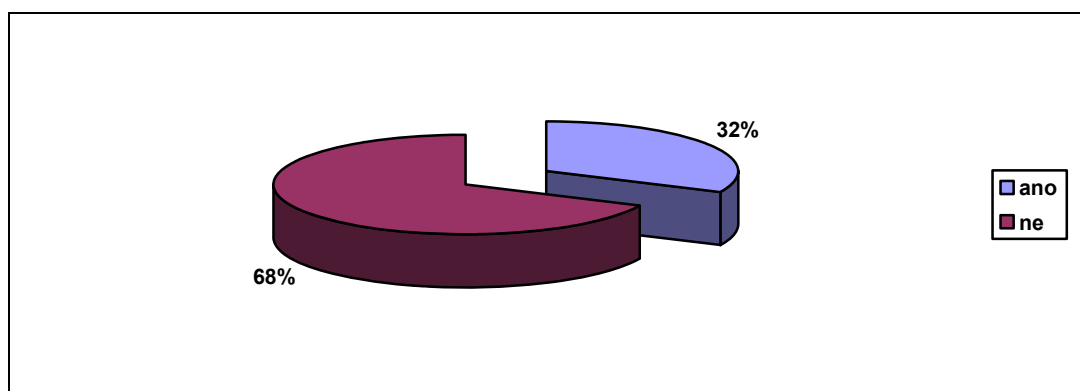


### **Položka č. 13: Alternativní způsoby krmení**

Z celkového počtu dotazovaných 19 (32 %) respondentek zná alternativní způsoby krmení, 41 (68 %) dotázaných alternativní způsoby krmení nezná

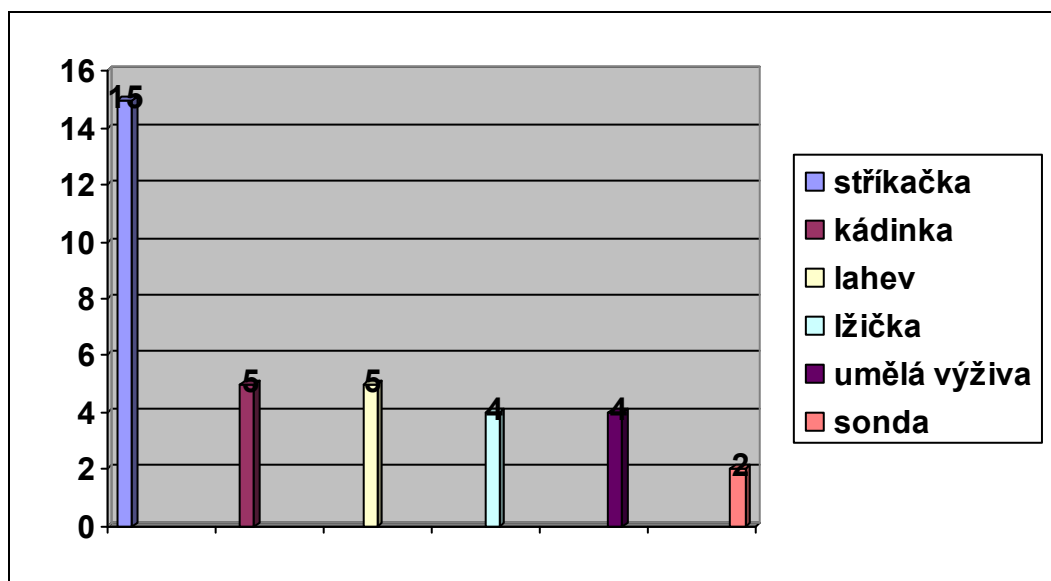
V podotázce se vyjádřily ženy, které uvedly, že znají alternativní způsoby krmení, 4 dotazované uvedly krmení lžičkou, 5 žen krmení kádinkou, krmení stříkačkou 15 respondentek, krmení lahví 5, umělou výživu udaly 4 ženy, sondu 2 dotazované.

Graf č. 11: Znalost alternativních způsobů krmení





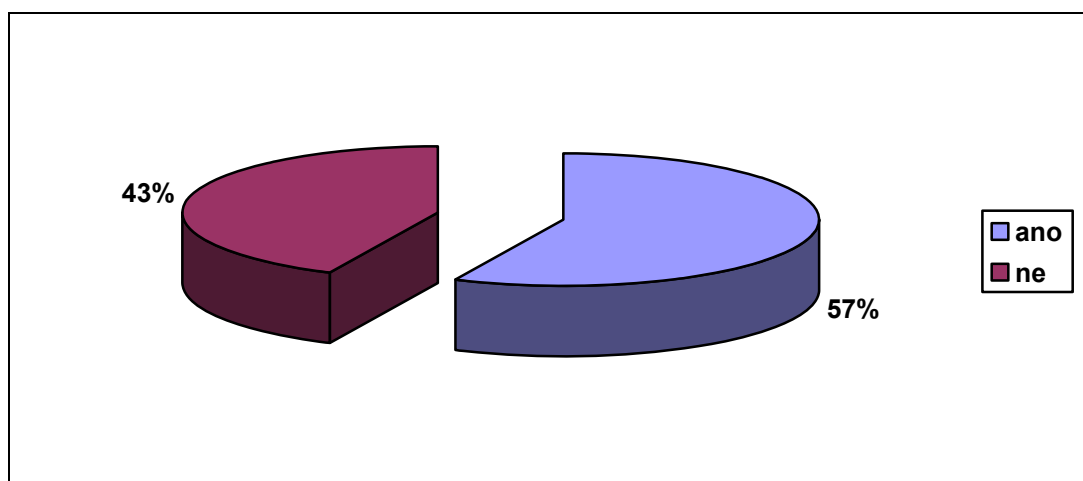
Graf č. 12: Metody alternativního způsobu krmení



**Položka č. 14: Nevhodnost používání kojeneckých lahví během kojení**

Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 34 (57 %) respondentek, že považují krmení kojeneckou lahví během kojení za nevhodné, 26 (43 %) respondentek si myslí, že krmení lahví během kojení není nevhodné.

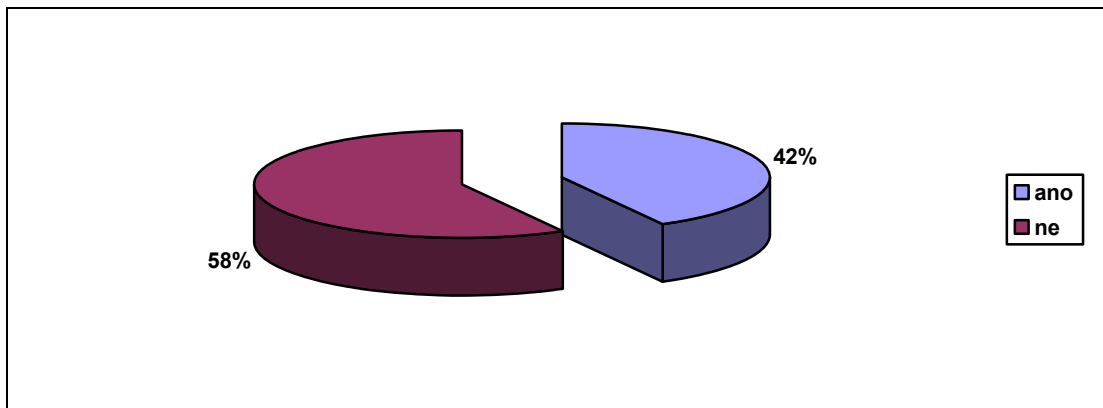
Graf č. 13: Používání kojenecké láhve během kojení



### **Položka č. 15: Nevhodnost používání dudlíků během kojení**

Z celkového počtu respondentek odpovědělo kladně 25 (42 %) těhotných žen, 35 (58 %) dotazovaných žen odpovědělo záporně.

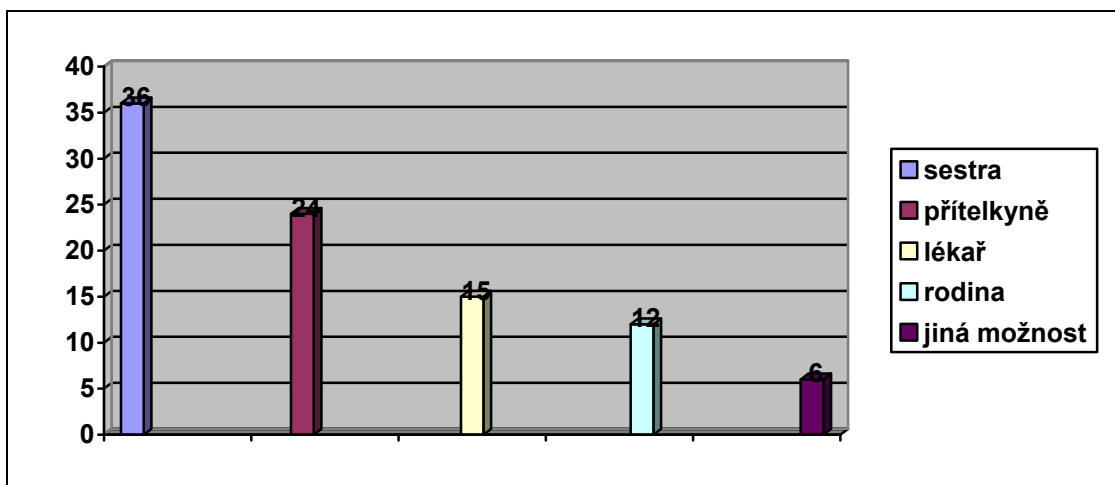
Graf č. 14: Používání dudlíků během kojení



### **Položka č. 16: Osoba mající důvěru při problému s kojením**

Na zdravotní sestru by se obrátilo 36 dotazovaných, na lékaře 15 dotazovaných, 12 respondentek by hledalo pomoc v rodině, na přítelkyni by se obrátilo 24 dotazovaných. Další možnost zvolilo 6 dotazovaných, obrátily by se na pediatra, laktačního poradce, Laktační ligu a porodní asistentku.

Graf č. 15: Osoba mající důvěru při problému s kojením

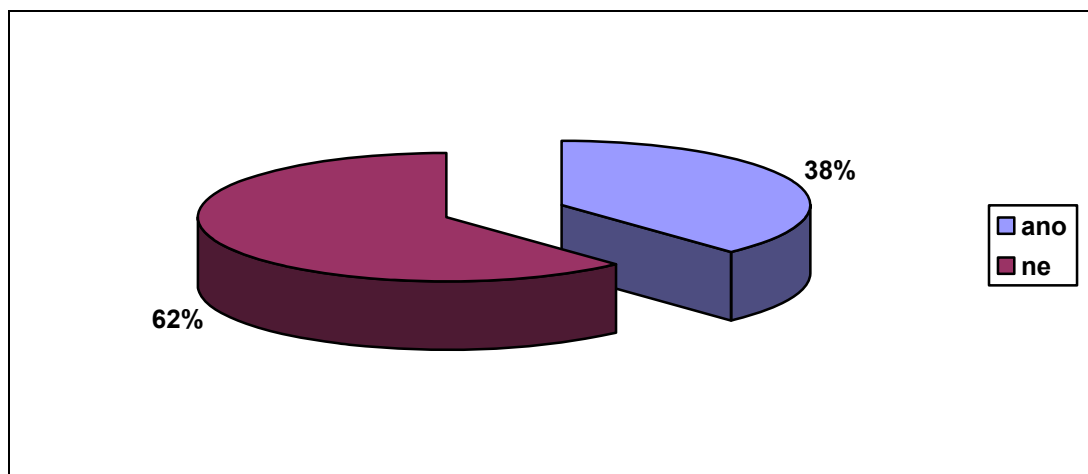


### Položka č. 17: Laktační poradce

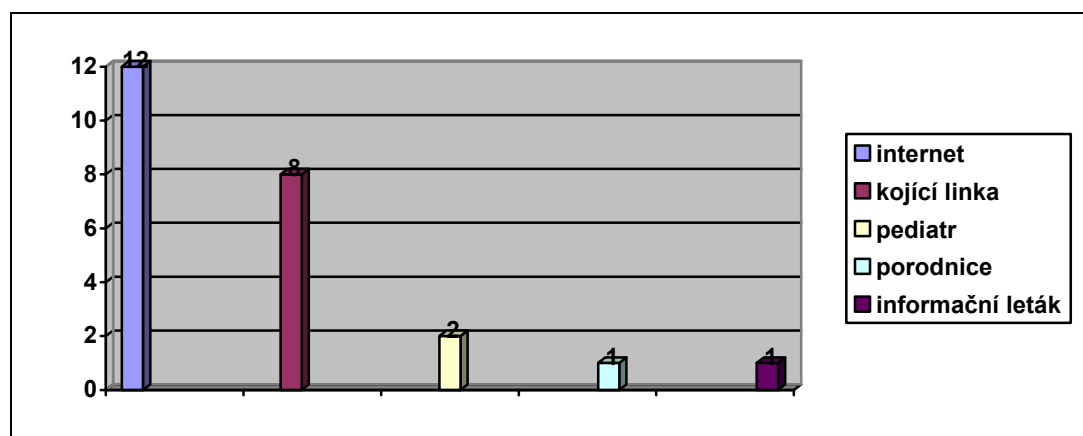
S tímto pojmem se setkalo 23 (38 %) dotazovaných, 37 (62 %) dotazovaných se s pojmem neseťkalo.

V podotázce odpovídaly ženy, které se setkaly s pojmem laktační poradce. Z celkového počtu 23 dotazovaných by 8 žen získalo kontakt na kojící lince Laktační ligy, na internetu by hledalo kontakt 12 žen, 2 ženy by se obrátily na pediatra pediatra, 1 na porodnici a 1 by vyhledala kontakt v informačním letáku o kojení.

Graf č. 16: Pojem laktační poradce



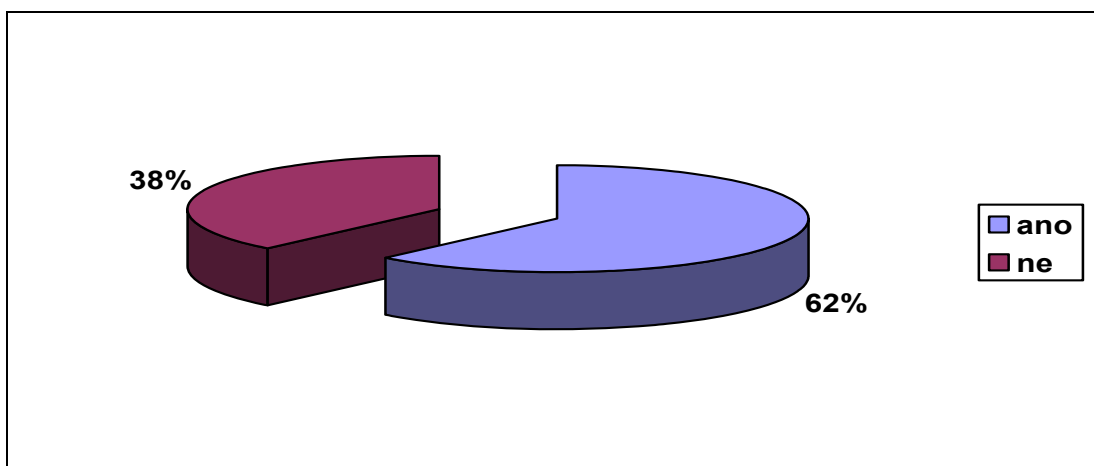
Graf č. 17: Získání kontaktu na laktačního poradce



### **Položka č. 18: Dostatečná informovanost o kojení**

Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo kladně 37 (62 %) , záporně odpovědělo 23 (38 %) žen.

Graf č. 18: Dostatek informací o kojení



### **Položka č. 19: Nejasnosti týkající se kojení**

Z celkového počtu respondentek na tuto otázku odpovědělo kladně 6 (10 %) žen, jejich dotazy byly:

- Jak podpořit tvorbu mléka?
- Kolikátý den po porodu se začne tvořit mléko?
- Vliv kojení na zdravotní stav matky.
- Kolik měsíců kojit dítě?
- V jaké poloze kojit?
- Co dělat při problémech s kojením?

Z uvedených otázek je patrné, že ženy nemají v otázce kojení dostatečné informace. Na tyto otázky jsem respondentkám odpověděla při sběru dotazníků.

### 3.8 Diskuse

Kojení je široké a rozsáhlé téma. Zaměřila jsem se na zmapování teoretických i praktických znalostí těhotných žen a na míru informací, které ženy dostávají v těhotenství od zdravotníků. Hlavní průzkumnou metodou byl zvolen anonymní dotazník.

Průzkumu se zúčastnilo 60 respondentek od 34. do 40. týdne těhotenství hospitalizovaných na lůžkových odděleních nebo navštěvujících prenatalní poradnu ve Fakultní nemocnici Na Bulovce. Průměrný věk sledované skupiny byl 28, 6 roku. U žádné pacientky jsem se nesešla s negativními reakcemi, o čemž svědčí 100 % návratnost dotazníků. Doba návratnosti dotazníků se pohybovala od jednoho do čtyř dnů, všechny dotazníky jsem si vyzvedla od pacientek osobně. Záměrně jsem zvolila ženy ve vyšším stupni těhotenství, protože jsem předpokládala, že již uvažovaly o způsobu výživy svého dítěte a aktivně vyhledávají informace týkající se kojení. Většina žen, 53 % se připravovalo rodit poprvé, 35 % žen podruhé a 12 % bude rodit potřetí a více.

*H1: Většina těhotných žen chce kojit své dítě.*

Kojení je obecně považováno za nejlepší výživu pro kojence. Ze šetření vyplývá, že 98 % těhotných chce kojit své dítě, jedna žena uvedla, že kojit nechce z důvodu psychického onemocnění. Ženy odhodlané kojit své dítě jako nejčastější důvod (83 %) udaly, že mateřské mléko je nejlepší výživou dítěte, to považují za důležité, protože žena s tímto názorem se bude snažit kojit a řešit případné problémy při kojení ve prospěch dítěte. Kojení jako přirozené považuje téměř polovina (47 %) respondentek, rozhodnutí kojit v dnešní době je výhodné i z ekonomického hlediska, protože krmení dětí umělou stravou je finančně náročné. Tato hypotéza *se potvrdila*.

*H2: Více než polovině těhotných žen nebylo v těhotenství provedeno vyšetření prsů a prsních bradavek.*

Vyšetření prsů a prsních bradavek je velmi jednoduché a nenáročné. V těhotenství je velice důležité, protože tvar bradavky je jedním ze základních kamenů úspěšného

kojení. Vyšetřeno nebylo 80 % žen, což je opravdu alarmující. Toto vyšetření by mělo být prováděno na počátku těhotenství, aby mohly být napraveny případné problémy. Tato hypotéza se *potvrdila*.

*H3: U více než poloviny žen převládá názor, že používání dudlíků a krmení kojeneckou lahví je v období kojení neškodné.*

Používání dudlíků a krmení dítěte kojeneckou lahví je často diskutované téma. Výsledky průzkumu ukázaly, že krmení lahví považuje za neškodné 43 % respondentek, používání dudlíků považuje za neškodné 58 % respondentek. Tento fakt je zarážející vzhledem k tomu, že technika sání dudlíku a savičky je stejná což si ženy neuvědomují. Je prokázáno, že používání dudlíků a lahví má vliv na techniku kojení, což souvisí s odlišným způsobem uchopením dudlíku a uchopení bradavky. Matky, jejichž děti používají dudlík mohou mít problémy s prsními bradavkami poškozenými nesprávnou technikou kojení. Tato hypotéza se *potvrdila zčásti*.

*H4: Méně než polovina těhotných žen měla v těhotenství možnost vyzkoušet si prakticky polohy při kojení na modelu.*

Správná poloha dítěte je jedním ze základních předpokladů úspěšného kojení. Nalézt správnou polohu bývá pro ženy velmi těžké, proto je nutné, aby byly poučeny během těhotenství, praktický nácvik této dovednosti je důležitý. K této položce se vyjádřilo kladně 59 % respondentek. Tento fakt souvisí s tím, že ženy navštěvují kurzy předporodní přípravy a aktivně vyhledávají informace týkající se kojení. Teoretická příprava na kojení v těhotenství má významný vliv po porodu, kdy může žena aplikovat teoretické znalosti v praxi. Tato hypotéza se *nepotvrdila*.

Podobným tématem se zabývala práce s názvem Informovanost o kojení u matek po porodu (M. Vodičková, 2006). Průzkumu se zúčastnilo 151 respondentek od 20 let do 41 let. Ve studii je uvedeno, že lékař vyšetřil prsy 17 % těhotných žen vyšetřil lékař prsy, což je podobný výsledek, který vyplývá z našeho průzkumu. O výhodách kojení bylo zdravotníky poučeno 43 % těhotných žen, v naší práci s nimi bylo seznámeno 70 % žen, což je podstatně více. Na poskytování informací se

více podílel lékař 49 %, sestra informovala ženu ve 40 % případů, což je rozdílný výsledek oproti našemu průzkumu, kde lékař informoval 13 % respondentek a sestra 87 % těhotných žen. Kurz předporodní přípravy navštěvovalo 46 % těhotných, v naší práci to bylo 35 % žen. Z porovnání výsledků obou průzkumů vyplývá, že oba průzkumy se shodují pouze v případě vyšetření prsů v těhotenství, což jsou opravdu alarmující čísla. V dalších položkách se výsledné hodnoty rozcházejí.

## 4 ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována problematice přirozené výživy novorozenců a kojenců. Záměrem této práce je zmapovat míru teoretických a praktických znalostí, které mají těhotné ženy o kojení s podíl zdravotníků na poskytování těchto informací.

Z výsledků našeho průzkumu vyplývá, že ženy nejčastěji získávají informace z časopisů (43 %), odborné literatury (38 %), internetu (38 %), dále respondentky čerpají v kurzech předporodní přípravy (32 %) a v instruktážních letáčích (32 %). Z výsledků tedy vyplývá, že ženy se zajímají o problematiku kojení, vyhledávají aktivně informace. Předpokládala bych, že kurzy předporodní přípravy v Praze bude navštěvovat více než pouhá třetina těhotných vzhledem k tomu, že v hlavním městě mají větší možnost výběru kurzů předporodní přípravy než ženy v menších městech. Informace získávají ženy také od zdravotníků, většinu informací získávají ženy od sester (87 %), což je logické vzhledem k tomu, že náplní práce sester je mimo jiné edukace pacientek. Z toho také vyplývají informace, že většina žen (60 %) by se s problémy při kojení obrátila na sestru, značná část žen (40 %) by se obrátila na přítelkyni, další na lékaře a na rodinu. Dále by se ženy obrátily na pediatra, laktační poradkyni, Laktační ligu a porodní asistentku. Jako významný fakt považuji to, že ženy neznají pojem laktačního poradce (62 %) a neví kde hledat kontakt, přestože jim může pomoci s problémy při kojení a podpořit ženu při řešení problémů s kojením.

První hypotéza poukazuje na skutečnost, že všechny ženy chtějí kojit své dítě. Z šetření vyplývá, že kromě jedné dotazované, všechny respondentky chtějí kojit své dítě. Tato hypotéza se potvrdila.

Druhá hypotéza se zabývala problematikou vyšetřování prsů a prsních bradavek lékařem v těhotenství. Vyšetření prsů bylo provedeno pouze 20 % těhotných žen, což je velmi zarážející, lékaři mají povinnost v těhotenství vyšetřit všem ženám prsy, protože případné anomálie mají vliv na kojení. Tato hypotéza se potvrdila.

Třetí hypotéza zjišťovala, jaký mají ženy názor na používání dudlíků a kojeneckých lahví v období kojení. Více než polovina (58 %) žen se domnívá, že používání dudlíků v období kojení je neškodné a téměř polovina respondentek (43



%) považuje používání kojeneckých lahví za neškodné. Tato hypotéza se potvrdila z části.

Na míru praktické přípravy na kojení je zaměřena čtvrtá hypotéza. Tato hypotéza byla potvrzena, protože více než polovina těhotných žen (59 %) měla možnost si prakticky vyzkoušet držení dítěte při kojení.

Průzkum prokázal, že ženy se zajímají o problematiku kojení, aktivně vyhledávají informace. Bohužel ale nevědí na koho se obrátit pro kvalifikovanou pomoc v případě nejasností či problémů.

### **Doporučení pro praxi vycházející z průzkumného šetření:**

1. Informovat ženy o povinnosti gynekologa vyšetřit prsy a prsní bradavky v těhotenství, případné problémy řešit a tím předcházet problémům s kojením po porodu dítěte.
2. Propagovat výlučné kojení do 6. měsíců života dítěte.
3. Informovat o škodlivosti vlivu používání dudlíků a kojeneckých lahví v průběhu kojení, vzhledem k odlišné technice sání.
4. Rozšířit kurzy předporodní přípravy o praktický nácvik kojení a řešení problémů při kojení.
5. Zvýšit povědomí veřejnosti o pojmu laktační poradenství, činnosti laktačních poradkyň a možnostech získání kontaktu na ně. Kontakty na laktační poradkyně lze získat na internetových stránkách Laktační ligy [www.kojeni.cz](http://www.kojeni.cz).

## **5 PŘÍLOHY**

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Polohy při kojení

Příloha 3 – Deset kroků k úspěšnému kojení

Příloha 4 – Zásady mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka

## DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou 2. lékařské fakulty UK. V rámci své bakalářské práce na téma Informovanost těhotných žen o přirozené výživě dítěte bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude zpracován anonymně.

Z nabídnutých odpovědí zvolte ty, které nejvíce odpovídají Vašemu názoru.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Sandra Marianová

1. Věk : .....
2. Týden těhotenství : .....
3. Pokolikáté budete rodit? :  poprvé  
 podruhé  
 potřetí a více
4. Navštěvujete předporodní kurz?  ano  
 ne
5. Bylo Vám v těhotenství provedeno vyšetření prsů a bradavek?  ano  
 ne
6. Chcete kojit své dítě?  ano  
 ne
7. Proč chcete kojit své dítě?  je to nejlepší pro dítě  
 je to přirozené  
 ekonomicky výhodné  
 jiný důvod: .....
8. Kde získáváte informace o kojení?  předporodní kurz

- instruktážní leták, brožura
- odborná literatura
- internet
- časopisy, noviny
- .....

9. Kdo Vám poskytl více informací o kojení?  lékař  
 sestra

10. Vysvětlil Vám lékař nebo sestra výhody kojení?  ano  
 ne

11. Byla Vám vysvětlena správná technika kojení?  
 držení prsu při kojení  
 vzájemná poloha matky a dítěte při kojení  
 správná technika přisátí  
 správná technika sání

12. Měla jste v rámci přípravy na kojení možnost vyzkoušet si prakticky polohy dítěte při kojení?  ano  
 ne

13. Znáte alternativní způsoby krmení?  ano  
 ne

Pokud ano, napište jaké: .....

14. Myslíte si, že používání kojenecké lahve během kojení je nevhodné?  
 ano  ne

15. Myslíte si, že používání dudlíků během kojení je nevhodné?  
 ano  ne

16. Na koho byste se obrátila v případě problémů při kojení?

- sestra
- lékař
- rodina
- přítelkyně
- .....

17. Setkala jste se s pojmem laktační poradce?  ano

ne

Pokud ano, víte, kde byste získala kontakt?.....  
.....

18. Považujete informace, které máte o kojení za dostatečné?  ano

ne

19. Máte nejasnosti nebo otázky týkající se kojení?.....  
.....



*Poloha vsedě*



*Boční – fotbalová poloha*



*Dancerova poloha*



*Poloha vleže na boku*



*Poloha vleže na zádech*



*Poloha v polosedě s podloženýma nohama*



*Vzpřímená, vertikální poloha*



*Kojení dvojčat*



## **Deset kroků k úspěšnému kojení**

Každé zařízení poskytující péči matkám a novorozencům by mělo:

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, když jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat roaming-in – umožnit matkám a dětem zůstat spolu 24 hodin
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných podpůrných skupin matek pro kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

## **Zásady mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka**

1. Zákaz reklamy vymezených výrobků.
2. Zákaz poskytovat volné vzorky matkám.
3. Zákaz propagace výrobků ve zdravotnických zařízeních, včetně dodávek se slevou.
4. Zákaz kontaktu zástupců výrobních firem s matkami ve zdravotnických zařízeních.
5. Zákaz poskytovat dárky zdravotníkům.
6. Zákaz slovní nebo obrazové idealizace umělé výživy včetně obrázků dětí na etiketách výrobků.
7. Povinnost výrobců poskytovat zdravotníkům o svých výrobcích pouze odborné informace.
8. Povinnost výrobců vysvětlit výhody kojení a rizika a náklady spojené s umělou výživou jako součást informace o umělé výživě kojenců.
9. Zákaz propagace výrobků nevhodných pro výživu kojence, například slazeného kondenzovaného mléka.
10. Povinnost výrobců zajistit požadovanou kvalitu výrobků a brát v úvahu klimatické a skladovací podmínky země, v níž jsou používány.



