

**UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2009**

**Lucie Kučáková**

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Výživa dětí do jednoho roku života**

**Lucie Kučáková**

**Bakalářská práce  
2009**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra porodní asistence  
Akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie KUČÁKOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Název tématu: **Výživa dětí do jednoho roku života**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury, popis současné problematiky výživy kojenců a kojení.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Prokonzultování metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdělení dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucí  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

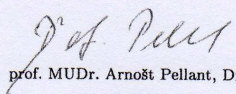
Seznam odborné literatury:

1. KUDLOVÁ, E.; MYDLILOVÁ, A. Výživové poradenství u dětí do dvou let. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
2. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
3. LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
4. FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I. a kol. Intenzivní péče o novorozence. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.
5. GREGORA, M.; PAULOVÁ, M. Výživa kojenců- Maminčina kuchařka. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1291-1.

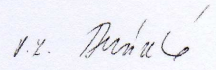
Vedoucí bakalářské práce: Bc. Helena Petržílková  
Katedra porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2008

Termín odevzdání bakalářské práce: 24. dubna 2009

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. února 2009

## Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 3. 2009

Lucie Kučáková

## **Anotace a klíčová slova**

### **Anotace**

Bakalářská práce má název Výživa dětí do jednoho roku života. Tato práce je zkonstruována jako teoreticko-výzkumná a je rozdělena do dvou částí: do části teoretické a části výzkumné.

Teoretická část je zaměřena především na mateřské mléko a jeho složení, na doporučení Světové zdravotnické organizace týkající se výživy kojenců a následně i na výživu kojence v jednotlivých měsících, jimiž prochází. V práci je také zmíněna výživa ve speciálních situacích života dítěte a v neposlední řadě jsou zde uvedeny i výrobky kojenecké výživy.

Ve výzkumné části byl jako hlavní cíl zjišťován současný stav kojení a výživy kojenců v ČR u matek prvorodiček. Vedlejšími cíly bylo zjistit, zda matky prvorodičky vyhledávají pomoc laktačních poradkyň a jakým způsobem s nimi spolupracují, dále jak dlouho ženy výlučně kojí a v kolikátém měsíci je zařazen do jídelníčku dítěte příkrm. Výzkumná část byla zaměřena na matky, které neměly předchozí osobní zkušenost s výživou dítěte, aby z ní co nejlépe vyplynulo, jak je živeno dítě matky, která ještě nemá osobní zkušenost s výživou dítěte.

### **Klíčová slova**

kojenec, výživa, kojení, mateřské mléko, příkrm, výživová doporučení, potraviny

## **Annotation and key words**

### **Annotation**

Baccalaureate work has title Nutrition of children till one year of life. This work is engineered like technically-theoretically work. It's divided into two parts: to the part theoretic and to the part experimental.

Theoretic part is bent above all on breast milk and his constitution, on recommendation World's health organization trophic sucklings subsequently as well as on suckling sustenance in single months, then them goes through. In this work is also mentioned sustenance in special situations in life of a child and last but not least are here mentioned products of an infantile sustenance.

In experimental part the target was finding up-to-date situation suck and suckling sustenance in Czech republic near mothers that bore only once. Adjacent aim was find out whether mothers that bore only once are searching for lactational consultants and what in a way with them cooperate. Further how long women exclusively suckle and in what month come within to the bill some supplementary food. Experimental part was bent on motherhood that nourished and brought up child for the first time to the nines follow on how is nurtured child motherhood that hasn't personal experience in sustenance of a child yet.

### **Key words**

suckling, nutrition, breast-feeding, breast milk, vegetables, nutrition recommendations, food

# Obsah

|   |    |
|---|----|
| Úvod  | 8  |
| Cíle práce  | 10 |
| <b>I. Teoretická část</b>   | 11 |
| 1 Kojenec   | 11 |
| 2 Mateřské mléko  | 13 |
| 2.1 Složení mateřského mléka                                      | 14 |
| 3 Fyziologické a psychologické aspekty výživy kojenců             | 17 |
| 3.1 Fyziologické aspekty  | 17 |
| 3.1.1 Nervosvalová koordinace                                     | 17 |
| 3.1.2 Trávení a vstřebávání živin                                 | 18 |
| 3.1.3 Funkce ledvin   | 18 |
| 3.1.4 Obranyschopnost   | 18 |
| 3.2 Vývoj stravovacích návyků                                     | 18 |
| 4 Principy výživy kojenců podle současných doporučení WHO         | 20 |
| 4.1 Trvání výlučného kojení a věk zavedení příkrmu                | 20 |
| 4.2 Udržování kojení  | 21 |
| 4.3 Příkrm  | 21 |
| 5 Výživa dítěte od ukončeného 6. měsíce do 1 roku života          | 23 |
| 5.1 Zahájení příkrmu  | 23 |
| 5.2 Výživa v 6-8 měsících   | 24 |
| 5.3 Výživa v 9-12 měsících  | 25 |
| 6 Výživa v průběhu onemocnění a po něm                            | 27 |
| 7 Výrobky kojenecké výživy  | 29 |
| 7.1 Počáteční mléka   | 29 |
| 7.2 Pokračovací mléka   | 30 |
| 7.3 Ostatní umělá mléka   | 31 |
| 8 Laktační poradenství  | 33 |
| 8.1 Laktační poradkyně  | 33 |
| 8.2 Laktační liga   | 34 |
| 8.3 Zásady komunikace laktačních poradkyní s matkou               | 35 |
| 9 Zastaralé informace a mýty kolující mezi lidmi o výživě kojenců | 37 |
| <b>II. Výzkumná část</b>  | 39 |
| 10 Metodika výzkumu   | 39 |
| 10.1 Výzkumné záměry  | 40 |
| 10.2 Četnostní veličiny   | 40 |
| 11 Analýza a interpretace výsledků                                | 41 |
| 12 Diskuse  | 70 |
| Závěr   | 75 |
| Soupis bibliografických citací                                    | 77 |
| Seznam příloh   | 78 |
| Seznam použitých zkratk   | 89 |
| Slovníček pojmů   | 90 |



## Úvod

Výživa dítěte v prvních měsících života ovlivňuje jeho další růst, zdraví a psychosociální vývoj, a proto je velmi důležité, aby byla adekvátní z hlediska výživových potřeb dítěte. Mateřské mléko je přirozeným zdrojem živin a vody pro mláďata savců, tedy i pro člověka a obsahuje všechny potřebné látky k tomu, aby dítě správně prospívalo. Kojení je v průběhu prvních šesti měsíců ideálním způsobem, jak by mělo být dítě živeno. Je navíc finančně nenáročné a během něj vzniká mezi matkou a dítětem silný niterný a intimní zážitek, který citově naplňuje matku i dítě. Kojené dítě lépe prospívá, je více odolné obecně proti všem infekcím, především infekcím trávicího traktu. V období, kdy už mateřské mléko nepostačuje pokrýt energetickou potřebu dítěte a potřebu všech živin, přechází dítě postupně přes příkrm až k běžné rodinné stravě.

Současným trendem je podpora a propagace kojení. Přibývá fotografií, na kterých je vyobrazena kojící žena s odhaleným prsem a ty mohou mnohé lidi pobuřovat. Jiným lidem zase vnuknou pocit, že kojení je přirozené a krásné, a proto není důvod, proč by se měla kojící žena schovávat za zdmi, když její dítě má právě teď hlad. Existují však i matky, které ze zdravotních důvodů nemohou kojít a pro ty jsou vyráběny kvalitní náhrady mateřského mléka. Několik let se již rozvíjí programy a aktivity na podporu kojení ve více než stovce zemí a Česká republika je mezi nimi. V České republice vychází podpora kojení z několika dokumentů jako jsou Charta práv dítěte, Globální strategie kojenců a malých dětí nebo Globální strategie pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví WHO. Na děti, které nemohou být kojené, pamatuje také Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka nebo může matka svému dítěti dopřát ženské mléko, které je k sehnání v bankách mateřského mléka.

Dané téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že tematika výživy kojenců je pro mě velice zajímavá a může mi pomoci získat nové informace o výživě kojenců. Tyto informace využiji nejen sama v průběhu svého reprodukčního období, ale mohu je také využít při poradenství v oblasti kojení a výživy, které budu poskytovat ženám po porodu.

Práce se zabývá především výživou v jednotlivých fázích kojeneckého období a různými výživovými doporučeními. Není zde opomenuta ani výživa ve speciálních situacích života dítěte, jako je onemocnění a dětem, které nemohou být kojené je v této práci také věnována kapitola.

Výzkumná část se zaměřuje z velké části na vyzkoumání informací o oblasti kojení a výživy dítěte. Zajímalo mě, za jak dlouho bylo dítě přiloženo na porodním sále k prsu, zda

byly děti v nemocnici dokrmovány a zda byly při propuštění z nemocnice plně kojené. Dále bylo zkoumáno, jak dlouho bylo dítě výlučně kojeno, v kolika měsících matka zařadila do jeho jídelníčku příkrm a jak byly ženy spokojeny s péčí zdravotnických pracovníků po porodu. Pro zajímavost mohly ženy uvést potraviny, které mělo jejich dítě jako příkrm nejraději. Výzkumná část byla také zaměřena na zjištění informovanosti žen o laktačních poradkyních a na způsob spolupráce s nimi.

Výzkum byl prováděn dotazníkovým šetřením. Dotazníky byly rozdány ženám prvorodičkám, které neměly předchozí osobní zkušenost s kojením u předchozích dětí. Z tohoto faktu mělo vyplynout, zda ženy, které nemají osobní zkušenost s výživou vlastního dítěte, vyhledávají pomoc laktačních poradkyní a zda jim je v nemocnicích jako prvorodičkám poskytována adekvátní péče.

## Cíle práce

V dnešní době vychází mnoho publikací o výživě dětí v kojeneckém období. Jsou to publikace, které mohou být poradcem pro maminky, jsou tedy vydávány a zpracovávány pro laickou veřejnost. Další knihy či časopisy jsou určeny také zdravotnickým pracovníkům a na jejich základě mohou zdravotničtí pracovníci poskytovat poradenskou péči. Trh je tedy plný knižních publikací i časopisů, kde se lidé mohou dozvědět mnohé o výživě kojenců a internet je dalším zdrojem obsahujícím cenné informace, názory a zkušenosti maminek. Je určitě pozitivní, že literatura pamatuje na oblast výživy malých dětí, protože matky mají více možností, jak si doplnit vědomosti a inspirovat se v této oblasti.

Hlavním cílem závěrečné bakalářské práce je zjistit současný stav kojení a výživy novorozenců a kojenců v ČR u matek prvorodiček. Dalšími cíly bylo zjistit, zda matky prvorodičky ví, kdo je laktační poradkyně, jestli vyhledávají pomoc laktačních poradkyň a jakým způsobem s nimi spolupracují. Zajímalo mě také, jestli byly děti v nemocnici dokrmovány a zda následně byly při propuštění z porodnice plně kojeny. Jak dlouho ženy výlučně kojí a v kolikátém měsíci zavádějí do jídelníčku dítěte příkrm byly také jedny z kladených cílů, které jsem pomocí mnou vytvořeného dotazníku chtěla realizovat.

## I. Teoretická část

### 1 Kojenec

**Kojenecké období** je vymezeno od **29. dne po narození dítěte až do jednoho roku života**, v návaznosti na novorozenecké období, které končí 28. den po porodu.

V průběhu kojeneckého období probíhá rychlý fyzický, emocionální a kognitivní vývoj dítěte a velmi rychle také dochází k rozvoji motorických schopností. Během prvních měsíců života by si měl kojenec osvojit efektivní způsoby krmení, vzorce střídání spánku a bdění. Kojenec, u něhož není zahánán pocit hladu uspokojivým způsobem, se může stát dráždivým a krmení pro něj může být nepříjemné. Dále u kojence dochází k prohlubování vztahů a sociálních interakcí. Již ve 4-6 měsících věku je např. při preventivní návštěvě pediatra zjevná pozitivní či negativní interakce mezi matkou a kojencem. **Kolem 9. měsíce** se předpokládá **ovládnutí jídelních dovedností dítětem**, což může být také zdrojem konfliktu mezi rodičem a dítětem, například během učení dítěte uchopovat potravu nebo učení pití z hrníčku.

Pro fyzický a psychosociální vývoj dítěte je důležité **orální stadium**. K tomuto období se váže přijímání potravy (lačnost a nenasytost), držení pŕstu (tvrdohlavost), kousání (destruktivní touha) a plivání (odmítání a opovržení). Prvotním potěšením dítěte jsou jeho ústa. Sání ústy vyvolává v dítěti příjemné pocity a uvolňuje tenzi. Kojenec, který je chován v teple a v pohodlí, si jídlo spojuje s láskou.

Po prořezání zubů se dítě začíná učit kousat a záhy si oblíbí věci, které může žvýkat. V prvních šesti měsících kojenec přibírá cca 150-250 g za týden a denně promočí nejméně 6 plenek. Umělým mlékem živení kojenci se mohou krmit v intervalu 3-4 hodin, ale nejlepší je krmení v závislosti na jejich individuálních potřebách. Mateřské mléko (dále MM) je podstatně stravitelnější než umělé náhrady mléka, a proto může mít kojené dítě hlad za kratší dobu než dítě živené umělým mlékem.

Kojenecké období se rozděluje z hlediska výživy dítěte do 3 období. Prvním obdobím je **období výhradního kojení (výhradně mléčné)**, kdy by se mělo množství vypitého mléka zvyšovat denně asi o 50-70 ml, aby bylo dosaženo celkového objemu 500-600 ml, přibližně 10. den života. Pro zdravého kojence je denní spotřeba mléka 150-180 ml/kg/den, což je cca 1/5–1/6 hmotnosti dítěte. V případech, kdy dítě nemůže být kojeno, podává se mu počáteční

mléko. Druhé období se nazývá **přechodné** a probíhá od ukončeného 4. měsíce věku do ukončeného 6. měsíce věku. V tomto období je možno dítě pouze kojit nebo kojit a podávat kašovitě příkrmy a pokud dítě nemůže být kojené, podávat počáteční mléko a kašovitě příkrmy. Posledním obdobím je **období smíšené kojenecké stravy**, které trvá od 6. měsíce věku do 1 roku věku. **V období smíšené kojenecké stravy** lze pokračovat v kojení a začíná se již s podáváním příkrmů. Ve druhém půlroce života je denní potřeba mléka pro zdravého kojence  $\frac{1}{8}$  hmotnosti, ke konci 1. roku je to  $\frac{1}{10}$  hmotnosti. (1, 6, 7, 9)

## 2 Mateřské mléko

Mateřské mléko poskytuje dítěti základ pro optimální růst, zdraví a jeho psychosociální vývoj. Je to nejpřirozenější a nejhodnotnější výživa pro novorozence a kojence a v plném rozsahu jej nelze ničím jiným plně nahradit.

V průběhu prvních 6 měsíců života dítěte je mateřské mléko dostačujícím a ideálním způsobem výživy. Od 6. měsíce věku dítěte mateřské mléko často již nestačí pokrýt potřebu energie a všech živin. Dítě tak přechází postupně přes příkrm až k rodinné stravě. Je důležité, aby matka věděla, jaké výhody má kojení a byla rozhodnuta takto dítě kojit. O svém rozhodnutí by měla být přesvědčena, měla by věřit v jeho správnost a v to, že jedná správně. Mezi výhody kojení patří ochrana dítěte před různými infekcemi, kdy nekojené děti jsou častěji ohrožovány běžnými infekcemi horních cest dýchacích, infekcemi močových cest a trávicího traktu. Mateřské mléko má ochranný význam pro i po několika letech. Byl prokázán zvýšený výskyt diabetu mellitu (cukrovky), zánětů žaludku a střev u dětí nekojených. Dítě, které je kojené, se naučí od prvních týdnů regulovat množství příjmu stravy a v dalších letech netrpí v minulosti kojené děti, poruchami příjmu stravy. Další výhodou kojení je posílení vztahu mezi matkou a dítětem, nižší výskyt alergií, kožních infekcí, zubních kazů a zvýšená odolnost proti alergiím. Kojení však není výhodou pouze pro dítě, ale poskytuje i mnoho výhod matce. Přísátí a sání kojence z prsu snižuje poporodní ztráty krve u matky a nižší krevní ztráty omezují výskyt anémie po porodu. Děloha se po porodu rychleji zavínuje, protože stimulace bradavek kojencem uvolňuje z neurohypofýzy oxytocin, což je hormon, který napomáhá děložní retrakci (návratu velikosti dělohy do stavu jako před otěhotněním). Riziko onemocnění rakovinou prsu a ovarií je u kojících žen nižší. Do jisté míry je žena, která kojí své dítě chráněna i proti osteoporóze a méně často trpí zlomeninami kostí. Nejenže je kojení spojeno s výše uvedenými výhodami, ale výhodné i z ekonomického hlediska, protože nepředstavuje vysoké náklady, které musí rodiče investovat do umělých náhrad mateřského mléka, pokud dítě nemůže být kojené. (2, 3, 4 ,6, 7)

## 2.1 Složení mateřského mléka

Složení mateřského mléka ideálně odpovídá potřebám dítěte, zatímco složení kravského mléka je nevýhodné z hlediska vyššího obsahu bílkovin a solí, které mohou nepříznivě ovlivňovat stav dítěte v pozdějším věku. V období po narození dítěte a v prvních týdnech se složení mateřského mléka zásadně mění. Mateřské mléko je jiné bezprostředně po narození, jiné je za dva dny, za týden i za měsíc. Určité změny prodělává mateřské mléko i přes den. Nejtučnější bývá mezi 10.-16. hodinou. Důvodem jsou různé nároky rostoucího a vyvíjejícího se dítěte a složení mléka se tak přizpůsobuje především zrání trávicího a centrálního nervového systému.

**Kolostrum (mlezivo)** je produkováno v posledních týdnech těhotenství a v prvních dnech po porodu (1.-4. den). Jedná se o čirou, později nažloutlou tekutinu produkovanou mléčnou žlázou matky. Mlezivo je tekutina vysoké kvality a malého objemu, což také odpovídá potřebám novorozence, jehož ledviny nedokáží zpracovat větší množství tekutin bez metabolického stresu. Oproti zralému mateřskému mléku obsahuje mlezivo 5x-6x více bílkovin, 2x více solí, méně cukrů a množství tuků je ve zralém mateřském mléce (MM) a mlezivu přibližně stejné. Dále obsahuje více vitamínu A, K a obranné látky imunoglobulin A, lyzozym a laktoferin. **Sekreční IgA** chrání novorozence před osídlením choroboplodnými bakteriemi tím, že povléká sliznici zažívacího traktu. **Laktoferin** společně s laktózou vytváří příznivé prostředí pro růst bakteriálního kmene „lactobacillus bifidus“, což je kmen, který osídluje zažívací trakt kojených dětí. Střevo dětí živených umělým mlékem je osídleno jinými kmeny bakterií, tzv. coliformní flórou. Objem mleziva je menší, zato je hustší a má vysokou kalorickou hodnotu, která odpovídá 110-150 kcal na 100g mléka. U kolostra je charakteristický mírný projímavý účinek, který napomáhá rychlejšímu odchodu smolky z těla novorozence. Smolka je rezervoárem bilirubinu a tudíž se značně podílí i na rozvoji neonatálního ikteru (novorozenecké žloutenky).

**Přechodné mléko**, které se tvoří 5.-20. den po porodu, má smetanovou konzistenci a lehce nažloutlou barvu.

**Zralé mléko** se tvoří od 20. dne po porodu. Bývá bělejší s lehce namodralým vzhledem a řidší konzistence. Jeho kalorická hodnota se pohybuje kolem 70 kcal/100 ml. Ve srovnání s mlékem kravským má mateřské mléko méně bílkovin, což představuje také nižší zátěž pro ledviny dítěte.

S dalšími rozdíly ve složení mateřského mléka se setkáváme u tzv. **předního MM a zadního MM**. **Přední mléko** je mléko vodnaté, obsahující větší množství cukru, který se nazývá laktóza. Z tohoto důvodu slouží spíše k „uhašení žízně“, zatímco **zadní mléko** má 4x-5x více tuků než mléko přední a má tzv. „sytící účinek“.

Složení zralého mateřského mléka představuje ideální poměr tuků, cukrů a bílkovin. Mezi savci má MM nejnižší koncentraci proteinů, což odpovídá schopnostem nezralých ledvin dítěte, ale zajišťuje optimální růst a vývoj dítěte.

Mezi **obrné složky**, které jsou obsaženy v MM, patří kromě lysozymu, IgA a laktoferinu, také obranné složky celulární povahy. Jsou to mikrofégy, T a B lymfocyty, epitelální buňky a neutrofilní polynukleáry.

**Bílkoviny** jsou obsaženy v mateřském mléce v podílu 0,1-0,3 g/100 ml a jejich obsah do značné míry není závislý na bílkovinném složení stravy matky. Výjimkou je těžká podvýživa matky. Procentuelně je v MM mléce obsaženo asi 1,5 % bílkovin, což je pro dítě dostačující. Kravské mléko má bílkovin asi 3,5 %, což může být vysvětleno tím, že mládě krávy je mnohonásobně větší než dítě, a proto potřebuje ke svému růstu i vyšší obsah bílkovin. Hlavními bílkovinami MM jsou laktalbumin a kasein, kdežto u kravského mléka je to beta-laktoglobulin. Poměr laktalbumin:kasein je v MM 60:40, zatímco v kravském mléce je tento poměr zhruba opačný. Bílkovina kaseinu se v žaludku sráží a tím, že v žaludku přetrvává po nějakou dobu, způsobuje pocit sytosti dítěte. Z tohoto důvodu je sraženina vzniklá v žaludku dítěte z MM lépe stravitelná než sraženina, která vznikne podáním umělého mléka.

Množství **tuků** v MM kolísá mezi 4-4,5 g/100 ml a mění se během dne. Nejvíce bohaté na tuky je „zadní“ mléko, které dodává dítěti 30-50 % energie. Z **mastných kyselin (MK)** je dříve zmínit zejména nenasycené MK, důležité pro rozvoj centrální nervové soustavy (CNS) novorozence. Jsou to kyselina linolová, linoleová a arachidonová. V mateřském mléce je také obsažen cholesterol, v množství cca 16 mg/100 ml, který může mít v dospělosti souvislost s prevencí aterosklerózy.

**Laktóza**, složená z glukózy a galaktózy je hlavním cukrem MM s podílem 7 g/100 ml. Společně se střevní flórou (laktobacillus bifidus) usnadňuje vstřebávání vápníku a železa. V průběhu střevního onemocnění dítěte, které postihuje buňky střevní sliznice, se snižuje schopnost novorozence trávit laktózu. Ve většině případů se dají lehká průjemovitá onemocnění zvládnout bez přerušení kojení. Naopak podávání jakéhokoliv dietního přídatku k MM může narušit proces uzdravování. Cukry poskytují dítěti asi 40 % celkové dodávky energie. (2, 4, 5, 6, 8, 10)



**Vitamíny, minerální látky a stopové prvky** jsou zastoupeny v MM obvykle v dostatečném množství. Koncentrace vitamínu A je vyšší v MM než v mléce kravském, nejvyšší je pak v kolostru. Dalším lipofilním vitamínem je vitamín E, kterého je v mateřském mléce dostatečné množství. Naopak koncentrace vitamínu D je v MM mléce nízká, ale při dostatku slunečního záření není nutno tento vitamín dodávat. Optimální cestou pro jeho absorpci je totiž povrch těla, nikoli gastrointestinální trakt.

Bezprostředně po porodu potřebuje novorozenec vitamín K, vitamín rozpustný v tucích. Při jeho nedostatku může vzniknout krvácivá nemoc novorozence (Morbus haemorrhagicus neonati). Proto je v kolostru více vitamínu K než ve zralém MM a je to opět jeden z důvodů, proč je kolostrum pro dítě tak důležité. Jelikož se množství vitamínu K, obsažené v MM nepovažuje za dostatečné, ihned po porodu se dítěti píchá intramuskulárně a jakmile je vytvořena u dítěte stabilní střevní flóra, je dítě vitamínem K zásobeno. Právě přikládání k prsu a kojení vede k rychlému osídlení střevní sliznice zdraví prospěšnými bifidogenními bakteriemi a laktobacily a k vytvoření stabilní střevní flóry.

Z hydrofilních vitamínů má v mateřském mléce své zastoupení skupina vitamínů B ( B1-thiamin, B6-pyridoxin, B12-kobalamin), které jsou důležité pro správnou funkci nervové soustavy, svalů, srdce a krevetvorbu. Dále v MM nalezneme vitamín C, který podporuje obranyschopnost a v neposlední řadě i kyselinu listovou.

Obsah **minerálních látek** v MM je dostatečný, pokud matka sama netrpí jejich nedostatkem. Koncentrace minerálů je v MM nižší než v umělé výživě, a proto je tím lépe uzpůsobeno nutričním požadavkům a metabolické kapacitě kojence. Novorozenec se většinou rodí s dostatečnou zásobou **železa**, která s pravidelným příjmem z MM dostatečně kryje potřebu dítěte do 6 měsíců věku a poté dítě získává železo z nemléčných příkrmů. Koncentrace železa v MM je stejná jako v kravském mléce, ale jeho využitelnost je 49 % z mateřského mléka a pouze 10 % z kravského mléka. Díky poměru **vápník a fosfor (2:1)** v MM, je kalcium efektivněji vstřebáváno, ale větší množství kaseinu v kravském mléce vstřebávání kalcia zhoršuje.

Ze **stopových prvků** MM obsahuje **měď, zinek, kobalt a selen** v dostatečném množství. Velmi důležitý je **jód**. Množství jódu je v MM přímo úměrné jeho množství ve stravě matky. Jód je důležitý pro správnou funkci štítné žlázy matky a pro normální duševní i tělesný vývoj dítěte. Přísun jódu zajišťuje konzumace jodizované soli, ale doporučuje se i podávání jódu zvlášť v tabletách těhotným a kojícím ženám. (2, 4, 6, 8, 10)

## 3 Fyziologické a psychologické aspekty výživy kojenců

Jídlo je pro dítě důležité z hlediska dodávky živin, které jsou potřebné pro růst a normální fyziologické funkce, ale je také součástí řady sociálních interakcí, jako je vytvoření vztahu mezi matkou a dítětem. Výživové chování je komplexním fenoménem zahrnujícím koordinaci motorického, poznávacího, sociálního a emocionálního vývoje.

### 3.1 Fyziologické aspekty

Mezi fyziologické aspekty, které mohou ovlivnit kvalitu výživy dítěte patří nervosvalová koordinace, trávení a vstřebávání potravin, funkce ledvin a obranyschopnost, kterými se zabývají kapitoly 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4.

#### 3.1.1 Nervosvalová koordinace

Značný vliv na možnosti způsobu výživy má zrání nervosvalového systému. Zdravý novorozenec je vybaven řadou vrozených nepodmíněných reflexů, které navazují na jeho základní biologické potřeby. Ve spojení s výživou má kojenec vyvinut **hledací reflex**, který umožňuje kojení ihned po narození. Je uplatňován otáčením hlavy, otevřením úst a sacími pohyby po doteku rtů, okolí úst či tváře. Navazuje **reflex sací a polykací**. Jestliže se kojenci dostane do úst tuhé sousto, vytlačí jej jazykem ven. Teprve po uplynutí 4-6 měsíců je dítě schopno posunout tužší sousto v ústech dozadu a spolknout jej. Dítě zpočátku používá k příjmu a zpracování potravy sání a s postupným vývojem také žmoulání a žvýkání.

Kolem **5. měsíce** se poprvé objevují pohyby dolní čelisti nahoru a dolu, **tzv. žmoulání**. Tyto pohyby dítěti umožňují pozřít určité množství tuhé stravy i bez přítomnosti chrupu. V **7.-9. měsíci** se začíná prořezávat chrup a objevují se **rytmické žvýkací pohyby**. Mezi **8.-12. měsícem** se začínají objevovat pohyby jazyka do strany, které posunou sousto ke stoličkám. Vlákňité potraviny jako je maso a některé druhy zeleniny umožňuje rozkousat **tzv. úplné rotační žvýkání**, které se objevuje mezi **12.-18. měsícem**. (9)

### 3.1.2 Trávení a vstřebávání potravin

V průběhu prvního roku života dítěte se trávicí funkce značně vyvíjejí. Zavedení příkrmu je v současné době doporučováno po ukončení 6. měsíce věku dítěte. V této době je již zažívací systém dítěte schopen účinně vstřebávat škrob, bílkovinu a tuk z nemléčné stravy. Užitečné je věnovat pozornost jak frekvenci krmení, tak i energetické hustotě potravy, tj. množství energie na gram, protože malé děti mají malou kapacitu žaludku. Ta odpovídá cca 30 ml/kg. Proto podávání příliš objemné a nízkokalorické stravy může vést k neprospívání dítěte. (9)

### 3.1.3 Funkce ledvin

Kojenec získává většinu tekutin z MM. Podávání velkého množství dalších tekutin, dítěti škodí a může vést až k **tzv. otravě vodou**. Ledviny malého dítěte totiž nejsou ještě zralé a s vodou se současně snaží vylučovat i sodík. Ztráta tohoto minerálu může ovlivnit mozkové funkce. Počáteční symptomy intoxikace vodou se projevují podrážděností, ospalostí a dalšími mentálními změnami. V době, kdy je doporučováno začít s podáváním příkrmu jsou již renální funkce vyzrálé. (9)

### 3.1.4 Obranyschopnost

Základním obranným mechanismem dítěte je účinné udržování slizniční bariéry. Tato bariéra je u novorozenců nezralá a snáze napadnutelná střevními patogeny a potravinovými bílkovinnými antigeny.

Mateřské mléko obsahuje řadu ochranných a stimulačních faktorů, které v preparátech vyráběných jako umělá mléčná výživa nenalezneme. (9)

## 3.2 Vývoj stravovacích návyků

V období, přechodu z mléčné stravy na smíšenou, získává dítě velké množství informací o nových potravinách. Vývoj výživového chování dítěte je zčásti určen **genetickými predispozicemi** zahrnující vrozené, nenaučené reakce na základní chutě (obliba sladkého,

odmítání hořkého a kyselého), odmítavou (= neofóbní) reakci na nové potraviny a schopnost naučit se preferovat potraviny na základě vlastních pozitivních zkušeností.

Pokud opakovaná konzumace, zpočátku malých dávek neznámého jídla, není u člověka spojena s nepříjemnými pocity, přijme jej do svého jídelníčku. Tím je vysvětlen fakt, že dítě obvykle nepřijímá nové, pro něj neznámé, pokrmy hned, ale vyvíjí si postupně chuť na novou potravinu v závislosti na tom, jak často mu jí podáváme. Teprve opakovaným nabízením určité potraviny a **pozitivní zkušenosti** s ní, dítě překoná odmítavost plynoucí z neznámých chutí a konzistencí. Děti, které jsou kojené, snadněji přijímají nové chutě, než děti, které jsou krmeny umělou výživou. Vysvětlením může být to, že MM do určité míry mění svou chuť dle potravin, které přijímá matka. Když se spojí chuť potraviny s **příjemným pocitem nasycení**, může to vést k upřednostňování potravin s vysokým obsahem energie. Dítě si totiž snáze oblíbí potraviny, které mu přináší pocit nasycení, příjemnou situaci a pocit pohody.

**Averze** na potraviny vzniká rychle, a to po konzumaci jídel, které jsou spojeny s nepříjemnými pocity, nevolností, zvracením nebo dokonce s onemocněním dítěte. Nucení do konzumace určitého jídla, kárání během jeho konzumace či nabádání typu:

„Když to sníš, můžeš si hrát se stavebnicí“, může také vést k neoblíbě až averzi na potraviny. Jestliže se rodiče snaží ovlivňovat množství potravy, kterou má dítě sníst, může to mít vliv na jeho pozdější schopnost regulace příjmu energie. Třeba v situaci, kdy je dítě nuceno sníst vše, co má na talíři, si může vytvořit představu, že množství potravy, které má sníst, je dána tím, co je na talíři. Ve výživě platí pravidlo, že děti následují příklady svých rodičů. Mají sklon přebírat od rodičů stravovací návyky i to, jak demonstrují kvalitu určité potraviny. Příkladem může být otec demonstrující to, že je zbytečné konzumovat zeleninu. Dítě pravděpodobně dříve či později převezme otcovo chování.

U dětí starších a pubertálních se výživové chování vyvíjí napodobováním vrstevníků a napodobováním reklamy, jako výraz souznění s určitou sociální skupinou. (7, 9)

## 4 Principy výživy kojenců podle současných doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO)

Mezi globální doporučení WHO pro výživu kojenců a malých dětí patří:

- kojení by mělo být zahájeno do jedné hodiny po porodu
- výlučné kojení po dobu 6 měsíců
- od ukončení 6. měsíce je vhodné začít s příkrmováním

Následující text je zpracováván podle Globální strategie, kterou vydalo Světové zdravotnické shromáždění v roce 2002. Na jejím podkladě vypracovala WHO rámcová doporučení v 10 okruzích, které jsou v textu shrnuty. (9)

### 4.1 Trvání výlučného kojení a věk zavedení příkrmu

Mezi současná doporučení pro matky patří: kojit výlučně do 6 měsíců věku dítěte a začít se zaváděním příkrmu v ukončených 6 měsících při současně pokračujícím kojení. Výživová potřeba donošených dětí, které mají normální porodní hmotnost, může být obvykle pokryta pouze mateřským mlékem po dobu prvních 6 měsíců, je-li matka v dobrém výživovém stavu. I výlučně kojené dítě může mít však nedostatek mikronutrientů před dosaženým 6. měsícem věku.

Pokud matka v průběhu těhotenství netrpěla kritickým nedostatkem železa, kojenec má jeho dostatečné zásoby v játrech a není ohrožen **anémií z nedostatku železa**. Rizikovou skupinou jsou nedonošení novorozenci nebo novorozenci s normální porodní hmotností, jejichž matky v průběhu těhotenství trpěly nedostatkem železa. U těchto rizikových skupin se doporučuje podávat železo od 2-3 měsíců věku. Ani dřívější zavedení příkrmu do jídelníčku dítěte není tak účinné jako podávání preparátů železa. Malé zásoby zinku při narození mohou vést k jeho nedostatku v organismu dítěte, protože v MM je koncentrace zinku nízká. Nejsou však důkazy o tom, že by nedostatek zinku omezoval růst výlučně kojených dětí před 6. měsícem života.

Výlučně kojené děti většinou netrpí nedostatkem vitamínů, avšak problémy s jejich množstvím mohou nastat při nekvalitní stravě matky. V těchto případech se spíše preferuje upravit stravu matky než zavedení příkrmu před 6. měsícem věku dítěte. (9)

## 4.2 Udržování kojení

WHO doporučuje pokračovat v častém kojení dle potřeb dítěte do dvou let věku nebo déle, protože kojení zůstává významnou složkou výživy ještě dlouhou dobu po 1. roce života. Dětem z vyspělých zemí poskytuje MM asi 35 % celkové potřeby energie, má oproti příkrmům vysoký obsah tuků a esenciálních MK a podstatné množství mikronutrientů a bílkovin. V době onemocnění dítěte je MM zdrojem živin a prevencí dehydratace, protože v této době může klesat chuť dítěte na příkrm. Existují úvahy o tom, že delší trvání kojení je spojeno se snížením rizika chronických dětských onemocnění, obezity a s lepším psychickým vývojem. (9)

## 4.3 Příkrm

Zavedení příkrmu by mělo být **včasné**, což znamená, že matka by měla příkrm podávat v době, kdy výlučné kojení již nestačí pokrýt energetickou potřebu a potřebu živin dítěte, a proto dítě neprospívá. Příkrm by měl poskytovat dostatek energie, bílkovin a mikronutrientů k naplnění výživové potřeby rostoucího dítěte a to znamená, že musí být **dostatečný**. Velmi důležité je hygienické skladování a příprava příkrmu. Ten by se neměl podávat jinak, než za předpokladu dodržení základní hygieny a splnění těchto podmínek zaručí **bezpečnost** příkrmu. Mezi zásady bezpečného podávání příkrmu patří **udržování čistoty, oddělování syrové a vařené stravy, důkladné tepelné zpracování, udržování stravy v bezpečné teplotě a použití nezávadné vody a potravin**. Důležité je také zmínit, že podávání příkrmu by mělo probíhat správně, což znamená v souladu s projevy hladu a sytosti dítěte.

V počátcích zavádění příkrmu se začíná s malým množstvím potravin a s rostoucím věkem dítěte se dávky zvyšují. Současně by mělo stále probíhat časté kojení. **V 6.-8. měsíci** je průměrná denní potřeba energie u kojeného dítěte z příkrmu **130 kcal**, **v 9.-11. měsíci 310 kcal a 580 kcal ve 12.-23. měsíci**. Nekožené dítě má vyšší průměrnou denní potřebu energie z příkrmu a to **cca 600 kcal v 6.-8. měsíci, mezi 9.-11. měsícem je to 700 kcal a 900 kcal ve 12.-24. měsíci**. Jelikož matky neznají přesné množství MM, které dítě vypije, mělo by být množství nabízené potravy založeno na citlivé reakci plynoucí z potřeb dítěte.

S růstem dítěte se postupně zvyšuje různorodost a konzistence nabízené stravy. **Pyré a kašovitou stravu** můžeme dítěti nabídnout nejdříve v šesti měsících života. V 8. měsíci života je dítě schopno jíst tzv. „**jídlo do ruky**“, se kterým se dokáže samo nakrmit. Stravu

stejnou jako zbytek rodiny je dítě schopno jíst ve **12. měsíci věku**, přitom je třeba vyvarovat se potravinám jako jsou oříšky, zrnka vína a syrová mrkev, které mohou způsobit to, že se dítě začne dusit. Pokud je dítěti nabídnuta potrava nevhodné konzistence, může sníst pouze nepatrné množství nebo jídlo konzumuje tak dlouho, že se unaví dříve, než sní dostatek jídla.

Denní frekvence podávání příkrmů se zvyšuje tím, jak dítě roste. Zdravé kojené dítě by mělo dostávat příkrm **ve věku 6-8 měsíců 2-3x denně, ve věku 9-11 měsíců 3-4x denně**. Stejná frekvence podávání příkrmů platí pro věk **12-24 měsíců** s přidáním **1-2 výživných svačtin**. Oproti tomu nekojené dítě potřebuje průměrně **4-5 jídel denně s 1-2 výživnými svačinami**. Tato jídla mohou být tvořena pouze mlékem, mléčnými pokrmy nebo kombinací mléka s jinými potravinami. **Frekvence krmení** dítěte se může zkracovat v případě, že je energetická hustota jídla nízká nebo je množství jídla malé.

Pro zajištění příjmu všech potřebných živin je nutné podávat dítěti pestrou stravu. Ta by měla obsahovat kromě ovoce a zeleniny také maso, ryby a vejce. Na jednu dávku je zpočátku vhodné asi 20 g vařeného, jemně nakrájeného libového masa, od sedmého měsíce již 35 g. Vegetariánská strava v kojeneckém věku dostatečně nepokrývá výživové potřeby dítěte, pokud není doplňována výživovými doplňky. Pouze rostlinný příkrm nestačí pokrýt potřebu mikronutrientů, proto je žádoucí zařadit do stravy maso.

Strava by měla obsahovat dostatečné množství **tuku**, protože tuk poskytuje dítěti esenciální MK, usnadňuje vstřebávání lipofilních vitamínů a poskytuje dítěti dodávku energie. Nedostatek tuků se může projevit nedostatkem esenciálních MK a energie a naopak nadměrný příjem tuků zvyšuje výskyt dětské obezity a do budoucna kardiovaskulárních onemocnění. Jako ideální bylo stanoveno **30-40 % tuků** v příkrmu.

Nevhodné je podávání tekutin s nízkou výživovou hodnotou, jako je **slazený čaj a limonády**, protože kromě energie neposkytují nic jiného a snižují chuť dítěte na jiné výživnější pokrmy. Dětem také není doporučován černý čaj, který díky sloučeninám, které obsahuje, zabraňuje vstřebávání železa. **Nekojené děti** potřebují na rozdíl od **dětí kojených** ve věku **vyšším než 6 měsíců** k denní stravě nejméně **400-600 ml tekutin** (v horku i více). Vhodná je pro ně nezávadná voda. (3, 9)

## 5 Výživa dítěte od ukončeného 6. měsíce do 1 roku života

Ošetřující personál i matka musí znát projevy nedostatečného nebo nadměrného krmení kojence. Dítě, které je podvyživené bývá neklidné, pláče a není přítomen váhový přírůstek. Naopak dítě, které bývá překrmováno mívá příznaky regurgitace, může mít i lehký průjem a charakteristický je náhlý přírůstek na váze. Potraviny s vysokým obsahem tuků mohou prodlužovat dobu vyprázdnění, způsobit distenzi břicha, flatulenci a nadměrný váhový přírůstek.

Zdravé a dobře živené děti se poznají podle toho, že mají stabilní přírůstek váhy a výšky, jsou čilé, jejich vlasy jsou lesklé, mají zdravou barvu pleti, ploché břicho a správně vyvinuté svalstvo. V dutině ústní nenacházíme zduřelé nebo krvácející dásně, jejich ústní sliznice a sliznice na dásních je růžová a silná. Se správnou výživou souvisí i chuť k jídlu a pravidelné vylučování, děti v noci dobře spí a jsou plné energie a vitality. (9)

### 5.1 Zahájení příkrmu

V počátečním období zahájení příkrmu je důležité, aby matka přikládala dítě k prsu stejně často jako v období, kdy ještě výlučně kojila. Přestože se dítě učí jíst lžičkou, MM je stále hlavním zdrojem tekutin, živin, energie a dále dítě chrání proti většině nemocí. Bez ohledu na to, zda matka kojí nebo je dítě uměle vyživováno je dobré zavedení příkrmu v ukončeném 6. měsíci (180 dnech), pokud dítě prospívá. Dítěti mladšímu 6 měsíců, které **není kojené** a má hlad i když vypije 900-1000 ml umělých náhrad mléka denně, je možné podávat příkrm za předpokladu dovršení věku **4 měsíců**. S příkrmem se tedy začíná, v době, kdy dítěti začínají růst první zoubky, tvoří se více slin a svaly jazyka jsou dostatečně silné. Kojenec tedy začíná potraviny kousat a žvýkat. V tomto období je dítě také šikovnější, více obratné a umí sedět s oporou.

Nejlépe je začít s jednou potravinou, kterou podáváme 1-2x denně v množství 1-2 lžiček, přičemž není rozhodující, zda podáváme příkrm před kojením nebo po něm. Postupně se množství podávaného příkrmu zvyšuje. Lžička je pro podávání příkrmu vhodnější než láhev s dudlíkem. Nejvhodnější je lžička plastová, která je plochá, nehluboká, s neostrým okrajem. Dítě, které bylo dříve krmeno z lahve, může přijímat z lahve i rozmixovaný příkrm. Otvor



v savičce však musí být větší. Cílem prvních 2 týdnů je, aby se dítě naučilo jíst stravu ze lžičky. Toto učení je možné dítěti usnadnit konzistencí prvních příkrmů v podobě **hladké kaše**. Může se stát, že část jídla dítě vyplivne, ale to nemusí vždy znamenat, že mu nabízené jídlo nechutná. Teprve učí používat rty k sebrání potravy ze lžičky a také to, jak potravu posunout dozadu do úst a spolknout. Obecně platí, že pozitivním přístupem ze strany matky, trpělivostí a dostatkem času se dítě snáze dopracuje k úspěchům.

V ČR se obvykle začíná přikrmovat nesladkými potravinami, optimální je zelenina. Na sladká jídla si dítě rychle zvykne a může začít odmítat ostatní potraviny. Pro začátek je nejvhodnější jeden druh zeleniny, vařená mrkev nebo brambor, které zhruba po třech dnech mohou vystřídat další **druhy zeleniny (např. cuketa, dýně, baklažán, kedluben, špenát, květák, kapusta...)**. Začleňováním jednotlivých druhů zeleniny do jídelníčku dítěte s časovým odstupem, můžeme rozpoznat případnou nesnášenlivost k danému zeleninovému druhu. Jakmile si dítě zvykne na přítomnost zeleniny ve svém jídelníčku, je vhodné do něj začít přidávat **maso (drůbež, jehněčí, hovězí, králíčí)**. Maso by mělo být **libové, velmi jemně nakrájené a důkladně uvařené** v počáteční dávce asi 1 polévkové lžice na dávku. Stejným způsobem se do jídelníčku začleňuje **ovoce (banán, jablko...)**. Jednou týdně je dobré nahradit maso zeleninovou polévkou se slepičím žloutkem. Je nutné, aby vaječný žloutek prošel varem a tím se odstranilo riziko přenosu bakterií. Pro děti je nevhodný vaječný bílek, protože obsahuje vysoké množství bílkovin a tím zatěžuje jejich ledviny. Po maso-zeleninovém příkrmu, může matka zavést do jídelníčku dítěte také ovocné pyré a obilné kaše, které mohou nahradit především večerní porci mléka a jedna celá polední dávka může být nahrazena nemléčným příkrmem za 2-3 týdny od zavedení příkrmu. Matka by neměla jídlo přislazovat a neměla by ani solit do 1 roku života dítěte. (3, 4, 6, 9, 12)

## 5.2 Výživa v 6-8 měsících

V tomto období života dítěte je doporučováno kojit tak často a tak dlouho, jak dítě samo vyžaduje. Po zavedení příkrmu, který dítěti matka podává častěji a ve zvyšujícím se množství, může dojít k tomu, že dítě bude chtít kojit méně často a kratší dobu než při výlučném kojení. I v 6-8 měsících zůstává mléko stále důležitou součástí stravy. **Nekojící matka** by měla postupně zvyšovat množství příkrmu, až v průběhu 2 týdnů nahradí celou první mléčnou porci. Dále se nahrazuje postupně druhá a třetí mléčná porce příkrmem. Nekožené dítě však

nadále potřebuje asi 500 ml pokračovacího mléka denně. Jakmile dítě začne zvládat krmení lžičkou, měla by matka začít postupně přidávat nové chutě. Může do jídelníčku zařadit další druhy zeleniny, ovoce a jiné druhy potravin, které je vhodné podávat ve formě **pyré**. Ovocné pyré může být po čase obohaceno o neslazený bílý jogurt.

**Maso** by měla matka do jídelníčku zařazovat stále častěji tj. alespoň 4x týdně 1-2 polévkové lžíce na dávku. U vnímavých jedinců může vést lepek k rozvoji celiakie, která se projevuje objemnými stolicemi, neprospíváním, nechutenstvím a viditelně vzedmutým břichem. Po ukončení 6. měsíce již není nutné rozlišovat, zda potraviny obsahují lepek. Ten u nás obsahují běžné obilniny, výjimku tvoří rýže a kukuřice. V rozmezí 6-8 měsíců je vhodné podávat **kupované instantní kaše**, které jsou obohacené o některé vitamíny a minerály (železo, zinek).

Krmení dítěte by v tomto období nemělo přesáhnout 15-30 minut a pokud dítě není nasyceno, měl by mu být matkou nabídnut ještě prs. Matka by měla nechat dítě samotné určit množství jídla které sní, protože by mohlo dojít k odmítání jídla nebo dokonce ke zvracení. Dále je vhodné dítěti ponechat volnost při zkoušení nových potravin. S rozvojem jemných motorických funkcí ruky a prořezáváním zubů kojeneček začíná být schopen brát jídlo do ruky, dát si jej do úst a žvýkat jej. Rozvoj těchto funkcí je vhodné podpořit a zdokonalit tím, že matka kojenci nabídne např. kousek rohlíku nebo chleba. Je dobré jídlo spíše rozmačkávat než mixovat, protože mixováním potravin matka dítěti ulehčuje práci.

Stále platí zásada nepřislažovat a nesolit jídla. Dítě by také nemělo dostávat neupravené kravské mléko a tvaroh, protože obsah bílkovin je v těchto potravinách vysoký. Nadále se dítěti nesmí podávat malé pevné kousky potravin (oříšky, tvrdé bonbóny, hroznové víno...), které jsou špatně rozpustné slinami a děti je mohou vdechnout. Asi do 10. měsíce nemusí zdravé kojené dítě potřebovat přídavky tekutin. (3, 4, 9)

### 5.3 Výživa v 9-12 měsících

Mateřské mléko je i v tomto období velmi důležitou součástí stravy, proto by matka měla i nadále kojit tak často a tak dlouho, jak si to dítě samo vyžaduje. Kojeneček denně potřebuje dodávku potravin zastupujících **všechny hlavní skupiny**. Mezi ně patří: obilniny (kaše, pečivo, chléb, těstoviny, rýže), ovoce, zelenina, maso, drůbež a mléčné výrobky, kam patří i tvaroh, ale jen ve velmi malém množství. Začíná se i s podáváním luštěnin. Od 10. měsíce je

potřebné dítěti přidávat k MM i další tekutiny. Postačuje 200 ml, nejlépe balené kojenecké vody a to z důvodu hutnějších příkrmů, které obsahují méně vody než MM. Můžeme podávat i ovocné džusy v maximálním množství 120-150 ml denně. Jiné tekutiny než MM by měla matka podávat v **šálku** a ne v kojenecké lahvi, protože se dítě již v tomto věku potřebuje naučit pít z hrnečku nebo ze skleničky. Nejlépe je začínat s hrnečkem, který má dvě ouška. Hrneček by neměl být naplněn více než do poloviny. Dítěti se s ním tak bude lépe manipulovat.

**Nekojené dítě** potřebuje nadále **200-400 ml pokračovacího mléka** a mléčné výrobky. **Obyčejné plnotučné kravské mléko** může matka použít do pokrmů od **10. měsíce věku**. Kravské mléko však nesmí být podáváno dítěti jako nápoj.

**Kolem 1. roku života** může dítě začít jíst to, co jí celá rodina. Jídlo by však mělo být upravováno v závislosti na potřebách dítěte tzn., že by mělo být měkké konzistence, nesolené a nekořeněné. Postupně by měla být do jídelníčku zaváděna **měkká kouskovitá strava**, která podporuje rozvoj žvýkání a potraviny je lepší nyní **krájet** než rozmačkávat. Pro volnost a rozvoj zručnosti dítěte je vhodné **dát mu do ruky lžičku**, se kterou by se samo krmilo. Nádobí by mělo být nerozbitné, vhodnější je podávat pokrm z hlubší misky, ze které se jídlo nabírá lépe, než z talířku. Nejlepší, co pro dítě může matka nebo celá rodina udělat, je umožnit mu stolování společně s nimi. Dítě bude rádo napodobovat rodiče při jídle. Důležité je hned ze začátku dodržovat určitý řád při jídle tzn., že by dítě mělo sedět nejlépe na dětské stoličce nebo u svého stolečku.

Ještě by se dítěti **neměly** podávat sladké potraviny jako jsou např. **sušenky, sladké pečivo, šlehačka, zmrzlina, čokoláda**. Nevhodné jsou také **uzeniny, tučné maso, paštiky, majonézy, vaječný bílek a tvaroh**. Vzhledem k tomu, že dítě v tomto věku potřebuje potraviny s vyšším obsahem energie, není dobré podávat potraviny s nízkým obsahem tuku. Stravovat se potravinami se sníženým obsahem tuku se doporučuje dětem od 2 let a dospělým. (3, 4, 6, 9, 12)

## 6 Výživa v průběhu onemocnění a po něm

Při horečnatých a průjemovitých onemocnění bývá u dětí typická ztráta chuti k jídlu a naopak návrat chuti k jídlu bývá známkou počínajícího uzdravování dítěte. Během nemoci platí, že dítě potřebuje větší množství tekutin, energie a živin z potravy, kterou dítěti mají rodiče nabízet, nikoli nutit.

Matka by měla v průběhu běžného onemocnění dítěte dodržovat pravidla spočívající v tom, že pokud dítě kojí, je třeba **zvýšit frekvenci kojení**. Dítě obvykle ztrácí chuť na ostatní potraviny, ale méně často na MM. Pokud je již dítě zvyklé na jiné tekutiny, než je MM, mělo by se podávání i těchto tekutin zvýšit. Lépe je nabízet dítěti **měkká, pestrá, láková jídla**, zvláště ta, o kterých rodiče ví, že se u dítěte těší oblibě. Je zde větší pravděpodobnost, že je dítě bude jíst, matka však musí dát pozor na to, aby jídla byla pro dítě zároveň výživná. Stejně jako častější nabídnutí matčina prsu, by mělo být dítěti častěji nabízeno i jídlo, ne však přes jeho odpor. Množství jídla, které dítě sní, může matka ovlivnit povzbuzováním dítěte i svou vlastní vytrvalostí, přičemž by měla mít na paměti, že jakmile se dítě bude cítit lépe, chuť k jídlu se mu zlepší. Právě v době, kdy se dítě uzdravuje a začíná se mu vracet chuť k jídlu, je také velmi důležité **nabízet mu jídlo častěji a povzbuzovat jej**.

I pro dospělého člověka navenek banální rýma může vést u malých dětí k poruše příjmu potravy, protože nosní sliznice oteče, zanítí se a produkuje více hlenu, čímž se dýchání stává obtížnějším. Nejdůležitější je **důkladné vyčištění nosu**. Toho docílíme odsávacími hleny, hodící se pro děti, které ještě neumějí smrkat. Některé děti mohou mít sliznici nosní dutiny pouze prosáklou, bez viditelné sekrece. Těmto dětem pomohou kapky, které uvolní nos před jídlem.

Průjemovitá onemocnění provází nejčastěji ztráta tekutin a minerálů stolicí. Ztráta může být v některých případech velmi závažná, proto je nejdůležitější **co nejdříve začít s jejich náhradou**. Je důležité zvýšit příjem tekutin ihned, jakmile dítě dostane průjem. Zvýšení příjmu tekutin je možné častějším přikládáním k prsu, je-li dítě kojené. Výlučně kojenému dítěti by měla matka navíc nabídnout mezi kojeními **po lžičkách rehydratační roztok** s obsahem minerálů a glukózy (ORS). Matka ho může zakoupit v lékárně pod názvem **Kulíšek**. U dítěte, které je živeno umělou výživou, by se mělo pokračovat v podávání mléka a také ORS nebo podávat **zvýšené množství neslazených** nebo jen nepatrně slazených tekutin. Vhodná je voda, neslazený nebo málo slazený čaj. Matka by měla znát, kolik tekutin může dítěti podat. Po každé vodnaté stolici by mělo dítě dostat 10 ml tekutin na 1 kg jeho

hmotnosti nebo 50-100 ml do 2 let a 100-200 ml u dítěte staršího než 2 roky. Tekutiny by měly být podávány v malých dávkách a častěji, nejlépe po lžičkách nebo locích a pokud dítě zvrací, měla by matka nejméně 10 minut vyčkat a poté pokračovat pomalejším tempem. **Bez doporučení lékaře by matka zásadně neměla podávat dítěti žádné léky.** Je důležité, aby matka uměla správně zvážít, zda jde u dítěte skutečně o průjem, protože zdravé kojené dítě může mít i několik stoliček denně. Typické je zvýšení počtu stolic na 12-16 za den, které nepříjemně zapáchají. U kojeného dítěte je barva průjmovité stolice spíše zelenohnědá, často s příměsí hlenu a změny stolice jsou spíše v hustotě a barvě. U dítěte živeného umělým mlékem, jsou změny patrné navíc i v počtu stolic. Při průjmu je vhodné podávání mrkvového odvaru, který by měl normalizovat hustotu stolic a snížit jejich počet. Vývar se připraví z čerstvé nebo mražené mrkve, která se vaří alespoň 20 minut ve vodě a poté se v této vodě rozmixuje. Do vývaru se může přidat malé množství glukózy (přípravek Glukopur) a množství, které matka dítěti podá by mělo odpovídat zhruba množství mléka, které dítě vypije v průběhu jednoho kojení/krmení.

**Galaktosémie** je jedno z vrozených metabolických vad, které se vyskytuje v počtu asi jednoho případu na 35 000 porodů. Organismus dítěte s tímto onemocněním nedokáže využít galaktózu a přeměnit ji v glukózu. Příčinou je chybění enzymu galaktózo-fosfáturydyltransferázy, který galaktózu štěpí. Novorozenci a kojenci s tímto onemocněním nemohou být kojeni ani krmeni MM a nemohou být živeni žádným mlékem obsahujícím laktózu (laktóza je totiž enzymem laktázou štěpena na glukózu a galaktózu). Laktóza musí být hydrolyzována nebo částečně nahrazena sójovými preparáty. V ČR republice je k dostání např. Nutrilon soya.

Další z dědičných metabolických vad je **fenylketonurie**. Při tomto onemocnění dítěti chybí enzym fenylalaninhydroxyláza, a tak nemůže být aminokyselina fenylalanin přeměněna tímto enzymem na tyrozin. Diagnóza se stanovuje dnes již rutinním screeningem, který se provádí 72-96 hodin po porodu odběrem kapilární krve z patičky novorozence. Dítě může být kojené, ale hladina fenylalaninu se pečlivě sleduje a pokud dojde k jejímu zvýšení, MM musí být nahrazeno preparáty s nízkým obsahem fenylalaninu. Léčba tohoto onemocnění je celoživotní a spočívá v dietě, která je založená na snížení příjmu přirozených bílkovin. (4, 6, 9, 11)

## 7 Výrobky kojenecké výživy

V dnešní době není pochyb o tom, že je mateřské mléko optimální výživou novorozenců a kojenců. Význam mateřského mléka je v posledních letech stále více zdůrazňován. Odlišná je situace, kdy dítě nemůže být kojeno z mnoha různých důvodů. V tomto případě dítě dostává **preparáty umělé výživy**, které vždy musí odpovídat jeho věku a zdravotnímu stavu. Výživa dítěte by měla být upravována pediatrem nebo odborníkem vzdělaným ve výživě.

### 7.1 Počáteční mléka

Potraviny, které jsou označovány jako **výrobky kojenecké výživy** musí plnit stanovené požadavky na složení, nezávadnost, označení a podléhají přísným hygienickým normám. Dále musí projít schválením Českou pediatrikou společností a vyhovovat požadavkům týkajících se složení a označení stanovených ve **vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 54/2004 Sb., o potravinách určených pro zvláštní výživu a způsobu jejich použití**. Chemické konzervační látky, umělá barviva nebo příchutě nejsou povoleny. Jelikož v minulosti se prokázala propagace výrobků umělé výživy jako velmi účinná a vedla tím k úpadku kojení, byl pod vedením WHO vypracován **Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka**.

Výrobky umělé výživy se dělí na **počáteční mléčnou výživu a pokračovací mléčnou výživu** a mají různé složení podle toho, jak optimálně vyhovují určité věkové skupině. Do skupiny počátečních mlék řadíme i tzv. „**Pre-výživy**“. Tyto výživy jsou považovány za nejlepší náhražku MM a jejich složení je s MM do jisté míry srovnatelné, takže mohou být podávána hned po porodu. V případě, že matčino mléko není dostatečně energeticky a výživově hodnotné, je optimální využít tzv. „**výživu dvojím mlékem**“, kdy je dítě krmeno mateřským mlékem i umělou výživou. V tomto případě je doporučována výhradně „Pre-mléčná výživa“.

**Počáteční mléka** jsou určena pro zralé a zdravé děti od narození do ukončeného 4. měsíce věku. Základem mléčné výživy je úprava složení kravského mléka. Úprava spočívá ve snížení obsahu bílkovin. Bílkovina se **adaptuje** což znamená, že poměr syrovátka ku kaseinu je  $\geq 1$ . Doporučený obsah bílkovin je 0,43-0,72 g/100 kJ. **Neadaptovaná bílkovina** má poměr syrovátka:kasein roven 2:8, takže doporučený obsah je 0,54-0,72 g/100 kJ.

V počátečním mléce se zvyšuje obsah sacharidů, který je v rozmezí 1,67-3,34 g/100 kJ a současně množství laktózy musí být minimálně 0,84 g/100 kJ. Dříve se umělá mléka rozdělovala na **adaptovaná**, která obsahovala pouze laktózu a na **částečně adaptovaná**, kde byl obsažen kromě laktózy ještě jiný sacharid (sacharóza, maltóza, maltodextriny, glukózový sirup a bezlepkové škroby). Avšak přípravky obsahující pouze laktózu, stejně jako MM, jsou pro novorozence a malé kojence nejvhodnější. Tuky by neměly krýt více jak 55 % celkového množství energie umělého mléka, a proto má jejich obsah v počátečním mléce činit 0,79-1,55 g/100 kJ. Počáteční mléka mají také stanovené množství minerálů, vitamínů a stopových prvků. Poměr vápníku ku fosforu se pohybuje v rozmezí 1,2:2,0.

U počátečních mlék bývá k firemnímu názvu přiřazena číslice „1“. Tato číslice označuje, že výživa je určena pro děti od narození do ukončených 4 měsíců. Tyto 1-mléčné výživy obsahují malé množství bezlepkových škrobů, které kojeneček v prvních měsících života ještě nedokáže trávit. A právě tento fakt může u dítěte vyvolat tzv. „uklidňující efekt“, protože nestrávený škrob zůstává dlouho v žaludku a to způsobuje únavu. Tento „uklidňující efekt“ může být rodiči považován i za výhodu, protože dítě tak může prospat celou noc.

## 7.2 Pokračovací mléka

**Pokračovací mléka (mléka batolecí)** jsou určena pro děti od ukončeného 4. měsíce do 36. měsíce věku. Tato mléka nejsou vhodná, pokud jsou podávána kojenci, který je krmen výlučně mléčnou stravou a není mu podáván příkrm, protože plně nekryje výživové potřeby dítěte. Pokračovací mléka mají u svého firemního názvu připojenou číslici „2“. Další typ mlék má připojenu číslici „3“ nebo název „Junior“, což jsou označení pro batolecí mléka, tedy mléka pro děti od ukončeného 8., 10. nebo 11. měsíce. Mezistupněm mezi krmením dítěte mlékem počátečním a mlékem kravským mohou být právě tato pokračovací mléka. Není však chybou, jestliže jsou tato mléka vynechána a dítěti je podáváno počáteční mléko až do jednoho roku života.

Batolecí mléka jsou vyráběna především za účelem zabránit předčasnému krmení dítěte živočišným mlékem, které společně s příkrmy zatěžuje dítě 2-3x vyššími DDD (doporučenými denními dávkami) bílkovin. Díky šetrnému tepelnému zpracování a sušení je u těchto mlék nižší riziko vzniku alergií než u kravského mléka. Mléka pokračovací obsahují více škrobu než 1-mléčné výživy, čímž jsou tato mléka hustší a stoupá jejich energetická hodnota. Poměr bílkovin zůstává v pokračovacích mlécích neadaptovaný (=2:8) a rozmezí pro

obsah bílkovin je 0,54-1,08 g/100kJ. Mléko může obsahovat i přídavky dalších sacharidů jako je sacharóza a fruktóza, ale ne ve větším množství než je 20 %. Obsah sacharidů se pohybuje v rozmezí 1,67-3,34 g/100 kJ a množství laktózy by mělo být vyšší než 0,43 g/100 kJ. Tuky jsou v pokračovacích mlécích zastoupeny v obsahu 0,79-1,55 g/100 kJ. Mléka jsou obohacena standardně o železo, jód a zinek, některá i o vitamíny A, C, D, E.

### 7.3 Ostatní umělá mléka

Pro děti, které trpí nesnášenlivostí kravského mléka, jsou určeny **mléčné preparáty s hydrolyzovanou bílkovinou**. Nesnášenlivostí kravského mléka trpí téměř 3 % dětí. Nesnášenlivost se projevuje se těžkým ekzémem, zvracením, průjmami, které obsahují často příměsi krve, neprospíváním a častými břišními kolikami. Důvodem přípravy těchto mlék je redukce antigenicity bílkovin Kml. Přípravky lze rozdělit do několika skupin podle druhu užití bílkoviny a to na **kaseinové hydrolyzáty**, které jsou na bázi kaseinu Kml, **na syrovátkové hydrolyzáty**, které jsou na bázi syrovátky Kml a na **hydrolyzáty jiných bílkovin**, které jsou na bázi hovězího kolagenu nebo sóji. Posledním druhem jsou **smíšené hydrolyzáty**, které obsahují několik bílkovinných základů. Dle stupně hydrolyzy se přípravky dělí na **přípravky s vysokým stupněm hydrolyzy**, pro použití léčebné a na **přípravky s nízkým stupněm hydrolyzy**, které mají u firemního názvu připojeno „**H.A.**“ a slouží k preventivnímu použití.

**Přípravky s vysokým stupněm hydrolyzy** mají označení eHF (extensively hydrolysed formulae) a jsou indikovány u dětí s alergií na bílkovinu kravského mléka, poruchami trávení proteinů, MAS (malabsorbčním syndromem), malnutricí a případně galaktosémií.

**Hypoantigenní preparáty (H.A.), též přípravky s nízkým stupněm hydrolyzy**, nesou také označení pHF (partially hydrolysed formulae). Bílkovina těchto přípravků je upravená nízkým stupněm hydrolyzy a přípravky jsou určeny k prevenci alergických onemocnění u dětí, které nemohou být kojeny a současně je u nich vysoké riziko alergického onemocnění. U prokázaných alergií není však vhodné tato mléka podávat.

Dalším speciálním mlékem je **sójové mléko**, které se nejčastěji užívá při alergii na bílkovinu kravského mléka, u vegetariánského způsobu výživy a u intolerancí laktózy. Velmi často se však u dětí alergických na bílkovinu Kml vyvine rovněž alergie na bílkovinu sóji. Sójová mléka musí obsahovat větší množství bílkoviny pro dosažení optimálního růstu, metionin a karnitin.



**Kozí mléko** je nevhodné k výživě kojenců i u alergií, vzhledem k tomu, že obsahuje vysoké množství bílkovin, minerálních látek a tuků. Velké množství bílkovin a minerálů nadměrně zatěžuje ledviny. Navíc je kozí mléko chudé na železo, vitamin C, D, B12 a kyselinu listovou.

Pro děti s intolerancí laktózy (mléčného cukru), s akutní gastroenteritidou, MAS a v rekonvalescentní fázi po chronickém nebo těžkém průjmovitým onemocnění jsou určeny **bezlaktózové mléčné přípravky**. V těchto přípravcích je laktóza nahrazena maltodextrinou nebo sušinou kukuřičného sirupu.

**Antirefluxová mléka s označením A.R.** u firemního názvu jsou určena pro děti, které po krmení trpí ublinkáváním. Tato mléka jsou zahuštěna bramborovým škrobem nebo moukou ze svatojánského chleba. Časté ublinkávání mohou zmírnit tím, že omezí návrat mléka ze žaludku do jícnu, protože žaludek zatíží.

**Mléka pro nedonošené děti s nízkou porodní hmotností** jsou zvláštní skupinou počátečních mlék. Nedonošené nekojené děti a někteří novorozenci s porodní váhou pod 2 500 g potřebují více energie a bílkovin, kterou jim tato mléka mohou nabídnout. Tyto preparáty mají poměr syrovátky a kaseinu 6:4, čímž je dosaženo vyšší koncentrace cystinu a méně methioninu. Musí také obsahovat zvýšené množství vápníku, fosforu, sodíku, železa a vitamínů. (4, 6, 9, 11)

## 8 Laktační poradenství

### 8.1 Laktační poradkyně

Laktační poradkyně je žena se zkušenostmi s kojením. Může to být maminka se zkušenostmi s vlastním kojením (má za sebou alespoň 1,5 roku výlučného kojení) a zdravotní sestra proškolená Laktačním ligou. Laktační poradkyně matce pomáhá radami při problémech s kojením, případně návštěvou spojenou s praktickou ukázkou a maminku také psychicky podporuje.

Než začne laktační poradkyně s vlastním poradenstvím, musí si zjistit údaje o kojící matce a dítěti. Tyto údaje získává pomocí otevřených a doplňujících otázek. V začátcích musí také zjistit a vyhodnotit současný stav výživy dítěte, dalším krokem je vyhodnocení růstu a v případě potřeby i klinické vyšetření. Na základě získaných informací laktační poradkyně identifikuje problém a snaží se pomoci matce nalézt vhodné řešení. V průběhu hodnocení současného stavu se laktační poradkyně táže na otázky týkající se kojení. Otázky se týkají toho, zda má matka sama pocit, že jí jde kojení dobře, zda se dítě přisává bezproblémově k oběma prsům, jestli má matka pocit, že po kojení prsa změknou. Současně by měla proběhnout kontrola matčiných bradavek, jestli nejsou poraněné, nesprávného tvaru nebo zda z bradavek nevytéká patologický sekret (např. hnis, krev). Je třeba všimnout si také stoličky dítěte, která je odrazem jeho výživy. Frekvence stoliček je u dítěte velmi individuální a nelze přesně stanovit číslo, kolik by mělo mít dítě stoliček denně. Některé dítě může mít až 6 stoliček denně a některé třeba v průběhu dne žádnou. První hodiny po porodu vylučuje dítě z konečníku smolku (mekonium). Smolka je zelenočerné barvy, má mazlavou konzistenci a jak její barva napovídá, obsahuje velké množství žluči a žlučových barviv. Dítě se za pomoci mleziva tohoto rezervoáru žlučových barviv zbavuje v podobě smolky. Pokud by se dítě včas smolky nezbavilo, mohla by být příčinou novorozenecké žloutenky. Barva stoličky několik dní po porodu by měla připomínat míchaná vajíčka a měla by mít řídkou kašovitou konzistenci. Správně kojené dítě by mělo mít také alespoň 6 promočených plenek denně a po nakojení by mělo být syté, spokojené.

Pokud laktační poradkyně pozoruje a posuzuje kojení, zaměřuje se také na interakci mezi matkou a dítětem, na techniku kojení, pozoruje matku a dítě. Na matce si všímá jejího věku, stavu výživy a celkového vzhledu, dále výrazu matky, který je odrazem její spokojenosti nebo

nespokojenosti při zacházení s dítětem. Posuzuje postoj matky ke kojení, vlastní techniku kojení, stav bradavek a případně i postoje rodiny. **Spokojená matka** se dá poznat podle pohodlného sedu, je uvolněná a má radost z dítěte, s nímž také udržuje dobrý oční kontakt. Její zacházení s dítětem je sebejisté, s dítětem se mazlí a mluví na ně. **Nespokojená matka** vyjadřuje obavy a je napjatá, s dítětem neudrží žádný, nebo jen velmi chabý zrakový kontakt, tělíčko dítěte není v celém rozsahu podepřeno rukama a je drženo volně, její dítě je plačtivé. Matka není soustředěná, je neklidná, s dítětem se nemazlí, může vyvolávat dojem, že kojení je pro ni obtěžující a někdy používá i hrubších pohybů, aby přiměla dítě k přísátí se k prsu. Pod tíhou neúspěchu může matka postrádat sebevědomí, její nervozita se stupňuje a její dítě je rovněž nespokojené. Laktační poradkyně musí znát známky, které jí umožní posoudit, zda je technika kojení správná. Jednou ze známek je adekvátní odpověď dítěte na podání prsu, která se projevuje hledacím reflexem. Další známkou je klidný kojeneček během kojení i po jeho skočení, dítě při správné technice sání pije zpočátku rychle a po určité době se zpomalí rychlost sání. Intenzitu odpovědi na prs může ovlivnit infekce horních cest dýchacích, ucpaný nos, novorozenecká žloutenka a nezralost novorozence, což jsou situace přechodné. Z vrozených překážek je to krátká uzdička, rozštěp rtu nebo patra a orofaciální dysfunkce a malformace. (9)

## 8.2 Laktační liga

Laktační liga je nezávislá a nezisková organizace, ve které její členové platí pouze roční příspěvky. Je vedena odborníky, kteří jsou považováni v ČR za jedny z nejlepších. Jedná se o MUDr. Annu Mydlilovou a MUDr. Magdalenu Paulovou z Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze. Finance pro činnost LALI (Laktační ligy) jsou zprostředkovávány nezávislými zdroji a nadacemi. Členství v Laktační lize může využít kdokoliv z řad zdravotnické i laické veřejnosti, komu záleží na stavu kojení v ČR a komu není současný stav kojení v ČR lhostejný. Založení Laktační ligy se uskutečnilo 9.9. 1998, kdy byly také současně vypracovány stanovy. 15.-16.5. 1999 bylo vyškoleny prvních 10 laktačních odborníků, jejichž odbornost byla prokazatelná certifikátem.

Své činnosti zaměřuje LALI především na:

- konzultační a poradenskou činnost pro zdravotníky a kojící ženy
- provoz Národní horké linky kojení
- výchovu laktačních poradců z řad zdravotníků i matek

- vytváření speciálních laktačních center v ČR
- vydávání bulletinu, letáků a jiných zdravotně výchovných pomůcek
- ve spolupráci s UNICEF podpora Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), dodržování 10 kroků k úspěšnému kojení
- dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka
- činnost dokumentačního centra na podporu kojení
- podpora a koordinace vzniku podpůrných skupin matek na kojení v ČR

Pod záštitou Laktační ligy vzniklo **Národní laktační centrum (NARLAC)**, které má rovněž sídlo ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze. Toto poradenské centrum zajišťuje edukační, školicí a tréninkovou činnost týkající se kojení. Další náplní je spolupráce s odbornými společnostmi (Česká neonatologická společnost, Česká gynekologická a porodnická společnost, Sekce perinatální medicíny atd.), metodické vedení porodnic, pracovníků bank a sběrů mateřského mléka, laktačních poradců, laktačních center a podpůrných skupin matek. Dále monitoruje kojení v ČR, věnuje se publikační činnosti a v neposlední řadě spolupracuje s médii. S tímto centrem spolupracuje **Národní linka kojení**, které navíc pomáhají laktační poradci z řad maminek i zdravotníků v různých regionech ČR. Jedna porada po telefonu trvá 5-30 minut, konzultace v centru pak 30 minut až 3 hodiny, někdy i celý den.

Laktační liga dále provozuje webové stránky [www.kojeni.cz](http://www.kojeni.cz) a [www.mamita.cz](http://www.mamita.cz), pomáhá zakládat podpůrné skupiny matek, publikuje své články v různých časopisech a novinách a vypracovává materiály týkající se kojení a zdravé výživy. Vydává také svůj vlastní čtvrtletní časopis MaMiTa, který je určen pro rodiče i zdravotníky a je zaměřen na výživu a péči o dítě.

### 8.3 Zásady komunikace laktačních poradkyní s matkou

Laktační poradkyně (dále jen LP) mají desatero pro správnou komunikaci s klientkami:

- ❖ LP by měla být vždy plně připravená pro toho, kdo jí zavolá.
- ❖ LP by měla být vždy plně a kladně soustředěná na klientku a její problém.
- ❖ LP by měla dát klientce najevo plnou emoční podporu.
- ❖ LP by neměla mamince skákat do řeči. Vždy musí ženu vyslechnout a mluvit s ní jednoduše a pomalu (tak, aby jí rozuměla).

- ❖ LP by neměla používat hned v úvodu své vlastní zážitky s kojením, pokud je chce použít, tak je dobré nechat je až na konec (nebo když se o ně bude klientka sama zajímat).
- ❖ Vždy je vhodné hledat východisko ze situace spolu s klientkou.
- ❖ Východisko by měla laktační poradkyně ženě nabídnout, ale rozhodnout by se měla sama žena, která pomoc potřebuje.
- ❖ Na závěr hovoru je dobré ještě jednou stručně zopakovat, na čem se LP se ženou dohodla.
- ❖ Pokud LP klientce slíbí, že pro ni něco udělá, měla by to udělat hned a nepřijímat další telefonát.
- ❖ Nevhodné je také řešit v průběhu hovoru vlastní silné emoce (v takovém případě je lepší hovor přerušit, klientku o tom informovat a teprve pak pokračovat dál).

(9, 11)

## 9 Zastaralé informace a mýty kolující mezi lidmi o výživě kojenců

Informace, které jsou uvedeny v různých zdrojích nejsou vždy v souladu se současnými doporučeními. Je dobré, aby si rodiče před tím, než se začnou nějakou radou řídit, ověřili skutečnost ze spolehlivých zdrojů. Mezi spolehlivé zdroje patří doporučení, která byla vydána Světovou zdravotnickou organizací v roce 2002. Doporučení jsou uvedena v kapitole s číslem 4. Doporučení o výživě malých dětí procházela změnami na podkladě vědeckých studií. Příčinou výskytu různorodých informací mohou být např. tradičně opakované názory, které nejsou vědecky podložené nebo nepřesná vyjádření. Následuje několik nejčastějších mýtů.

Některé ženy se domnívají, že **časté kojení snižuje tvorbu mléka**, ale není tomu tak. Pokud je dítě kojeno podle jeho individuálních potřeb, bez omezování frekvence a délky, je tvorba mléka optimální.

Po narození dítěte, se spousta maminek snaží do jeho života **zavést pravidelný řád**. Potřeba krmení, spánku a chování novorozence jsou však silně individuální, a proto dítě nepotřebuje zavádění řádu.

Maminka, která má **ochablé prsy** si může často myslet, že **signalizují málo mléka**. Skutečnost je ale taková, že čím je prs prázdnější, tím více a rychleji se mléko tvoří.

Rodiče, kteří mají zásadu **nebudit spící dítě**, také nejednají správně. Pokud je dítě více spavé, je nutné ho probudit, aby frekvence kojení dosáhla počtu alespoň 8-10 za den.

**Není pravdou**, že při každém kojení musí matka **vystřídat oba prsy**. Lepší je nechat dítě, aby si vypilo jeden prs do konce a mělo tím možnost dostat se i k zadnímu tučnému mléku.

Je mylné myslet si, že matka **musí pít kravské mléko, aby produkovala ve zvýšené míře svoje vlastní**, protože tvorba mléka je hormonální záležitostí. Čím častěji dítě pije z prsu, tím více se vylučuje oxytocin z neurohypofýzy, který způsobuje uvolňování mléka z prsu.

**Špatné** je tvrzení, že **pití z lahve kojenému dítěti neškodí**. Technika sání z prsu a z lahve je odlišná a dítě, které si zvykne na láhev, ze které mléko dostane snáze, později odmítá prs. Podobně **škodlivé je podání dudlíku dítěti**. Dudlík omezuje informaci o potřebě kojení, negativně ovlivňuje způsob sání a může se stát příčinou zkrácení doby výlučného kojení.

**Není v souladu** se současnými doporučeními nabádat ženu, aby **přerušila kojení v průběhu onemocnění** a při zvýšené tělesné teplotě matky. Naopak v tomto období přestupuje do dětského organismu množství protilátek prostřednictvím mléka a ty budou v budoucnu dítěti prospěšné z hlediska jeho obrany.

**Kojení by nemělo být přerušeno**, jak se někteří lidé mylně domnívají, ani pokud dítě trpí průjmovitým onemocněním, protože MM obsahuje imunitní faktory.

Mělo by být snahou především zdravotnických pracovníků, aby byly mýty, které dodnes přetrvávají, vymýceny a nahrazeny osvětou žen. (9, 13)

## II. Výzkumná část

### 10 METODIKA VÝZKUMU

Cílem bylo zjistit současný stav výživy novorozenců a kojenců v ČR, jejichž matky jsou prvorodičky. Pro splnění tohoto hlavního cíle i cílů vedlejších byla stanovena jako nejlepší metoda dotazníkové šetření. Dotazník byl vypracován jako zcela anonymní a byl určen pouze ženám, které dosud živily a pečovaly o jedno dítě. Z tohoto faktu mělo lépe vyplynout, zda matka, která nemá osobní zkušenost s výživou vlastního dítěte, vyhledává odbornou pomoc a jakým způsobem s odbornými pracovníky spolupracuje. Vytvořený dotazník obsahuje 19 otázek, z nichž jsou některé otázky ještě dále rozvedeny. Snažila jsem se dotazník vytvořit srozumitelně, aby jim i laická část žen dobře rozuměla a bez problémů na ně dokázala odpovědět.

Bylo rozdáno celkem 70 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 56 a všechny byly správně vyplněny, tudíž jsou výsledky zpracovávány z 56 dotazníků. Dotazníky byly rozdány ženám, které dosud živily a pečovaly o jedno dítě. Lokalitami, kde jsem dotazníky osobně rozdávala byly Pardubice, Vysoké Mýto, Chrudim, Litomyšl a okolí těchto měst. Dále byly některé dotazníky rozdány v pediatrických ambulancích v rámci Pardubického kraje.

Dotazník obsahuje různé typy otázek. Byly použity **uzavřené otázky**, které jsou snazší na zpracovávání, ale mohou mít nižší výpovědní hodnotu, v práci se objevují také **uzavřené otázky s možností více odpovědí bez určení pořadí**. Dále se v práci vyskytují **otázky polouzavřené**, kde respondentky zvolily jednu odpověď a dále ji mohly konkretizovat a **otázky otevřené**, u kterých ženy měly možnost odpovědět vlastními slovy. Zde nebyla žádná jiná možnost uvedena. Dalším typem otázek, které se vyskytují v dotazníku, jsou **otázky filtrační**. Tento typ otázek se týká žen, které zvolily odpověď, k níž se váží další rozvíjející otázky.

Všechna získaná data jsem nejprve vyhodnotila a zanesla do tabulky v programu Microsoft Office Excel, v němž jsem také vytvořila grafy. Dotazník je uveden v příloze E.



## 10.1 Výzkumné záměry

1. Více než polovina dětí odchází z nemocnice výlučně kojena.
2. Průměrná délka kojení u dotázaných žen je 6 měsíců a více.
3. Nejčastější respondentkami uváděnou dobou zavedení příkrmu je ukončený 6. měsíc života dítěte.
4. Více než polovina žen dokáže definovat, kdo je laktační poradkyně a jakou oblastí se její činnost zabývá.
5. Více než polovině žen bylo poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte v nemocnici, kde rodily.
6. Méně než polovina žen někdy spolupracovala s laktační poradkyní.
7. Informace o výživě dítěte získávají ženy nejčastěji z internetu.

## 10.2 Četnostní veličiny

|                   |   |
|-------------------|---|
| n                 | rozsah souboru                          |
| $n_i$             | symbol pro vyjádření absolutní četnosti |
| $f_i$             | symbol pro vyjádření relativní četnosti |
| Suma ( $\Sigma$ ) | celkový součet                          |

Vzorec pro výpočet relativní četnosti vyjádřené v procentech

$$f_i (\%) = \text{počet } n_i \times 100 / \text{výzkumný vzorek}$$

## 11 Analýza a interpretace výsledků

V této kapitole jsou podrobně rozebrány jednotlivé položky vycházející z dotazníku. Je zde uvedeno celé znění položky a způsob odpovědi, který byl ženám nabídnut. V rámci uvedených odpovědí jsou sestaveny tabulky a grafy, které přehledně znázorňují, jak ženy odpovídaly a následně jsou doplněny slovním hodnocením.

### Položka č. 1 - Kolik Vám bylo let při narození Vašeho prvního dítěte?

a) méně než 18

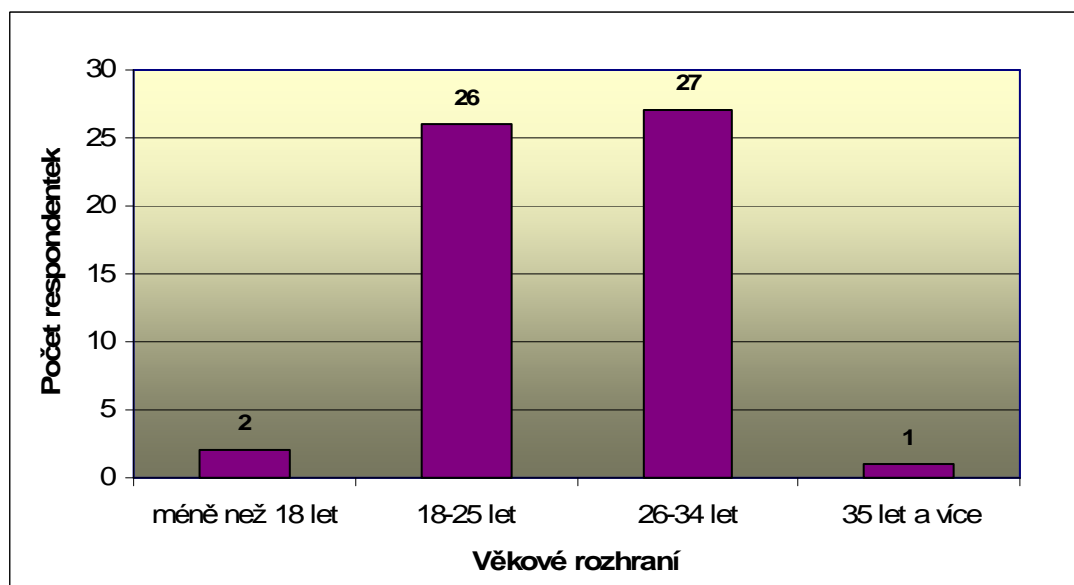
b) 18 - 25

c) 26 - 34

d) 35 a více

Tab. 11.1 Věk respondentek

|             | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|-------------|-----------|------------|
| méně než 18 | 2         | 3,6        |
| 18-25       | 26        | 46,4       |
| 26-34       | 27        | 48,2       |
| 35 a více   | 1         | 1,8        |
| $\Sigma$    | <b>56</b> | <b>100</b> |



Graf 11.1 Graf věku respondentek

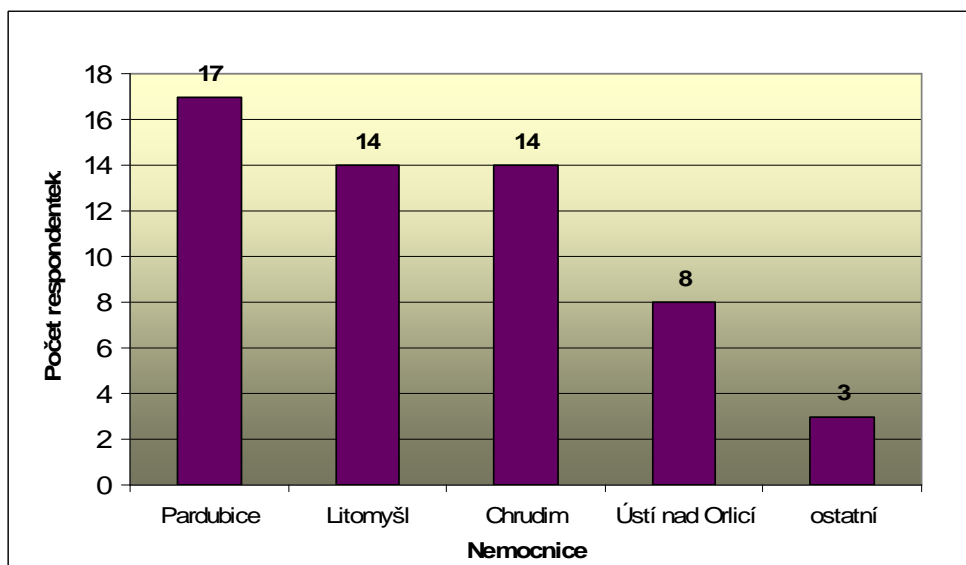
První otázka uvedená v dotazníku směřuje k určení věku dotazované ženy. Byly zde uvedeny 4 věkové kategorie. Graf, který je uveden výše, znázorňuje, že první dítě měly respondentky nejčastěji ve věku 26-34 let, odpovědělo jich 27 (48,2 %). Ve věku 18-25 porodilo první dítě 26 (46,4 %) dotázaných žen, 2 (3,6 %) ženy porodily ve věku méně než 18 let a pouze 1 žena (1,8 %) ve věku vyšším než 35 let. (Tab. 11.1, Graf 11.1)

**Položka č. 2 - Uved'te název nemocnice/města, kde jste rodila.**

.....

**Tab. 11.2 Nemocnice/město, kde žena rodila**

|                 | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|-----------------|-----------|------------|
| Pardubice       | 17        | 30,4       |
| Chrudim         | 14        | 25         |
| Litomyšl        | 14        | 25         |
| Ústí nad Orlicí | 7         | 12,5       |
| ostatní         | 4         | 7,1        |
| $\Sigma$        | <b>56</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.2 Graf nemocnic/měst, kde žena rodila**

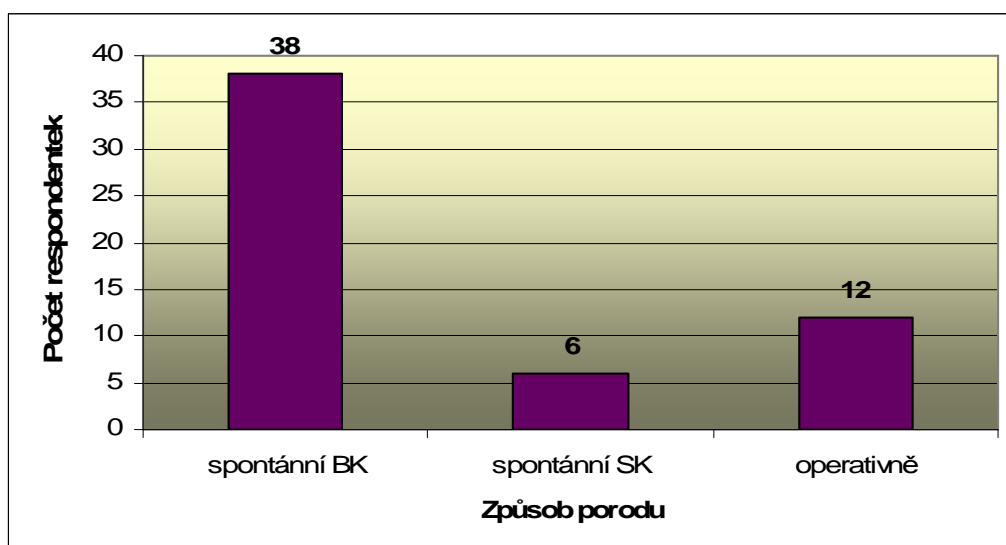
Druhá otázka, která je zakomponována do dotazníku, se táže na nemocnici nebo název města, kde žena své první dítě porodila. Otázka je v dotazníku uvedena proto, aby mohla žena později uvést u dalších otázek informace týkající se nemocnice, ve které rodila. Sedmnáct (30,4 %) dotazovaných žen rodilo v Pardubické krajské nemocnici, a. s., 14 žen (25 %) v Litomyšlské nemocnici, a. s., 14 (25 %) žen v Chrudimské nemocnici, a. s., 8 žen (12,5 %) v Ústeckoorlické nemocnici, a. s. a mezi ostatní nemocnice patří ženy, které rodily jinde než ve Východočeském kraji. (Tab. 11.2, Graf 11.2)

**Položka č. 3 - Rodila jste:**

- a) spontánně bez komplikací
- b) spontánně s komplikacemi (velké poranění, manuální vybavení placenty, velká krevní ztráta, zdravotní komplikace u dítěte apod.)
- c) operativně - 1. císařským řezem
  - 2. pomocí vakuumextraktoru (pomocí přísavného zvonu)
  - 3. pomocí kleští

**Tab. 11.3 Způsob porodu**

|                          | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| spontánně bez komplikací | 38                   | 67,9                     |
| spontánně s komplikacemi | 6                    | 10,7                     |
| operativně               | 12                   | 21,4                     |
| <b>Σ</b>                 | <b>56</b>            | <b>100</b>               |



**Graf 11.3 Graf způsobu porodu**

Tento graf č. 11.3 znázorňuje způsob porodu prvního dítěte. Tato otázka byla zařazena do dotazníku z toho důvodu, že způsob porodu může mít vliv na včasné přiložení dítěte a na následný průběh kojení a pozdější výživu dítěte. Třicet osm žen (67,9 %) uvedlo, že rodilo spontánně bez komplikací, 6 žen (10,7 %) rodilo spontánně s komplikacemi a 12 žen (21,4 %) rodilo operativně. Deset žen (83,3 %), které rodily operativně podstoupilo porod per sectionem caesaream a 2 ženy (16,7 %) rodily per forcipem. (Tab. 11.3, Graf 11.3)

**Položka č. 4 - Za jak dlouho po porodu, bylo dítě přiloženo k prsu?**

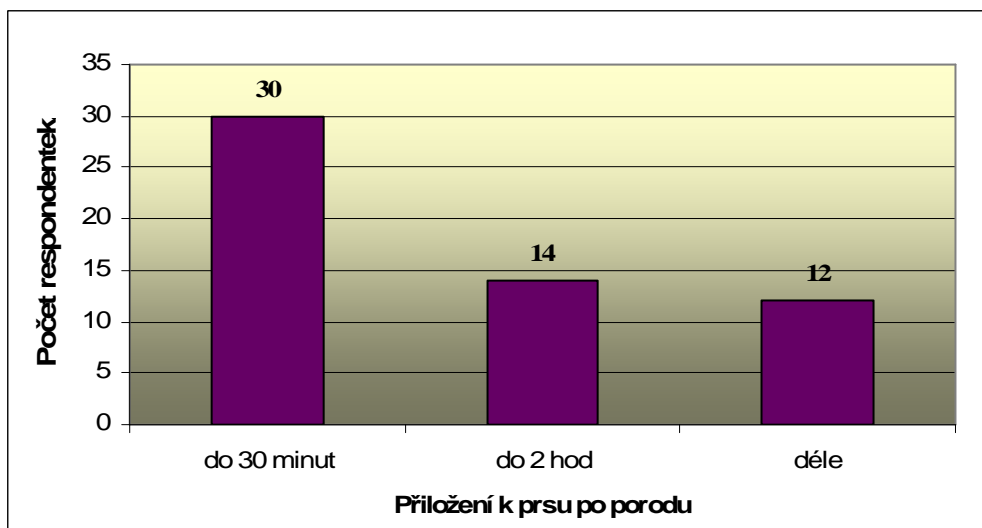
**a) do 30 minut**

**b) do 2 hodin**

**c) déle než za 2 hodiny (Proč se domníváte že tomu tak bylo?)**

**Tab. 11.4 Přiložení k prsu po porodu**

|             | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|-------------|-----------|------------|
| do 30 minut | 30        | 53,6       |
| do 2 hod    | 14        | 25         |
| déle        | 12        | 21,4       |
| $\Sigma$    | <b>56</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.4 Graf přiložení k prsu po porodu**

Čtvrtá otázka, která je uvedena v dotazníku zjišťuje, za jak dlouho, bylo po porodu dítě přiloženo k prsu. Třicet žen (53,6 %) označilo, že dítě bylo přiloženo do 30 minut, 14 žen (25 %) označilo možnost do 2 hodin a 12 žen (21,4 %) uvedlo, že jim dítě bylo přiloženo k prsu déle než za 2 hodiny. U odpovědi, která zněla: „déle než za 2 hodiny“, mohla žena spontánně odpovědět proč si myslí, že tomu tak bylo. Pět odpovědí znělo: „kvůli zdravotnímu stavu matky“ a 4 ženy nevěděly důvod, proč bylo dítě přiloženo déle než za 2 hodiny. Další uváděné důvody byly, že v nemocnici zdravotnický personál nechával matku dlouho odpočinout, novorozenec byl špatně adaptovaný a kuriózně odpověděla jedna matka, která uvedla, že to bylo proto, že si o dítě neřekla a zdravotní sestry na ní zapoměly. (Tab. 11.4, Graf 11.4) Následuje srovnání jednotlivých nemocnic.

**Pardubická krajská nemocnice, a. s.:** 12 žen rodilo spontánně bez komplikací, z toho 11 žen odpovědělo, že dítě bylo přiloženo k prsu do 30 minut po porodu a 1 ženě bylo dítě přiloženo k prsu do 2 hodin po porodu. **Čtyři dotazované ženy** rodily operativně: 3 ženy per sectionem caesaream (2 z nich bylo dítě přiloženo do 2 hodin po porodu a 1 z nich déle než za 2 hodiny), 1 žena rodila per forcipem a dítě jí bylo přiloženo do 2 hodin po porodu. **1 žena** rodila spontánně s komplikacemi a dítě jí bylo přiloženo k prsu déle než za 2 hodiny.

**Litomyšlská nemocnice, a. s.:** 10 žen rodilo spontánně bez komplikací, z toho 5 ženám bylo dítě přiloženo do 30 minut po porodu, dvěma z nich do 2 hodin po porodu a třem z nich déle než za 2 hodiny po porodu. **Tři ženy** rodily per sectionem caesaream a z toho 2 ženám bylo dítě přiloženo k prsu do 2 hodin a 1 ženě déle než za 2 hodiny. **Jedné ženě**, která rodila spontánně s komplikacemi bylo dítě přiloženo déle než za 2 hodiny po porodu.

**Chrudimská nemocnice, a. s.:** v této nemocnici rodilo **8 žen** spontánně bez komplikací, z toho všem osmi ženám bylo dítě k prsu přiloženo do 30 minut po porodu. V této nemocnici k tomu také přispívá fakt, že dítě je ošetřováno přímo na porodním boxe ve vyhřevném lůžku a před rodiči. **Dvě ženy rodily** operativně a to jedna z nich per sectionem caesaream (dítě bylo přiloženo déle než za 2 hodiny) a jedna per forcipem (dítě bylo přiloženo do 30 minut po porodu). **Zbylé 4 ženy rodily** spontánně s komplikacemi a třem z nich bylo dítě přiloženo do 2 hodin po porodu, jedné z nich déle než za 2 hodiny po porodu. Výsledky z ostatních nemocnic zde nebyly uvedeny pro malý počet respondentek.

**Položka č. 5 - Bylo Vaše dítě v nemocnici dokrmováno? (tj. nedostávalo mléko pouze z vašeho prsu)**

**a) ano (uved'te důvod a pokračujte otázkou č. 5.1)**

**b) ne (dále otázka č. 6)**

**Tab. 11.5 Dokrmování v nemocnici**

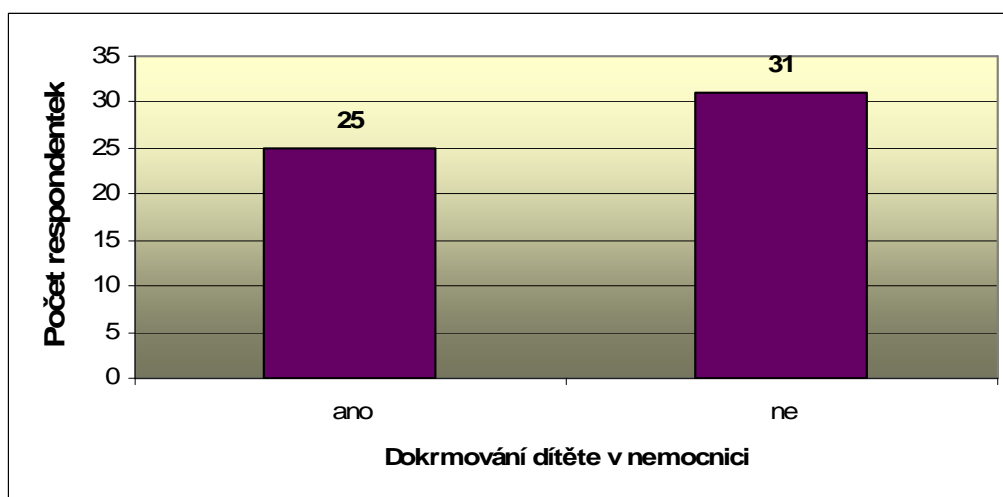
|          | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|----------|----------------------|--------------------------|
| ano      | 25                   | 44,6                     |
| ne       | 31                   | 55,4                     |
| <b>Σ</b> | <b>56</b>            | <b>100</b>               |

**Tab. 11.5.1 Způsob dokrmu dítěte**

|                  | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|------------------|----------------------|--------------------------|
| kojenecká láhev  | 4                    | 12,1                     |
| lžička           | 3                    | 9,1                      |
| stříkačka        | 19                   | 57,6                     |
| kapátko          | 0                    | 0                        |
| po prstu         | 5                    | 15,2                     |
| kádinka, hrníček | 1                    | 3                        |
| suplement        | 1                    | 3                        |
| jiný             | 0                    | 0                        |
| <b>Σ</b>         | <b>33</b>            | <b>100</b>               |

**Tab. 11.5.2 Důvody vedoucí k dokrmu dítěte**

|                          | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|--------------------------|-----------|------------|
| nespustilo se mi mléko   | 2         | 8          |
| dítě se špatně přisávalo | 2         | 8          |
| nedostatek mleziva       | 7         | 28         |
| neměla jsem dítě u sebe  | 1         | 4          |
| mastitis                 | 2         | 8          |
| málo mléka               | 5         | 20         |
| nepřibývalo na váze      | 1         | 4          |
| neví                     | 5         | 20         |
| $\Sigma$                 | <b>25</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.5 Přehled počtu dokrmovaných dětí v nemocnici**

Z grafu 11.5 vyplývá následující: 25 respondentek (44,6 %) uvedlo, že jejich dítě bylo v nemocnici dokrmováno a 31 respondentek (55,4 %) odpovědělo, že jejich dítě v nemocnici dokrmováno nebylo. U odpovědi „ano“ mohly respondentky uvést důvod, proč bylo dítě dokrmováno a pokračovaly otázkou 5.1, kde měly určit, jakým způsobem bylo dítě dokrmováno. Odpověď „ne“ směřovala respondentky k otázce č. 6. Nejčastější způsoby dokrmování dítěte jsou uvedeny v tabulce 11.5.1 a respondentkami uvedené důvody vedoucí k dokrmování dítěte jsou uvedeny v tabulce 11.5.2. (Tab. 11.5, 11.5.1, 11.5.2, Graf 11.5)



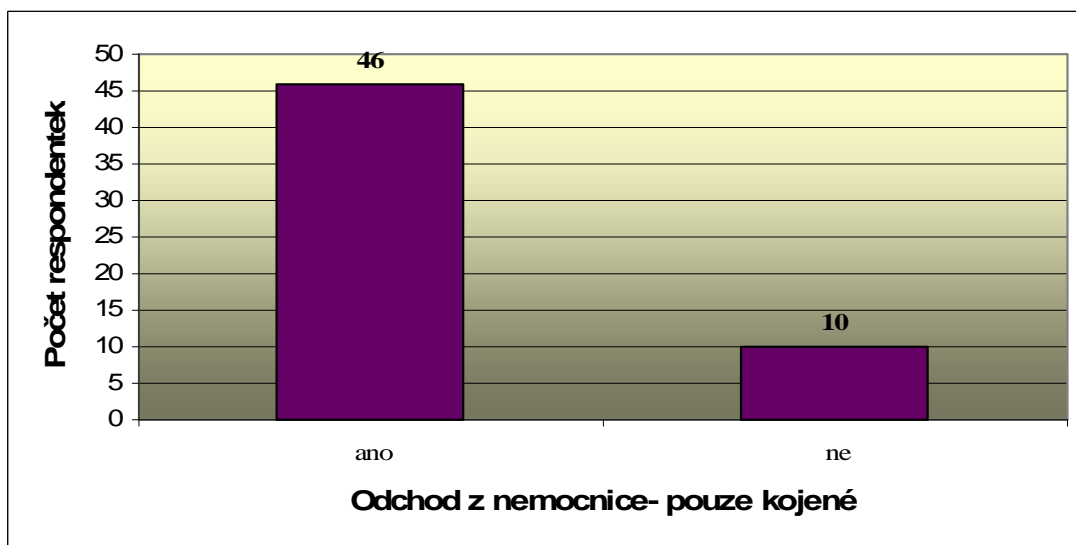
### Položka č. 6 - Bylo Vaše dítě při odchodu z nemocnice pouze kojené ?

a) ano

b) ne (uved'te důvod) .....

Tab. 11.6 Pouze kojené děti při odchodu z nemocnice

|          | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|----------|-----------|------------|
| ano      | 46        | 82,1       |
| ne       | 10        | 17,9       |
| $\Sigma$ | <b>56</b> | <b>100</b> |



Graf 11.6 Přehled počtu pouze kojených dětí při odchodu z nemocnice

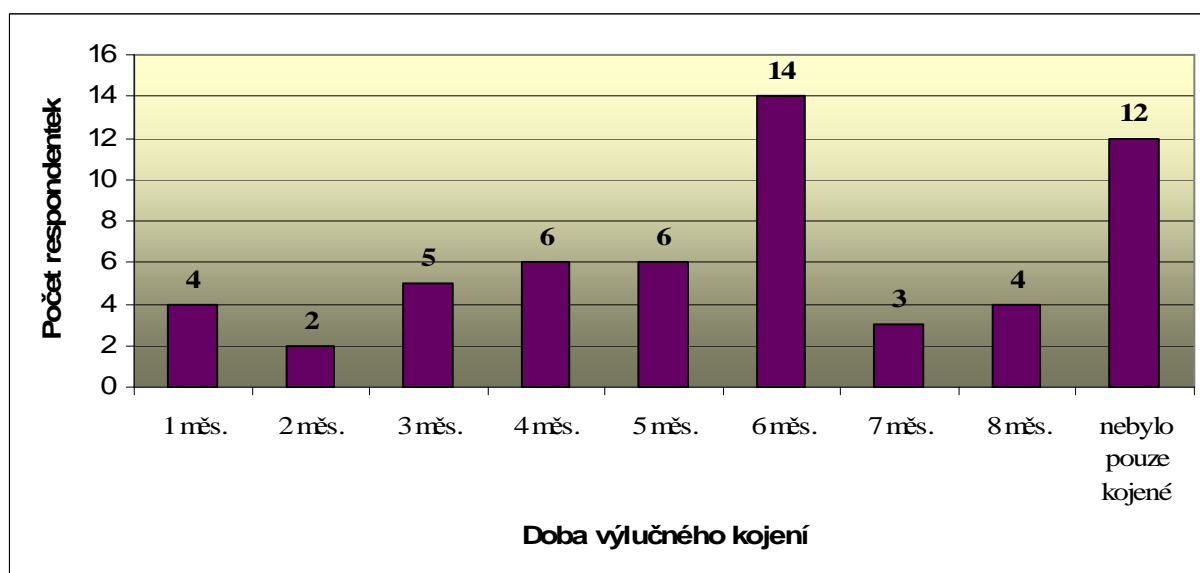
Tato otázka zjišťovala, zda byly děti při odchodu z nemocnice pouze (plně) kojené, tzn. zda dostávaly pouze matčino mléko bez umělých náhrad mléka. Čtyřicet šest respondentek (82,1 %) odpovědělo, že jejich dítě bylo při odchodu z nemocnice pouze kojené a jenom 10 respondentek (17,9 %) vybralo možnost „ne“, tedy, že jejich dítě při odchodu z nemocnice nebylo pouze kojené. K této odpovědi měl být také respondentkami připojený důvod, proč jejich dítě nebylo pouze kojené. Sedm žen (70 %) mělo málo MM, 2 ženy (20 %) odpověděly, že si jejich dítě zvyklo na láhev a 1 žena (10 %) důvod neznala. (Tab. 11.6, Graf 11.6)

**Položka č. 7 - Uved'te, jak dlouho bylo Vaše dítě pouze kojené.**

- a) .....
- b) **moje dítě nebylo pouze kojené**

**Tab. 11.7 Časový údaj a počet pouze kojených dětí**

|                     | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|---------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 měsíc             | 4                    | 7,1                      |
| 2 měsíce            | 2                    | 3,6                      |
| 3 měsíce            | 5                    | 9                        |
| 4 měsíce            | 6                    | 10,7                     |
| 5 měsíců            | 6                    | 10,7                     |
| 6 měsíců            | 14                   | 25                       |
| 7 měsíců            | 3                    | 5,4                      |
| 8 měsíců            | 4                    | 7,1                      |
| nebylo pouze kojené | 12                   | 21,4                     |
| <b>Σ</b>            | <b>56</b>            | <b>100</b>               |



**Graf 11.7 Přehled časových údajů vztahujících se k výlučnému kojení**

Sedmá otázka se týkala délky časového období, po které žena své dítě pouze (výlučně) kojila. Graf 11.7 znázorňuje, že nejvíce žen 14 (25 %), výlučně kojilo po dobu 6 měsíců, 12 respondentek (21,4 %) uvedlo, že jejich dítě nebylo pouze (výlučně) kojené. Shodně 6 žen (10,7 %) kojilo po dobu 4 a 5 měsíců. Pět žen (9 %) kojilo po dobu 3 měsíců, shodně 4 ženy (7,1 %) po dobu 1 měsíce a 8 měsíců a po dobu 2 měsíců kojily 2 ženy (3,6 %). Následuje srovnání jednotlivých nemocnic. (Tab. 11.7, Graf 11.7)

**Pardubická krajská nemocnice, a. s.:** u žen, které rodily spontánně bez komplikací byla průměrná délka výlučného kojení cca 4,5 měsíce. Ženy, které rodily operativně měly průměrnou délku výlučného kojení 5 měsíců u žen se spontánním průběhem porodu s komplikacemi to bylo 6 měsíců.

**Litomyšlská nemocnice, a. s.:** u žen, se spontánním průběhem porodu bez komplikací byla průměrná délka výlučného kojení rovněž cca 4,5 měsíce jako v Pardubické krajské nemocnici, a. s. . Ženy s operativním průběhem porodu výlučně kojily v průměru 2 měsíce. Dítě jedné ženy nebylo výlučně (pouze) kojené, další žena výlučně (pouze) kojila 3 měsíce a poslední žena výlučně (pouze) kojila 4 měsíce. Dítě ženy, která rodila spontánně s komplikacemi, nebylo výlučně (pouze) kojené.

**Chrudimská nemocnice, a. s.:** průměrná délka výlučného kojení byla v Chrudimské nemocnici, a. s. cca 3,5 měsíce, tedy o 1 měsíc kratší než v obou předešlých nemocnicích. U žen s operativním způsobem porodu byla nulová průměrná délka výlučného kojení, jelikož obě ženy uvedly, že jejich děti nebyly pouze kojené. Tříměsíční průměrná délka výlučného kojení byla u žen se spontánním průběhem porodu s komplikacemi.

#### **Položka č. 8 - Kdy jste Vaše dítě přestala úplně kojit?**

a) .....

b) nekojila jsem

**Tab. 11.8 Časový údaj, kdy žena přestala úplně kojit**

|            | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|------------|----------------------|--------------------------|
| 1/2 měsíce | 1                    | 1,8                      |
| 1 měsíc    | 7                    | 12,5                     |
| 2 měsíce   | 5                    | 9                        |
| 3 měsíce   | 4                    | 7,1                      |
| 4 měsíce   | 2                    | 3,6                      |
| 5 měsíců   | 2                    | 3,6                      |
| 6 měsíců   | 6                    | 10,7                     |
| 7 měsíců   | 3                    | 5,4                      |
| 8 měsíců   | 1                    | 1,8                      |
| 9 měsíců   | 3                    | 5,4                      |
| 10 měsíců  | 3                    | 5,4                      |
| 11 měsíců  | 0                    | 0                        |
| 12 měsíců  | 7                    | 12,5                     |
| 1,5 roku   | 6                    | 10,7                     |
| 2 roky     | 4                    | 7,1                      |
| 3 roky     | 1                    | 1,8                      |
| nekojila   | 1                    | 1,8                      |
| <b>Σ</b>   | <b>56</b>            | <b>100</b>               |

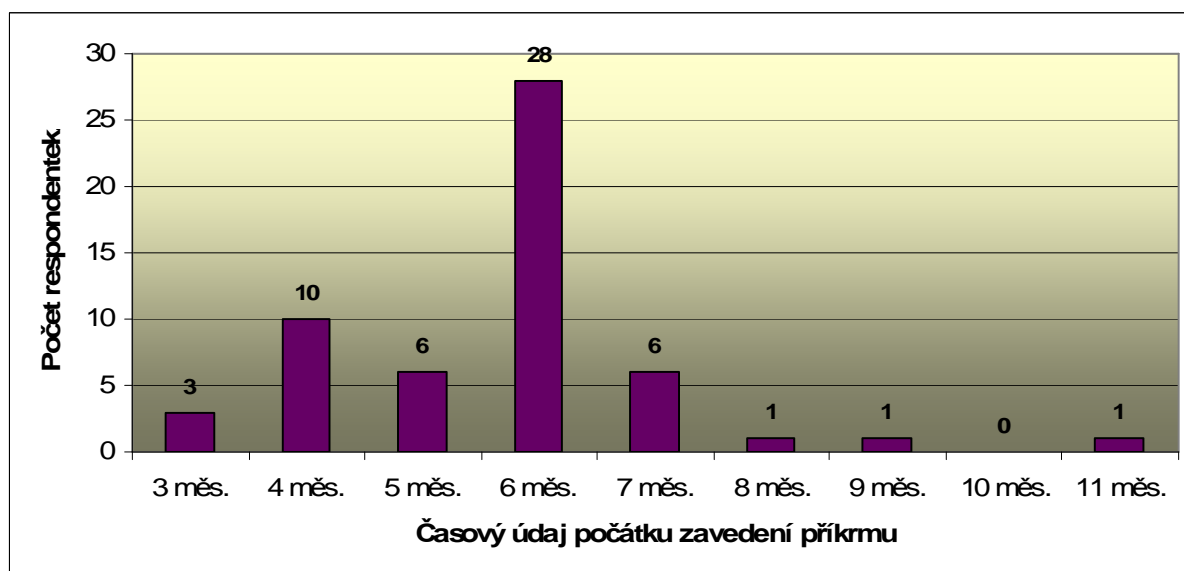
V této otázce ženy otevřeně uvedly, kdy přestaly své dítě úplně kojit. Rozmezí je od ½ měsíce do 3 let a překvapivě pouze jedna žena (1,8 % uvedla, že nekojila vůbec. Nejčastěji ženy přestaly kojit v 1 měsíci, dále pak ve 12 měsících. (Tab.11.8)

**Položka č. 9 - Kdy jste začala dítě příkrmovat ? (tj. Kdy jste začala dítěti dávat i nemléčnou stravu? – např. přesnídávky, kašičky, polévky ...)-pro přesnost uvádějte ukončený měsíc života dítěte**

.....

**Tab. 11.9 Počet měsíců, kdy začala žena dítě přikrmovat**

|           | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|-----------|-----------|------------|
| 3 měsíce  | 3         | 5,4        |
| 4 měsíce  | 10        | 17,9       |
| 5 měsíců  | 6         | 10,7       |
| 6 měsíců  | 28        | 50         |
| 7 měsíců  | 6         | 10,7       |
| 8 měsíců  | 1         | 1,8        |
| 9 měsíců  | 1         | 1,8        |
| 10 měsíců | 0         | 0          |
| 11 měsíců | 1         | 1,8        |
| $\Sigma$  | <b>56</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.9 Přehled časových údajů zavedení příjmu**

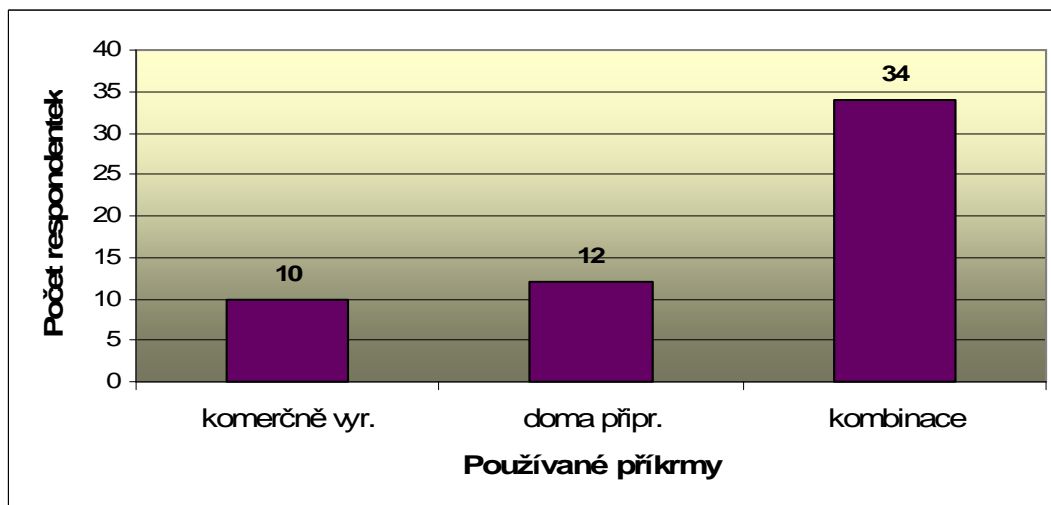
I v této otázce ženy odpovídaly otevřeně, tentokrát na dotaz, kdy začaly dítě přikrmovat. Nejvíce, 28 žen (50 %) odpovědělo, že začalo přikrmovat v ukončených 6 měsících života dítěte, 10 žen (17,9 %) v ukončených 4 měsících, 6 žen (10,7 %) v ukončených 5 měsících, 6 žen (10,7 %) v ukončených 7 měsících, 3 ženy (5,4 %) v ukončených 3 měsících, 1 žena (1,8 %) v ukončených 8 měsících, 1 žena (1,8 %) v ukončených 9 měsících života dítěte a 1 žena (1,8 %) v ukončených 11 měsících života dítěte. Výsledek, který poukazuje na to, že nejvíce žen začíná s příjmem v ukončeném 6. měsíci života dítěte. Může být zásluhami doporučení WHO nebo laktačních poradkyň. (Tab. 11.9, Graf 11.9)

**Položka č. 10 - Jako příkrm jste používala:**

- a) komerčně vyráběné příkrmy (přesnídávky, kaše, zeleninové či maso-zeleninové příkrmy atd.)
- b) příkrmy připravované doma
- c) kombinace obou předchozích odpovědí

**Tab. 11.10 Druh příkrmu**

|                                     | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| komerčně vyráběné příkrmy           | 10        | 17,9       |
| příkrmy připravované doma           | 12        | 21,4       |
| kombinace obou předchozích odpovědí | 34        | 60,7       |
| $\Sigma$                            | <b>56</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.10 Přehled používaných příkrmů**

Graf 11.10 poukazuje na to, že nejvíce žen, celkem 34 (60,7 %) používalo k příkrmování dítěte kombinaci komerčně vyráběných příkrmů a doma připravovaných příkrmů. Dvanáct žen (21,4 %) uvedlo, že používalo pouze doma připravované příkrmy a 10 žen (17,9 %) používalo pouze komerčně vyráběné příkrmy. (Tab 11.10, Graf 11.10)

**Položka č. 11 - Uved'te 3 potraviny, které mělo dítě jako příkrm nejvíce oblíbené.**

- a) .....  
 b) .....  
 c) .....

**Tab. 11.11.1 Nejvíce oblíbená zelenina**

| <b>ZELENINA</b>    | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|--------------------|----------------------|--------------------------|
| mrkev + brambory   | 28                   | 45,2                     |
| zeleninové polévky | 16                   | 25,8                     |
| brokolice          | 9                    | 14,5                     |
| květák             | 4                    | 6,5                      |
| cuketa             | 2                    | 3,2                      |
| špenát             | 2                    | 3,2                      |
| hrášek             | 1                    | 1,6                      |
| <b>Σ</b>           | <b>62</b>            | <b>100</b>               |

**Tab. 11.11.2 Nejvíce oblíbené ovoce**

| <b>OVOCE</b>       | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|--------------------|----------------------|--------------------------|
| banán              | 24                   | 38,1                     |
| ovocné přesnídávky | 20                   | 31,7                     |
| jablko             | 14                   | 22,2                     |
| broskev            | 2                    | 3,2                      |
| meruňka            | 2                    | 3,2                      |
| hruška             | 1                    | 1,6                      |
| <b>Σ</b>           | <b>63</b>            | <b>100</b>               |

**Tab. 11.11.3 Nejvíce oblíbené mléčné příkrmy**

| <b>MLÉČNÉ PŘÍKRMY</b> | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|-----------------------|----------------------|--------------------------|
| sladké kaše           | 11                   | 55                       |
| jogurt                | 5                    | 25                       |
| pribináček            | 3                    | 15                       |
| tvářoh                | 1                    | 5                        |
| <b>Σ</b>              | <b>20</b>            | <b>100</b>               |

**Tab. 11.11.4 Nejvíce oblíbené ostatní příkrmy**

| OSTATNÍ | n <sub>i</sub> | f <sub>i</sub> (%) |
|---------|----------------|--------------------|
| piškoty | 5              | 41,7               |
| rýže    | 5              | 41,7               |
| maso    | 2              | 16,7               |
| Σ       | 12             | 100                |

**Tab. 11.11.5 Pět nejčastěji uváděných příkrmů**

|    | NEJČASTĚJI UVÁDĚNÉ PŘÍKRMY |        |
|----|----------------------------|--------|
| 1. | mrkev + brambory           | 45,2 % |
| 2. | banán                      | 38,1 % |
| 3. | ovocné přesnídávky         | 31,7 % |
| 4. | zeleninové polévky         | 25,8 % |
| 5. | jablko                     | 22,2 % |

V otázce č. 11 respondentky odpovídaly otevřeně a dostaly za úkol vypsát 3 potraviny, které měly jejich děti jako příkrm nejvíce oblíbené. Výsledky byly zpracovány do tabulek podle druhů potravin a poslední tabulka shrnuje 5 nejoblíbenějších příkrmů. Dvacet osm respondentek (45,2 %) uvedlo, že jejich dítě mělo nejraději mrkev v kombinaci s brambory, 24 respondentek (38,1 %) uvedlo banán a 20 (31,7 %) ovocné přesnídávky. Vysoké umístění měly i zeleninové polévky z různých druhů zeleniny, které uvedlo do dotazníku 16 respondentek (25,8 %) a jablko, uvedené 14 respondentkami (22,2 %). Tato otázka byla v dotazníku uvedena spíše pro zajímavost a náhled do jídelníčku příkrmovaných dětí. (Tab. 11.11.1, 11.11.2, 11.11.3, 11.11.4, 11.11.5)

**Položka č. 12 - Vyjmenujte nejméně 3 výhody kojení.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....
- e) .....



**Tab. 11.12 Nejčastěji uváděné výhody kojení**

| <b>3 VÝHODY KOJENÍ</b>              | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| mléko je vždy nachystané            | 32                   | 17,9                     |
| šetří peníze                        | 30                   | 16,8                     |
| kontakt s matkou, citové pouto      | 23                   | 12,8                     |
| ideální teplota mléka               | 16                   | 8,9                      |
| posiluje imunitu (obranyschopnost)  | 14                   | 7,8                      |
| nenáročné na přípravu               | 13                   | 7,3                      |
| prevence alergií a onemocnění       | 12                   | 6,7                      |
| ideální výživa pro dítě             | 11                   | 6,1                      |
| kojení šetří čas                    | 7                    | 3,9                      |
| kojení podporuje vývoj dítěte       | 7                    | 3,9                      |
| mléko obsahuje vitamíny a minerály  | 4                    | 2,2                      |
| nedokázala vyjmenovat výhody kojení | 4                    | 2,2                      |
| kojení je příjemný pocit            | 2                    | 1,1                      |
| dítě je klidnější                   | 2                    | 1,1                      |
| nižší riziko SIDS                   | 1                    | 0,6                      |
| rychleji zhubnu                     | 1                    | 0,6                      |
| <b>Σ</b>                            | <b>179</b>           | <b>100</b>               |

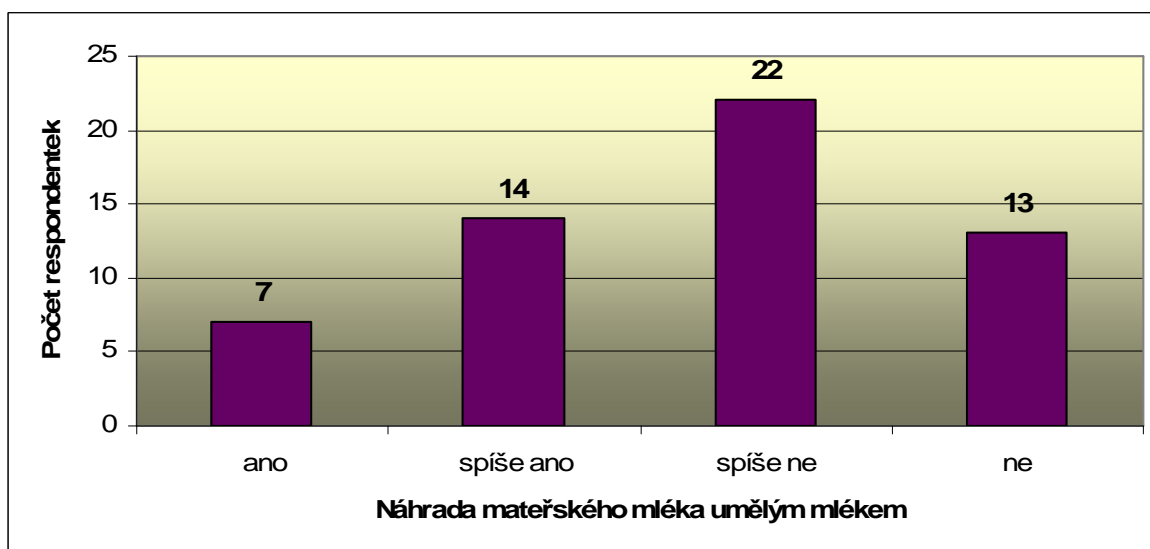
I na otázku č. 12, která byla uvedena v dotazníku, odpovídaly ženy otevřeně, spontánně. Měly zde uvést, nejméně 3 výhody kojení. Tato otázka pro mě byla velkým překvapením, protože většina žen dokázala výhody kojení vyjmenovat ať již z praktického hlediska, či z hlediska zdravotního. Pro lepší přehlednost je i v této položce uvedena pouze tabulka (Tab.11.12) bez grafového znázornění. Nejčastěji ženy uváděly, že mléko je vždy nachystané k použití, 32 odpovědí, (17,9 %), dále byla pro matky důležitá finanční stránka a to v tom smyslu, že kojení šetří peníze, protože nemusí kupovat drahou umělou mléčnou výživu, 30 odpovědí, (16,8 %). Významný byl pro matky kontakt s dítětem a upevnění citového pouta 23 odpovědí, (12,8 %) a 16 matek (8,9 %) uvádělo, že mléko má v prsu ideální teplotu. Čtrnáct matek (7,8 %) vědělo, že kojení je dobré pro posílení imunity dítěte. Ostatní odpovědi byly zastoupeny v nižších procentech, avšak byly smysluplné. Pouze 4 ženy (2,2 %) nedokázaly výhody kojení vyjmenovat. (Tab. 11. 12)

**Položka č. 13 - Myslíte si, že umělé mléko může plnohodnotně nahradit kojení (mateřské mléko)?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**Tab. 11.13 Umělá výživa versus mateřské mléko**

|           | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|-----------|-----------|------------|
| ano       | 7         | 12,5       |
| spíše ano | 14        | 25         |
| spíše ne  | 22        | 39,3       |
| ne        | 13        | 23,2       |
| $\Sigma$  | <b>56</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.13 Umělá výživa versus mateřské mléko**

Otázka s číslem 13 měla za úkol zjistit, jak si stojí názor žen na umělou výživu dítěte. Zda podle nich lze umělou výživou nahradit mateřské mléko. Z grafu je patrné, že více žen zvolilo nejednoznačnou odpověď „spíše ne“, 22 žen (39,3 %) a „spíše ano“, 14 žen (25 %), než jednoznačnou odpověď „ne“, 13 žen (23,2 %) nebo „ano“, 7 žen (12,5 %). Z toho vyplývá, že více žen nedokáže jednoznačně určit, zda se MM dá nahradit umělou výživou. Více odpovědí je však negativních, což znamená, že podle nich nelze MM nahradit umělým mlékem. (Tab. 11.13, Graf 11.13)

**Položka č. 14 - Bylo Vám poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte v nemocnici, kde jste rodila?**

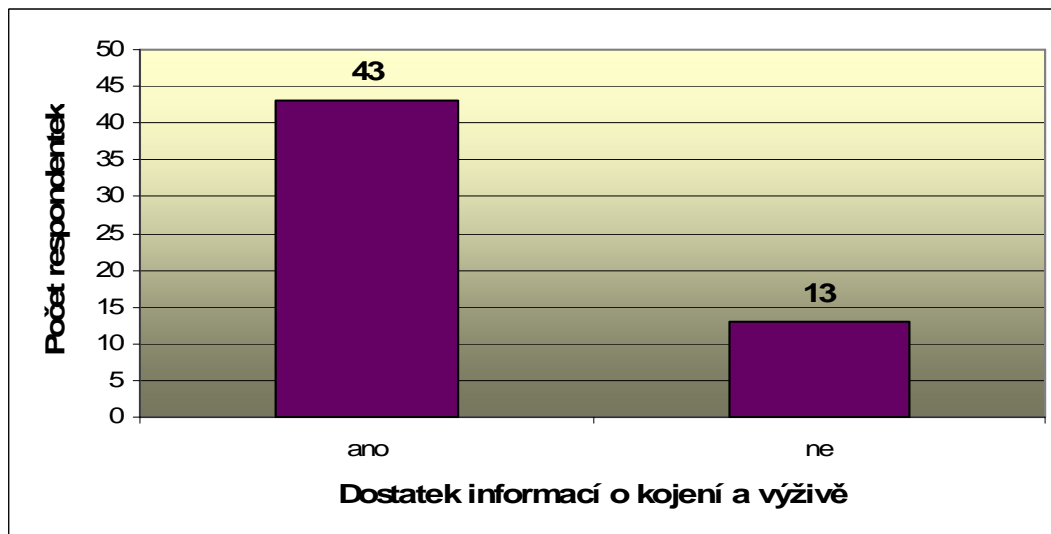
a) ano

b) ne (Které informace Vám chyběly?)

.....  
.....

**Tab. 11.14 Dostatek informací o kojení a výživě**

|          | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|----------|----------------------|--------------------------|
| ano      | 43                   | 76,8                     |
| ne       | 13                   | 23,2                     |
| <b>Σ</b> | <b>56</b>            | <b>100</b>               |



**Graf 11.14 Přehled dostateku informací o kojení a výživě**

V dotazníku byla uvedena otázka č. 14, která měla zjistit, zda ženy dostávají v nemocnici dostatek informací o kojení a výživě dítěte a měla tedy nastínit, jak si stojí zdravotnický personál v procesu edukace matek. Jak je patrné z grafu 11.14, 43 žen (76,8 %) odpovědělo, že dostalo dostatek informací o kojení a výživě dítěte a 13 žen (23,2 %) odpovědělo, že nedostalo dostatek informací. U odpovědi „ne“, tedy že ženy nedostaly dostatek informací, mohly uvést, které informace jim chyběly. Pět žen (38,5 %) uvedlo, že jim chyběly informace o technikách kojení, 4 ženy (30,7 %) postrádaly jakékoliv informace týkající se výživy dítěte, 2 ženy (15,4 %) postrádaly informace týkající se péče o prsy, 1 žena (7,7 %) si přála více vědět o tom, jak se chovat při mastitidě a 1 žena (7,7 %) neuvedla žádnou odpověď ohledně informací, které jí chyběly. (Tab. 11.14, Graf 11.14) Následuje srovnání jednotlivých nemocnic.

**Pardubická krajská nemocnice, a. s.:** v této nemocnici byly ženy spokojeny s podanými informacemi o kojení a výživě dítěte, jelikož 17 žen, což byly všechny dotazované, odpovědělo „ano“, tedy ženy byly spokojeny s podanými informacemi.

**Litomyšlská nemocnice, a. s.:** 10 žen odpovědělo, že byly spokojeny s podanými informacemi a 4 ženy byly nespokojeny.

**Chrudimská nemocnice, a. s.:** stejný počet spokojených a nespokojených žen jako v Litomyšlské nemocnici, a. s. byl i v této nemocnici, tedy 10 žen spokojených a 4 nespokojené.

#### **Položka č. 15 - Byla jste v nemocnici poučena o odšťikávání a péči o prsa?**

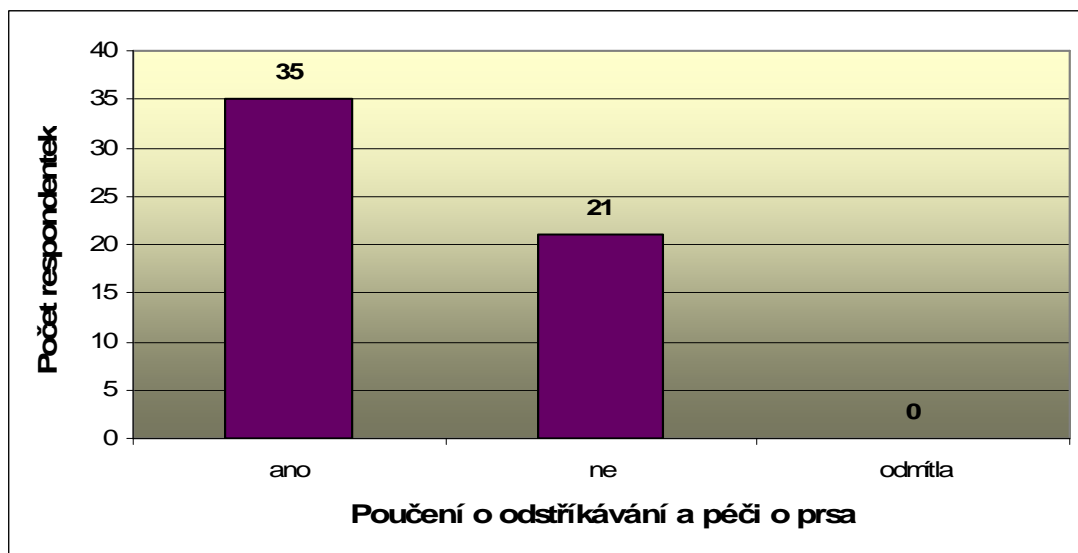
**ANO**

**NE**

**POUČENÍ JSEM ODMÍTLA**

**Tab. 11.15 Poučení o odšťikávání a péči o prsa**

|                 | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|-----------------|----------------------|--------------------------|
| ano             | 35                   | 62,5                     |
| ne              | 21                   | 37,5                     |
| odmítla poučení | 0                    | 0                        |
| <b>Σ</b>        | <b>56</b>            | <b>100</b>               |



Graf 11.15 Přehled žen, které byly poučeny

Tato otázka, na níž měly respondentky odpovědět, rovněž zjišťovala míru edukační činnosti a pomoci matkám, tentokrát v oblasti péči o prsa. V grafu 11.15 je znázorněno, že 35 respondentek (62,5 %) odpovědělo „ano“, tedy byly poučeny o odstříkávání a péči o prsa a 21 respondentek (37,5 %) odpovědělo „ne“, tedy nebyly o výše uvedené problematice poučeny. Možnost „poučení jsem odmítla“ ne zvolila ani jedna respondentka. (Tab. 11.15, Graf 11.15) Následuje srovnání jednotlivých nemocnic.

**Pardubická krajská nemocnice, a. s.:** 15 žen uvedlo, že bylo poučeno o odstříkávání a péči o prsa a 2 ženy uvedly že poučeny nebyly.

**Litomyšlská nemocnice, a. s.:** v této nemocnici bylo méně poučených žen než v nemocnici předcházející. Devět žen bylo poučeno a 5 žen nikoliv.

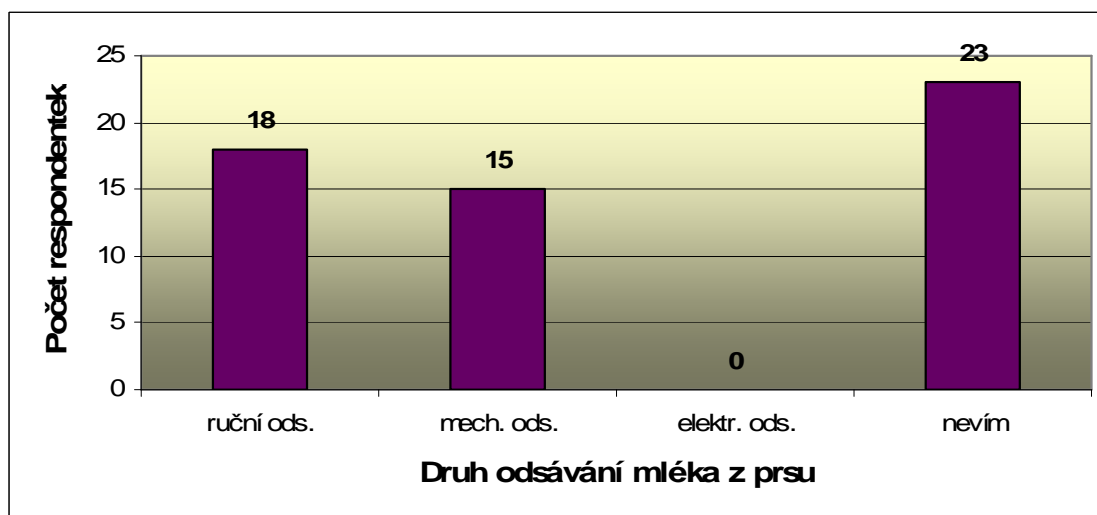
**Chrudimská nemocnice, a. s.:** ještě méně poučených žen bylo v poslední nemocnici a to 8 žen poučených a 6 žen nepoučených.

**Položka č. 16 - V nemocnici zdravotnický personál preferoval :**

- a) ruční odstříkávání mléka z prsu
- b) mechanickou odsávačku
- c) elektrickou odsávačku
- d) nevím

Tab. 11.16 Druhy preferovaných způsobů odsávání mléka z prsu

|                      | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|----------------------|-----------|------------|
| ruční odstříkávání   | 18        | 32,1       |
| mechanická odsávačka | 15        | 26,8       |
| elektrická odsávačka | 0         | 0          |
| nevím                | 23        | 41,1       |
| $\Sigma$             | <b>56</b> | <b>100</b> |



Graf 11.16 Přehled preferovaných způsobů odsávání mléka z prsu

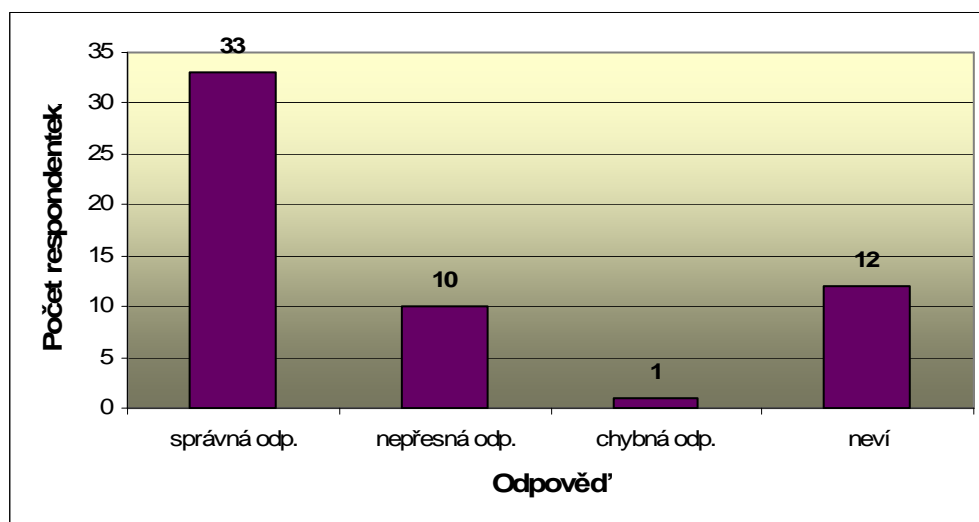
Otázka č. 16 měla za úkol zjistit způsob odsávání mléka z prsu, který preferoval zdravotnický personál. Nejvíce žen, celkem 23 (41,1 %) odpovědělo, že neví, který druh odsávání mléka z prsu zdravotnický personál preferoval. Osmnáct žen (32,1 %) odpovědělo, že je to bylo ruční odsávání a 15 žen (26,8 %) vybralo jako odpověď mechanickou odsávačku. Elektrická odsávačka nebyla uvedena jako odpověď ani jednou respondentkou. (Tab. 11.16, Graf 11.16)

**Položka č. 17 - Laktační poradkyně je: (napište odpověď)**

.....

**Tab. 11.17** Tabulka odpovědí

|                  | $n_i$     | $f_i$ (%)  |
|------------------|-----------|------------|
| správná odpověď  | 33        | 58,9       |
| nepřesná odpověď | 10        | 17,9       |
| chybná odpověď   | 1         | 1,8        |
| neví             | 12        | 21,4       |
| $\Sigma$         | <b>56</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.17** Přehled odpovědí respondentek

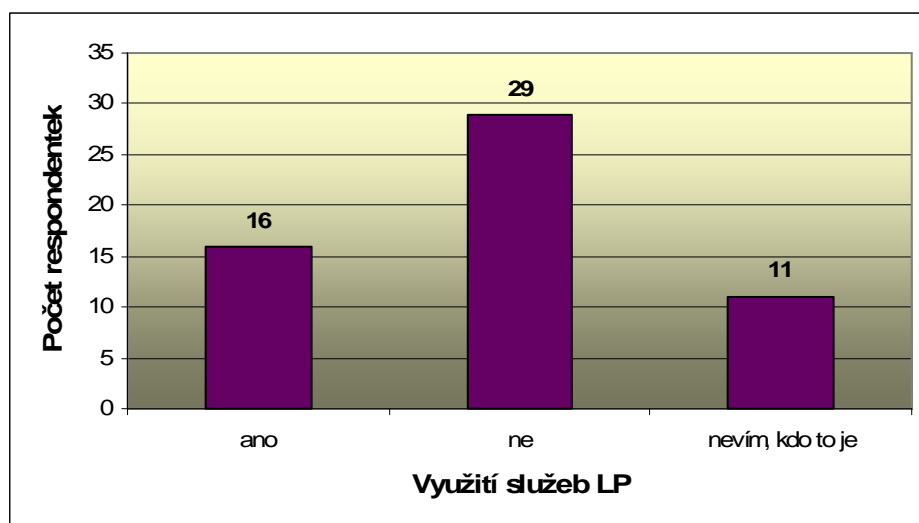
V otázce č. 17 měly respondentky napsat, kdo je podle nich laktační poradkyně. Otázka byla otevřená a odpovědi byly rozděleny do 4 kategorií. Správně odpovědělo 33 žen (58,9 %), 10 žen (17,9 %) uvedlo nepřesnou odpověď, tzn. že svou nepřesnou formulací mě nepřesvědčily o tom, že zcela jasně ví, kdo je laktační poradkyně. Zcela chybně odpověděla pouze 1 žena (1,8 %) a 12 žen (21,4 %) neumělo uvést odpověď. (Tab. 11.17, Graf 11.17)

**Položka č. 18 - Využila jste někdy služeb laktační poradkyně ?**

- a) ano (pokračujte otázkou 18.1 - 18.4)
- b) ne (pokračujte otázkou č. 19)
- c) nevím, kdo to je (pokračujte otázkou č. 19)

**Tab. 11.18** Využití služeb laktační poradkyně

|                  | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|------------------|----------------------|--------------------------|
| ano              | 16                   | 28,6                     |
| ne               | 29                   | 51,8                     |
| nevím, kdo to je | 11                   | 19,6                     |
| <b>Σ</b>         | <b>56</b>            | <b>100</b>               |



**Graf 11.18** Přehled využití služeb laktační poradkyně



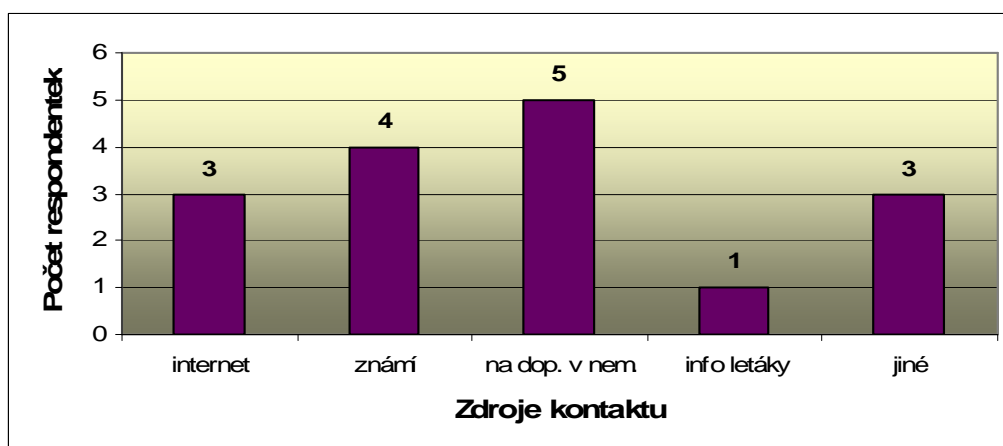
Osmnáctá otázka zjišťovala, zda ženy prvorodičky, kterým chyběla předchozí osobní zkušenost s kojením a výživou dítěte, využívaly služeb laktační poradkyně v průběhu výživy dítěte. Šestnáct žen (28,6 %) využilo někdy služeb LP, 29 žen (51,8 %) nikdy nevyužilo služeb LP a 11 žen (19,6 %) odpovědělo, že neví, kdo je LP. Pokud byla odpověď respondentek „ano“, pokračovaly navazujícími podotázkami 18.1–18.4. Ostatní odpovědi odkázaly respondentku na otázku č. 19. V závislosti na věku respondentek: ve věku méně než 18 let využilo služeb laktační poradkyně 100 % respondentek. Ve věku 18-25 let využilo služeb laktační poradkyně pouze 23 % a zbylých 77 % žen těchto služeb nevyužilo. Vyšší procento využití služeb laktačních poradkyň bylo ve věku 26-34 let, kde 37,5 % využilo služeb a 62,5 % nevyužilo služeb LP. Ve věkovém rozmezí 35 let a více byla 100% využitelnost služeb LP. (Tab. 11.18, Graf 11.18)

**Položka č. 18.1 -**

|   |
|---|
| <i>Kde jste získala kontakt na laktační poradkyni ?</i> |
|   |
| <i>a) na internetu</i>                                  |
| <i>b) od známých</i>                                    |
| <i>c) na doporučení v nemocnici</i>                     |
| <i>d) z informačních letáků</i>                         |
| <i>e) jiné.....</i>                                     |

**Tab. 11.18.1 Zdroje získaných kontaktů na LP**

|                           | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub>(%)</b> |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| internet                  | 3                    | 18,8                    |
| známí                     | 4                    | 25                      |
| na doporučení v nemocnici | 5                    | 31,3                    |
| informační letáky         | 1                    | 6,3                     |
| jiné                      | 3                    | 18,8                    |
| <b>Σ</b>                  | <b>16</b>            | <b>100</b>              |



**Graf 11.18.1 Zdroje získaných kontaktů na LP**

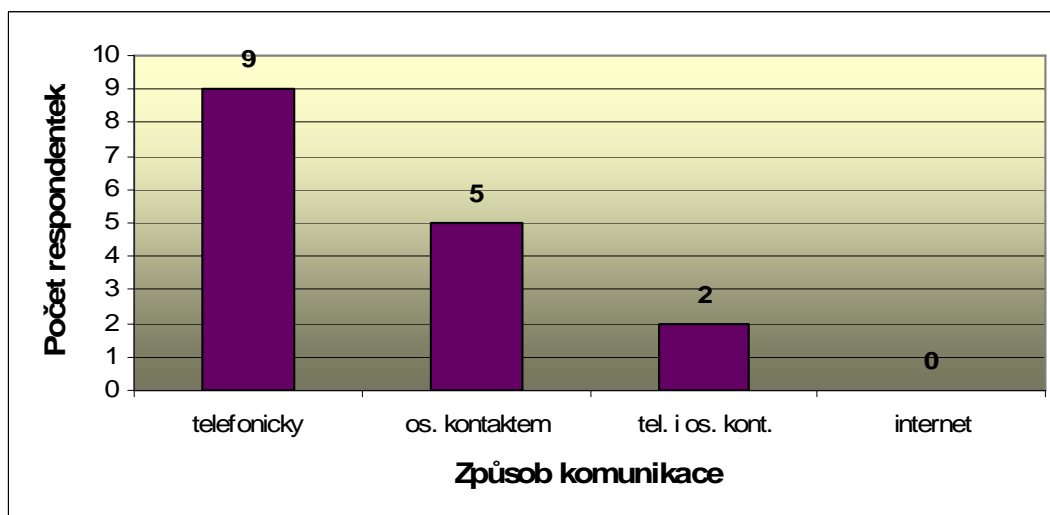
V grafu 11.18.1 jsou uvedeny nejčastější zdroje, kde ženy získaly kontakt na laktační poradkyni. Na internetu vyhledaly LP 3 ženy (18,8 %), od známých získaly kontakt 4 ženy (25 %), 5 žen (31,3 %) kontaktovalo LP na doporučení v nemocnici, 1 žena (6,3 %) našla kontakt v informačních letácích. Možnost „jiné“ zvolily 3 ženy (18,8 %), z nichž 2 (66,7 %) měly kontakty z kurzů o kojení, které podstoupily a 1 ženě (33,3 %) poskytla kontakt ošetřující pediatřička. (Tab. 11.18.1, Graf 11.18.1)

**Položka č. 18.2 -**

| <i>Dané problémy jste s laktační poradkyní řešila : *</i> |
|---|
|   |
| <i>a) telefonicky</i>                                     |
| <i>b) osobním kontaktem</i>                               |
| <i>c) telefonicky i osobním kontaktem</i>                 |
| <i>d) přes internet</i>                                   |

**Tab. 11.18.2 Způsob komunikace s LP**

|                              | $n_i$     | $f_i(\%)$  |
|------------------------------|-----------|------------|
| telefonicky                  | 9         | 56,3       |
| osobním kontaktem            | 5         | 31,3       |
| telefon. i osobním kontaktem | 2         | 12,5       |
| přes internet                | 0         | 0          |
| $\Sigma$                     | <b>16</b> | <b>100</b> |



**Graf 11.18.2 Způsob komunikace s LP**

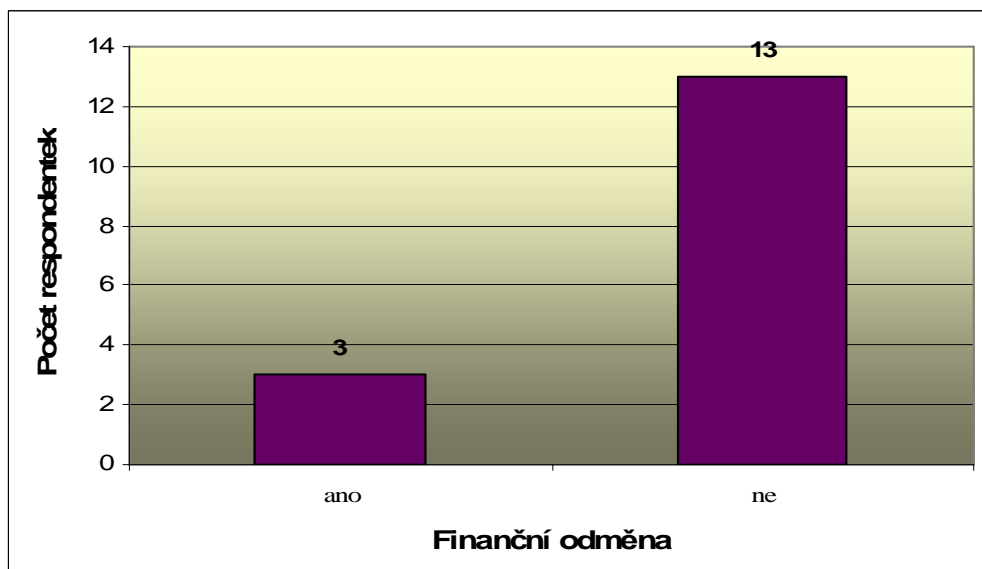
Z grafu 11.18.2 vyplývá, že nejčastěji respondentky komunikovaly s LP telefonicky, 9 odpovědí (56,3 %), druhou nejčastější odpovědí byl osobní kontakt, 5 odpovědí (31,3 %), kombinaci telefonické komunikace a osobního kontaktu využily 2 respondentky (12,5 %). Poslední možností komunikace byl internet a této možnosti nevyužila žádná respondentka. (Tab. 11.18.2, Graf 11.18.2)

**Položka č. 18.3 -**

| <i>Požadovala laktační poradkyně za své služby finanční odměnu?</i> |           |
|---|-----------|
| <i>ANO</i>  | <i>NE</i> |

**Tab. 11.18.3 Finanční odměna**

|          | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|----------|----------------------|--------------------------|
| ano      | 3                    | 18,8                     |
| ne       | 13                   | 81,3                     |
| <b>Σ</b> | <b>16</b>            | <b>100</b>               |



Graf 11.18.3 Požadavek finanční odměny

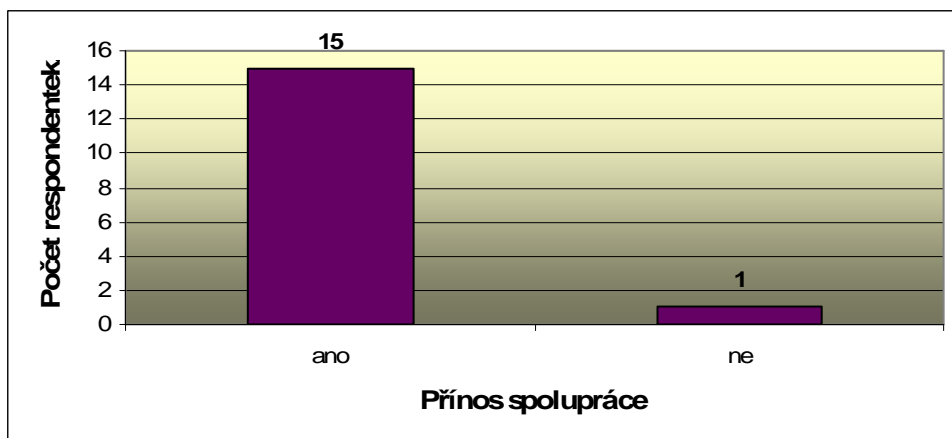
Tři respondentky (18,8 %) uvedly v dotaznících, že od nich laktační poradkyně požadovaly finanční odměnu za své služby a 13 respondentek (81,3 %) uvedlo, že laktační poradkyně finanční odměnu nepožadovala. (Tab. 11.18.3, Graf 11.18.3)

**Položka č. 18.4 -**

| <i>Byla pro Vás spolupráce s laktační poradkyní přínosem ?</i> |           |
|--|-----------|
| <i>ANO</i>   | <i>NE</i> |

**Tab. 11.18.4 Přínos spolupráce s LP**

|          | <b>n<sub>i</sub></b> | <b>f<sub>i</sub> (%)</b> |
|----------|----------------------|--------------------------|
| ano      | 15                   | 93,8                     |
| ne       | 1                    | 6,3                      |
| <b>Σ</b> | <b>16</b>            | <b>100</b>               |



**Graf 11.18.4 Přínos spolupráce s LP**

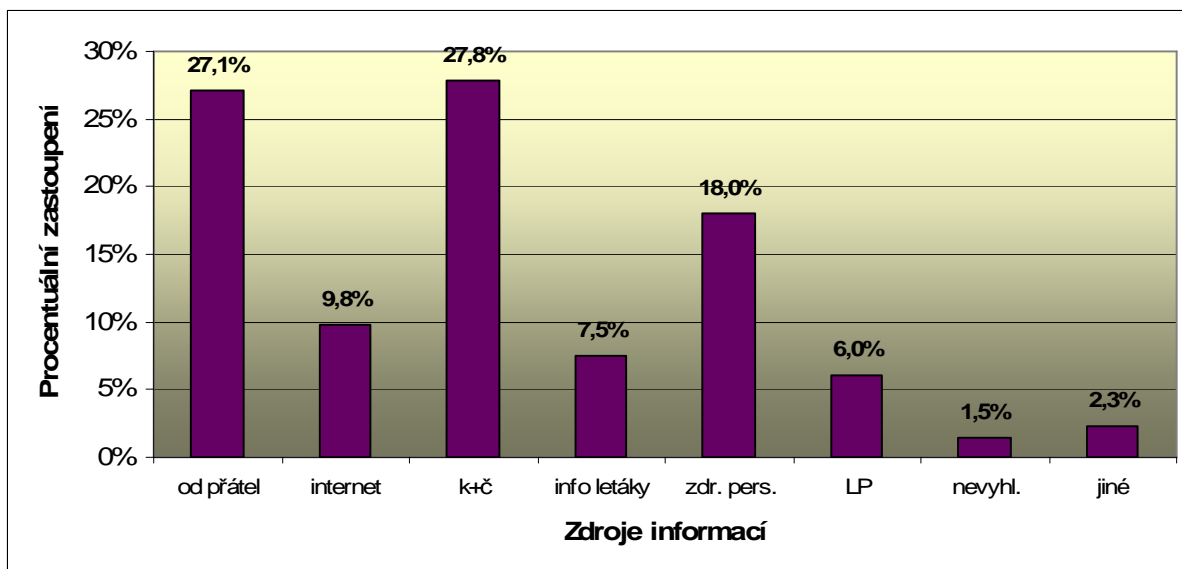
Pro převážnou většinu matek, 15 (93,8 %) byla spolupráce s laktační poradkyní přínosem a pouze pro 1 dotazovanou matku (6,3 %) spolupráce přínosem nebyla. (Tab. 11.18.4, Graf 11.18.4)

**Položka č. 19 - Informace o výživě dítěte jsem získala: \***

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| a) od přátel             | e) od zdravotnického personálu  |
| b) z internetu           | f) od laktační poradkyně        |
| c) z knih a časopisů     | g) informace jsem nevyhledávala |
| d) z informačních letáků | h) jiné                         |

**Tab. 11.19 Zdroje informací o výživě**

|                         | $n_i$ | $f_i$ (%) |
|-------------------------|-------|-----------|
| od přátel               | 36    | 27,1      |
| internet                | 13    | 9,8       |
| knihy + časopisy        | 37    | 27,8      |
| informační letáky       | 10    | 7,5       |
| zdravotnický personál   | 24    | 18        |
| laktační poradkyně      | 8     | 6         |
| nevyhledávala informace | 2     | 1,5       |
| jiné                    | 3     | 2,3       |
| $\Sigma$                | 133   | 100       |



**Graf 11.19** Přehled zdrojů informací o výživě

V poslední otázce mohly respondentky zvolit více odpovědí, a proto byla tato otázka zpracována v grafu, kde byly odpovědi procentuálně zastoupeny. Celkem 27,8 % žen zvolilo jako zdroj informací knihy a časopisy, 27,1 % žen uvedlo odpověď „**informace od přátel**“. Dále odpovědělo 18 % žen, že získávalo informace od zdravotnického personálu, 10 % žen našlo informace na internetu, 7,5 % žen využilo jako zdroj informací informační letáky a 6 % žen využilo informace od laktační poradkyně. Pouhých 1,5 % žen informace o výživě nevyhledávalo a 2,3 % využila jiné zdroje informací, než ty, které byly uvedeny v dotazníku. (Tab. 11.19, Graf 11.19)

## 12 Diskuse

V teoreticko-výzkumné práci s názvem „Výživa dětí do jednoho roku života“ jsem si stanovila následující cíle: zjistit současný stav kojení a výživy novorozenců a kojenců v ČR u matek prvorodiček, ověřit si, zda matky prvorodičky ví, kdo je laktační poradkyně, jestli vyhledávají pomoc laktačních poradkyň a jakým způsobem s nimi spolupracují. Dalšími cíly jsem se snažila zjistit, zda byly děti v nemocnici dočasně dočasně a následně byly propouštěné z porodnice plně kojené. Zajímalo mě také, jak dlouho ženy výlučně kojí a v kolikátém měsíci zavádějí do jídelníčku dítěte příkrm.

### **Výzkumný záměr č. 1 - Více než polovina dětí odchází z nemocnice plně kojena.**

Tento výzkumný záměr byl zhodnocen v položce č. 6. V dotazníku (otázka č. 6) měly respondentky odpovědět na otázku, zda bylo jejich dítě při odchodu z nemocnice pouze kojené. Výraz „pouze kojené“ byl použit místo výrazu „plně kojené“, aby i laická část respondentek dobře porozuměla otázce, tzn. že dítě bylo nebo nebylo dočasně dočasně jinými prostředky než mlékem z matčina prsu nebo odstříkaným mateřským mlékem. Na tuto otázku odpovědělo 46 respondentek (82,1 %) kladně, tedy jejich dítě bylo při odchodu z nemocnice pouze (plně kojené). Menší počet, 10 respondentek (17,9 %) odpovědělo, že jejich dítě nebylo při odchodu z nemocnice pouze (plně) kojené. Z toho vyplývá, že skutečně více než polovina dětí odchází z nemocnice plně kojena. **Tento výzkumný záměr se mi potvrdil.**

Tuto hypotézu jsem stanovila na základě současného postoje ke kojení, který je rozšířen mezi lidmi, a tento postoj se jednoznačně snaží ženy podporovat v kojení. Proto jsem předpokládala, že většina dětí bude z nemocnice odcházet pouze (plně) kojena. Většina matek v dnešní době kojení nepodceňuje, neboť je dostatečně edukována o jeho výhodách a možná proto se více snaží dosáhnout úspěchu v oblasti kojení i při drobných neúspěších.

### **Výzkumný záměr č. 2 - Průměrná délka kojení u dotázaných žen je 6 měsíců a více.**

Tento výzkumný záměr se váže k otázce č. 8, uvedené v dotazníku. Otázka byla zaměřena na uvedení časového údaje, kdy žena přestala úplně dítě kojit. K potvrzení výzkumného záměru jsem sečetla ženy, které v dotazníku uvedly, že kojily 6 a více měsíců. Nejvíce žen uvedlo, že přestaly kojit v 1. měsíci života dítěte. Odpovědělo tak 7 žen (12,5 %), což by

mohlo být vysvětleno tím, že ženu a její dítě provázely neúspěchy v oblasti kojení hned v bezprostředním poporodním období. Svou roli mohla také sehrát nemoc, která postihla matku či její dítě, nebo poporodní komplikace u matky nebo dítěte, znesnadňující či znemožňující kojení. Stejný počet respondentek, 7 (12,5 %), přestal kojit ve 12 měsících života dítěte, což je známkou toho, že ženy nepřestávají kojit hned v době zavedení příkrmu, ale drží se doporučení WHO, či doporučení laktačních poradkyň, které jim radí pokračovat v kojení i nadále. Překvapivým výsledkem bylo, že pouze 1 žena z celkových 56 žen zvolila možnost „nekojila jsem“. Znamená to, že ženy mají zájem o kojení a tím i o přirozenou výživu dítěte. Z celkového počtu 56 respondentek uvedlo 35 respondentek, že kojily 6 a více měsíců. Převáděno na procenta je to 62,5 % respondentek, tedy více než polovina. **Tento výzkumný záměr se mi potvrdil.**

**Výzkumný záměr č. 3 - Nejčastější respondentkami uváděnou dobou zavedení příkrmu je ukončený 6. měsíc života dítěte.**

V otázce č. 9, která byla zakomponována do dotazníku, ženy uváděly časový údaj, kdy začaly svému dítěti podávat i nemléčnou stravu, tzn. kdy začaly dítě přikrmovat. V současné době je doporučováno začít s příkrmem v ukončeném 6. měsíci života, pokud dítě prospívá, bez ohledu na to, zda je kojené či uměle vyživované. Tato doporučení může matka nalézt v literatuře, na internetu i v různých informačních letáčích, mohou tak jednat i na doporučení zdravotníků či laktačních poradkyň. Proto jsem si stanovila tento výzkumný záměr, který předpokládal, že více než polovina matek se bude držet současných doporučení, které jsou zároveň i výživovými trendy. Tento výzkumný záměr byl získán tak, že jsem spočítala všechny odpovědi žen, které uvedly, že dítě začaly přikrmovat v ukončeném 6. měsíci. Takto odpovědělo 28 matek z 56 a to je 50 %. Šestý měsíc byl tedy nejčastější uváděnou odpovědí. **Tento výzkumný záměr se mi potvrdil.**

**Výzkumný záměr č. 4 - Více než polovina žen dokáže definovat, kdo je laktační poradkyně a jakou oblastí se její činnost zabývá.**

Otevřenou, spontánní odpověď měly respondentky uvést v otázce č. 17. Tato otázka měla za úkol zjistit, zda jsou ženy informované o tom, že existuje laktační poradenství, jehož zprostředkovatelkami jsou právě laktační poradkyně, kterých se otázka týká. Z toho mělo vyplynout, zda ženy ví, že existují odbornice, které jim mohou pomoci s kojením a výživou



dítěte. Předpokládala jsem, že více než polovina žen dokáže definovat, kdo je to laktační poradkyně a jaké oblasti se její činnost zabývá i přesto, že třeba jejích služeb nikdy nevyužily. Laktační poradenství je v současné době dobře propagované (Laktační liga) a například na internetových stránkách [www.kojeni.cz](http://www.kojeni.cz) lze nalézt mnoho kontaktů na laktační poradkyně matky i zdravotní sestry, které absolvovaly kurz laktačního poradenství. Odpovědi žen byly rozděleny na správné, nepřesné, chybné a na ženy, které nevěděly vůbec, kdo je to laktační poradkyně. Za nepřesné odpovědi jsem určila ty odpovědi, které byly nepřesně formulovány, nebylo z nich jasně patrné, kdo je laktační poradkyně nebo byly zodpovězeny jen částečně. Nepřesných odpovědí bylo celkem 10, což představuje 17,9 %. Chybná odpověď byla uvedena pouze v jednom dotazníku. Dvanáct žen nevědělo vůbec, kdo je laktační poradkyně a tyto ženy představovaly 21,4 %. Toto číslo pro mě bylo docela překvapivé. Myslela jsem si, že v dnešní době, kdy je i laktační poradenství určitým trendem, bude více žen vědět, kdo je to laktační poradkyně. Z celkového počtu 56 respondentek jich odpovědělo správně 33, což je 58,9 %. **Tento výzkumný záměr se mi potvrdil.**

#### **Výzkumný záměr č. 5 - Více než polovině žen bylo poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte v nemocnici, kde rodily.**

Otázka s číslem 14 se ptala respondentek na to, zda jim bylo poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte v nemocnici, kde rodily. Předpokládala jsem, že více než polovina žen odpoví kladně, tedy že byla spokojena s obsahem a množstvím poskytnutých informací. Můj předpoklad vyplýval z toho faktu, že mnoho nemocnic v ČR vlastní statut Baby friendly hospital a patří mezi ně i mnou porovnávané 3 nemocnice (Pardubická krajská nemocnice, a. s., Chrudimská nemocnice, a. s. a Litomyšlská nemocnice, a. s.). Znamená to, že jejich novorozenecká oddělení mají plnit kriteria stanovená WHO, tzv. „deset kroků k úspěšnému kojení“ (příloha A). Zdravotnický personál, který pracuje v nemocnici s tímto statutem, by se měli snažit rodičům, především matkám, trpělivě radit, vše jim vysvětlovat, povzbuzovat je a starat se o matky a děti po celou dobu pobytu v nemocnici takovým způsobem, aby se potom maminky samy dokázaly doma o dítě postarat ve všech směrech. Výsledkem dotazníkového šetření bylo, že 43 respondentek (76,8 %), odpovědělo kladně na otázku, zda jim bylo poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte v nemocnici, kde rodily. Ženy byly s podanými informacemi spokojeny. Negativně na otázku odpovědělo 13 respondentek, nebylo jim tedy poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte. **Tento výzkumný záměr se mi potvrdil.**

Nejlepší hodnocení získala Pardubická krajská nemocnice, a. s., kde bylo 100 % maminek spokojeno s podanými informacemi. V Chrudimské nemocnici, a. s. a v Litomyšlské nemocnici, a. s. byl počet spokojených žen shodný a to 71,4 %. To znamená, že v těchto nemocnicích bylo poskytnuto dostatek informací menšímu počtu žen, než v Pardubické krajské nemocnici, a. s. .

### **Výzkumný záměr č. 6 - Méně než polovina žen někdy spolupracovala s laktační poradkyní.**

Tento výzkumný záměr se vztahuje k otázce č. 18, kde jsem se respondentek tázala na to, zda někdy využily služeb laktační poradkyně. Pokud respondentka odpověděla, že využila služeb laktační poradkyně, pokračovala otázkami 18.1-18.4, které více rozváděly otázku č. 18. Ačkoliv jsem ve výzkumném záměru č. 4 předpokládala, že více než polovina žen ví, kdo je laktační poradkyně, ve výzkumném záměru č. 6 předpokládám, že méně než polovina žen někdy spolupracovala s laktační poradkyní. Usuzuji tak, proto že si myslím, a má domněnka byla potvrzena ve výzkumném záměru č. 5, že v nemocnicích se zdravotní sestry matkám dostatečně věnují a včas odstraní počáteční problémy, které mají matky s kojením a výživou dítěte. Zbytek žen, které využily služeb laktační poradkyně, dle mých předpokladů řešil problémy s kojením a výživou vzniklé v domácím prostředí. Myslím si, že nejvíce problémů se může vyskytnout v době, kdy žena s kojením a výživou začíná, má ještě málo zkušeností v tomto směru a nemusí vždy hned citlivě porozumět individuálním potřebám dítěte. Těchto problémů je méně než v počátcích výživy dítěte.

Z 56 žen využilo služeb laktační poradkyně pouze 16 žen (28,6 %), což je méně než polovina žen. Více než polovina žen, celkem 29 (51,8 %), nevyužilo služeb laktační poradkyně a 11 žen (19,6 %) nevědělo kdo je to laktační poradkyně. **Tento výzkumný záměr se mi potvrdil.**

### **Výzkumný záměr č. 7 - Informace o výživě dítěte získávají ženy nejčastěji z internetu.**

Poslední, 19. otázka, kterou jsem do dotazníku zařadila se vztahuje k tomuto výzkumnému záměru. Předpokládala jsem, že nejčastějším zdrojem, který ženám radí, jak si počínat v oblasti výživy dítěte, je internet. Již při vyhledávání informací, týkajících se tématu bakalářské práce, jsem na internetu našla mnoho stránek týkajících se výživy dítěte a mnoho diskusních fór, kde si maminky vyměňovaly vlastní zkušenosti. Z tohoto faktu plynul můj

výzkumný záměr. Můj úsudek také plynul z toho, že v dnešní přetechnizované době, kdy internet vlastní doma většina lidí, se bude mnoho maminek obracet na tento zdroj, který jim poskytne obrovské kvantum informací za velmi krátkou dobu. Výsledek výzkumu byl však pro mě překvapivý. Nejvíce žen, celkem 28 % získávalo informace o výživě dítěte z knih a časopisů. Druhým nejčastějším zdrojem informací (27 % odpovědí) byli přátelé. Na třetím místě se umístil zdravotnický personál (18 % odpovědí) a až 4. místo obsadil mnou předpokládaný nejčastější zdroj informací, internet (10 % odpovědí). Jako další zdroj byly uváděny informační letáky (8 % odpovědí), laktační poradkyně (6 % odpovědí) a shodně procent (2 %) měla odpověď „nevyhledávala jsem informace“ a „jiné“. Knihy a časopisy, které byly uvedeny jako nejčastější zdroj informací pro mě byly překvapením, avšak velmi příjemným. Vyvrátily mi můj skeptický názor, který nepředpokládal, že v dnešní době je tolik lidí, kteří čtou knihy a časopisy. **Tento výzkumný záměr se mi nepotvrdil.**

## Závěr

Při tvorbě teoretické části bakalářské práce s názvem „Výživa dětí do jednoho roku života“ jsem nenarazila na problém s nedostatkem literatury k tomuto tématu. Zjistila jsem, že bylo vydáno mnoho knih, brožur a informačních letáků, že existuje mnoho internetových stránek týkajících se výživy dětí, tudíž pro mě nebyl problém obstat si dostatečné množství knižních publikací. Pro širokou laickou veřejnost i pro zdravotnické pracovníky nalezneme na českém trhu uspokojivé knižní publikace. Z toho plyne závěr, že nakladatelství se snaží co nejvíce rozšiřovat vědomosti lidí o kojení a výživě dětí. Při návštěvách pediatrických ambulancí jsem však shledala nedostatek informačních letáků či brožur týkajících se výživy dítěte. Místa v ambulancích určená pro informační letáky obsahovala spíše drtivé množství reklam, které povzbuzovaly maminky ke koupi určitých komerčních výrobků.

Cíle mé bakalářské práce byly zaměřeny na zjištění současného stavu výživy novorozenců a kojenců, na vyzkoumání informovanosti žen o laktačních poradkyních a na zjištění, zda ženy s laktačními poradkyněmi spolupracovaly. Dalšími cíly bylo zjistit, jestli byly děti v nemocnici dokrmovány, zda jsou děti při propuštění z nemocnice plně kojeny, jak dlouho byly kojeny a v kolikátém měsíci byl do jídelníčku dítěte zaveden příkrm. Všechny cíle a otázky v dotazníku se vztahovaly na určitou skupinu žen a tou byly ženy prvorodičky, které neměly předchozí osobní zkušenost s výživou a kojením dítěte.

Z výzkumné části vyplynulo, že více než polovina dětí odchází z nemocnice plně kojena, což odráží kvalitní péči v nemocnicích ČR a poukazuje také na to, že zájem a motivace žen ke kojení je velká. Z výzkumu bylo patrné, že průměrná délka kojení je 6 měsíců a více, což také znamená, že většina žen v současné době následuje doporučení WHO, doporučení laktačních poradkyň či jiných zdrojů, které propagují pokračování v kojení i při současném podávání příkrmu. Stejně tak doporučení pro zavedení příkrmu v ukončeném 6. měsíci života dítěte nebyla prokázána jako zbytečná. Skutečně nejvíce dotazovaných žen začalo s příkrmováním dítěte v jeho ukončeném 6. měsíci života. Většina dotazovaných žen dokázala definovat kdo je to laktační poradkyně a jaké oblasti se její činnost zabývá, avšak méně než 30 % žen někdy využilo jejích služeb. Jak jsem již uvedla, může to být tím, že problémy vyskytující se v počátcích výživy dítěte, kterých bývá nejvíce, jsou odstraněny díky zdravotnickému personálu již v nemocnici. Problémy, které vzniknou v domácím ošetřování nejsou tak frekventované, a proto méně žen vyhledává následně odbornou pomoc laktačních poradkyň. Osobně si nemyslím, že by to bylo nedostatečnou propagací laktačního poradenství

a laktačních poradkyň. V dnešní době není problém sehnat si na laktační poradkyni kontakt a spojit se s ní. Na novorozeneckých odděleních však v dnešní době pracuje mnoho laktačních poradkyň, které poskytují ženám kvalitní poradenství v oblasti kojení a výživy dítěte, a proto možná spousta žen dokáže doma vzniklé problémy vyřešit sama. Práce zdravotnického personálu na novorozeneckých odděleních byla hodnocena respondentkami uspokojivě. V otázce č. 14 respondentky uváděly odpověď na to, zda jim bylo poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte. Odpovědi na otázku byly většinou kladné a v Pardubické krajské nemocnici, a. s. byla spokojenost žen 100%, což je odrazem vysoce kvalitní péče především zdravotnického personálu na novorozeneckém oddělení. Respondentky odpovídaly také na otázku, která se týkala zdrojů informací o výživě dítěte. Výsledek pro mě představoval milé překvapení. Internetový zdroj se ukázal být užitečný spíše v oblasti vyměňování osobních zkušeností, ale pokud žena vyhledává informace o kojení a výživě dítěte, sáhne raději po knize nebo časopisu, což je v dnešní době, kterou ovládá internet, pozitivním zjištěním. Zásahu na využívání knižních publikací má jistě i jejich dobrá kvalita.

Bakalářská práce měla potencionálnímu čtenáři poskytnout informace o oblasti výživy novorozenců a kojenců. Snažila jsem se, aby tyto informace nebyly jen pouhým textem, ale i doporučením do reálného života. Další mou snahou bylo obrátit čtenářovu pozornost k výsledkům výzkumu. Mně, jako tvůrci přinesla tato práce mnoho nových informací, které jistě využiji ve svém budoucím povolání porodní asistentky a některé dotazy maminek už nezůstanou mnou nezodpovězeny.

## Soupis bibliografických citací

1. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
2. FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. 1.vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-447-4.
3. GREGORA, M.; PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců-Maminčina kuchařka*. 2.vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1291-1.
4. HANREICH, I. *Výživa kojenců aneb jídlo a pití v prvním roce života*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-841-5
5. HOFHANZLOVÁ, J. *Miminko*. 1.vyd. Jihlava : Calendula, 2007. ISBN 978-80-903971-0-1.
6. HRSTKOVÁ, H. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1.vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-385-6.
7. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
8. KLIMOVÁ, A. a kol. *Kojení dar pro život*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-490-8.
9. KUDLOVÁ, E.; MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
10. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-1613-8.
11. SCHNEIDROVÁ, D. a kol. *Kojení. Nejčastější problémy a jejich řešení*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0112-X.
12. SCHNEIDROVÁ, D. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v ČR na konci 90. let*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0920-7.
13. Laktační liga. *O laktační lize*. Praha, 25.2.2006. [cit. 2009-02-14]. Přístupné z <http://www.kojeni.cz/liga.php>.

## Seznam příloh

|   |  |
|---|--|
| Příloha A - „10 kroků k úspěšnému kojení“ .....             |  |
| Příloha B - Seznam Baby friendly hospital.....              |  |
| Příloha C - Souhrn doporučení WHO o výživě malých dětí..... |  |
| Příloha D - Recepty nemléčných příkrmů.....                 |  |
| Příloha E - Dotazník použitý ve výzkumu .....               |  |

## Příloha A

### „10 kroků k úspěšnému kojení“

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 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, že jsou odděleny od svých dětí;
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat rooming-in, umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a pod.
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice



(Mydlilová, 1995, titulní strana)



## **Příloha B**

### **Seznam Baby friendly hospital**

- 1993** - Fakultní Thomayerova nemocnice, Okresní nemocnice Kladno, Městská nemocnice Ostrava-Fifejdy
- 1994** - Okresní nemocnice České Budějovice
- 1995** - Okresní nemocnice Třebíč
- 1996** - Okresní nemocnice Most, Vojenská nemocnice v Plzni, Okresní nemocnice Znojmo
- 1997** - Okresní nemocnice Havlíčkův Brod, Okresní nemocnice Vsetín
- 1998** - Nemocnice v České Lípě, Nemocnice v Chrudimi, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice Olomouc, Nemocnice s poliklinikou Kadaň, Bat'ova nemocnice Zlín, Nemocnice s poliklinikou Ivančice
- 2001** - Nemocnice Bruntál a. s., Horská nemocnice Krkonoše, Nemocnice Šternberk
- 2002** - Nemocnice Třinec, Nemocnice Liberec, Ústí nad Labem, Krnov, Frýdek-Místek, Pardubice
- 2003** - Nemocnice ve Svitavách, Slezska nemocnice Opava, FN Brno, Vítkovická nemocnice a. s., Nemocnice Náchod, Okresní nemocnice Nové město na Moravě, Sdružení zdravotnických zařízení Klaudiánovy nemocnice, Mladá Boleslav, Nemocnice Jihlava, Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně
- 2004** - Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou a. s., NsP Havířov, Brno, Nemocnice Milosrdných bratří, Jablonec nad Nisou, Hradec Králové, Strakonice, Uherské Hradiště, Šumperk
- 2005** - Nemocnice Kyjov, Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava-Poruba, Nemocnice Ústí nad Orlicí, Nemocnice Přerov, Nemocnice Vyškov, Nemocnice Písek, Klatovská nemocnice a. s., Městská nemocnice Turnov, Nemocnice Prostějov, Nemocnice Boskovice a. s.
- 2006** - Nemocnice Břeclav, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, Jesenická nemocnice, s. r. o., Kroměřížská nemocnice a. s., Nemocnice Pelhřimov, Nemocnice Litomyšl, Český Krumlov
- 2007** - Litoměřice
- 2008** – Kolín, Oblastní Nemocnice Jičín

## **Příloha C**

### **Souhrn doporučení WHO o výživě malých dětí**

1. Kojte výlučně (tj. bez přídavku jiných tekutin nebo potravin než je mateřské mléko) do 6 měsíců věku dítěte. Příkrm začněte zavádět v ukončených 6 měsících (180 dnech) při pokračujícím kojení.
2. Pokračujte v častém kojení podle potřeby dítěte do dvou let věku dítěte nebo déle.
3. Citlivě reagujte na podněty dítěte při krmení.
4. Zachovávejte správnou hygienu a zacházení s potravinami.
5. V ukončených 6 měsících věku dítěte začněte s malým množstvím jídla a s věkem dítěte zvyšujte množství. Současně udržujte časté kojení.
6. Jak dítě roste, zvyšujte postupně konzistenci a různorodost nabízené stravy podle potřeb a schopností dítěte.
7. S postupujícím věkem zvyšujte i denní frekvenci podávání příkrmu. Vhodný počet jídel záleží na energetické hustotě stravy a obvyklém množství jídla, které dítě sní při každém krmení.
8. Podávejte dítěti pestrou stravu k zajištění příjmu všech potřebných živin.
9. Používejte pro matku a dítě, v případě potřeby, doplňky vitamínů a minerálů nebo obohacené potraviny.
10. Během onemocnění dítěte zvyšte podávání tekutin, častěji kojte a povzbuzujte dítě, aby jedlo pestrá, měkká, lákavá a oblíbená jídla. Po uzdravení dávejte dítěti jídlo častěji než obvykle a povzbuzujte je, aby více jedlo.

(Mydlilová, 2005, s. 12)

## Příloha D

### Recepty nemléčných příkrmů

#### 1. Zeleninová pyré

##### *Mrkvové pyré*

Středně velkou mrkev omyjte, oškrábejte, opět omyjte, nakrájejte na drobné kousky, zalijte vodou tak, aby kousky byly právě ponořené a vařte do měkka. Uvařenou mrkev propasírujte přes plastické sítko nebo rozetřete vidličkou. Aby mělo mrkvové pyré řidší konzistenci, je možné přidat trochu vody, ve které se mrkev vařila nebo odstříkaného mateřského mléka či pokračovacího mléka.

##### *Brokolicové pyré*

Menší růžici brokolice omyjeme a nakrájíme na menší kousky a dáme vařit do horké vody. Uvařenou brokolici pak propasírujeme na hladkou kaši. Stejně tak můžeme připravit i květákové pyré a později můžeme zeleninu kombinovat. Například brambory s mrkví, brambory s brokolicí, mrkev s hráškem, mrkev s květákem atd.

##### *Pyré z kořenové zeleniny*

Na pyré potřebujeme 200g brambor (pokud se vám někde podaří sehnat sladké brambory nebo třeba dýni, můžete brambory nahradit), 200g mrkve a 110g pastináku (je jemnější a méně výrazný než petržel. Pokud použijete kořenovou petržel, dejte maximálně 50g). Všechny suroviny oloupeme pomocí škrabky, omyjeme pod vodou a rozkrájíme na větší kusy. Kusy zeleniny dáme na napařovací sítko, na dno hrnce dáme trochu vody a v páře pod poklicí vaříme 20 minut do změknutí. Doměkka uvařenou zeleninu rozmixujeme nebo propasírujeme, přičemž do pyré přidáváme vodu, ve které se zelenina vařila, aby bylo hladké.

#### 2. Polévky

##### *Krémová zeleninová polévka*

**kousek mrkve, asi 5 cm dlouhý, 1 lžíce hrášku, 1 menší růžice brokolice, špalíček kedlubny (asi 3 x 3 cm velký), 1 čajová lžička slunečnicového, olivového nebo kukuřičného oleje, 50 ml mléka**

Na kousky nakrájenou zeleninu zalijeme vodou, přidáme olej, uvaříme do měkka. Přidámě mléko a ještě necháme projít varem. Nakonec vše rozmixujeme.

*Květáková polévka s vločkami*

**100 g květáku (2 růžičky), 15 g ovesných vloček, 300 ml vody, 1 lžička rostlinného oleje**

Květák uvaříme a vyjmeme. Do vývaru přidáme předem namočené vločky a uvaříme hodně do měkka. Propasírujeme nebo rozmixujeme s uvařeným květákem, přidáme olej a nasekanou petrželku.

### **3. Maso-zeleninové kaše**

*Kuře, mrkev, brambory*

**100 g brambor, 50 g mrkve (květáku, kapusty), 20 g uvařených kuřecích prsíček, 4-5 polévkových lžic vody, 2 kávové lžičky rostlinného oleje**

Nakrájené brambory a mrkev spolu s 4-5 lžícemi vody dusíme do měkka. Přidáme ještě teplé kuřecí maso a vše propasírujeme. Vmícháme olej.

*Telecí se špenátem a mrkví*

**50 g špenátových listů, 50 uvařeného telecího masa, 1 středně velká mrkev, 1 kávová lžička rostlinného oleje**

Špenátové listy a mrkev omyjeme, uvaříme a rozmixujeme na hladké pyré. Uvařené telecí maso rozmačkáme vidličkou nebo rozmixujeme. Přidáme lžičku rostlinného oleje a smícháme se zeleninovým pyré. Pokud je pyré řídké, můžeme přidat bezmléčnou rýžovou kaši, pokud je naopak husté, můžeme přidat lžici kojeneckého mléka.

### **4. Ovocné kaše**

*Jablečná kaše*

**1 jablko, rýžová nemléčná kaše, 1 lžička cukru, citrónová šťáva, špetka skořice**

Oloupané jablko nastroháme nebo nakrájíme nadrobno a podusíme v malém množství vody do měkka. K rozvařenému jablku přidáme lžičku cukru, špetku skořice a pár kapek citrónové šťávy. Vše vmícháme do rýžové kaše

*Banán s jablkem a jogurtem*

½ oloupaného pokrájeného banánu, který jsme předtím namačkali vidličkou, smícháme s nastrohaným jablkem. Přidáme 1-2 lžičky bílého jogurtu, vše promícháme a můžeme přidat ještě 4-6 nadrobených piškotů.

(Gregora, 2003, s. 91-99)

## **Příloha E**

### **Dotazník použitý ve výzkumu**

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Provádím výzkum s názvem „Výživa dětí do jednoho roku života“ a tímto bych Vás chtěla poprosit o pravdivé vyplnění dotazníku, který se Vám dostal do rukou.

Dotazník je určen pro ženy prvorodičky tj. ženy, které rodily pouze jednou. Ujist'uji Vás, že dotazník je anonymní a údaje, které v něm uvedete, budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Odpovědi zakroužkujte, u otázek označených hvězdičkou „\*“ lze zakroužkovat více možných odpovědí, u otázek bez nabídnutých odpovědí uveďte vlastní odpověď.

Při vyplňování dotazníku postupujte, prosím, chronologicky.

Předem velice děkuji za vyplnění

**Lucie Kučáková**

**1. Kolik Vám bylo let při narození Vašeho prvního dítěte?**

- a) méně než 18                      b) 18 - 25                      c) 26 - 34                      d) 35 a více

**2. Uveďte název nemocnice/města, kde jste rodila.**

.....

**3. Rodila jste:**

- a) spontánně bez komplikací
- b) spontánně s komplikacemi (velké poranění, manuální vybavení placenty, velká krevní ztráta, zdravotní komplikace u dítěte apod.)
- c) operativně - 1. císařským řezem
- 2. pomocí vakuumextraktoru (pomocí přísavného zvonu)
  - 3. pomocí kleští

**4. Za jak dlouho po porodu, bylo dítě přiloženo k prsu?**

a) do 30 minut

b) do 2 hodin

c) déle než za 2 hodiny (Proč se domníváte že tomu tak bylo?)

.....

**5. Bylo Vaše dítě v nemocnici dokrmováno? (tj. nedostávalo mléko pouze z vašeho prsu)**

a) ano (uved'te důvod a pokračujte otázkou č. 5.1.)

b) ne (dále otázka č. 6)

.....

|   |  |
|---|--|
| <b>5.1 Jakým způsobem bylo Vaše dítě v porodnici dokrmováno ? *</b> |  |
|   |  |
| a) kojenecká láhev  | e) po prstu  |
| b) lžička   | f) kádinka nebo hrníček  |
| c) stříkačka  | g) krmení ze suplementu (dítě je přiloženo k prsu, na které je také přiložena tenká cévka s kádinkou, ve které se nachází mléko) |
| d) kapátko  | h) jiný způsob (uved'te jaký) .....  |

**6. Bylo Vaše dítě při odchodu z nemocnice pouze kojené ?**

a) ano

b) ne (uved'te důvod) .....

**7. Uved'te, jak dlouho bylo Vaše dítě pouze kojené.**

a) .....

b) moje dítě nebylo pouze kojené

**8. Kdy jste Vaše dítě přestala úplně kojit?**

a) .....

b) nekojila jsem

**9. Kdy jste začala dítě přikrmovat ? (tj. Kdy jste začala dítěti dávat i nemléčnou stravu? – např. přesnídávky, kašičky, polévky ...)-pro přesnost uvádějte ukončený měsíc života dítěte**

.....

**10. Jako příkrm jste používala:**

- a) komerčně vyráběné příkrmy (přesnídávky, kaše, zeleninové či maso-zeleninové příkrmy atd.)
- b) příkrmy připravované doma
- c) kombinace obou předchozích odpovědí

**11. Uved'te 3 potraviny, které mělo dítě jako příkrm nejvíce oblíbené.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....

**12. Vyjmenujte nejméně 3 výhody kojení.**

- a) .....
- b) .....
- c) .....
- d) .....
- e) .....

**13. Myslíte si, že umělé mléko může plnohodnotně nahradit kojení?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**14. Bylo Vám poskytnuto dostatek informací o kojení a výživě dítěte v nemocnici, kde jste rodila?**

- a) ano
- b) ne (Které informace Vám chyběly?)

.....

15. Byla jste v nemocnici poučena o odstříkávání a péči o prsa?

ANO

NE

POUČENÍ JSEM ODMÍTLA

16. V nemocnici zdravotnický personál preferoval :

- a) ruční odstříkávání mléka z prsu
- b) mechanickou odsávačku
- c) elektrickou odsávačku
- d) nevím

17. Laktační poradkyně je: (napište odpověď) .....

.....

18. Využila jste někdy služeb laktační poradkyně ?

- a) ano (pokračujte otázkou 18.1.-18.4.)
- b) ne (pokračujte otázkou č. 19)
- c) nevím, kdo to je (pokračujte otázkou č. 19)

*18.1 Kde jste získala kontakt na laktační poradkyni ?*

*a) na internetu*

*b) od známých*

*c) na doporučení v nemocnici*

*d) z informačních letáků*

*e) jiné.....*

*18.2 Dané problémy jste s laktační poradkyní řešila : \**

*a) telefonicky*

*b) osobním kontaktem*

*c) telefonicky i osobním kontaktem*

*d) přes internet*



|  |           |
|--|-----------|
|  |           |
| <b>18.3 Požadovala laktační poradkyně za své služby finanční odměnu?</b> |           |
|  |           |
| <i>ANO</i>   | <i>NE</i> |
|  |           |
| <b>18.4 Byla pro Vás spolupráce s laktační poradkyní přínosem ?</b>      |           |
|  |           |
| <i>ANO</i>   | <i>NE</i> |
|  |           |

**19. Informace o výživě dítěte jsem získala: \***

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| a) od přátel             | e) od zdravotnického personálu  |
| b) z internetu           | f) od laktační poradkyně        |
| c) z knih a časopisů     | g) informace jsem nevyhledávala |
| d) z informačních letáků | h) jiné                         |

## Seznam použitých zkratek

|        |   |
|--------|---|
| BFHI   | Baby Friendly Hospital Initiative                           |
| CNS    | centrální nervová soustava                                  |
| ČR     | Česká republika   |
| ČGPS   | Česká gynekologicko-porodnická společnost                   |
| ČNeoS  | Česká neonatologická společnost                             |
| DDD    | doporučená denní dávka                                      |
| IgA    | sekreční imunoglobulin A                                    |
| Kml    | kravské mléko   |
| LALI   | Laktační liga   |
| MK     | mastné kyseliny   |
| MM     | mateřské mléko  |
| MAS    | malabsorbční syndrom  |
| NARLAC | Národní laktační centrum                                    |
| VDD    | výživové doporučené dávky                                   |
| WHO    | World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace) |

## Slovníček pojmů

**Kojení** - dítě dostává mateřské mléko přímo z prsu nebo odstříkané (WHO, 1991).

**Výlučné kojení** - kojeneček dostává pouze mateřské mléko své matky nebo dárkyně nebo odstříkané mateřské mléko a žádné jiné tekutiny nebo potraviny s výjimkou vitamínů, minerálů nebo léků (WHO, 1991).

**Převládající kojení** - mateřské mléko je převládajícím zdrojem výživy, kojeneček může také dostávat vodu a tekutiny na základě vody (např. čaje, voda s cukrem), ovocné šťávy, orální rehydratační roztok, vitamíny, minerály nebo léky. Do této kategorie nepatří, kromě ovocných šťáv a vody s cukrem žádné jiné tekutiny obsahující živiny. (WHO, 1991).

**Plné kojení** – tuto kategorii tvoří výlučné a převládající kojení (WHO, 1991).

**Počáteční kojenecká výživa** - potraviny určené pro zvláštní výživu zdravých kojenců od narození do prvních čtyř až šesti měsíců života, které odpovídají výživovým nárokům této skupiny. Počáteční kojenecká výživa může obsahovat bílkoviny kravského mléka, sójové bílkoviny a hydrolyzované bílkoviny.

**Počáteční mléčná kojenecká výživa** je výživa vyrobená na základě bílkoviny kravského mléka (Vyhláška č. 54/2004 Sb.). Běžně je nazývána **počáteční mléko**.

**Pokračovací kojenecká výživa** - potraviny určené pro výživu zdravých kojenců starších 6 měsíců a malých dětí (dle vyhlášky do 3 let), které tvoří základní část tekutého podílu smíšené stravy, vhodné pro tuto skupinu.

**Pokračovací mléčná kojenecká výživa** je výživa vyrobená na základě bílkoviny kravského mléka (Vyhláška č. 54/2004 Sb.). Běžně je nazývána **pokračovací mléko**.

**Příkrm, doplňková strava, komplementární strava** - jakákoliv potravina, vyráběná průmyslově nebo připravovaná doma, vhodná jako doplněk k mateřskému mléku nebo náhradě mateřského mléka, jestliže to či ono přestane být dostačující k uspokojení potřeb výživy kojence (Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka, 1992).

**Příkrmování** je proces začínající v době, kdy mateřské mléko samo o sobě nestačí pokrýt výživovou potřebu kojence a je tedy potřebná další doplňková strava – příkrm. Obvykle uváděné časové rozmezí pro příkrmování je 6 – 24 měsíců, ačkoliv kojení může pokračovat i déle než dva roky (WHO, 2002).

**Dokrm** – náhrada mateřského mléka podávaná kojeneckému dítěti.