

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Alena ZAHRADNÍKOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Potíže s kojením ze strany matky

Alena Zahradníková

Bakalářská práce

2013

University of Pardubice

Faculty of health studies

Difficulties with breastfeeding by mothers

Alena Zahradníková

Bachelor work

2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Zahradníková**
Osobní číslo: **Z10089**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Potíže s kojením ze strany matky**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

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

1. Studium soudobých poznatků, vyhledávání a studium vhodné literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Návrh otázek do dotazníků a jejich konzultace s vedoucí práce.
4. Vyhledávání vhodných respondentů a sběr informací.
5. Analýza získaných informací.
6. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

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. SCHNEIDROVÁ, D. a kol. Kojení. Nejčastější problémy a jejich řešení. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1308-X .
3. TROJAN, S. a kol. Lékařská fyziologie. 4.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
4. WEIGERT, V. Všechno o kojení. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-071-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2013**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, 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.

V Pardubicích dne 24. 4. 2013

Alena Zahradníková

„Kojení nezmenšuje krásu ženských prsou. Zvyšuje jejich krásu tím, že v nich probouzí život a štěstí.“

Lazar Long

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucí práce paní Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za věnovaný čas, ochotu a důležité rady, které mi při jejím zpracování poskytovala.

Poděkování také patří ordinacím praktických lékařek a lékařů pro děti a dorost, které ochotně a zodpovědně pomáhaly s rozdáváním a sběrem dotazníků a zároveň i všem osloveným matkám, které dotazníky vyplňovaly.

V neposlední řadě děkuji svému muži za příznivé domácí podmínky nejen pro psaní bakalářské práce, ale i pro celé studium.

Anotace

Tato bakalářská práce se věnuje problémům s kojením ze strany matky. Je zpracována jako teoreticko-výzkumná.

Teoretická část je věnována laktaci, složení mateřského mléka a popisuje problémy s kojením. Dále shrnuje historii a aktuální stav kojení v České republice a ve světě. Ve výzkumné části zjišťuji, z jakého důvodu matky kojily méně než 6 měsíců, jaká byla jejich prenatální péče o prsy a informovanost o kojení před porodem. Zajímala mne spokojenost s edukací během jejich pobytu na porodnici a zdroj rad a informací po odchodu z nemocnice.

Výzkum byl prováděn u respondentek, které rodily v porodnici s akreditací BFH a zároveň jejich dítě bylo fyziologický novorozenec.

Klíčová slova

Laktace, mateřské mléko, kojení, obtíže

Annotation

This bachelor thesis examines problems with breastfeeding by mothers. Is treated as a theoretical- research.

The theoretical part is devoted to lactation, a composition of breast milk and it describes the problems with breastfeeding. It also summarizes the history and the current status of breastfeeding in the Czech Republic and in the world. In the research part I find out the reason, why mothers were breastfeeding for less than six months, what was their prenatal care of breasts and their awareness of breastfeeding before birth. I was interested with their satisfaction with education during their staying in a hospital and a source of advice and information after leaving the hospital.

The research was conducted with respondents, who gave birth in a hospital accredited by BFH and also their baby was a physiological new-born.

Key words

Lactation, breast milk, breastfeeding, difficulties

Obsah

Úvod.....	11
Cíle práce	12
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Fyziologie, mateřské mléko	13
1.1 Fyziologie laktace	13
1.2 Mateřské mléko - složení	13
1.2.1 Bílkoviny	14
1.2.2 Tuky.....	14
1.2.3 Cukry	14
1.2.4 Vitamíny a minerální látky	14
1.2.5 Nenutriční látky	15
1.2.6 Buněčné složky.....	15
2 Kojení.....	16
2.1 Historie.....	16
2.2 Výhody.....	17
2.2.1 Pro matku.....	17
2.2.2 Pro dítě.....	18
2.3 Faktory ovlivňující kojení	18
2.3.1 Negativní	18
2.3.2 Pozitivní.....	18
2.4 Technika kojení.....	19
2.4.1 Správné přiložení.....	19
2.4.2 Polohy.....	20
3 Obtíže s kojením	21
3.1 Kontraindikace kojení	21
3.2 Obtíže ze strany dítěte	22
3.3 Obtíže ze strany matky.....	23
3.3.1 Anatomické zvláštnosti	23
3.3.2 Poškození bradavek	23
3.3.3 Bolestivě nalité prsy	24
3.3.4 Množství mléka	24
3.3.5 Retence mléka, ucpaný vývod	24
3.3.6 Mastitis	25
3.3.7 Uvolňování mléka	25
4 Laktační poradenství.....	26
4.1 Laktační liga.....	26
4.2 Baby Friendly Hospital	26
4.3 Podíly kojených dětí.....	26
4.3.1 V ČR.....	26
4.3.2 Ve světě	27
4.4 Laktační poradci.....	28

II. PRAKTICKÁ ČÁST	29
Výzkumné otázky	29
5 Metodika výzkumu	30
5.1 Použitá metoda	30
5.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
5.3 Zpracování získaných dat	30
6 Analýza a interpretace výsledků	31
7 Diskuze	42
7.1 Výzkumná otázka č. 1	42
7.2 Výzkumná otázka č. 2	42
7.3 Výzkumná otázka č. 3	43
7.4 Výzkumná otázka č. 4	44
7.5 Výzkumná otázka č. 5	45
7.6 Výzkumná otázka č. 6	46
Závěr	48
Soupis bibliografických citací	49
Seznam obrázků	50
Seznam tabulek	50
Seznam použitých zkratk	51
Seznam příloh	51

Úvod

Každý savčí druh vytváří pro své mládě mléko, každý druh jiné a ideálně přizpůsobené potřebám. Proto jej nelze plnohodnotně nahradit jiným. Lidské mládě je navíc od narození nadáno citem a tyto emocionální potřeby jsou matkou uspokjovány především častým kontaktem a dotykem, hlavně při kojení. (Švejcar, 1988)

Od pravěku bylo kojení jedinou možností přežití novorozence. Pokusy o nahrazení mlékem jiného savčího druhu neměly dobré výsledky. Přestože kojení jinou ženou než matkou mělo sice výsledky dobré, byly však na úkor citového pouta mezi dítětem a vlastní matkou. Ve druhé polovině 20. století se rychle vyvíjel výzkum a výroba umělé kojenecké stravy a tento způsob výživy se stal jakousi módou. Naštěstí pro dnešní novorozence se společnost znovu vrátila k prosazování kojení vlastní matkou.

V současnosti je vysoké procento matek, které chtějí své dítě kojit. Ne všem se to však úspěšně podaří. Má-li matka dostatek vůle a trpělivosti, lze úvodní neúspěchy a obtíže zdárně překonat.

Tato bakalářská práce - Potíže s kojením ze strany matky - má za úkol zjistit, proč matky fyziologických novorozenců i přes správnou edukaci v porodnici nemohou nebo nechťejí své dítě kojit. Jaké mají konkrétní obtíže a důvody nekojit a v jakém věku dítěte nejčastěji kojení ukončí. Dotazníkovým šetřením jsem také shromáždila informace o prenatální péči o prsy, informovanosti matek a způsobů řešení problémů s kojením

Cíle práce

V teoretické rovině je cílem práce popsat laktaci, mateřské mléko, shrnout a definovat problémy s kojením ze strany dítěte i matky. Dále uvést aktuální stav problematiky kojení v ČR i ve světě a laktační poradenství.

V empirické rovině je hlavním cílem zjistit, které obtíže s kojením matky uvedly jako důvod ukončení kojení před 6. měsícem věku dítěte a v jakém věku dítěte tak učinily. Dalším cílem je ověřit, zda byly oslovené matky v porodnici dostatečně a srozumitelně edukovány, kde a jak hledaly pomoc při potížích s kojením, nebo zda lze mezi respondentkami nalézt nějaké možné společné znaky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Fyziologie, mateřské mléko

1.1 Fyziologie laktace

Organismus ženy se na kojení připravuje zároveň s vývojem plodu. Tvorba a množství mateřského mléka je řízena hormony prolaktinem a oxytocinem. Prolaktin je produkován předním lalokem hypofýzy a v těhotenství je jeho účinek blokován gestageny až do porodu placenty. Přesto se koncem těhotenství tvoří malé množství prolaktinu a tím i mateřského mléka. Největší množství prolaktinu je vyplaveno v první půlhodině po porodu a podnětem pro jeho vyplavení je sání dítěte. (Klimová, 1998; Trojan, 2003)

Oxytocin je hormon zadního laloku hypofýzy. V průběhu porodu má vliv na děložní stahy. Časné přiložení dítěte může ovlivnit vypuzení placenty a snížit intenzitu krvácení správným zavínáním dělohy. Během kojení oxytocin ovlivňuje stahy myoepiteliálních buněk a tím podporuje vypuzování již vytvořeného mléka ze sinů. (Klimová, 1998)

Množství vytvořeného mateřského mléka je závislé na sání dítěte. Čím více dítě saje, tím více mléka se tvoří a tím snadněji se uvolňuje do úst dítěte. Později je laktace stabilizována a není primárně závislá na kolísání hormonů, ale na stimulaci bradavky sáním dítěte. (Klimová, 1998)

1.2 Mateřské mléko - složení

Mateřské mléko je jedinečnou a komplexní výživou novorozence a kojence. Svým měnlivým složením se plně přizpůsobuje nárokům dítěte v průběhu celé doby kojení. Plně respektuje zrání především CNS a trávicího traktu. (Burianová a kol., 2008)

Ve třetím trimestru těhotenství a po porodu se tvoří mlezivo (kolostrum), od druhého týdne po porodu se tvoří mléko zralé. (Klimová, 1998)

Mateřské mléko obsahuje živiny (bílkoviny, tuky, cukry, vitamíny, minerální látky), nenutriční složky (růstové faktory, hormony, enzymy a jiné látky), buněčné složky a vodu. (Burianová a kol., 2008) Mlezivo má vysokou hustotu díky více bílkovin a solí a méně cukrů a tuků. Zároveň nízký objem vyprodukovaného mleziva odpovídá ještě nedokonalé funkci

ledvin novorozence. V tabulce č. 1 je přehledné porovnání obsahu základních živin v kolostru a zralém mléce, včetně porovnání s mlékem kravským. (Klimová, 1998, s. 10)

Tabulka 1: Obsah základních živin v g/100 ml v mlezivu, zralém mléce a kravském mléce

	mlezivo	zralé mléko	kravské mléko
bílkoviny	1,5 - 2,0	1,1 - 1,3	3,3
tuky	2,0 - 2,2	4,0 - 4,5	3,8
cukry	4,0 - 4,2	5,0 - 7,0	4,8

1.2.1 Bílkoviny

Hlavní bílkovinou v mateřském mléce je laktalbumin a kasein. V kolostru je v poměru 90 : 10 (laktalbumin : kasein), což umožňuje jeho lehčí stravitelnost. Ve zralém mléce je tento poměr 60 : 40. (Klimová, 1998) Laktalbumin může být ochranným faktorem před leukémií a má výrazný efekt na nádorové buňky. (Burianová a kol., 2008)

1.2.2 Tuky

Tuky v kolostru jsou hlavně triglyceridy, mastné kyseliny jsou z 57 % nenasycené. Mateřské mléko je také bohaté na cholesterol. Zpočátku je trávení tuků usnadňováno mateřskou lipázou, později stačí lipáza z úst a žaludku dítěte. Množství tuků ve zralém mateřském mléce se mění během dne i během jednoho kojení. Na začátku kojení mléko obsahuje více cukrů, laktózy a slouží především k uhašení žízně (tzv. přední). Ke konci kojení je množství tuků až 5x větší a je tak zdrojem energie (tzv. zadní). (Klimová, 1998) Tuky mají také antivirový, antibakteriální a antiprotozoální efekt a podporují rozvoj imunity, mozku a sítnice. (Burianová a kol., 2008)

1.2.3 Cukry

Hlavním zástupcem cukrů v mateřském mléce je laktóza. Kolostrum obsahuje asi 4g/100ml a ve zralém mléce asi 7g/100ml. Toto poskytuje dítěti zhruba 40 % celkové energetické dodávky. (Klimová, 1998) Dále podporují růst tzv. „přátelských“ bakterií ve střevě a inhibují vazbu respiračních a střevních patogenů a jejich toxinů. (Burianová a kol., 2008)

1.2.4 Vitamíny a minerální látky

Obsah vitamínů rozpustných ve vodě (skupina vitamínů B a vitamín C) je v mateřském mléce obvykle dostatek a jejich množství kolísá dle příjmu matkou. Z vitamínů rozpustných v tucích potřebuje dítě bezprostředně po narození hlavně vitamín K, kterého je více v kolostru než ve

zralém mléce. Jeho celkové množství však není dostatečné, proto se dětem v porodnici dodává jako prevence před krvácivou nemocí novorozence. Vitamínu A a E je v mateřském mléce dostatek, vitamínu D je však málo, ale není jednoznačně určeno, zda jej dětem dodávat.

Pokud matka netrpí nedostatkem minerálů, či stopových prvků, je jich dostatečné množství i pro dítě. Jedná se především o vápník, fosfor, hořčík, sodík, draslík, železo či zinek. V současné době byl pozorován nedostatečný příjem jódu u některých skupin (dospívající dívky, těhotné či kojící ženy, novorozenci), z tohoto důvodu je u nich vhodné dbát na jeho dostatečný příjem. (Klimová, 1998)

1.2.5 Nenutriční látky

Postnatální vývoj CNS, slizničního imunitního systému GIT a dalších tkání a orgánů umožňují nenutriční látky obsažené v mateřském mléce. Jedná se o soubor růstových faktorů, hormonů a enzymů (např. kortizon, insulin, nukleotidy, erythropoetin). Tyto látky mají schopnost modulovat imunitní systém po celou dobu kojení. (Burianová a kol., 2008)

1.2.6 Buněčné složky

Od porodu obsahuje mateřské mléko množství různých bakterií, „přátelské“ (např. *Lactobacillus*) i patogeny (např. *Staphylococcus aureus*). Tyto bakterie pocházejí pravděpodobně ze slizničního systému mléčné žlázy. Bifidogenní flóra a lactobacily se pozitivně podílejí na optimálním osídlení trávicího traktu novorozence. Patogeny však mohou být možným původcem infekcí a neprospívání dětí. (Burianová a kol., 2008)

Bronský (2009) pokládá zdroj bakteriální kolonizace střeva dítěte za nejistý. Svoji úlohu hraje i vaginální flóra matky a nemocniční prostředí porodnice. Není zcela přesvědčen o pozitivním vlivu bakterií a o jejich probiotických vlastnostech, jelikož data jsou sporadická, a nabádá k dalšímu zkoumání.

2 Kojení

2.1 Historie

Od pravěku je známo, že mateřské mléko je nenahraditelné. Z archeologických nálezů je zřejmý kult plodnosti, vypodobněný ženskou postavou s obřími prsy a širokou pávní (u nás známá Věstonická Venuše).

Ve starověku matky většinou kojily, výjimkou byly ženy z vyšších vrstev, které se kojení vzdávaly ve prospěch společenských aktivit a z obavy ztráty pevnosti prsou. V kojení je zastoupily kojné z řad otrokyň. Ve starém Řecku i Římě byli filozofové i lékaři přesvědčeni, že kojením vlastní matkou novorozenec získává i občanské ctnosti. Starověké ženy kojily kdekoliv a nebylo ničím zvláštním, když ženy nosily prsa odhalená, vystavená okolí na obdiv.

Ve středověku se vlivem církve stává kojení více cudnou záležitostí, kdy sice kněží nabádali matky ke kojení, doporučovali však činit toto v soukromí a prsa nosit zahalená. Církev navíc umožnila svobodným matkám odložit své dítě v klášteře, kde zřídila takzvané nalezince. Velmi chudým ženám také nabídla možnost ubytování za to, že budou kojít i ostatní děti, nejen vlastní. Z nalezinců se stávala střediska, kde byly děti nejen legálně odkládány, ale i registrovány, přísně vybírány a distribuovány kojné.

Kojné přestaly být otrokyně a tuto „práci“ vykonávaly ženy z nižších vrstev na úkor svých vlastních dětí. Zhruba do 16. století byly kojné výsadou aristokracie. V 17. století se móda kojných rozšířila i mezi buržoazii a dále do střední vrstvy. Téměř žádná matka z vyšších společenských vrstev nekojila sama. Kojení bylo cosi vulgárního a příliš tělesného. Sřídání kojných a tím i mateřského mléka prudce zvýšilo kojeneckou úmrtnost. (Šráčková, 2004, a)

Vlivem francouzské revoluce (koncem 18. století) se kojení vlastní matkou opět stalo kultem a matky, které nekojily, byly považovány za sociálně podvratné osoby, politicky neuvědomělé a nebyly jim vypláceny státní podpory v mateřství.

Od 19. století vlivem dobrých příkladů panovnic, se kojení dále propaguje. Také porodní báby se kojení a rozvoji laktace věnují stále více. Toto dokazuje nejstarší česká učebnice pro porodní báby od A. Jungmanna s názvem Umění babické z roku 1814.

V nalezincích a z nich vzniklých dětských klinik se situace kolem kojení příliš nezlepšila. Dochází proto k urychlenému výzkumu a rozvoji umělé výživy. V první polovině 20. století se krmení z lahve stávalo módou. Místo nájemných kojných nastupují tzv. bony. Byly to

mladé inteligentní dívky vyškolené nejen v přípravě umělé výživy, ale i v ošetřovatelské technice. Bony se o přidělené dítě staraly zhruba do 2 - 3 let věku dítěte, kdy jej pak předávaly vychovatelce. Mnohé z nich se potom dále doškolily a přecházely na dětské kliniky jako vrchní sestry.

Po 2. světové válce se kromě kondenzovaného okyseleného umělého mléka začalo s průmyslovou výrobou mléka sušeného ve švýcarské firmě Nestlé pod názvem Eledon a Pelargon. U nás byla jejich výroba zavedena v 50. letech 20. století pod názvem Lakton a Relakton. Později náš průmysl vyvinul plnotučné sušené mléko Sunar, dietní polotučné Eviko a sucharovou kaši Sunarka. Později přibylo adaptované a fortifikované (obohacené) mléko Feminar, vhodné již pro novorozence. Díky tomuto systému ustupovalo kojení do pozadí. Negativně k tomu také přispělo v roce 1952 zrušení domácích porodů a zavedení porodů ústavních. Tím došlo k odloučení novorozence od matky. Novorozenec byl k matce přivážen v intervalech po 3 hodinách a jednou v noci. Později bylo zrušeno i noční kojení. Dítě bylo podle potřeby dokrmováno čajem nebo 5% glukózou. Tito novorozenci byli unavení, spaví a těžko se přisávali. Většina matek odcházela z porodnice s receptem na Feminar.

Postupem času se však na porodnicích začaly zkracovat termíny prvního přiložení novorozence k prsu matky z 36 hodin na 24, 12, na 6, až na bezprostřední přiložení na porodním sále. V 70. letech byly již první zkušenosti se systémem rooming in - systém, kdy je dítě po porodu v bezprostřední blízkosti matky. Realizace tohoto systému vyžadovala čas a přesvědčování, než byl rooming in zaveden do praxe našeho zdravotnictví.

V současné době je kojení doporučováno na prvním místě. Je snahou docílit, aby matky své dítě výhradně kojily nejméně do 6 měsíců a s příkrmem dále do 1 i 2 let věku dítěte, má-li mléko i v jeho dalších letech. (Šráčková, 2004, b)

2.2 Výhody

Kojení přináší mnohé výhody - psychologické, ekonomické, ekologické, imunologické i biologické. Lze je přehledněji rozdělit na výhody pro dítě a výhody pro matku. Společná výhoda pro matku i dítě je vytvoření silného citového pouta.

2.2.1 Pro matku

Po porodu se díky časnému přiložení dítěte vyplaví více oxytocinu a tím se rychleji vypudí placenta a lépe se zavínuje děloha do původního stavu. Zároveň se snižují poporodní krevní

ztráty, což snižuje riziko chudokrevnosti. Kojící ženy se rychleji vrací k původní váze i postavě před těhotenstvím. Jsou více chráněny před rakovinou prsu, vaječníků a osteoporózou. Antikoncepční účinek kojení je pokud matka plně a často kojí. V neposlední řadě výhod kojení je finanční a časová nenáročnost. Potrava pro dítě je kdykoliv a kdekoliv k dispozici. (Laktační liga, 2012)

2.2.2 Pro dítě

Vzhledem k tomu, že je mateřské mléko přesně uzpůsobeno měnícím se nárokům dítěte, má kojení pozitivní vliv především na vývoj dítěte. Je vhodné poukázat na lepší vývoj duševních schopností kojených dětí. Mají nižší výskyt diabetu, obezity i anémie. Kojení může ovlivnit výskyt alergií i přes pozitivní rodinnou anamnézu. Složení mateřského mléka chrání dítě před průjmovými onemocněními, respiračními infekcemi a tím se snižuje nutnost hospitalizace. (Laktační liga, 2012) Epidemiologické studie zjistily spojení mezi kojením a sníženým výskytem imunologických a atopických onemocnění a u některých onemocnění působí ochrana i po ukončení kojení. (Burianová a kol., 2008)

2.3 Faktory ovlivňující kojení

Většina rodiček je rozhodnuta své dítě kojit. Úspěšné kojení zdravého dítěte zdravou matkou není závislé na velikosti prsů, ale na dobře vyvinuté prsní žláze, frekvenci a správné technice kojení. Také je vhodná aktivní podpora rodiny i zdravotnického personálu. Faktory, které mohou kojení ovlivnit lze rozdělit podle dvou hlavních hledisek - negativní a pozitivní. (Klimová, 1998)

2.3.1 Negativní

Negativní faktory, které působí na kojení, se týkají především matky. Některé sama ovlivnit nemůže, například anestezii, sedativa, dlouhotrvající porod či bolest. Částečně může ovlivnit správnou instruktáž techniky kojení a podání dostatečných informací od zdravotnického personálu, včetně poučení, jak udržet laktaci při oddělení od dítěte. Laktaci může také ovlivnit úzkost a strach ze selhání při kojení, nebo nedostatečná motivace a nesprávné přístupy ke kojení. (Klimová, 1998)

2.3.2 Pozitivní

Skupina organizací a aktivit pro podporu kojení v České republice shrnula zásady, které podporují kojení. Tato podpora je také součástí několika programů přijatých naší vládou,

jedná se například o dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva v ČR ve 21. století „Zdraví pro všechny, Cíl 3 Lepší start do života“.

Hlavní principy vyjadřuje „Deset kroků k úspěšnému kojení“ (Klimová, 1998; Mydlilová, 2011), které jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka 2: 10 kroků k úspěšnému kojení

1.	Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2.	Školit veškerý personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3.	Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4.	Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5.	Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy 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 apod.
10.	Povzbuzovat zakládání dobrovolných matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

(zdroj: Mydlilová, 2011)

2.4 Technika kojení

Úspěšné zvládnutí kojení z velké části závisí na správné technice kojení. Tato technika vyžaduje nejen správnou polohu, ale i správné přísátí dítěte. Je důležité, aby matka i dítě zvolily pohodlnou polohu a dítě bylo přiloženo k prsu, ne prs k dítěti. Prs si matka musí podepírat zespodu, kromě palce, který je shora a nedotýká se přitom dvorce. Nikdy se nepřikládá křičící dítě, protože má při křiku jazyk nahoru a tak nelze uchopit bradavku. (Klimová, 1998)

2.4.1 Správné přiložení

Matka bradavkou podráždí ústa dítěte, čímž vyvolá hledací reflex a dítě široce otevře ústa a uchopí nejen bradavku, ale i větší část dvorce, více zdola. Přestože se špička nosu a brada dotýkají prsu, dítě může dobře dýchat, proto by matka neměla prs odtažovat. Pokud se matka dotýká hlavy dítěte, nesmí prsty přesahovat výši uší. Zpočátku rychlé sání přejde do delších a pomalejších sání, je vidět pohyb uší a tváře nevpadávají, zároveň je slyšet, jak dítě polyká, ale nemlaská. (Kudlová, Mydlilová, 2005)

2.4.2 Polohy

Dítě by mělo ležet na boku a obličej, hrudník a břicho i kolena směřují k matce. Ucho, rameno a kyčle dítěte musí být v jedné linii. Vzájemných poloh matky a dítěte je několik, každá matka si sama zvolí, jakou bude používat, která jí i dítěti nejvíce vyhovuje. (Klimová, 1998; Weigert, 2006)

Nejčastěji používanou je **poloha vsedě** (Madona), kdy dítě leží v ohbí paže matky a ta druhou rukou přidržuje prs. Při **poloze vleže** leží dítě podél těla matky, která je také na boku. Matka má podloženou hlavu pro vyrovnání polohy hlavy s výší ramene. Nesmí se opírat o loket ani nesmí být zdvižená nad úroveň ramene. Tato poloha je vhodná zejména u žen po císařském řezu. (Kudlová, Mydlilová, 2005; Weigert, 2006)

Boční držení (fotbalové, zadní) je obdobou polohy vsedě, s tím rozdílem, že dítě tělem směřuje podél boku matky, jakoby do podpaží, předloktí s dítětem je podepřeno polštářem. Při této poloze může mít matka i podepřená záda, což umožní uvolnění při kojení. Při **poloze tanečnicka** umožňuje výměnu prsu během kojení, bez větší změny polohy dítěte. Dítě leží na podloženém předloktí matky, ale na druhé ruce, než je „kojící“ prs. Ruka podpírá prs téže strany. Matka může takto lépe kontrolovat správné přísátí, což je vhodné pro nedonošené, nebo neprosávající děti. (Klimová, 1998; Kudlová Mydlilová, 2005)

Při kojení v **polosedě s podloženýma nohama** dítě leží obdobně jako při poloze vsedě. Tato poloha je doporučena pro matky po císařském řezu, kdy polštář na břichu matky brání tlaku na jizvu. Stejně tak při kojení **vleže na zádech**. Zde matka navíc bez většího úsilí přesouvá dítě z prsu na prs. Pro nedonošené děti a děti s problémy s přísátím je vhodná i **poloha vzpřímená** (vertikální), kdy matka sedí vzpřímeně, jednou rukou drží prs z téže strany a druhou dítě, taktéž ve svislé poloze s podporou hlavy a krku. (Klimová, 1998)

Pokud má matka velké prsy, může kojit **obouruč**. To se však neobejde bez pomoci druhé osoby. Matka si oběma rukama podepře prs a druhá osoba (např. sestra, partner) přiloží dítě k prsu. Lze kojit i více dětí najednou, **dvojčata i trojčata**, což podporuje lepší sekreci prolaktinu. Zde se používají polohy jako při kojení jednoho dítěte, nebo jejich kombinace. V případě trojčat leží třetí dítě v klíně matky a je pak kojeno samostatně. (Kudlová, Mydlilová, 2005; Klimová, 1998) Jednotlivé polohy jsou zobrazeny v příloze A. (zdroj: Mydlilová, 2011; Laktační liga, 2012)

3 Obtíže s kojením

Pokud se matka naučí správné technice kojení hned na začátku laktace a spolu s dítětem dodržují správná režimová opatření, jsou obtíže s kojením málo časté. (Klimová, 1998)

3.1 Kontraindikace kojení

Existují však situace, kdy je kojení kontraindikováno, a i toto může být trvale či dočasně. Může být „zákaz“ mateřského mléka omezený pouze na mléko vlastní matky, nebo i na mléko dárcovské. (Weigert, 2006)

Absolutní kontraindikace podávání jakéhokoliv mateřského mléka je v případě, kdy je u dítěte diagnostikována **galaktosemie**, což je metabolické onemocnění, při kterém dítěti chybí enzym štěpící galaktózu na glukózu. Zde je nutné podávat laktózu částečně hydrolyzovanou, nebo ji nahradit sójovými přípravky. **Fenylketonurie** je další metabolická vada, kdy dítěti chybí enzym štěpící aminokyselinu fenylalanin. Tyto děti mohou být kojeny pouze při současném sledování hladiny fenylalaninu a při jeho zvýšení se strava nahradí nebo doplní přípravky s jeho nízkým obsahem. Při „**nemoci javorového sirupu**“ má dítě defektní metabolismus větvených aminokyselin (valinu, leucinu a isoleucinu) a dietní opatření je obdobné jako u fenylketonurie. (Klimová, 1998; Schneidrová a kol., 2006)

V případě onemocnění matky je krmení vlastním mlékem kontraindikováno při infikování **HTLV I a II** (druh lidského retroviru způsobující vzácné formy leukémií) a HIV/AIDS a děti musí být krmeny umělou formulí nebo dárcovským mateřským mlékem. (Schneidrová a kol., 2006)

Situace, kdy jsou kontraindikace dočasné, se vztahují na infekční onemocnění matky, zejména při aktivní lézi **herpes simplex**, **herpes zoster** (pásový opar) a při onemocnění **planými neštovicemi**. v těchto případech se laktace udržuje odstříkáváním. Dítě by mělo být izolováno, dokud puchýřky neprasknou. Při aktivní **TBC** by děti měly být od matky odděleny po dobu, kdy je matka infekční, avšak matka může mléko pro své dítě odstříkávat. Je-li matka nemocná **hepatitidou B**, je možné kojit, dítěti je však podán imunoglobulin a je zahájeno očkování. (Schneidrová a kol., 2006)

Pokud je matka léčena **radioaktivními látkami**, nebo jsou matce podány pro diagnostiku nemoci, doporučuje se přerušit kojení po dobu pětinasobku poločasu rozpadu izotopu. Téměř všechny zdravotní problémy matky lze léčit léčivými, která jsou vhodná při kojení. Seznam

léků, při jejichž užívání se nedoporučuje kojit je pravidelně publikován WHO, UNICEF i jinými organizacemi. (Schneidrová a kol., 2006)

3.2 Obtíže ze strany dítěte

Anatomické zvláštnosti dítěte mohou mít vliv na kojení. Obzvláště pokud má dítě malou ustupující bradu, vysoké úzké patro, nebo krátký jazyk. Problematické kojení bývá u dětí s **rozštěpovými vadami** obličeje a patra. Jde však o obtíže technické. Při správné volbě polohy dítěte a při současném zdeformování prsu je kojení možné. Také lze dítěti pomoci současným odstříkáváním mateřského mléka do úst. (Schneidrová a kol., 2006)

Za předpokladu, že je matka zdravá, správně poučená a nemá žádné obtíže s kojením, může se vyskytnout několik problémů při kojení. Aby se dítě naučilo sát, musí být bdělé. Většina novorozenců se budí každé 2 - 3 hodiny. Pro správný rozvoj laktace je vhodné sání 10 - 12x za 24 hodin. Je-li **dítě spavé**, musí se matka naučit, jak jej budit. (Schneidrová a kol., 2006)

Někdy může dítě **odmítat jeden prs**, ale z druhého pije dobře. Důvodem bývá jiný tlak vytékajícího mléka díky rozdílnému množství mlékovodů, nebo nepohodlná či bolestivá poloha pro dítě. Matka by měla zkusit upravit polohu dítěte. Dítě by se mělo nechat sát z prsu, kterému dává přednost a odmítaný prs odstříkat. (Klimová, 1998) Lze však dítě „naučit“ pít z obou prsů. Po dostavení se spouštěcího reflexu se dítě přesune k méně oblíbenému prsu (fotbalové držení) a při houpání méně vnímá, u kterého prsu se nachází. Kojení je dokončeno opět u oblíbeného prsu. (Schneidrová a kol., 2006)

Dalším problémem bývá **špatně se přisávající** dítě. Nejčastější příčinou bývá dotek na tváři či hlavě. Dítě se musí k prsu přiložit jemně, ale bez zbytečných doteků, které špatně vyvolávají hledací reflex. Také je vhodné zkontrolovat, zda není prs příliš nalitý a odstranit používání dudlíků a lahve. (Klimová, 1998) Někdy je příčina ve špatné poloze dítěte nebo držení prsu při kojení. Dítě by mělo být blízko matky a nemělo by mít ruku mezi svým a matčiným tělem. (Schneidrová a kol., 2006)

Pokud se dítě dobře přisaje, ale **brzy se pouští** a pláče, bývá to způsobeno nevhodnou vzájemnou polohou matky a dítěte a tím je ztížený vypuzovací reflex, nebo příliš nalitými prsy. Měla by být zkontrolována poloha dítěte i matky, či doporučeno odstříkání nalitého prsu ještě před přiložením dítěte. (Klimová, 1998)

3.3 Obtíže ze strany matky

3.3.1 Anatomické zvláštnosti

Anatomické zvláštnosti se nemusí týkat jen dítěte, ale i matky. Jako první problém bych uvedla **zvláštnosti bradavek**. Ty mohou mít různý tvar a některý tvar činí kojení obtížnějším. Pro kojení je však neméně důležitá vytažitelnost (retraktilita) bradavek. (Klimová, 1998) V příloze B jsou zobrazeny jednotlivé typy bradavek a test vytažitelnosti bradavek.

Pokud se při stisknutí dvorce bradavka zanoří, jde o vpáčené bradavky, které lze částečně ovlivnit již před porodem pomůckou „formač bradavek“. Pozdě odhalené vpáčené bradavky znemožňují dítěti správné přisátí, což může negativně ovlivnit laktaci i celé kojení. V případě dlouhých bradavek může velikost bradavky dítěti překážet. Jsou-li bradavky ploché nebo krátké, lze dobrou technikou sání zvládnout. Důležité je matku uklidnit a na začátku kojení vytlačit trochu mléka pro povzbuzení dítěte k přisátí. (Klimová, 1998)

Další anatomická rozdílnost je ve velikosti prsou. Matky **s velkými prsy** mohou mít mylný pocit, že by se dítě při kojení mohlo dusit, ale zdvižený nos dítěte umožňuje dýchání po stranách. Je však zapotřebí velký prs při kojení podpírat, někdy i oběma rukama, tak, aby netlačil na bradičku. Ruce lze uvolnit tím, že se prs podepře srolovaným ručníkem či polštářem. Vhodné je také boční držení dítěte při kojení. (Schneidrová a kol., 2006) **Malá prsa** se od velkých liší především v množství tukové tkáně. Pokud má matka malá prsa, je vhodné ji ujistit, že vývoj prsů v těhotenství a sání dítěte zajistí dostatečnou tvorbu mléka. Ve vzácných případech může mít skutečně málo žlázové tkáně, pokud současně říká, že se její prsy během těhotenství nezměnily. V takových situacích je potřeba dítě dokrmit, aby byla zajištěná dostatečná výživa dítěte. (Schneidrová a kol., 2006)

3.3.2 Poškození bradavek

První sací pohyby protahují dvorec dozadu a matka je může pociťovat nepříjemně, až do spuštění mléka. Tato zvýšená citlivost nesmí vyústit v jejich poškození. Bolestivé a popraskané bradavky (ragády) jsou z největší části způsobené špatnou technikou kojení, nebo nesprávnou péčí o bradavky po kojení. I jedno špatné přiložení může vyústit v poškození bradavky. (Klimová, 1998; Schneidrová a kol., 2006)

Matka by měla dbát na správnou techniku kojení a její nedokonalosti napravit i během jednoho kojení, například když spavé dítě sklouzne z bradavky, měla by jej co nejvhodněji vzbudit a vrátit do správné polohy. Po kojení by měla bradavky nechat chvíli na vzduchu,

případné známky poškození potřít mateřským mlékem a nechat zaschnout. Vhodné je používání měkkých vložek do podprsenky, chrániče bradavek a nenosit menší či těsné podprsenky. Kojení s poškozenými bradavkami je možné. Kojení by mělo začít na méně postižené straně, než se dostaví spouštěcí reflex, a dokončit také tam. Tím se zkrátí doba, kdy dítě saje „naprázdno“ a působí na dvorec a bradavku větší silou. (Schneidrová a kol., 2006) U poškozených bradavek je větší riziko zanesení infekce a následných komplikací. (Klimová, 1998)

3.3.3 Bolestivě nalité prsy

Začátky kojení jsou závislé na frekvenci kojení. Základem pro správný rozvoj laktace je časné přiložení dítěte a to již na porodním sále (půl hodiny, nejpozději do dvou hodin po porodu). Druhý až čtvrtý den po porodu dochází ke zvýšené tvorbě mleziva (tato doba je individuální). Toto období provází zvýšené prokrvení prsů a tím možná tvorba otoků, které matka může pociťovat jako teplo a napětí. Pokud není v této době dítě dostatečně často přikládáno, může být nalítí prsů bolestivé a překrvení může zdeformovat bradavku a tím dítěti znemožnit správné sání. Otoky lze uvolnit masážemi a odstříkáním ještě před kojením. Obklady mají být studené po kojení a teplé před kojením. (Klimová, 1998)

3.3.4 Množství mléka

Nástup laktace je velmi individuální. Převážně prvorodičky nevěří ve svoji schopnost kojit a má-li dítě navíc nějaké zažívací obtíže, začnou podezřívat své mléko. Množství vyprodukovaného mléka je samozřejmě také velice individuální. Jestliže má matka pocit, že má **mléka nedostatek**, nemusí to tak skutečně být. Je třeba matku správně poučit, jak pozná, že dítě správně pije. Množství vypitého mléka během dne kolísá a naplnění prsou také, mléko se během kojení dotváří. Při nedostatečném přenosu mléka hraje roli špatná technika kojení, krátká doba kojení, nebo potlačený vypuzovací reflex. (Klimová, 1998)

Nadměrná tvorba mléka je převážně na začátku kojení, než se „synchronizuje“ systém nabídky a poptávky, tj. tvorba takového množství mléka, které plně stačí aktuálním potřebám dítěte. Nadbytečné mléko je vhodné odstříkat ještě před přiložením dítěte, aby se ulevilo napětí v prsou. (Klimová, 1998)

3.3.5 Retence mléka, ucpaný vývod

Je-li na prsu zarudlá skvrna, která je na dotek teplá a bolí jako modřina, jedná se o retenci mléka. Mléko se tak hromadí za překážkou, odpovídající rozsahem segmentu mléčné žlázy. Překážkou může být ucpaný vývod. (Schneidrová a kol., 2006) Příčin vzniku bývá několik.

Chyby v technice kojení, kdy matka střídá prsy příliš často a prs se nedostatečně vyprázdní, anebo omezované kojení (hlavně v noci), jsou nejčastější. Další příčinou bývá nošení těsné podprsenky, nebo situace, když matka prsty odtahuje prs od dítěte a tlakem prstů zastaví odtékající mléko. Pokud matka upraví techniku kojení, či stimuluje uvolnění mléka masáží nebo teplou sprchou, upraví se stav relativně rychle (většinou do dvou až tří dnů). (Schneidrová a kol., 2006; Klimová, 1998)

3.3.6 Mastitis

Mastitis je infekce prsní žlázy. Příčinou vzniku bývá zanedbaná nebo nedostatečně ošetřovaná retence mléka, kdy příznaky ucpaného vývodu jsou ve stádiu zjevné infekce. Příznaky jsou podobné jako u retence mléka, jen progresivnější a velmi často doprovázené vysokou teplotou. Tento stav vyžaduje lékařskou konzultaci a léčbu antibiotiky. Někdy mohou mastitidu způsobit chronické ragády, kdy infekce do prsu vnikne vzestupně. Při recidivě mastitidy, obzvláště ve stejném prsu, je vhodné bakteriologické vyšetření, aby byla léčba antibiotiky cílená. Faktorem, přispívajícím k recidivě může být nedostatečně dlouhá doba léčby antibiotiky, nedokonalý odtok mléka při nadměrné tvorbě, anatomická odchylka některého vývodu mléčné žlázy, výše zmíněné chronické ragády, anebo opakované infekce způsobené dítětem. (Schneidrová a kol., 2006) Dovolí-li to stav matky, není nutné kojení přerušit. Kojení je však bolestivé a občas přechodně poklesne tvorba mléka. Pokud se v mléce objeví hnis, je nutné mléko odstříkat a vylít. (Klimová, 1998)

3.3.7 Uvolňování mléka

Uvolnění mléka (let-down reflex) obvykle probíhá bez problémů. Negativní ovlivnění stresem, dokrmem, omezovaným kojením nebo dudlíkem způsobí útlum vypuzovacího reflexu a dítě má nedostatek mléka, přestože saje správně. Zde opět pomohou masáže, teplé obklady před kojením a hlavně pozitivní přístup a podpora matky. (Klimová, 1998)

Každá matka, ať již má, či nemá s kojením potíže, potřebuje pomoc, nebo radu. Je-li dobře edukována, lépe a déle své dítě kojí. Z těchto důvodů, po vzoru a s pomocí WHO a UNICEF u nás vznikla Laktační liga.

4 Laktační poradenství

4.1 Laktační liga

Laktační liga je nezávislá a nevýdělečná organizace založená v roce 1998 v Praze. Její činnost je zaměřena především na konzultační a poradenskou činnost pro zdravotníky i laiky. Školí laktační poradce (zdravotníky i matky) a provozuje Laktační centrum s Národní linkou kojení, včetně webových stránek a časopisu Mamita. Ve spolupráci s UNICEF podporuje Iniciativu dětem přátelských nemocnic (Baby Friendly Hospital Initiative – dále jen BFHI) v České republice. (Laktační liga, 2012; Mydlilová a kol., 2009)

4.2 Baby Friendly Hospital

V roce 1989 vzniklo společné prohlášení WHO a UNICEF s názvem Ochrana, prosazování a podpora kojení, jehož hlavní zásady byly shrnuty do 10 kroků ke správnému kojení. Celá iniciativa je označována jako BFHI a nemocnice, které dodržují tyto zásady, jsou Baby Friendly Hospital (dále jen BFH).

V České republice vznikla první BFH v roce 1992 v Praze v Thomayerově nemocnici. Podmínkou pro získání titulu BFH je splnění několika hledisek a pro udržení kvality je prováděna jejich recertifikace každé 3 roky. (Mydlilová a kol. 2009)

Nemocnicím nestačí pouze dodržovat 10 kroků ke správnému kojení, ale musí udělat řadu režimových opatření k jejich dodržování. Dále je třeba mít nad 90 % kojených dětí při propuštění z porodnice. Prvním stupněm je vyplnění samohodnotících dotazníků, které jsou odvozené z kritérií WHO/UNICEF. Výsledky (za ideálních podmínek kladné) jsou předány Národnímu výboru UNICEF a hodnotící komise rozhodne o dosažení úrovně světových kritérií. V současné době tento titul získalo již 68 porodnic a další se k získání tohoto titulu připravují. (Mydlilová a kol. 2009; Mydlilová, 2011)

4.3 Podíly kojených dětí

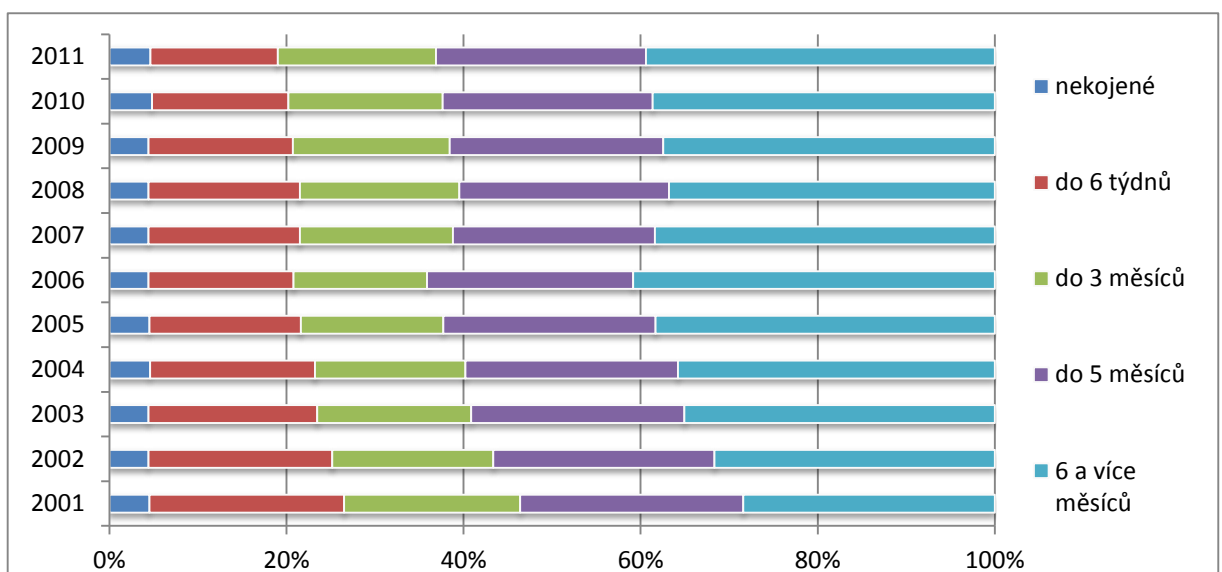
4.3.1 V ČR

Po zavedení BFHI vzrostly podíly kojených dětí po propuštění z porodnice. Některé studie se zabývaly porovnáním situace porodnic s akreditací BFH a porodnic bez akreditace. MUDr. Mydlilová ve své studii zhodnotila situaci v letech 2000 - 2006. Výsledky ukazují na vysoké procento kojených dětí po propuštění z porodnice. Jedná se o hodnoty nad 95 %. Porovnání

porodnic s titulem BFH a bez něho je procento kojených dětí statisticky významně vyšší ve prospěch BFH porodnic. (Mydlilová a kol., 2011)

Jiná studie zkoumala počet matek dodržujících doporučení WHO o výhradním kojení do 6 měsíců použitím údajů ve zdravotnické dokumentaci v ordinaci PLDD. Výsledkem bylo zjištění, že v letech 1985 až 2001 došlo k nárůstu počtu kojených dětí déle než 6 měsíců z původních 6,06 % na 47,02 %. (Bajerová, Hrstková, 2009)

Zdravotnická statistika ÚZIS ČR každoročně shromažďuje informace o délce kojení zjišťované při roční prohlídce dítěte. Porovnání těchto údajů za roky 2001 až 2011 ukazuje relativně vysoké a stále rostoucí procento dětí kojených 6 a více měsíců (z 28,4 % na 40,2 %). Dále se snižuje procento dětí kojených do 6 týdnů věku (z 22 % na 14,7 %) a téměř neměnný počet dětí, které nebyly kojeny (4,4 - 4,8 %). Na obrázku č. 1 je graficky zobrazena struktura dětí podle délky kojení. (ÚZIS ČR, 2013)



Obrázek 1: Graf - Struktura dětí podle délky kojení

4.3.2 Ve světě

Kladný vliv aktivit WHO a UNICEF na podporu kojení lze pozorovat na růstu počtu výhradně kojených dětí. Statistiky UNICEF ukazují, že v letech 2000 až 2006 byl celosvětově počet dětí výhradně kojených do 6 měsíců věku 38 % a do 4 měsíců 51 %. Ve střední a východní Evropě byly tyto hodnoty jen 20 a 27 %, oproti tomu v subsaharské Africe bylo výhradně kojeno 31 % dětí do 6 měsíců a 39 % do 4 měsíců a ve východní a jižní Africe 40 %

a 48 % dětí. V Asii se počet výhradně kojených pohyboval okolo 43 % do 6 měsíců a 60 % do 4 měsíců věku. (UNICEF, 2009)

Data z let 2007 až 2011 svědčí pro nárůst počtu dětí kojených do 6 měsíců. Celosvětově tyto počty stouply na 37 % a v Evropě na 30 %. Afrika i Asie má hodnoty téměř stejné - subsaharské oblasti Afriky 33 % a východní a jižní Afrika 49 %; Asie 42 - 45 %. (UNICEF, 2012)

Podle statistických dat WHO z let 2000 až 2008 byl v tomto časovém rozmezí celosvětový průměr 34,8 %, největší podíl výhradně kojených dětí byl ve Rwandě (88,2 %) a nejmenší byl v Džibutsku (1,3 %). Dále například v Německu bylo výhradně kojeno 22,4 % a v Kanadě jen 17 % dětí. (WHO, 2009)

4.4 Laktační poradci

Laktační poradci mohou být zdravotníci, nebo matky, které chtějí své zkušenosti s kojením předat jiným matkám. Po absolvování kurzu pořádaném Laktační ligou získají označení Certifikovaný laktační poradce, tyto kurzy jsou akreditovány WHO - UNICEF. Aby bylo poradenství kvalitní, musí vycházet z porozumění laktaci, včas řešit problémy a předcházet komplikacím. Poradkyně se musí umět správně ptát i naslouchat, respektovat přání matky a poskytnout jí dostatek času na odpověď. Musí posilovat její sebedůvěru a pomáhat jí. (Laktační liga, 2012; Mydlilová, 2011)

Laktační poradce – zdravotníky najdeme v porodnicích s titulem BFH, jak mezi sestrami, tak mezi lékaři. Je třeba podporovat zakládání Podpůrných skupin matek a také rozšířit řady laktačních poradců o personál gynekologických ordinací i PLDD. Na těchto místech hledají matky radu a pomoc a je jen na personálu, jaké informace a rady matky dostanou.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkumné otázky

- 1) Jaké důvody předčasného ukončení kojení budou nejčastěji uvádět oslovené matky?
- 2) V jakém věku dítěte respondentky nejčastěji ukončily kojení?
- 3) Jak se připravovaly respondentky na laktaci před porodem? (vyšetření prsů, návštěva předporodního kurzu)
- 4) Byly matky spokojeny s péčí o laktaci v porodnici?
- 5) Jak oslovené ženy získávaly rady při potížích s kojením po propuštění z porodnice?
- 6) Lze najít možné související faktory předčasného ukončení kojení u sledovaných žen?

5 Metodika výzkumu

5.1 Použitá metoda

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dotazování formou nestandardizovaného dotazníku, který jsem sama vytvořila (Příloha C). Výzkum jsem prováděla v době od září 2012 do ledna 2013. Respondentky jej vyplňovaly a vyplněný hned odevzdávaly zpět. V případě jakýchkoliv nejasností s vyplněním se mohly ihned dotázat a požádat o vysvětlení či pomoc. Dotazník byl anonymní.

Požádala jsem celkem 5 ordinací PLDD o rozdání a sběr dotazníků. Personálu byly pečlivě vysvětleny podmínky pro výběr respondentek. Celkem bylo vyplněno 40 dotazníků.

Dotazník obsahuje 18 otázek, z toho jsou 3 otevřené, 5 dichotomických, 3 výčtové otázky a 7 výběrových, z toho 3 škálové. V dotazníku jsou 4 otázky s možností doplnění vlastní alternativy odpovědi. Otázky jsou zaměřeny na předporodní i poporodní péči o prsy a laktaci. Dále mne zajímala laktační péče a informace po propuštění z porodnice. Pro výzkum jsou nejdůležitější dotazy na délku kojení a důvody předčasného ukončení kojení. Pro hledání možných společných znaků jsou do dotazníku zařazeny otázky na věk, vzdělání, počet členů rodiny i dětí a hodnocení socioekonomické situace.

5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentek byl záměrný a kvótní. Do výzkumu byly zařazeny matky fyziologických novorozenců, které své dítě kojily méně než 6 měsíců. Do výběru nesměly být zařazeny děti narozené císařským řezem, ani z vícečetné gravidity. Důležitou podmínkou pro zařazení do výběru byl porod v porodnici s akreditací BFH. Všechny vybrané matky s výzkumem souhlasily, téměř všechny dotazník vyplnily samostatně a všechny byly velice ochotné.

5.3 Zpracování získaných dat

Vyhodnocení jednotlivých otázek jsem provedla použitím statistického vzorce $f_i = (n_i/n) * 100$. Ve vzorci f_i znamená relativní četnost udávanou v procentech, n_i je absolutní četnost a n je celkový počet respondentek, $n = 40$, pokud je celkový počet jiný, je uveden v analýze. Získané výsledky jsem zanesla do tabulky nebo grafu a vždy je slovně vyhodnotila. Data jsem zpracovala v programu MS Excel.

6 Analýza a interpretace výsledků

1. Jakého pohlaví je Vaše dítě?

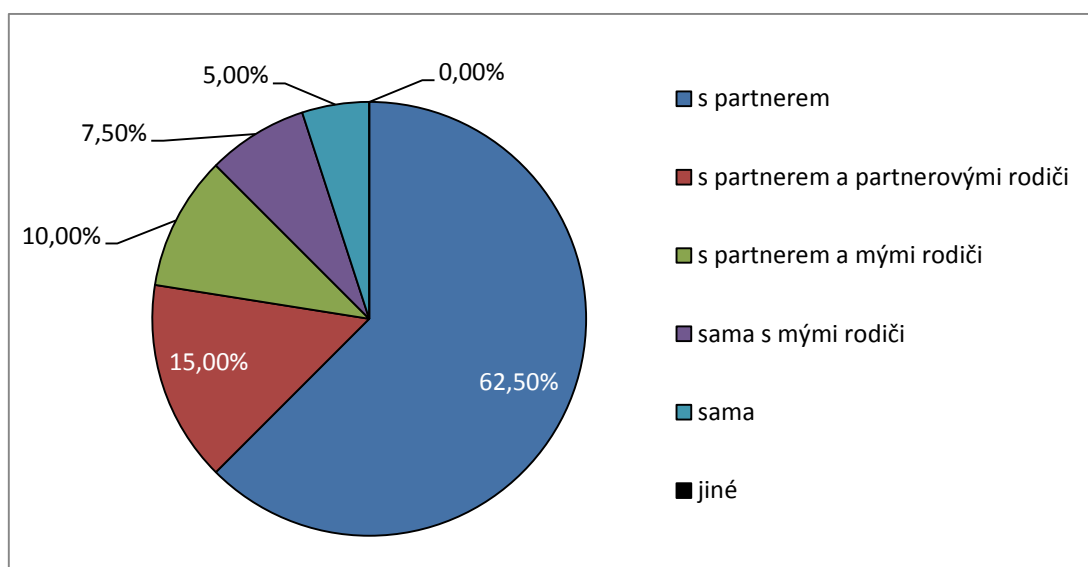
Dotazem na pohlaví dítěte jsem zjistila, že z celkového počtu respondentek (n = 40) byla polovina chlapců a polovina děvčat. (tab. č. 3)

Tabulka 3: Pohlaví dítěte

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
chlapec	20	50%
děvče	20	50%

2. S kým žijete ve společné domácnosti?

Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že většina respondentek žije s partnerem (ni = 25), nebo s partnerem a rodiči (ni = 10). Žen samoživitelek bylo 12,5 %, z toho pouze 5 % těch, které uvedly, že žijí samy bez partnera a rodičů (ni = 2). Žádná z žen nevybrala možnost *f) jiné*.



Obrázek 2: Graf - Osoby žijící ve společné domácnosti

3. Navštívila jste předporodní kurz?

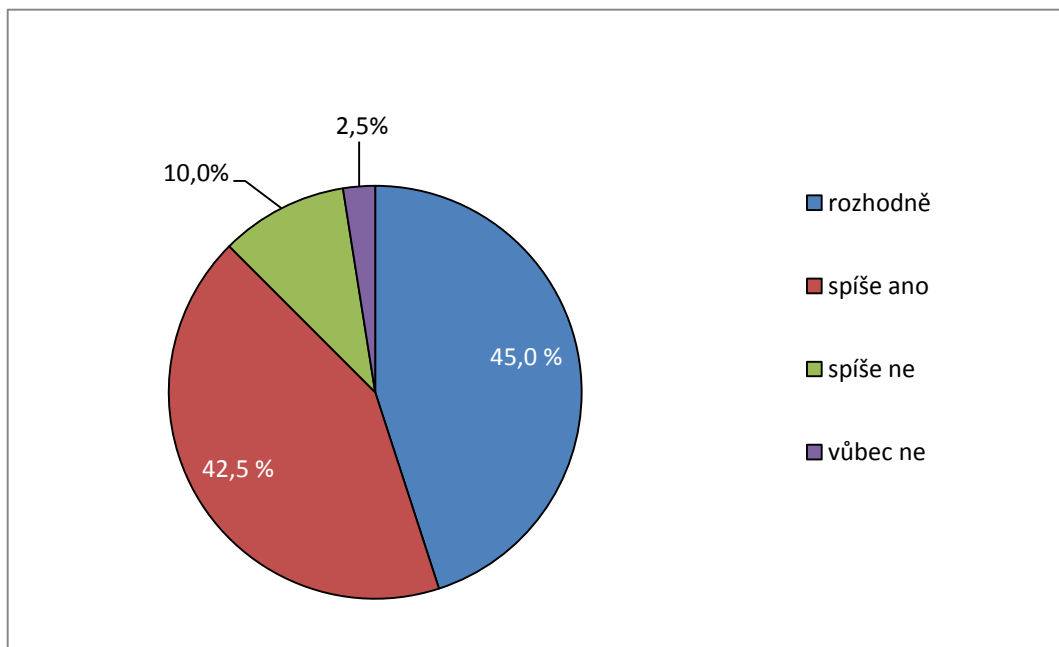
Otázkou zaměřenou na předporodní přípravu na kojení vyšlo najevo, že pouze 6 žen navštívilo předporodní kurz, ale většina (ni = 34) jej nenavštívila. (tab. č. 4)

Tabulka 4: Navštívení předporodního kurzu

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	6	15,00%
ne	34	85,00%

4. Byl pro Vás nácvik kojení v porodnici dostatečně srozumitelný?

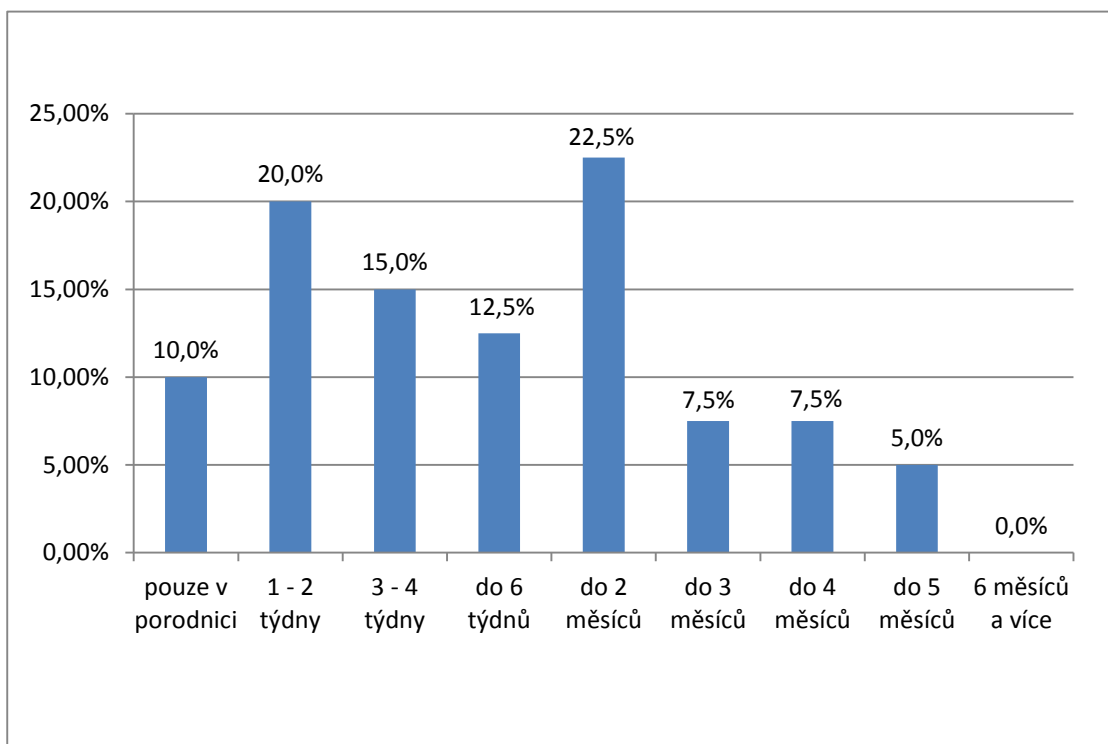
S nácvikem kojení v porodnici byla téměř polovina žen (ni = 18) velmi spokojena a spíše srozumitelný byl pro obdobný počet žen (ni = 17). Za nedostatečně srozumitelný jej považovaly 4 matky a pro jednu z oslovených matek nebyl nácvik kojení v porodnici vůbec srozumitelný. (obr. č. 3)



Obrázek 3: Graf - Srozumitelnost nácviku kojení v porodnici

5. Jak dlouho jste Vaše dítě kojila?

Dotazem na délku kojení jsem se dozvěděla, že necelá polovina žen ($n = 18$) kojila své dítě nejdéle do 1 měsíce, z toho dvě třetiny nejdéle do 2 týdnů věku dítěte. Kojení v trvání déle než 1 a méně 2 měsíce uvedla třetina matek ($n = 14$). Nad 2 měsíce kojilo pouze 20 % a 6 měsíců a více nekojila žádná z žen. Možnost výběru odpovědi *6 měsíců a více* zde byla uvedena pouze pro kontrolu dodržení podmínek pro výběr respondentek. (obr. č. 4)

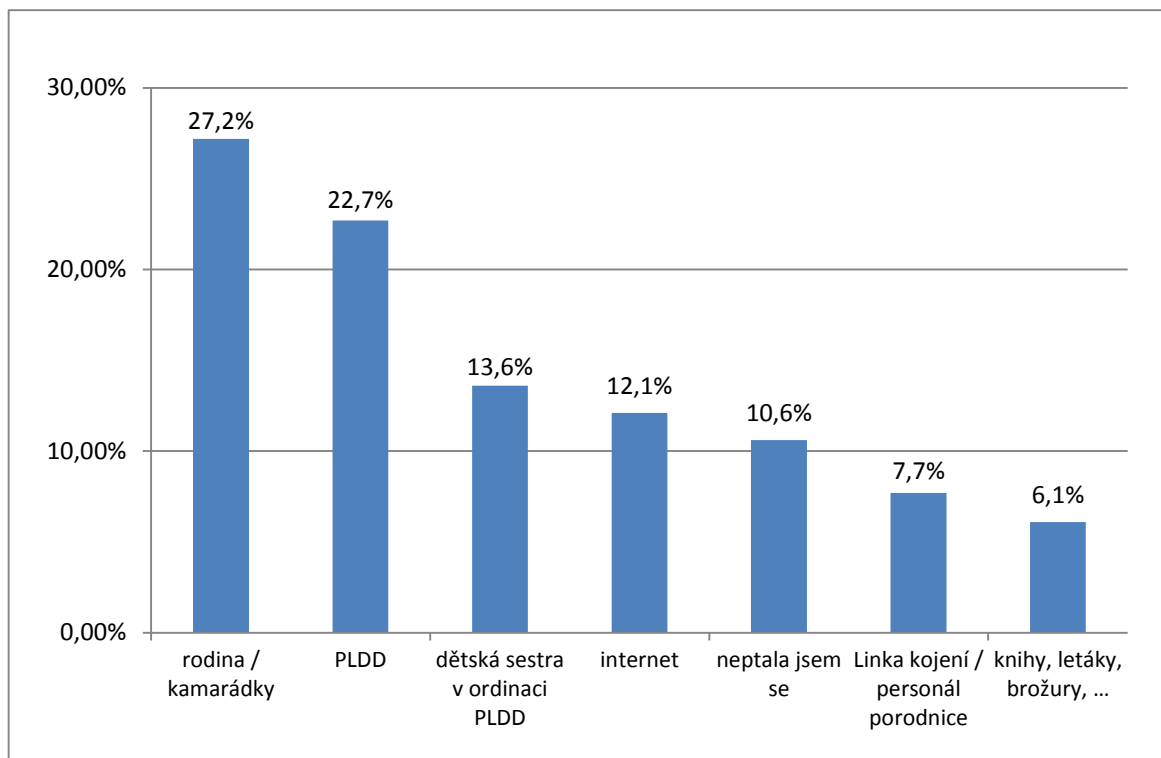


Obrázek 4: Graf - Délka kojení

6. Na koho jste se po propuštění z porodnice obrátila s dotazy ohledně kojení?

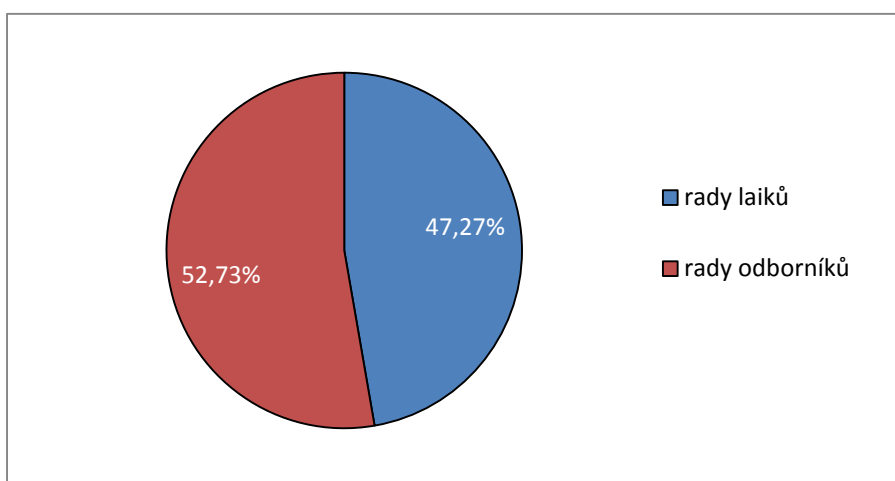
Zde měly matky možnost označit minimálně jednu a maximálně tři možnosti. Celkem bylo označeno 66 odpovědí ($n = 66$). Nejčastěji se ženy obracely na rodinu/kamarádky a to necelých 30 % ($n = 18$). Druhá nejčtenější skupina ($n = 15$) se radila s praktickým lékařem pro děti a dorost. Dalších odborníků se ptalo 20 % ($n = 14$), z toho dvě třetiny požádaly o radu dětskou sestru v ordinaci PLDD a třetina Linku kojení či personál porodnice. Na internetu nebo v tištěných informacích hledalo pomoc necelých 20 % matek ($n = 13$) a 7 žen se neptalo nikoho.

Žádná z respondentek se s dotazy ohledně kojení neobrátila na jiného laktačního poradce ani nevyužila jiný zdroj. (obr. č. 5)



Obrázek 5: Graf - Zdroj rad ohledně kojení – všechny možnosti

Dále jsem odpovědi matek ještě rozdělila na rady od odborníků a laiků (n = 55). Zde jsem zjistila, že většina žen se při potížích s kojením radila s odborníkem. (obr. č 6)



Obrázek 6: Graf - Zdroj rad ohledně kojení - odborníci/laici

7. Pokud jste využila po propuštění z porodnice Linku kojení, pak kolikrát?

Na tuto otázku odpovídalo 5 respondentek. Všechny využily Linku kojení pouze jednou a rada jim pomohla a stačila. (tab. č. 5)

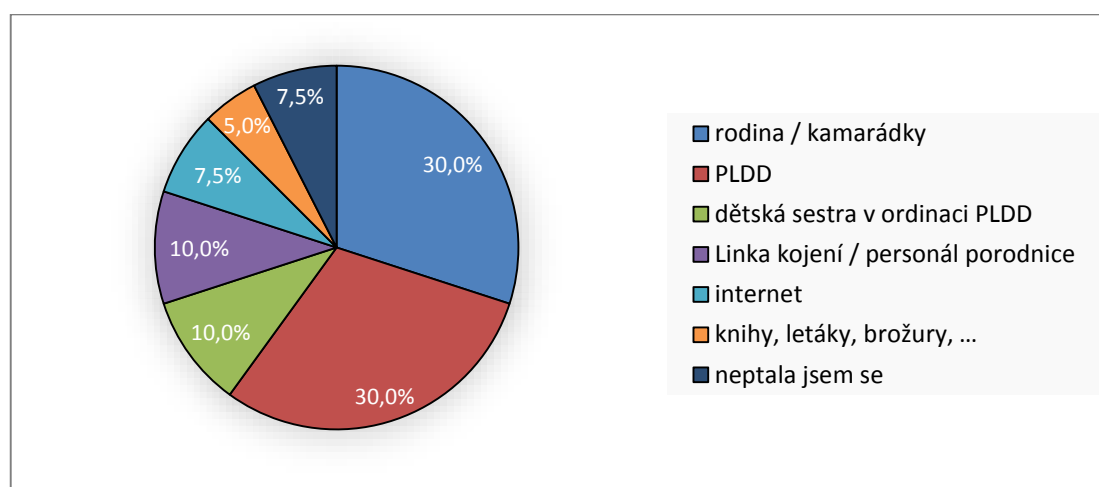
Tabulka 5: Využití rad Linky kojení

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
pouze 1x a rada mi pomohla a stačila	5	100%
pouze 1x a rada mi nepomohla	0	0%
více než 1x a rady mi pomáhaly	0	0%

8. Které rady byly pro Vás nejpřínosnější?

Pro zhruba třetinu žen (n = 12) byly nejpřínosnější rady od kamarádek či rodiny, shodný počet nejlépe ocenil rady praktického lékaře pro děti a dorost. Desetina matek (n = 4) nejlépe hodnotila rady dětských sester v ordinaci PLDD a rovněž desetina nejvíce pomohly rady Linky kojení / personálu porodnice. Informace získané z internetu, nebo v tištěné podobě ocenilo celkem 12,5 % (n = 5) respondentek.

Žádné informace nevyhledaly 3 z dotázaných žen. (obr. č. 7)

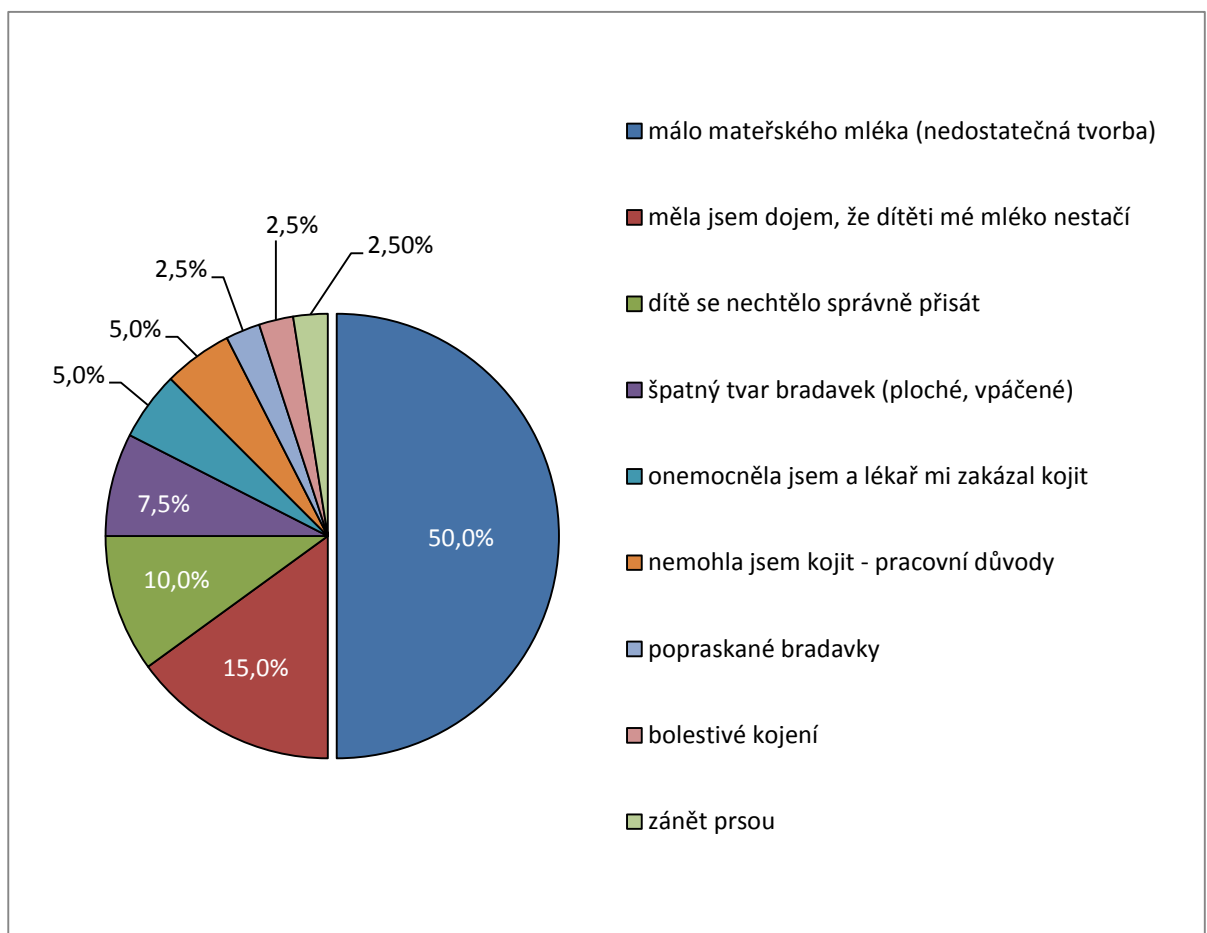


Obrázek 7: Graf - Nejpřínosnější rady ohledně kojení

9. Jaký byl důvod ukončení kojení?

Touto otázkou jsem zjišťovala subjektivní důvody předčasného ukončení kojení. Celá polovina (ni = 20) matek uvedla, že měly málo mateřského mléka z důvodů jeho nedostatečné tvorby. Dojem, že dítěti množství jejich mléka nestačí, mělo 6 žen. V desetině případů se dítě špatně přisávalo k prsu (ni = 4) a špatný tvar bradavek uvedly 3 ženy. Další desetina sama ukončila kojení, polovina ze zdravotních důvodů (onemocnění matky) a stejný počet uvedlo pracovní důvody. Popraskané bradavky, bolestivé kojení a mastitidu uvedla vždy jedna matka pro každou z možností.

Ani jedna z respondentek předčasně neukončila kojení z důvodů retence mléka či onemocnění dítěte. Stejně tak žádná z matek si nemyslí, že by kojení nebylo pro dítě důležité. (obr. č. 8)



Obrázek 8: Graf - Důvody ukončení kojení

10. Používala jste v době kojení dudlík?

Používání dudlíku v období kojení potvrdila necelá polovina oslovených matek ($n_i = 8$). Více než 50 % žen však u svého dítěte dudlík nepoužívalo. (tab. č. 6)

Tabulka 6: Používání dudlíku

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	18	45,00%
ne	22	55,00%

11. Byla Vám vyšetřena prsa v těhotenství s cílem předejít problémům při kojení?

Otázka zaměřená na prenatální péči o kojení odhalila, že naprosté většině žen ($n_i = 38$) nebyl nikým vyšetřen stav prsní žlázy a bradavek. Pouze dvěma matkám vyšetřil prsa gynekolog v těhotenské poradně jako prevenci problémů s kojením. (tab. č. 7)

Tabulka 7: Prenatální vyšetření stavu prsů

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ne	38	95,00%
ano	2	5,00%

12. Jste prvorodička?

Z analýzy výsledků vyplynulo, že více jak polovina dotázaných žen ($n_i = 21$) byly prvorodičky a necelá polovina matek ($n_i = 19$) již v minulosti rodily. (tab. č. 8)

Tabulka 8: Četnost prvorodiček

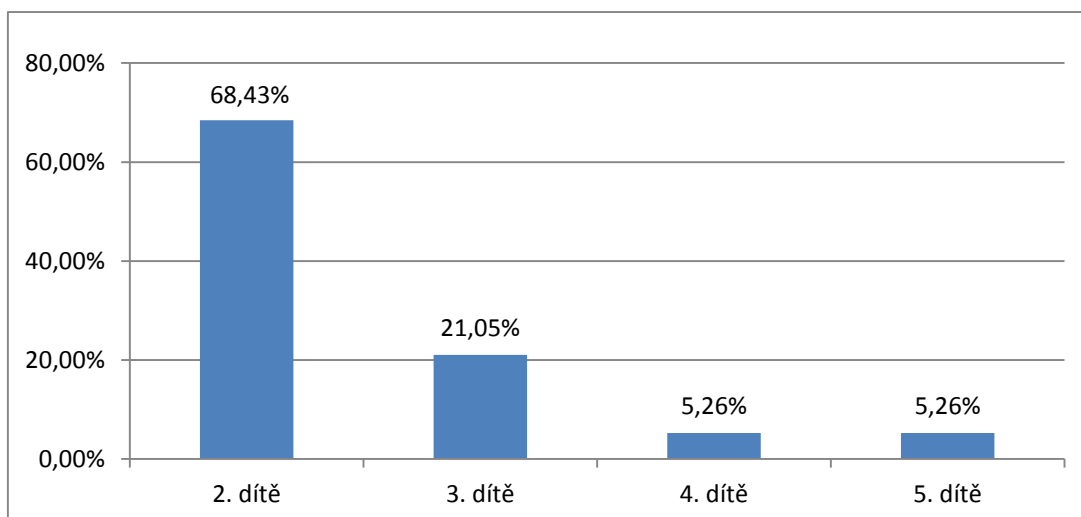
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
ano	21	52,50%
ne	19	47,50%

13. Kolikáté je toto Vaše dítě?

Na tuto otázku odpovídalo 19 respondentek.

Z vybrané skupiny jich dvě třetiny ($n_i = 13$) mělo druhé dítě a více jak 20 % ($n_i = 4$) mělo třetí dítě.

Čtvrté dítě měla 1 žena a stejně tak dítě páté. (obr. č. 9)



Obrázek 9: Graf - Počet dětí (n = 19)

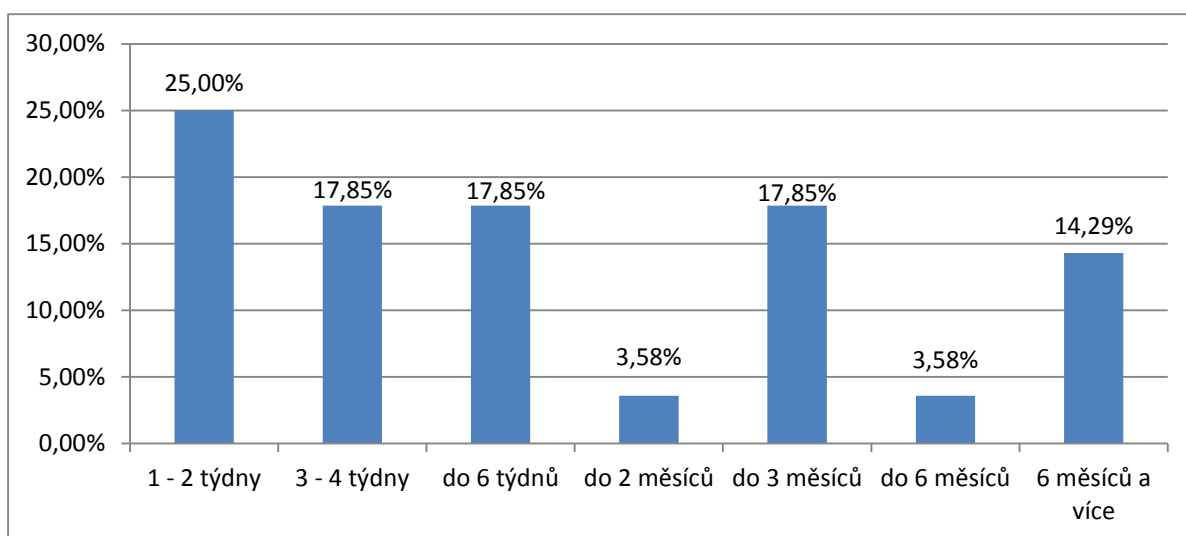
14. Kojila jste předchozí dítě / děti?

Vybraná skupina 19 matek, které měly více než jedno dítě, měla celkem dalších 28 dětí. V této otázce matky do tabulky v dotazníku označily délku kojení předchozího dítěte / předchozích dětí.

Čtvrtina z celkového počtu dalších dětí byla kojena pouze 1 - 2 týdny. Necelých 18 % (ni = 5) jen 3 - 4 týdny a stejný počet dětí bylo kojeno do 6 týdnů i do 3 měsíců. Jedno z dětí bylo kojeno do 2 měsíců a jedno do 6 měsíců věku. Kojení nad 6 měsíců bylo dodrženo u necelých 15 % (ni = 4) dětí.

Žádná z matek neuvedla možnost *vůbec nekojila*, ani *pouze v porodnici*, z čehož vyplývá, že všechny z výše uvedených dětí byly alespoň minimální dobu kojeny.

Na obrázku č. 10 jsou četnosti uvedeny v pořadí podle délky kojení. (n = 28)



Obrázek 10: Graf - Délka kojení předchozích dětí

15. Pokud byste měla další dítě, zkusila byste jej kojit?

Zde jsem chtěla zjistit, jaký mají respondentky vztah ke kojení. Zda nebyly svými neúspěchy a obtížemi s kojením odrazeny od pokusů kojit další možné děti.

Z odpovědí vyplynulo, že většina matek (ni = 34) by své případné další dítě rozhodně kojila. Odpověď *spíše ano* vybrala desetina žen a možnost *nevím* či *spíše ne* vždy jedna matka

Možnost *vůbec ne* nevybrala žádná z respondentek. (tab. č. 9)

Tabulka 9: Případné kojení dalšího dítěte

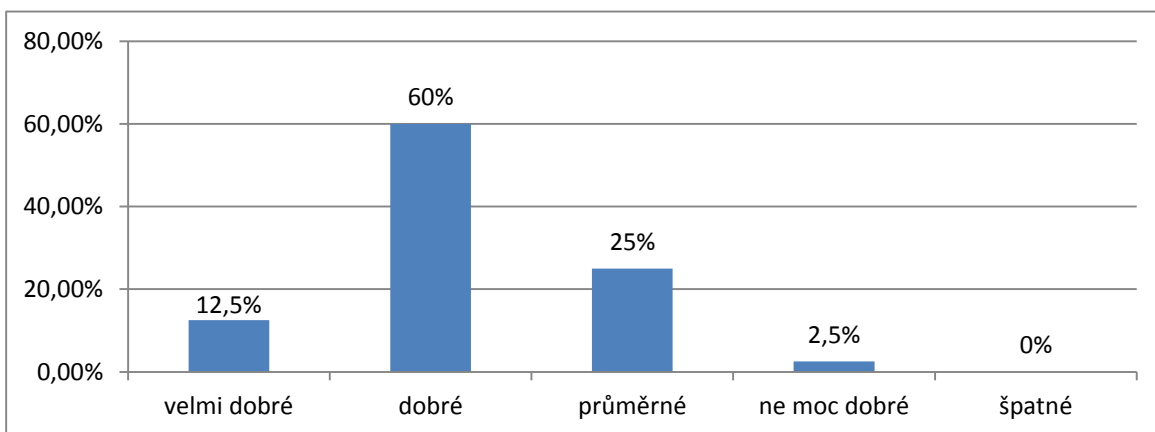
odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
rozhodně ano	34	85,0%
spíše ano	4	10,0%
nevím	1	2,5%
spíše ne	1	2,5%
vůbec ne	0	0,0%

16. Jak byste ohodnotila Vaše životní podmínky obecně?

Životní podmínky obecně znamenaly především úroveň bydlení, finanční situaci či spokojenost v rodině. Respondentky tím subjektivně hodnotily svoji socioekonomickou situaci a svoji spokojenost s ní.

Nejčtenější odpověď byla *dobré* a to téměř dvě třetiny respondentek ($n_i = 24$). Velmi dobře své obecné životní podmínky hodnotilo více jak 10 % matek ($n_i = 5$). Průměrné socioekonomické podmínky uvedla čtvrtina dotázaných a jedna žena považuje své životní podmínky za *ne moc dobré*.

Ani jedna z oslovených žen nepocituje, že by žila ve špatných socioekonomických podmínkách, nebo byla v rodině nespokojená. (obr. č. 11)



Obrázek 11: Graf - Hodnocení životních podmínek

17. Jaké je Vaše vzdělání?

Nejpočetnější skupinou - více než polovina - byly matky se středním odborným vzděláním s výučním listem (ni = 21). Třetina respondentek absolvovala střední školu s maturitou.

Pouze základní vzdělání má více jak desetina žen (ni = 5) Vyššího odborného vzdělání, či vysokoškolského titulu dosáhlo necelých 10 % (ni = 3) žen. (tab. č. 10)

Tabulka 10: Nejvyšší dosažené vzdělání

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
základní	5	12,5%
vyučena	21	52,5%
SŠ s maturitou	13	32,5%
VOŠ	1	2,5%
VŠ	2	5%

18. Kolik je Vám let?

Nejmladší respondentce bylo 20 let a nejstarší 39 let. Věkový průměr všech žen byl 29,27 let a medián byl 28 let. Nejčetnější skupinou byly matky ve věku 25 až 29 let (ni = 17). Čtvrtina respondentek (ni = 10) byla ve věku 35 až 39 let. Ve věku 30 až 34 let bylo necelých 20 % žen a nejméně žen bylo mezi 20 a 24 lety. (tab. č. 11)

Tabulka 11: Věkové skupiny respondentek

věk	absolutní četnost	relativní četnost
20 - 24 let	6	15%
25 - 29 let	17	42,5%
30 - 34 let	7	17,5%
35 - 39 let	10	25%

7 Diskuze

7.1 Výzkumná otázka č. 1

Jaké důvody předčasného ukončení kojení budou uvádět oslovené matky?

Dotazem v otázce č. 9 na konkrétní důvod předčasného ukončení kojení mne v odpovědích udivilo, že celá polovina oslovených žen uvádí nedostatečnou tvorbu mateřského mléka. V 15 % uvádějí, že měly pocit, že množství jejich mléka dítěti nestačí a desetina respondentek měla problémy se správným přísátím dítěte. Souhrnně lze říci, že většina oslovených matek měla problém s technikou kojení.

Nedostatečnou tvorbu mateřského mléka literatura uvádí jako velmi vzácnou. Ve většině případů jde o špatný přenos mateřského mléka způsobený především nesprávnou technikou kojení, omezeným kojením anebo zmatením dudlíkem. Používání dudlíků, nebo podávání jiných tekutin u plně kojených dětí není vhodné, protože technika sání z prsu a sání z lahve je odlišná a kojeneček tím bývá zmaten. Navíc sání z lahve je pro dítě snadnější a je riziko, že bude později prs odmítat. (Schneidrová a kol., 2006)

Dále jsem se otázkou č. 10 ptala, zda v období kojení dávaly svému dítěti dudlík. Téměř polovina matek dudlík dítěti dávala. Zaměřením se na rizikovou skupinu dětí s dudlíkem jsem neshledala významnější rozdíly v délce kojení oproti dětem, které dudlík nedostávaly.

7.2 Výzkumná otázka č. 2

V jakém věku dítěte respondentky nejčastěji ukončily kojení?

Této výzkumné otázce je věnována dotazníková otázka č. 5. Odpovědi ukázaly, že nejvíce oslovených matek nekojilo své dítě déle než 2 měsíce. Také jsem otázkami č. 12 až 14 zjišťovala, jaké mají matky předchozí zkušenosti s kojením. Necelá polovina oslovených žen již v minulosti rodila a nejčastěji měly 2 děti. Nejvíce předchozích dětí bylo kojeno maximálně do 6 týdnů věku dítěte. Průměrná délka kojení posledního dítěte je necelých 6 týdnů. Lze tedy ve sledovaném souboru považovat tento věk za rizikový.

Výzkum Národního laktačního centra z roku 2009 zkoumal podíly kojených dětí v letech 2000 až 2006. Ve všech krajích došlo v tomto období k nárůstu počtu dětí, které byly kojeny

jen do 6 týdnů věku. Data byla převzata z Ročního výkazu o činnosti PLDD. Pohledem do těchto výkazů z dalších let je sice patrný postupný pokles počtu dětí kojených do tohoto věku, ovšem procento je stále relativně vysoké. Od roku 2006 kleslo pouze o necelých 1,5 %. (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2009; ÚZIS 2013)

7.3 Výzkumná otázka č. 3

Jak se připravovaly respondentky na laktaci před porodem? (vyšetření prsů, návštěva předporodního kurzu)

Této výzkumné otázce se věnují otázky č. 3 a 11 a zajímám se jimi o prenatální vyšetření stavu prsů a návštěvu předporodního kurzu.

V dotazníku jsem se v otázce č. 11 respondentek ptala, zda jim byla v těhotenství vyšetřena prsa s cílem předejít problémům při kojení. Při vyhodnocování dotazníků mne překvapila odpověď 95 % žen, které uvedly, že jim prsa v těhotenství vyšetřena nebyla. Pouze dvěma ženám prsy vyšetřil gynekolog při návštěvě prenatální poradny. Z otázky č. 9 navíc vyplynulo, že vpáčené či ploché bradavky mělo 7,5 % (ni = 3) respondentek.

Každá žena by v průběhu fyziologického těhotenství měla absolvovat zhruba 8 - 10 návštěv v těhotenské poradně. Během základního vyšetření, které se opakuje při každé návštěvě, se kontroluje krevního tlak, puls, tělesná teplota, moč chemicky, váha a jiné. Součástí vyšetření těhotné v prvním trimestru by mělo být i vyšetření prsů. Toto vyšetření se provádí nejen jako prevence karcinomu prsu, ale také s cílem včasného odhalení anatomických zvláštností prsů či bradavek. Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 70/2012 Sb. je klinické vyšetření prsů povinnou součástí gynekologické preventivní prohlídky u žen nad 25 let s pozitivní rodinnou anamnézou na karcinom prsu. (MVČR, 2012) Vyhláška však povinně nenařizuje vyšetření prsů v prenatální poradně. Toto vyšetření je pouze doporučováno v literatuře jako součást odběru anamnézy při vystavování těhotenské průkazky. (Čech, 2006) Je tedy na každém gynekologovi, zda prsy těhotné ženě vyšetří, nebo zda se na stav prsů a bradavek pouze zeptá.

V otázce č. 3 mne zajímalo, zda matky navštívily předporodní kurz. Pouze 15 % z oslovených žen jej absolvovalo. Všechny oslovené respondentky rodily v porodnici s akreditací BFH, která tyto kurzy nabízí. Ženy, které navštívily předporodní kurz, byly téměř všechny prvorodičky a nejčastěji své dítě kojily 2 měsíce.

Základní příprava na porod by měla být dostupná všem ženám, které o ni projeví zájem. Většina porodnic, s akreditací BFH či bez ní, předporodní kurzy nabízí. V tomto kurzu jsou ženě podány informace o průběhu porodu i o možnosti využití relaxačních pomůcek. Seznámí je s prostředím porodnice a oddělení šestinedělí. Dále jsou ženy seznámeny s průběhem těhotenství, změnami v těle i psychice a jsou poučeny o základní péči o dítě a průběhu šestinedělí. Kurz by měla vést zkušená porodní asistentka, která má minimálně tříletou praxi na porodnici. Kurzy by měly probíhat formou diskuze a praktických ukázek, včetně nácviku chování při porodu. Obsah jednotlivých kurzů je individuální dle možností jednotlivých pracovišť. Narůstá také počet privátních kurzů, které mají odlišnou náplň i strukturu. (Roztočil a kol., 2008)

Z odpovědí respondentek jsem došla k závěru, že byly nedostatečně vyšetřeny s cílem předejít problémům s kojením. Nebyly včas odhaleny anatomické zvláštnosti bradavek, které po porodu ztížily správné přisátí dítěte. Většina matek nevyužila možnost absolvovat předporodní kurz, kde by mohly získat další informace i v péči o prsy a laktaci.

7.4 Výzkumná otázka č. 4

Byly matky spokojeny s péčí o laktaci v porodnici?

Z odpovědí na otázku č. 4 vyšlo najevo, že pro většinu žen byl nácvik kojení v porodnici srozumitelný. Desetina měla s pochopením edukace problém a jedna matka ji vůbec nepochopila. Tato matka však využila linku kojení a rada jí pomohla a celkově své dítě kojila 3 měsíce. Porodnice s akreditací BFH musí dodržovat 10 kroků k úspěšnému kojení. Úroveň dodržování těchto kroků však může být časem snižena. Jejich recertifikace by měla probíhat každé 3 roky, v ČR však ještě není dobře zavedena její pravidelnost. (Mydlilová a kol., 2011) Personál porodnice by měl pravidelně absolvovat školicí programy, aby se udržela a nadále zvyšovala jeho odborná úroveň. Spokojenost oslovených matek s nácvikem kojení na porodnici by mohla vést k závěru, že edukace byla kvalitní a pro matky srozumitelná. Ovšem nebylo to ověřováno objektivními metodami.

Dotazem č. 15 mne zajímalo, jaký mají ke kojení vztah. V odpovědích mne potěšilo zjištění, že téměř všechny ženy by své budoucí dítě kojit chtěly. Všeobecné povědomí matek, že je mateřské mléko pro dítě důležité a nenahraditelné, je evidentní. I matky, které mají více dětí a předčasně ukončily jejich kojení, by své případné další dítě opět chtěly kojit a nenechaly se

svými neúspěchy s kojením odradit. Problematické marketingové praktiky, které idealizují umělou kojeneckou výživu, či vydávají velké množství brožur obsahujících jen okrajové informace o kojení a rozsáhlé o umělé výživě, mohou matky při problémech s kojením ovlivnit natolik, že snahy o udržení laktace vzdají. (Lhotská, 2006) Jedním z hlavních pozitivních faktorů kojení, kterým jsou matky zajisté velmi ovlivněny, je jeho finanční nenáročnost. (Mydlilová, 2011)

7.5 Výzkumná otázka č. 5

Jak oslovené ženy získávaly rady při potížích s kojením po propuštění z porodnice?

V otázkách č. 6, 7 a 8 se zaměřuji na zdroj informací, kde matky hledaly pomoc s obtížemi při kojení a které rady byly pro ně nejpřínosnější.

Z analýzy výsledků vyplynulo, že nejčastěji se ženy pro radu obrátily na rodinu či kamarádky, nebo na ordinaci PLDD, a to ve srovnatelném poměru. Podobné výsledky jsou i při dotazu, které rady byly pro ně nejpřínosnější. Informace od odborníků činily celou polovinu nejpřínosnějších rad. Matky, které využily Linku kojení (všechny pouze jednou a rada byla dostačující), kojily své dítě v průměru 2 měsíce. Linky kojení jsou zřizovány téměř ve všech BFH porodnicích. Podávají matkám informace nejen ohledně kojení, ale i váhy dítěte, nebo radí v péči o prsy. Kontakt na linku kojení dostávají matky při propuštění z porodnice, nebo mohou využít Národní linku kojení. Kontakt lze snadno najít na internetu na stránkách Laktační ligy. Zde je možné také využít Poradnu, která však neporadí matkám v momentě, kdy radu potřebují, ale s určitým zpožděním. (Laktační liga, 2012)

Dále jsem porovnávala délku kojení žen, kterým nejvíce pomohly rady od odborníků, a žen, které nejvíce ocenily rady laiků, nebo písemné informace. Výsledky ukázaly, že první jmenovaná skupina žen kojila průměrně 8,5 týdne a druhá jen 5,8 týdne.

Pravidelné konference a školení laktačních poradců zaručuje udržení kvality informací a rad, které poradci předávají matkám. Na stránkách Laktační ligy si matky mohou najít laktační poradkyni z řad zdravotníků i matek podle místa bydliště. Seznam je pravidelně aktualizován, poradkyně, které neabsolvovaly školení Laktační ligy 2 roky a déle jsou ze seznamu vyřazeny. (Laktační liga, 2012) Ve sledovaném souboru najdeme i ženy, které nevyhledaly

žádné informace ani rady. Tyto matky své dítě kojily jen 1 – 2 týdny, měly doma většinou ještě jedno dítě a všechny patřily do kategorie starších matek.

7.6 Výzkumná otázka č. 6

Lze najít možné související faktory předčasného ukončení kojení u sledovaných žen?

V otázkách č. 2, 16, 17, 18 se respondentek dotazuji na podrobnosti z jejich osobního života – s kým žijí ve společné domácnosti, jaké jsou jejich socioekonomické podmínky, počet dětí, vzdělání či věk. Hledala jsem možné rizikové faktory, které mohly přispět k předčasnému ukončení kojení.

Matky samoživitelky kojily své dítě průměrně 4 týdny oproti ženám, které žijí s partnerem. Průměrná délka kojení u těchto žen je 7,5 týdne. Téměř všechny samoživitelky byly prvorodičky. Matky bez partnera jsou uvedeny v literatuře jako možný rizikový faktor časného ukončení kojení. (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2008) Obecné životní podmínky (úroveň bydlení, finanční situaci, spokojenost v rodině) hodnotily matky v jedné otázce dle vlastního subjektivního pocitu. Ženy, které na tuto otázku odpověděly *velmi dobře*, kojily průměrně necelých 6 týdnů a jejich věkový průměr byl okolo 30 let. Podobné výsledky jsou i u skupiny, která své životní podmínky ohodnotila jako *průměrné*. Nejvíce respondentek považuje své socioekonomické podmínky za *dobré*. Svě dítě kojily průměrně 7,5 týdne a průměrný věk byl 28 let. Jedna respondentka však ohodnotila svou životní situaci jako *ne moc dobrou*. Tato žena byla samoživitelka, své dítě kojila 4 týdny a bylo jí 31 let.

Vzhledem k nepoměru počtu respondentek jednotlivých skupin však nelze tyto výsledky považovat za statisticky významné ve sledovaném souboru.

Dále jsem porovnávala délku kojení s ohledem na nejvyšší dosažené vzdělání matky. Pozitivní vliv na délku kojení má vyšší vzdělání matky. Jako rizikové faktory je možné považovat velmi nízký věk (pod 20 let) a nízké vzdělání matky (Mydlilová, Šípek, Wiesnerová, 2008)

Ženy se základním vzděláním kojily průměrně 3 týdny a jejich průměrný věk byl 28 let. Nejčetnější skupinou byly matky s výučním listem. Jejich průměrný věk byl 29 let a kojení ukončily po necelých 6 týdnech. Další početnou skupinou byly středoškolačky, které své dítě kojily zhruba 8 týdnů. Průměrný věk této skupiny respondentek činil 29 let. Poslední skupinou byly matky s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Průměrná délka

kojení byla 3,5 měsíce a jejich průměrný věk činil 32 let. Data z publikace ÚZIS ukazují vyšší počet rodiček ve věku nad 30 let. Dále lze vidět klesající podíly rodiček s nižším vzděláním a naopak vzestup rodiček s vysokoškolským titulem. (ÚZIS, 2013) Všechny respondentky s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním ve sledovaném souboru byly prvorodičky. Nízký věk matky a nižší vzdělání bývají rizikové faktory pro časně ukončení kojení. Všechny studie však tuto hypotézu nepotvrzují. (Bajerová, Hrstková, 2009)

Posledním zkoumaným parametrem byl počet dětí. Poměr primipar a multipar ve sledovaném souboru byl vcelku vyrovnaný (52,5 % : 47,5 %). Prvorodičky své dítě kojily průměrně necelé 2 měsíce a ženy s více dětmi jen necelých 6 týdnů. Věkový průměr první skupiny byl 28 let a druhé 31 let. Nejmladší prvorodičce bylo 20 let a nejstarší 38 let. Mezi ženami s více dětmi bylo nejmladší 23 let a měla dvě děti, nejstarší bylo 39 let a měla 3 děti. Všechny ženy se 3 – 5 dětmi kojily průměrně 5 týdnů a byly ve věku 35 – 39 let. Mateřství v pozdním věku v současné době fenoménem a bývá spojováno s moderním životním stylem, budováním kariéry nebo s hledáním vhodného partnera. Celosvětově stoupá věk prvorodiček. Tento trend je však spojen i s vyšším výskytem rizik pro matku i dítě. (Bímová, 2007)

Celkovým pohledem na sledovaný soubor oslovených matek jsem vytvořila obecný profil respondentky. Jedná se o prvorodičku ve věku 25 – 27 let, žijící s partnerem. Tato žena absolvovala střední odborné učiliště, svoje životní podmínky hodnotí jako dobré. V těhotenství jí nebyla vyšetřena prsa, ani nenavštívila předporodní kurz a nácvik kojení v porodnici považovala za dostatečně srozumitelný. Svě dítě kojila zhruba 4 týdny a kojení ukončila pro nedostatek mateřského mléka. Dítěti v období kojení dávala dudlík. Rady ohledně kojení získala od rodiny či kamarádek a dále se ptala svého obvodního pediatra, jeho rady byly pro ni nejpřínosnější.

Vztah českých matek ke kojení je velmi kladný, většina těhotných má v plánu své dítě kojit. Ne všechny však svého cíle dosáhnou. V těhotenství si problémy s kojením téměř nepřipouští a malé procento žen navštíví předporodní kurzy. Bylo by vhodné se v budoucích výzkumech zaměřit na důvody malé návštěvnosti těchto kurzů a na edukaci kojení ještě před porodem. Zjišťovala bych podrobněji důvody ukončení kojení se zaměřením na techniku kojení. Budou – li ženy edukovány ještě v těhotenství, budou připraveny na kojení s plochými, či vpáčenými bradavkami. Pokud matky pochopí fyziologii laktace, budou umět správně pečovat o nalité prsy. Nebudou zaskočeny změnou konzistence či množství mléka právě v době okolo 4 až 6 týdnů po porodu ani je tolik nepřekvapí jiné potíže s kojením.

Závěr

Jako dětská sestra v ordinaci PLDD a zároveň laktační poradkyně se s potížemi s laktací zdravých matek i dětí setkávám velmi často. Z tohoto důvodu je práce zaměřena především na tuto skupinu. Většina dnešních matek je připravena své dítě kojit co nejdéle. Na obtíže s laktací jsou většinou připraveny matky s rizikovým těhotenstvím, či jinou patologií, ale zdravé matky s fyziologickým novorozencem bývají potížemi zaskočeny. Cílem bakalářské práce bylo zjistit důvody předčasného ukončení kojení a v jakém věku se tak stalo a odpovědět na výzkumné otázky zaměřené na prenatální i postnatální péči o laktaci.

Ve sledovaném souboru matek jsem zjistila skutečnosti, které by bylo možné označit jako rizikové faktory předčasného ukončení kojení. Rizikovým obdobím je věk dítěte okolo 6 týdnů, nižší vzdělání matky a matky žijící bez partnera. Nejčastějším problémem s kojením matky udávají nedostatek mateřského mléka. Přestože se edukace na porodnici zdá matkám jako dostatečně srozumitelná, malé procento matek vyhledá později radu Linky kojení, kterou porodnice provozuje. Více se ženy radí s rodinou či kamarádkami. Nejlepší rady však nakonec matky získaly od odborníků.

Do budoucna by bylo přínosné i nadále rozšiřovat řady laktačních poradců o porodní asistentky na porodnických odděleních a o sestry z ordinací praktických gynekologů a pediatrů. To jsou totiž místa, kde ženy hledají a očekávají radu či pomoc. Předporodní kurzy by mělo navštěvovat více matek a edukace by měla být zaměřena nejen na samotný porod, ale i na delší období po něm s důrazem na správnou techniku kojení a udržení zdravé laktace. Dobře a včas edukované matky budou své dítě déle kojit.

Soupis bibliografických citací

1. BAJEROVÁ, K.; HRSTKOVÁ, H. Přístup ke kojení v ordinace PLDD v letech 1985 - 2001. *Česko-slovenská pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 1, s. 12-17. ISSN 0069-2328.
2. BÍMOVÁ, I. Psychologická studie motivů pozdního těhotenství. *E-psychologie, elektronický časopis ČMPs*, 2007, roč. 1, č. 1. ISSN 1802-8853. Přístupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/bimova.pdf>
3. BRONSKÝ, J. Probiotické kmeny v mateřském mléce - mýtus nebo skutečnost?. *Česko - slovenská pediatrie*. 2009, roč. 64, č. 13, s. 648-652. ISSN 0069-2328.
4. BURIANOVÁ, I., a kolektiv. *Nové pohledy na výživu novorozenců a kojenců*. 1. vyd. Solen Print, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-903776-8-4.
5. ČECH, E. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
6. KLIMOVÁ, A. *Kojení dar pro život*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-490-8.
7. KUDLOVÁ, E.; MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1039-0.
8. Laktační liga. *O laktační lize*, [online]. 2012, Praha, [cit. 2012-12-22]. Přístupné z: <http://www.kojeni.cz/liga.php>
9. Laktační liga. Odborné texty. *Výhody kojení*, [online]. 2012, Praha, [cit. 2012-12-22]. Přístupné z: <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=23>
10. MVČR. Sbirka zákonů. *Vyhláška č. 70/2012 O preventivních prohlídkách*. [online]. 2012, Praha, [cit. 2013-03-20]. Přístupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=70/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
11. MYDLILOVÁ, A. Výtah z Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka. *Porodní asistence*, 2006, roč. II., č. 3, s. 27-28. ISSN 1801-5808.
12. MYDLILOVÁ, A. *Standardní pokyny pro kojení v ČR*. Praha, 2011.
13. MYDLILOVÁ, A., a kolektiv. Regionální rozdíly v počtu kojených dětí při propuštění z porodnice v ČR v letech 2000-2006. *Česko-slovenská pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 1, s. 4-11. ISSN 0069-2328.
14. MYDLILOVÁ, A., a kolektiv. Srovnání podílů kojených dětí v Baby-friendly a ostatních porodnicích ČR v letech 2000 až 2006. *Česko-slovenská pediatrie*, 2011, roč. 66, č. 4, s. 207-214. ISSN 0069-2328.
15. MYDLILOVÁ, A.; ŠÍPEK, A.; WIESNEROVÁ, J. Regionální rozdíly v podílech kojených dětí ve věku 6 týdnů, 3 a 6 měsíců v ČR v letech 2000 až 2006. *Česko-slovenská pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 10, s. 182-191. ISSN 0069-2328.
16. MYDLILOVÁ, A.; ŠÍPEK, A.; WIESNEROVÁ, J. Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004 v ČR. *Česko-slovenská pediatrie*, 2008, roč. 63, č. 4, s. 182-191. ISSN 0069-2328.
17. ROZTOČIL, A., a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
18. SCHNEIDROVÁ, D., a kolektiv. *Kojení. Nejčastější problémy a jejich řešení*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1308-X.
19. ŠRÁČKOVÁ, D. Historie kojení I. *Praktická gynekologie*. 2004, roč. 2004, č. 3, s. 2224. ISSN 1211-6645.
20. ŠRÁČKOVÁ, D. Historie kojení II. *Praktická gynekologie*. 2004, roč. 2004, č. 4, s. 26-28. ISSN 1211-6645.
21. ŠVEJCAR, J. *Kojení - dar nejcennější*. 1. vyd. Praha: ÚZV, 1988.

22. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0512-5.
23. UNICEF. Childinfo.org: Statistics by area. *Breastfeeding*. [online]. 2009, aktualizováno 1/2009. [cit. 2013-02-18]. Přístupné z: http://www.childinfo.org/breastfeeding_countrydata.php
24. UNICEF. Children in an Urban World. *Nutrition*. [online]. 2012, aktualizováno 11. 1. 2012. [cit. 2013-02-18]. Přístupné z: <http://www.unicef.org/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-TABLE-2-NUTRITION.pdf>
25. ÚZIS ČR. Činnost praktických lékařů pro děti a dorost. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech*, [online]. 2013, [cit. 2013-02-02]. Přístupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>
26. ÚZIS ČR. Rodička a novorozenec 2011. *Publikace*. [online]. 2013, aktualizováno 24.1.2013 [cit. 2013-04-15]. Přístupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2011>
27. WEIGERT, V. *Všechno o kojení*. 1. vyd. Praha: Port. 1, 2006. ISBN 80-7367-071-2.
28. WHO. WHO Statistical Information System. *World Health Statistics 2009*. [online]. 2009, aktualizováno 18. 5. 2009. [cit. 2013-02-19]. Přístupné z: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Graf - Struktura dětí podle délky kojení	27
Obrázek 2: Graf - Osoby žijící ve společné domácnosti	31
Obrázek 3: Graf - Srozumitelnost návčiku kojení v porodnici	32
Obrázek 4: Graf - Délka kojení	33
Obrázek 5: Graf - Zdroj rad ohledně kojení – všechny možnosti	34
Obrázek 6: Graf - Zdroj rad ohledně kojení - odborníci/laici	34
Obrázek 7: Graf - Nejprínosnější rady ohledně kojení	35
Obrázek 8: Graf - Důvody ukončení kojení	36
Obrázek 9: Graf - Počet dětí.....	38
Obrázek 10: Graf - Délka kojení předchozích dětí	39
Obrázek 11: Graf - Hodnocení životních podmínek	40

Seznam tabulek

Tabulka 1: Obsah základních živin v g/100 ml v mlezivu, zralém mléce a kravském mléce	14
Tabulka 2: 10 kroků k úspěšnému kojení	19
Tabulka 3: Pohlaví dítěte	31
Tabulka 4: Navštívení předporodního kurzu.....	32
Tabulka 5: Využití rad Linky kojení.....	35
Tabulka 6: Používání dudlíku	37
Tabulka 7: Prenatální vyšetření stavu prsů	37
Tabulka 8: Četnost prvorodiček	38
Tabulka 9: Případné kojení dalšího dítěte	40
Tabulka 10: Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Tabulka 11: Věkové skupiny respondentek	41

Seznam použitých zkratek

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

BFH - Baby Friendly Hospital

BFHI - Baby Friendly Hospital Initiative

CNS - centrální nervový systém

GIT - gastrointestinální trakt

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HTLV - Human T-lymphotropic virus

PLDD - Praktický lékař pro děti a dorost

TBC - Tuberkulóza

UNICEF - The United Nations Children's Fund

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO - World Health Organisation

Seznam příloh

Příloha A: Polohy při kojení

Příloha B: Typy bradavek a test vytažitelnosti bradavek

Příloha C: Dotazník

Příloha A

Polohy při kojení (zdroj: Mydlilová, 2011, Laktační liga)

Poloha vleže na boku



Poloha vsedě



Boční poloha



Poloha tanečnicka



V polosedě s podloženýma nohama



Vleže na zádech



Vzpřímená vertikální poloha

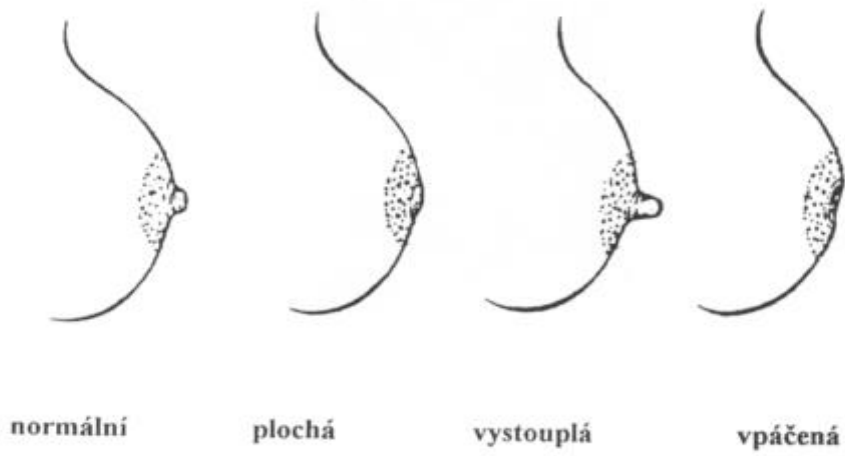


Kojení dvojčat



Příloha B

Typy bradavek (zdroj: Mydlilová, 2011)



Test vytažitelnosti bradavek (zdroj: Mydlilová, 2011)



Příloha C

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Alena Zahradníková, pracuji jako dětská sestra v ordinaci Praktického lékaře pro děti a dorost v Broumově a studuji Fakultu zdravotnických studií Univerzity Pardubice obor Všeobecná sestra. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce, ve které se zabývám problémy s kojením.

Dotazník je anonymní, proto Vás žádám o pravdivé odpovědi. Pečlivě si přečtěte otázky a označte jednu možnost, která je Vám nejbližší. Pokud bude možné označit více odpovědí, bude to uvedeno u otázky.

Za vyplnění Vám velice děkuji.

Alena Zahradníková

1. **Jakého pohlaví je Vaše dítě?** chlapec - děvče

2. **S kým žijete ve společné domácnosti?**
 - a) sama
 - b) s partnerem
 - c) sama s mými rodiči
 - d) s partnerem a mými rodiči
 - e) s partnerem a partnerovými rodiči
 - f) jiné (doplňte)

3. **Navštívila jste předporodní kurz?** ANO - NE

4. **Byl pro Vás nácvik kojení v porodnici dostatečně srozumitelný?** rozhodně ano - spíše ano - spíše ne - vůbec ne

5. **Jak dlouho jste Vaše dítě kojila?**
 - a) pouze v porodnici
 - b) 1-2 týdny
 - c) 3- 4 týdny
 - d) do 6 týdnů
 - e) do 2 měsíců
 - f) do 3 měsíců
 - g) do 4 měsíců
 - h) do 5 měsíců
 - i) 6 měsíců a více

6. **Na koho jste se po propuštění z porodnice obrátila s dotazy ohledně kojení? (vyberte min. 1, max. 3 možnosti)**
 - a) Linka kojení / personál porodnice
 - b) Praktický lékař pro děti a dorost (PLDD - „obvodní pediatr“)
 - c) dětská sestra v ordinaci PLDD
 - d) jiný laktační poradce
 - e) rodina / kamarádka
 - f) internet
 - g) knihy, letáky, brožury...
 - h) neptala jsem se
 - i) jiné (doplňte)

7. **Pokud jste využila po propuštění z porodnice Linku kojení, pak kolikrát?**

pouze 1x a rada mi nepomohla - pouze 1x a rada mi pomohla a stačila - více než 1x a rady mi pomáhaly

8. Které rady byly pro Vás nejpřínosnější? (vyberte nejlepší možnost)

- a) Linka kojení / personál porodnice
- b) Praktický lékař pro děti a dorost (PLDD-„obvodní pediatr“)
- c) dětská sestra v ordinaci PLDD
- d) jiný laktiční poradce
- e) rodina / kamarádky
- f) internet
- g) knihy, letáky, brožury...
- h) neptala jsem se
- i) jiné (doplňte)

9. Jaký byl důvod ukončení kojení?

- a) málo mateřského mléka (nedostatečná tvorba)
- b) měla jsem dojem, že dítěti mé mléko nestačí
- c) dítě se nechtělo správně přisát
- d) špatný tvar bradavek (ploché, vpáčené)
- e) popraskané bradavky
- f) bolestivé kojení
- g) zánět prsou
- h) zadržování mléka v prsou
- i) onemocněla jsem a lékař mi zakázal kojit (léky, špatný zdrav. stav,...)
- j) dítě onemocnělo a nemohla jsem jej kojit
- k) nemohla jsem kojit - pracovní důvody
- l) kojení, dle mého názoru, není pro dítě důležité (je jedno, zda kojím, nebo krmím umělou stravou)
- m) nechtěla jsem kojit (uvěďte proč)
- n) jiné (doplňte)

10. Používala jste v době kojení dudlík? ANO - NE

11. Byla Vám vyšetřena prsa v těhotenství s cílem předejít problémům při kojení?

NE - ANO: Kdo Vám je vyšetřil? (doplňte)

12. Jste prvorodička? ANO - NE

13. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla Ne: Kolikáté je toto Vaše dítě? (napíšte číslo)

14. Kojila jste předchozí dítě / děti? (označte křížkem možnost za každé předchozí dítě)

	vůbec nekojila	pouze v porodnici	1-2 týdny	3-4 týdny	do 6 týdnů	do 2 měsíců	do 3 měsíců	do 5 měsíců	6 měsíců a více
1. dítě									
2. dítě									
3. dítě									
další děti									

15. Pokud byste měla další dítě, zkusila byste jej kojit? rozhodně ano - spíše ano - nevím - spíše ne - vůbec ne

16. Jak byste ohodnotila Vaše životní podmínky obecně? (úroveň bydlení, finanční situace, spokojenost v rodině,...)

velmi dobré - dobré - průměrné - ne moc dobré - špatné

17. Jaké je Vaše vzdělání? základní - vyučena - střední škola s maturitou - VOŠ - VŠ

18. Kolik je Vám let? (napíšte číslo)