

Edukácia ženy o dojčení predčasne narodeného novorodenca

Zuzana Chlebanová

Bakalárska práca
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Zuzana Chlebanová**
Osobní číslo: **H17184**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Edukace ženy o kojení předčasně narozeného novorozence**

Zásady pro vypracování

Rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kojení předčasně narozených novorozenců.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumného šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Jazyk zpracování: **Slovenština**

Seznam doporučené literatury:

HOGAN et al. Preterm birth. WHO [online], 2018. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

KOVÁCS, László. Odporúčania na výživu dojčiat a batoliat: Odborné odporúčania z pediatrie. Bratislava: Solen, 2015. ISBN 978-80-971340-5-1.

MURKOFF, Heidi. What to Expect the First Year. 3. New York, United States: Workman Publishing Company, 2018. ISBN 9781471172090.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-802-4757-537.

WAGNER, Carol. Human Milk and Lactation: Background, Pathophysiology [online], 2015. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1835675-overview>

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .18.05.2020.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předmětem bakalářské práce je edukace ženy, o kojení předčasně narozeného novorozence. Bakalářská práce je složena ze dvou částí. V první, teoretické části, je obsažena tematika předčasného porodu a klasifikace předčasně narozených dětí. Zaměřuje se na péči o matku v prenatálním a perinatálním období, s cílem podpory kojení. Rozebírá možnosti, jakými správnými způsoby a stimulací dítěte, v optimální míře, lze podpořit kojení, vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte. Věnuje se alternativním způsobům krmení předčasně narozených dětí. Praktická část je zpracovaná formou výzkumu, dotazníkovou metodou. Naším hlavním záměrem bylo zjistit, jestli jsou matky předčasně narozených dětí, dostatečně informovány, o důležitém významu mateřského mléka a kojení, pro jejich děti. Zjistili jsme, že matky nejsou v dostatečné míře informovány v problematice kojení. Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že ve dvou porovnaných nemocnicích, nejsou matky informovány ve stejné míře.

Klíčová slova: předčasně narozené dítě, kojení, podpora kojení, alternativní krmení, mateřské mléko, výzkum

ABSTRACT

The subject of the bachelor's thesis is the education of women about breastfeeding a premature newborn. The bachelor thesis consists of two parts. The first, theoretical part, contains the topic of premature birth and the classification of premature babies. It focuses on the care of mother in the prenatal and perinatal period, in order to support breastfeeding. It discusses the possibilities of how the right ways and stimulation of the child, to optimal extent, can support breastfeeding, given the child's health. It deals with alternative ways of feeding premature babies. The practical part is processed in the form of a survey, the questionnaire method. Our main intention was to find out whether mothers of premature babies are sufficiently informed about the important importance of breast milk and breastfeeding for their children. We found that mothers are not sufficiently informed about breastfeeding. The results of the survey also show that in the two hospitals compared, mothers are not informed to the same extent.

Key words: premature baby, breastfeeding, breastfeeding support, alternative feeding, breast milk, research

POĎAKOVANIE

Ďakujem vedúcej bakalárskej práce Mgr. Kateřině Žárskej za podporu, odbornú pomoc a cenné rady pri vypracovaní bakalárskej práce. Taktiež by som chcela poďakovať môjmu priateľovi a rodine za pomoc a psychickú podporu počas štúdia.

PREHLÁSENIE

Prehlasujem, že odovzdaná verzia bakalárskej práce a verzia nahratá do IS/STAG sú totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČASŤ.....	11
1 PREDČASNÝ PÔROD.....	12
1.1 PRÍČINY PREDČASNÉHO PÔRODU	13
1.1.1 Príčiny a riziká vzniku zo strany matky	13
1.1.2 Príčiny zo strany plodu a placenty prenatálneho dieťa.....	14
2 KLASIFIKÁCIA PREDČASNE NARODENÝCH DETÍ.....	15
2.1 DELENIE PODĽA PÔRODNEJ HMOTNOSTI	15
2.2 DELENIE PODĽA TÝŽDŇA GRAVIDITY	15
3 PRENATÁLNA A PERINATÁLNA STAROSTLIVOSŤ O MATKU A DIEŤA V SPOJITOSTI S DOJČENÍM.....	16
3.1 PRENATÁLNA PRÍPRAVA RIZIKOVEJ MATKY NA DOJČENIE	16
3.2 PERINATÁLNE FAKTORY OVPLYVNÚJÚCE DOJČENIE PO PREDČASNOM PÔRODE	17
3.3 INICIÁLNA FÁZA PODPORY DOJČENIA	17
3.4 VÝŽIVA DOJČIACEJ MATKY	18
3.5 POMÔCKY NA DOJČENIE	19
4 MATERSKÉ MLIEKO – VÝŽIVA NOVORODENCA	20
4.1 ŠPECIFICKÉ ZLOŽENIE MATERSKÉHO MLIEKA	21
5 PODPORA DOJČENIA	24
5.1 ZABEZPEČENIE ADEKVÁTNEJ TVORBY MATERSKÉHO MLIEKA	24
5.2 BONDING.....	25
5.3 TECHNIKA DOJČENIA	28
5.4 MODIFIKOVANÁ POLOHA PRI DOJČENÍ.....	29
5.5 MODIFIKOVANÉ DOJČENIE – POSTUPNÝ PRECHOD Z KRŔMENIA SONDOU NA PRSNÍK.....	30
5.6 OROFACIÁLNA STIMULÁCIA DIEŤAŤA	30
5.7 MODEL PAULY MEIER.....	31
6 ALTERNATÍVNE SPÔSOBY KRŔMENIA PREDČASNE NARODENÝCH DETÍ	32
7 ODSTRIEKAVANIE MATERSKÉHO MLIEKA	33
7.1 MANUÁLNE ODSTRIEKAVANIE	33
7.2 MECHANICKÉ ODSTRIEKAVANIE	33
7.3 URČOVANIE ZADNÉHO MLIEKA A URČOVANIE CREMATOKRITU.....	33
8 BANKY ŽENSKÉHO A MATERSKÉHO MLIEKA	34

II PRAKTICKÁ ČASŤ	35
9 METODIKA PRÁCE.....	36
9.1 FORMULÁCIA PROBLÉMU	36
9.2 CIELE PRÁCE	36
9.3 CHARAKTERISTIKA VZORKY RESPONDENTOV.....	36
9.4 METÓDA ZBERU DÁT	37
9.5 ORGANIZÁCIA VÝSKUMU	37
9.6 SPRACOVANIE ZÍSKANÝCH DÁT	37
10 VÝSLEDKY VÝSKUMU	38
11 DISKUSIA.....	60
ZÁVER	64
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	65
ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK.....	71
ZOZNAM GRAFOV	72
ZOZNAM TABULIEK	73
ZOZNAM PRÍLOH.....	74

ÚVOD

„Materské mlieko je liek a dojčenie je pre predčasne narodeného novorodenca terapiou.“
(Eisl)

Napredovanie súčasnej medicíny zabezpečuje čoraz vyššiu odbornú starostlivosť o matku s hroziacim predčasným pôrodom. V snahe zachrániť čo najviac predčasne narodených novorodencov efektívne napomáha prenatálna indukcia zrelosti pľúc kortikoidmi, aplikovanie pľúcneho surfaktantu, spolu s ošetrovateľskou starostlivosťou celého tímu profesionálov. Veľmi významnou súčasťou komplexnej starostlivosti o predčasne narodené dieťa je výživa. Musí zodpovedať veľkým nárokom na rast a vývoj dieťaťa. Z dlhodobého hľadiska môže kvalita výživy predčasne narodeného dieťaťa výrazne ovplyvniť jeho adaptáciu do života, a to vo viacerých aspektoch. Zloženie materského mlieka presne zodpovedá meniacim sa nárokom a potrebám nedonoseného dieťaťa vzhľadom na dozrievanie gastrointestinálneho traktu, obličiek, centrálného nervového systému, imunitného systému i mechanizmov látkovej premeny organizmu. Materské mlieko je pre výživu predčasne narodeného dieťaťa ideálne.

21. storočie sa vyznačuje obrovskými vedeckými a technickým pokrokmi. Napriek tomu do dnešného dňa sa vedcom nepodarilo stopercentne nahradiť dve tekutiny ľudského tela - krv a materské mlieko. Pre tento fakt by som chcela v bakalárskej práci poukázať na hodnotu a nenahraditeľnosť materského mlieka, predovšetkým pre predčasne narodené deti.

Cieľom našej bakalárskej práce bolo poukázať na nevyhnutnosť oboznámiť matky o nesmiernej hodnote materského mlieka pre ich predčasne narodené deti a edukovať ich o postupoch, ako rozvinúť laktáciu a postupnými krokmi sa cez alternatívne spôsoby kŕmenia úspešne dopracovať k dojčeniu svojho dieťaťa.

Práca je rozdelená na jedenásť kapitol. Prvá kapitola obsahuje teoretické poznatky o príčinách vzniku predčasného pôrodu zo strany matky aj dieťaťa. Druhá kapitola je zameraná na klasifikáciu predčasne narodených detí. V tretej kapitole je obsiahnutá problematika prenatálnej a perinatálnej starostlivosti o matku a dieťa v spojitosti s dojčením,

poukazuje na faktory ovplyvňujúce dojčenie po predčasnom pôrode. Štvrtá kapitola sa venuje špecifickému zloženiu výživy nedonosených detí. V piatej kapitole sa venujeme rôznym možnostiam a spôsobom podpory dojčenia. Šiesta kapitola je zameraná na alternatívne spôsoby kŕmenia predčasne narodených detí. Siedma kapitola popisuje spôsoby odstrikavania materského mlieka. Ôsma kapitola sa zameriava na banky ženského a materského mlieka. Posledné tri kapitoly tvoria praktickú časť našej práce, v ktorých formou dotazníka bol realizovaný výskum u matiek predčasne narodených detí. Chceli sme zistiť informovanosť v oblasti dojčenia u matiek predčasne narodených detí a zároveň mieru edukácie týchto matiek zdravotníckym personálom na oddeleniach predčasne narodených novorodencov vo Fakultnej nemocnici Trenčín a Krajskej nemocnici Tomáše Bati v Zlíne . Taktiež sme chceli porovnať mieru informovanosti v oblasti dojčenia predčasne narodených novorodencov medzi českými a slovenskými matkami. Našou snahou bolo i vytvorenie edukačného materiálu, ktorý by slúžil ako príručka ženám po predčasnom pôrode na všetkých úsekoch starostlivosti.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

1 PREDČASNÝ PÔROD

Predčasný pôrod (lat. partus immaturus) je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie charakterizovaný ako pôrod, ktorý nastal pred ukončeným 37. týždňom tehotenstva, respektíve v období kratšom ako 259 dní od prvého dňa poslednej menštruácie (Roztočil, 2017, s. 245).

V Českej republike sa incidencia predčasného pôrodu pohybuje okolo 7-8% (Kacerovský et al., 2017, s. 160 - 161). Celosvetovo sa predčasných detí ročne narodí približne 15 miliónov a z roka na rok vnímame jemný progres. (Hogan et al., 2018).

Horná hranica gestačného veku sa dá takmer presne diagnostikovať na základe ultrazvuku v I. trimestri (Roztočil, 2017, s. 245). Deti narodené pod hranicou šedej zóny sú silne nezrelé a postpartálne komplikácie by spôsobili stav nezlučiteľný so životom (Stiborková, 2014, s. 12).

Štádium medzi gestačnými týždňami 22 + 0 až 24 + 6 sa nazýva tzv. šedá zóna. V súčasnosti v Českej republike a na Slovensku sa šedá zóna považuje za optimálny spôsob rozdelenia životaschopnosti novorodencov (Stiborková, 2014, s. 14). Spomínaná norma na posúdenie viability plodu sa nepoužíva celosvetovo, čo spôsobuje odchýlky v neonatologickej starostlivosti vo svete (Roztočil, 2017, s. 245).

Prah viability sa začal za posledné desaťročia znižovať, pričom vtedajšou hlavnou príčinou smrti alebo prežitia s handicapom bola najmä nezrelosť, a nie terapia. V porovnaní s dnešnou intenzívnou medicínou sa výrazne znížila hranica gestačného týždňa na 22. - 25., nakoľko príčinou smrti či oddiaľovania umierania alebo prežitia s handicapom je predovšetkým lekárska terapia (Zlatohlávková, 2012, s. 22).

So šedou zónou sa spája objektívna medicínska neistota, z ktorej pramení aj neistota subjektívna, pretože so sebou nesie aj viacero etických problémov. Zahájiť alebo nezahájiť intenzívnu starostlivosť? Bude zahájenie intenzívnej starostlivosti pre pacienta prospešné alebo naopak ho to poškodí? Pri predčasnom pôrode dochádza aj k socioekonomickému problému, ktorý sa zaoberá buď finančnými prostriedkami na liečbu a starostlivosť o dieťa, alebo následnou adaptáciou handicapovaných detí do spoločnosti. Náhradní činitelia, väčšinou rodičia, by sa mali riadiť normami bioetiky a konať v záujme dieťaťa. Aktuálna bioetika apeluje na prínos pre pacienta, zamedzeniu poškodenia, autonómii a práva (rovnému zaobchádzaniu) (Zlatohlávková, 2012, s. 22).

1.1 Príčiny predčasného pôrodu

V súčasnej dobe sa predčasný pôrod považuje za syndróm kvôli svojej multifaktorovosti. Vo vyspelých krajinách sveta je predčasný pôrod hlavnou príčinou včasnej aj neskorej morbidity a mortality, pričom jeho etiológia sa spája s viacerými faktormi. Rizikové faktory možno začleniť do troch skupín (Straňák, 2013, s. 348 - 349).

- Základná materská epidemiológia – zahŕňa genetickú predispozíciu, nutričné zvyklosti, socioekonomický status, abúzus, infekciu v rodidlách, vzdelanie a rasu.
- Reprodukčná anamnéza - zber dát z predchádzajúceho predčasného pôrodu, zahrňujúc napr. vrodené abnormality maternice či operácie na krčku maternice.
- Rizikové faktory a komplikácie, ktoré sa začínajú objavovať pri aktuálnej gravidite (Koucký, Smíšek, 2014, s. 14 - 18).

Medzi najčastejšie etiopatogenetické mechanizmy predčasného pôrodu zaradujeme - infekciu, uteroplacentárnu ischémiu a decíduálnu hemoragiu, cervikálnu inkompetenciu, nadmernú distenziu maternice (polyhydramnion, viacpočetné tehotenstvo), poruchu imunologickej tolerancie plodu matkou („fetus as an allograft“), alergiu a endokrinné poruchy, abnormálne pôsobenie progesterónu, či materský a fetálny stres (Koucký, Smíšek, 2014, s. 22 - 23).

Vyššie spomenuté etiopatogenetické mechanizmy dajú vznik klinickým prejavom, ktoré nadobúdajú subklinický charakter. Typicky nastane predčasný nástup kontrakcií, predčasný a predtermínový odtok plodovej vody (PROM), špinenie (angl. spotting), bolesti v chrbte, môže dôjsť aj k zmene intenzity pohybov u plodu (Straňák, 2013, s. 349).

1.1.1 Príčiny a riziká vzniku zo strany matky

Riziká vzniku predčasného pôrodu možno rozdeliť na riziká ovplyvniteľné a neovplyvniteľné. Do skupiny neovplyvniteľných rizík zo strany matky radíme:

- Vek rodičky- ohrozenou skupinou sú juvenilné rodičky, t.j. vek nižší než 18 rokov, alebo taktiež rodičky, ktorých vek presahuje 35 rokov.
- Výška rodičky- ženy, ktoré merajú menej než 155 cm, majú vyššiu pravdepodobnosť predčasného pôrodu, patologického naliehania plodu či cervikokorporálnej dystokie.

- Sociálna sféra – nezamestnaná/ slobodná matka, zlé sociálne podmienky, minoritná sociálna skupina, nízky socioekonomický status sa podieľa na zvyšovaní perinatálnej mortality či morbidity.
- Gravidita- primigravidita alebo multipara (viac než 5 detí).
- Závažné ochorenia matky – akútne a systémové infekcie, renálne a hypertenzné ochorenia: preeklampsie, eklampsie, HELLP syndróm; srdcové vady, krvácanie v I. alebo v II. trimestri, diabetes mellitus, závažná anémia, intraabdominálny zápal (Straňák, 2013, s. 350). Anomálie maternice vrodené (uterus arcuatus, septus, duplex, didelphys) alebo získané (uterus myomatosus, Aschermanov syndróm).
- Ďalší vznik predčasného pôrodu vychádza z reprodukčnej anamnézy – v I. trimestri dva spontánne potraty alebo interrupcie. V II. trimestri dva potraty a predčasný pôrod v anamnéze (Roztočil, 2017, s. 244 - 246).

Ovplyvniteľné riziká:

- Hodnota body mass index (BMI) je nižšia než 19 alebo naopak vyššia než 30.
- Abúzus drog, alkoholu a cigariet.
- Vplyv fyzickej námahy a zamestnania.
- Psychologické faktory.
- Nedostatočná prenatálna starostlivosť.
- Ovplyvniteľné tehotenské komplikácie – močová infekcia, infekcia spôsobená streptokokmi skupiny B, bakteriálna vaginóza, sexuálne prenosné choroby (STD) či inkompetencia cervix uteri (Roztočil, 2017, s. 246).

1.1.2 Príčiny zo strany plodu a placenty prenatálneho dieťaťa

Intrapartálne rizikové faktory zvyšujú u plodu riziko hypoxie a novorodencovi sťažujú následnú adaptáciu do postnatálneho života. Medzi tieto komplikácie patria:

Niektoré vrodené vývojové vady plodu súvisia s predčasným pôrodom (Downov syndróm, Edwardsov syndróm či Patauov syndróm). Pri týchto situáciách sa kombinuje abnormalita plodu s polyhydramnionom (Roztočil, 2017, s. 248).

Intrauterinná rastová retardácia plodu (IUGR) môže nastať napríklad vplyvom abúzu u matky (fajčenie v tehotenstve), rovnakým pričinením aj predčasné odlučovanie placenty. Abrupcia placenty bola diagnostikovaná u 12% rodičiek. Ďalšou z príčin predčasného pôrodu je patologické uloženie placenty - placenta praevia (Hájek, 2014, s. 268).

2 KLASIFIKÁCIA PREDČASNE NARODENÝCH DETÍ

Deti narodené pred ukončeným 37. týždňom tehotenstva rozdeľujeme do kategórií. Klasifikácia a gestačný vek pomôže neonatológom k lepšiemu posúdeniu prenatálneho vývoja, liečby alebo aj k prípadnej morbidite či mortalite (Gomella, 2013, s. 29).

Taktiež jednotlivé stupne zrelosti preukázu úroveň funkčnosti orgánov. Predčasne narodení novorodenci sa od seba diferencujú hmotnosťou, s ktorou súvisia stupne závažnosti popôrodných komplikácií. Hoci primárne sa má hľadiť na gestačný vek dieťaťa, nie na hmotnosť (Fendrychová; Borek, 2012).

2.1 Delenie podľa pôrodnej hmotnosti

Novorodenci s nízkou pôrodnou hmotnosťou → 2499 – 1500 g (low birth weight – LBW infant).

Novorodenci s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou → 1499 – 1000 g (very low birth weight – VLBW, infant).

Novorodenci s extrémne nízkou pôrodnou hmotnosťou → 999 – 500 g (extremely low birth weight – ELBW, infant).

Novorodenci s neuveriteľne nízkou pôrodnou hmotnosťou → 499 g a menej (incredible low birth weight – ILBW, infant) (Roztočil, 2017, s. 246).

2.2 Delenie podľa týždňa gravidity

Ľahká nezrelosť → 37. – 36. týždeň gravidity.

Stredná nezrelosť → 35. – 32. týždeň gravidity.

Ťažká nezrelosť → 31. – 28. týždeň gravidity.

Extrémna nezrelosť → pod 28. gestačným týždňom (Dudič et al., 2014).

3 PRENATÁLNA A PERINATÁLNA STAROSTLIVOSŤ O MATKU A DIEŤA V SPOJITOSTI S DOJČENÍM

3.1 Prenatálna príprava rizikovej matky na dojčenie

Vo viacerých výskumoch sa dozvedáme, že ideálnym zdrojom výživy pre dieťa je dojčenie. Z toho dôvodu je nevyhnutné edukovať ženu a klásť dôraz na dôležitosť a manažment dojčenia. Najmä u žien s rizikovou graviditou je tehotenstvo hlavným obdobím, počas ktorého si môžu osvojiť postupy, ktoré napomôžu v intenzívnej príprave k spusteniu laktácie. Zdravotnícke zariadenie by malo mať pri prenatálnej starostlivosti za cieľ plne spolupracovať s matkou a rodinou, v snahe zabezpečiť jej informácie o význame dojčenia a následnej nenahraditeľnosti výživy, o benefitoch bondingu po pôrode či dôležitosti včasného dojčenia. Informovať o možných problémoch a riešeniach pri dojčení, o technike správneho priloženia a prisatia, edukovať o význame predpôrodnej prípravy prsníkov na dojčenie. Taktiež treba poukázať na systém rooming – in a vedieť rozoznať zjavný signál hladu vysielaný dieťaťom (Litavec et al., 2019, s. 3).

Spôsob odborného podania informácií by mal byť poskytnutý písomnou (tlačenou alebo on-line formou) a ústnym podaním počas prenatálnej poradne alebo na kurze predpôrodnej prípravy (Litavec et al., 2019, s. 3).

Nedostačujúce informácie v prenatálnom období ovplyvnia fakt, že po pôrode nastanú problémy v iniciálnej fáze dojčenia, a tým pádom aj ďalší priebeh laktácie. Medzi základné poznatky, ktoré by mali byť žene v prenatálnom období poskytnuté patria:

- V gravidite dochádza k fyziologickým zmenám v spojitosti s citlivosťou prsníkov.
- Funkčnosť prsníkov nie je ovplyvnená veľkosťou prsníka a bradavky.
- Nie je vhodné nadmerné vyťahovanie bradavky či nešetrné trenie bradavky uterákom, pretože môže dôjsť k poškodeniu pokožky a okolitých svalov podporujúcich dojčenie.
- Podporu dojčenia nezaručia prenatálne pomôcky ako napríklad - nosenie podprsenky, krémy na podporu dojčenia, prsníkové mušle a pod.
- Počas tehotenstva nie je nutné vyšetřovať prsníky a bradavky pre zhodnotenie zdarného priebehu laktácie.
- Vyšetřenie prsníkov sa odporúča najmä ženám, ktoré prekonalí ochorenie alebo úraz na prsníku, alebo v jeho okolí (Matulníková, 2015, s. 3 - 4).

3.2 Perinatálne faktory ovplyvňujúce dojčenie po predčasnom pôrode

Pôrod predčasne narodeného novorodenca alebo chorého dieťaťa sa zapisuje do psychiky matky ako silne emocionálny zážitok, negatívny psychický stav, pretože ide o životnú záťažovú situáciu. Pri predčasnom pôrode možno hovoriť o bolesti, ktorá je pre rodičku náhla a nečakaná. Matka ju dokáže dobre vycítiť a taktiež na základe príznakov posúdiť, že sa schýľuje k predčasnému pôrodu. Po pôrode prichádzajú pocity viny, úzkosti, beznádeje, frustrácie alebo strachu, že dieťa môže zomrieť. Pociťujú napätie, ktoré môže trvať aj niekoľko týždňov či mesiacov. Prvé minúty a hodiny od pôrodu sú pre matku veľmi hektické a stresujúce, pretože žena nie je stále vyrovnaná s udalosťou, ktorá sa udiala. Musí sa brať do úvahy aj fakt, že počas predčasného pôrodu nedochádza ku kontaktu matka – dieťa, pretože je novorodenec ihneď ošetrovaný a prevezený do inkubátora. Väzba matka – dieťa vedie k rozvoju intuitívneho rodičovstva, laktácie a prvých pár hodín po pôrode sa vyznačuje tým, ako sa do budúca bude vyvíjať ich vzájomný vzťah (Belyaeva, 2014, s. 51).

Medzi ďalšie faktory, ktoré sa môžu negatívne podpísať na dojčení patria - sedatíva, anestézia, stres a únava. Modus pôrodu, najčastejšie protrahovaný pôrod, sa spolu s bolesťou zapisuje do matkinej psychiky vo výraznej miere. Neskôr ženu trápi neistota pri množstve dávky pre dieťa či obsahu mlieka. Spolu s nedostačujúcou podporou a trpezlivosťou zdravotníckeho personálu sa radia k najčastejším faktorom zástavy laktácie. Je nevyhnuté pracovať so ženou po psychickej stránke a motivovať ju. Obavy zo zlyhania pri dojčení úzko súvisia buď s nedostatočnou informovanosťou ženy o možnostiach dojčenia, alebo so zvolením nesprávnej techniky a prístupu k dojčeniu (Valová, 2017, s. 223).

3.3 Iniciálna fáza podpory dojčenia

V iniciálnej laktačnej starostlivosti sa snažíme splniť určité kroky, pretože zabezpečenie adekvátnej tvorby materského mlieka značne uľahčuje dojčenie. Zahŕňa spracovanie individuálneho plánu dojčenia u nedonoseného dieťaťa (ak zdravotný stav dieťaťa dojčenie povoľuje). Včasný a častý kontakt skin – to - skin. Posúdenie zrelosti predčasne narodeného novorodenca, podľa Ballarda alebo Dubowitzkého. Nevyhnutné je sledovanie fyziologickej stability novorodenca v prvých 12-tich až 24 hodinách, predovšetkým pri klokankovaní či dojčení. Iniciovať dojčenie, (prípadne stimulovať laktáciu) v prvej hodine po narodení. Podporovať pravidelné dojčenie, avšak interval medzi jednotlivými kŕmeniami by nemal byť dlhší než 4 hodiny (8 – 12x/24 hodín) (Berens et al., 2016).

Dieťa by nemalo byť pri dojčení časovo ovplyvňované, mali by sa rešpektovať jeho vlastné požiadavky na kŕmenie. Akceptovaný by mal byť individuálny čas kŕmenia, či si dieťa svoju dávku vypije za 10 alebo 40 minút, rovnako tak aj intenzita prikladania môže prebiehať v intervale 7 až 15-krát denne (Vicianová, Letenayová, 2016).

Treba poznamenať, že niektorí nedonosení novorodenci nedokážu koordinovať satie, prehĺtanie a dýchanie súbežne do 32. – 34. gestačného týždňa. Orofaciálnu stimuláciu považujeme za efektívnu metódu na podporu satia. Keďže koordinácia nie je ihneď zautomatizovaná, je nevyhnutné u všetkých predčasne narodených túto schopnosť pred prvým kŕmením overiť (Nygqvist, 2013).

Keďže sa dojčenie nedonoseného dieťaťa spája s dlhšou hospitalizáciou, dôležitá je opakovaná edukácia ženy o technike dojčenia, ale aj o odstriekavaní materského mlieka (v prípade, ak je novorodenec spavý a nesaje efektívne). Takisto edukovanie matky má obrovský význam v oblasti aplikácie kolostra do bukálnej sliznice, manuálneho odstriekavania kolostra, vyzdvihnutie pozitívnych účinkov materského mlieka, klokankovanie, využívanie dvojfázových odstriekavačiek a ich vplyv na tvorbu materského mlieka (Berens et al., 2016).

3.4 Výživa dojčiacej matky

Matkina výživa značne ovplyvňuje príjem živín dieťaťa. Kvalitná a vyvážená strava dojčiacej matky by mala dostatočne pokryť všetky nutričné zásoby, ktoré zabezpečujú optimálny rast a vývoj dieťaťa. Avšak koncentrácia vitamínov rozpustných vo vode, jódu či selénu nie je v materskom mlieku bežná, preto je závislá od suplementácie matkou. Insuficiencia nutričnej rozmanitosti sa môže podpísať na celkovom zdraví dieťaťa i matky, z toho dôvodu by mala žena zabezpečiť dostatočný prísun živín pre seba a svoje dieťa (Wahyutri et al., 2017).

Dojčenie je pre ženský organizmus neľahkým obdobím. Počas laktácie by zloženie stravy malo byť vyvážené a malo by tolerovať špecifické požiadavky matky a dieťaťa. Pri správnej nutričnej rovnováhe sa v mlieku docieli dostatočná energetická a výživová hodnota, zároveň aj kvalita samotného mlieka. (Čierna, 2016, s. 77).

V tabuľke č.1 sú uvedené odporúčané nutričné dávky pre dojčiace matky, ktoré sú porovnávané s pracujúcimi nedojčiacimi ženami.

Tab. č. 1

Výživový faktor	Dojčiace ženy	Pracujúce ženy (19 – 34 rokov) (ľahká práca)
Energia	12 100/2 900	9 200/2 200
Sacharidy E%	58,9	58,8
Tuky E%	30,1	30,7
Bielkoviny E%	11	10,5
Sacharidy g	427	324
Tuky g	97	75
Bielkoviny g	80	58
Vitamín A ug	1 300	650
Vitamín C mg	150	100
Vitamín D3 ug	17	15
Kyselina listová	500	400
Vitamín B6 mg	1,9	1,3
Vápnik mg	1 600	1 000
Železo mg	22	15
Jód ug	250	150
Zinok mg	12	8

Zdroj: *Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo v Slovenskej republike: Vestník MZ SR 2015*. In: . Bratislava, ročník 63, čiastka 4-5.

3.5 Pomôcky na dojčenie

Každá kvapka materského mlieka je vzácna. Pri problémoch s dojčením alebo pri snahe zefektívniť dojčenie sú pomôcky výborným pomocníkom. Jednou z najefektívnejších pomôcok k dojčeniu je **odsávačka materského mlieka**. Momentálne je na trhu dostupných viacero druhov. Pre matky po predčasnom pôrode sa odporúča využívať elektrické odsávačky. Ťahom stimulujú bradavky a následne sa vyplavuje hormón oxytocín, ktorý podporuje laktáciu. **Dojčiaci vankúš** slúži ako opora pre matku a dieťa počas dojčenia, taktiež ho možno považovať ako prevenciu proti bolesti chrbtice. **Klobúčiky na dojčenie** využívajú ženy s vpáčenými bradavkami, prípadne ženy s bolestivými ragádami na bradavkách. **Formovače na bradavky** sú určené taktiež pre matky s vpáčenými a plochými bradavkami. **Prsné vložky** napomáhajú k absorpcii presakovania mlieka a vlhkosti do oblečenia. **Balzam na dojčenie** sa používa na zvlhčenie suchých popraskaných bradaviek. Laktačné poradkyne pomáhajú matkám pri problémoch s dojčením. Rovnako individuálne pomáhajú pri výbere vhodnej pomôcky z aktuálnej širokej škály (Fišerová, Ježek, 2017).

4 MATERSKÉ MLIEKO – VÝŽIVA NOVORODENCA

U predčasne narodeného dieťaťa neexistuje dôležitejší čas ako prvých pár hodín a dní po narodení. Ide o obdobie, kedy sa príjem živín z pupočníka natrvalo zastaví. Následky tohto stavu spôsobujú novorodencovi popôrodnú traumou tým, že prudká zmena nebude naďalej zabezpečovať rast a vývoj v maternici. Pri neaktívnom konaní v prvotnej fáze môže spôsobiť závažný dopad na organizmus, preto je nutné stav čo najrýchlejšie stabilizovať. Deficit bielkovín a energie prináša vážne následky. Vďaka súčasnej pokročilej dobe by nemal nastať väčší problém s obnovením toku výživy pre dieťa. Pri enterálnom spôsobe výživy hrá ženské mlieko kľúčovú rolu (Ziegler, 2019).

Materské mlieko je jedinečným a nenahraditeľným základom prirodzenej výživy, ktorá vedie k dosiahnutiu optimálneho rastu a prevencii proti civilizačným ochoreniam (hypertenzia, diabetes mellitus, obezita, včasná arterioskleróza). Zabezpečuje v dostatočnom množstve a pomere všetky potrebné a nevyhnutné živiny pre organizmus. Obsahuje najmenej 100 prísad, ktoré nie sú súčasťou kravského mlieka a nemožno ich laboratórne syntetizovať. Navyše sa zloženie materského mlieka mení, aby vyhovovalo neustále sa meniacim potrebám dieťaťa. Materské mlieko je iné pre predčasne narodených novorodencov a iné pre novorodencov narodených v termíne. Chráni deti pred rôznymi ochoreniami, prispieva k dobrému emocionálnemu stavu a pokojnému správaniu dieťaťa (Belyaeva, 2014, s. 52).

Živiny v materskom mlieku napomáhajú organizmu napríklad tým, že materské mlieko obsahuje menej sodíka než umelé (kravské) mlieko, a tým pádom nezaťažuje funkčnosť obličiek dieťaťa. Bielkovina, väčšinou laktalbumín, ktorej tuk (caseinogen) je lepšie tolerovaný tráviacim systémom, než tuk v bielkovine u kravského mlieka. Materské mlieko je pre deti dobre znášané a takmer nikdy nevyvoláva alergie ako kravské mlieko, čo by mohlo v neskoršom veku zvyšovať riziko výskytu astmy bronchiale a ekzémov (Murkoff, 2018, s. 3 - 4).

Optimalizácia kŕmenia predčasne narodených detí je jednou z aktuálnych tém neonatológie a pediatrie, nakoľko nedostatočné množstvo výživy negatívne poznačuje zdravotný stav a vývoj predčasne narodených detí. Novodobé postupy týkajúce sa enterálnej výživy sa zakladajú na anatomických a fyziologických procesoch, ktoré výrazne znižujú rozvoj nekrotickej enterokolitídy, klesá neskorá septikémia, zlepšuje sa znášanlivosť potravín a zlepšujú sa neurologické výsledky. (Narogan et al., 2016).

Hlavným cieľom zdravotníckeho tímu je zabezpečenie eutrofickosti nedonosených detí, resp. dosiahnutie priamo úmernosti medzi postnatálnym rastom dieťaťa a jeho gestačným týždňom na základe rastových kriviek. Popri dosahovaní spomínaného cieľa môžu nastať zdravotné problémy u detí, ktoré komplikujú prijímanie optimálneho množstva mlieka. K týmto zdravotným komplikáciám patrí – intrakraniálne krvácanie, chronické pľúcne ochorenie, nekrotizujúca enterokolitída, sepsa, DAP a ďalšie (Chovancová, 2015, s. 15).

Mimomaternicová rastová reštrikcia (EUGR) nastáva pri nedostatočnom vyživení organizmu, pričom sa porucha prejaví nedostatočnou váhou a dĺžkou pacienta, rovnako aj menším obvodom hlavy. Dlhodobý stav chýbania živín prináša nepriaznivé následky. Kardiovaskulárne ochorenia, metabolický syndróm, nedostatočný rast tela a orgánov, zahrňujúc mozog, čo zvyšuje riziko mentálnych porúch. Deti s EUGR sa klasifikujú do kategórie s najvyšším stupňom rizika v spojitosti s výživou, keďže si neustále vyžadujú špeciálnu výživovú terapiu aj mimo zdravotníckeho zariadenia. Sem kategorizujeme aj nedonosené deti so zdravotnými problémami, ako napr. NEK s resekciou čreva (alebo bez resekcie čreva), metabolické osteopatie alebo ťažká forma bronchopulmonárnej dysplázie. Vyžaduje sa pravidelná kontrola detí s vážením a premeriavaním dĺžky tela a obvodu hlavy. (Chovancová, 2015, s. 15 - 16).

4.1 Špecifické zloženie materského mlieka

Zloženie materského mlieka sa mení v závislosti od veku dieťaťa, po predčasnom pôrode má špecifické zloženie, aby vyhovovalo potrebám predčasne narodených novorodencov. Prvé mlieko- kolostrum, mledzivo- je husté, a obsahuje mnoho bielkovín, najmä protilátky, ktoré chránia dieťa pred infekciami. Po prvom požití kolostra dieťa získa tzv. pasívnu imunitu od matky a jeho zloženie zodpovedá všetkým potrebám nezrelého organizmu dieťaťa. Materské mlieko je považované za najlepšiu formu výživy pre nedonosených novorodencov, rovnako aj pre deti so zdravotnými problémami. Vo vývoji mozgu, čriev a imunity dokáže materské mlieko dieťaťu poskytnúť rozmanité spektrum bioaktívnych látok počas kritických období vývinu (Wagner, 2015).

Medzi špecifické imunitné komponenty ľudského mlieka patria: oligosacharidy, sekrečný IgA, leukocyty, lyzozým, interferón, laktoferín, nukleotidy, cytokíny a ďalšie. Vďaka pasívnej ochrane v gastrointestinálnom trakte a horných dýchacích cestách je organizmus

chránený proti kontaktu s patogénom na sliznici, čo spôsobí obranu proti invazívnym infekciám (Kovács et al., 2015, s. 7 - 8).

Je dokázané, že obsah mlieka u žien, ktoré rodili predčasne, obsahuje viac triglyceridov a taktiež aj bielkovín (1,5 – 2,2 g na 100ml) než u žien, ktoré rodili v termíne. Významnou zložkou mlieka sú mastné kyseliny, resp. esenciálne polynasýtené mastné kyseliny, vyznačujú sa dlhým reťazcom kyseliny arachidónovej, dokosahexaeonovej a eikosapentaenovej. Uvedené kyseliny sú štruktúrnymi prvkami všetkých bunkových membrán a sú nevyhnutné na myelinizáciu nervových vlákien, správnu funkčnosť sietnice a budovanie imunity. Štúdiami bolo preukázané, že oligosacharidy priamo zabraňujú adhézii patogénov na črevnej sliznici, ich prítomnosťou klesá riziko infekcie a podieľajú sa na bunkovej imunite (Belyaeva, 2014, s. 52 - 53).

Všetky vyššie spomenuté zložky materského mlieka po predčasnom pôrode, sú pre dieťa veľmi dôležité, avšak líšia sa len minimálne od tých živín, ktoré boli podávané plodu prostredníctvom pupočníka. V začiatkovej fáze sa začína s aplikáciou parenterálnej výživy. Materské mlieko je podávané najskôr ako je možné a v malých množstvách. Ak pôrod nastal v nízkom týždni tehotenstva, dá sa očakávať, že matka bude trpieť hypogalaktiou. Za takých okolností je aplikované darované materské mlieko, v prípade nedostupnosti sa ordinuje umelá výživa podľa aktuálnych smerníc. Prebytočný žalúdočný obsah v gastrointestinálnom trakte je v tomto štádiu považovaný za fyziologický, hoci pravidelné sledovanie je nevyhnutné (Ziegler, 2019).

Pri snahe zabezpečiť dostatočné množstvo výživy predčasne narodenému dieťaťu by sa malo začať s obohatením materského mlieka, tzv. fortifikáciou. S fortifikáciou mlieka sa začína pri zvýšení objemu 20 ml / kg / deň. Ide o špecializované mlieko obohatené o proteíny, vitamíny a minerály, ktoré zneutralizuje nutričné nedostatky deťom po predčasnom pôrode. Suplementujú sa z minerálov najmä: vápnik, fosfor, sodík, horčík, zinok, meď. A z vitamínov: B2, B6, D, C, E, K a kyselina listová. Predčasne narodeným novorodencom sa odporúča podávať bielkovinový fortifikát, keďže je pre dieťa najmenej zaťažujúce. Pri aplikácii čistého bielkovinového fortifikátu sa používa 1 g na 20 ml materského mlieka. Pri hmotnosti dieťaťa nad 1500 g sa od obohacovania mlieka môže postupne upúšťať, najskôr s jedným, neskôr s viacerými kĺmeniami. Po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia sa preferuje podávať materské mlieko s fortifikáciou, avšak dieťaťu kontrolovať rastové parametre a biochemické procesy v sére a v moči (urea, vápnik, hematokrit, fosfor) (Ziegler, 2019).

- Pri snahe splniť nutričný limit by muselo dieťa prijať množstvo **tekutín** v objeme 150 – 180 ml/kg/deň buď fortifikovaného ľudského mlieka, alebo klasickej umelej výživy pre nedonosené deti.
- Optimálny denný príjem **bielkovín** je 3,5 až 4,5 g/kg/deň, prípadne 3,2 – 4,1 g/100 kcal.
- Dôležitým elementom pre fyziologický rast dieťaťa je zabezpečenie pomeru medzi **energiou** a bielkovinami. Konkrétne pomer $> 3 - 3,6$ g/100 kcal s energetickým príjmom > 100 kcal/kg/deň. Ak sa jedná o hypotrofické dieťa treba navýšiť energetické množstvo na 140 – 150 kcal/kg/deň. Eutrofický nedonosený novorodenec by mal prijať 110 kcal/kg/deň až 135 kcal/kg/deň (počíta sa so zachovanou dávkou bielkovín).
- **Tuky** sú pre novorodenca nevyhnuté, keďže sa podieľajú na dôležitých procesoch v tele – vývoj sietnice a rozvoj mozgu. Pre nedonosených novorodencov je odporúčané množstvo tuku na deň 4,8 – 6,6 g/kg alebo 4,4 – 6,0 g/100 kcal.
- Primárnym zdrojom energie sú **cukry**. Množstvo cukrov v umelých mliekach pre nedonosené deti je od 10,5 g/100 kcal, pričom maximálna hranica je 12,0 g/100 kcal.
- Štúdie uvádzajú, že pomer **vápnika a fosforu** by mal byť 2:1 (pri optimálnej retencii vápnika a dusíka). Hodnoty biologicky dostupného vápnika sú 120 – 200 mg/kg/deň a fosforu 60 – 120 mg/kg/deň.
- Odporúčaná dávka na deň pri **vitamíne D** sa pohybuje v rozmedzí 400 – 1000 IU/deň od ukončeného 10. dňa života. Zabezpečuje napr. mineralizáciu kostí.
- Ako prevencia proti anémii a neprosperujúcemu psychomotorickému vývoju je nutné aplikovať nedonoseným deťom 1,8 – 2,7 mg/100 kcal **železa**. Dieťaťu by mala byť od 2 do 6 týždňov v podobe kvapiek podávaná enterálna suplementácia. Ide o pridanie kvapiek do fortifikovaného mlieka alebo formúl pre nedonosené deti (Chovancová, 2015, s. 16 - 17).

5 PODPORA DOJČENIA

Hlavným predpokladom úspešného dojčenia nedonosených novorodencov je vytvorenie optimálneho a dojčeni priateľského prostredia. U nezrelých detí je potrebné dosiahnuť identický vzorec satia ako u zrelých novorodencov. Aby sa tento cieľ naplnil za čo najkratší čas, možno sa riadiť 3 princípami úspešného dojčenia na jednotkách intenzívnej a intermediálnej starostlivosti (Nyqvist, 2013).

- Zaisťovať individuálny prístup k matke a fokusovať sa na jej konkrétne situáciu.
- Disponovať kontinuálnou podporou v komplexnom systéme prenatálnej, perinatálnej, postnatálnej a následnej starostlivosti.
- Realizovať starostlivosť zameranú na rodinu, podporovanú externým prostredím (Nyqvist, 2013).

5.1 Zabezpečenie adekvátnej tvorby materského mlieka

Dojčenie možno charakterizovať ako komplexný proces, na ktorý vplyvajú viaceré faktory, či už biologické, sociálne alebo psychické. Preto je nevyhnutné vytvoriť pre matku priaznivé podmienky a vytvárať prostredie, aby malo pozitívny vplyv na laktáciu a zdravie pre matku a dieťa. S prípravou na dojčenie je nutné začať už v prenatálnom období, aby boli matky informované o hodnote materského mlieka, základných vedomostiach, bondingu atď. (viď kap. 3.1). Na základe profylaktickej prípravy bude lepšie pripravená na samotný pôrod a vďaka nadobudnutým informáciám si hlavne matka prvoroďčka bude vedieť čiastočne pomôcť pri ťažkostiach či komplikáciách. Presvedčenie a kladný postoj k dojčeniu je veľmi podstatnou témou a výrazne sa odzrkadľuje na laktácii (Vasilová, Kovalíková, 2016, s. 89 - 90).

Ďalším faktorom, ktorý sa podieľa na laktácii, je prostredie, v ktorom žena rodila. Môže ju negatívne ovplyvniť zaužívaný chod pôrodnice a jednotlivých oddelení. Nemusí sa stotožňovať s jednotlivými postupmi ako napríklad neskorý bonding, nepriloženie na prsník, neželané tlmenie bolestí, podávanie cumľov deťom či separácia matky od dieťaťa. Na druhú stranu je dokázané, že prihliadanie k pôrodnému plánu, ktorý je vopred prekonzultovaný so zdravotníckym tímom dosahuje pozitívne výsledky v dojčení. (Vasilová, Kovalíková, 2016, s. 89 - 90).

Jedným z kľúčových faktorov pri tvorbe materského mlieka je psychika matky. Je nutné ku každej klientke pristupovať ako k osobnosti, byť empatický, pretože každá prežíva danú situáciu svojím spôsobom (Vasilová, Kovalíková, 2016, s. 89 - 90).

5.2 Bonding

Podstata bondingu vychádza z teórie vzťahovej väzby, ktorú prvýkrát predložili Bowlby a Ainsworth v 30. rokoch 20. storočia. Anglický psychoanalytik - Johan Bowlby, vo svojom koncepte poukazuje na dôležitosť vzťahu medzi matkou a dieťaťom, v ranom postnatálnom období, keďže tento fakt, veľmi ovplyvňuje psychický vývoj novorodenca. V teórii ďalej pripodobňuje detské plačlivé, či príliš upäté správanie k evolučnému správaniu, kedy žiadny cicavec nechce byť dobrovoľne separovaný od rodičov. Novorodenci / mláďatá musia mať pravidelný kontakt s matkou, aby prežili. Plač alebo citové prežívanie sa podieľa na emocionálnom stave a fyzickej blízkosti, čo v konečnom dôsledku spôsobí dané „pripúťanie sa“. Psychobiológovia a neuropsychológovia uvádzajú, že pri bondingu nevedome dochádza k vzájomnej podpore homeostázy. Keďže ide o dva organizmy, je nevyhnutné, aby bol jeden organizmus schopný prečítať vnútorný stav druhého. Neuro-fyziologický komplex vyjadruje fyzikálne parametre, ako napríklad : srdcová frekvencia, teplota, farba pleti, vôňa, hlasy atď. (Kommers et al., 2018, s. 22 - 23).

Americký psychiater – Myron Hofer vo svojom výskume dokázal, že matkina fyzická prítomnosť je nevyhnutná. Každá matka zabezpečuje tzv. skryté regulátory ako jej vôňu, teplotu, mlieko, regulovanie špecifických fyziologických systémov atď. Synchronizácia biologických rytmov začína už počas tehotenstva, čo napomáha k prehľbovaniu vzťahu matka – dieťa (Kommers et al., 2018, s. 25).

Vďaka týmto poznatkom vieme potvrdiť, že bonding je pokračovaním prenatálnej väzby medzi matkou a jej dieťaťom. Pri bondingu dochádza k emocionálnemu budovaniu vzájomného vzťahu. Ide o neprerušovaný kontakt nahého dieťaťa s kožou matky (skin - to - skin) ihneď po pôrode. Bonding by mal byť zahájený do 60 minút od pôrodu a časovo by nemal byť kratší než jedna hodina, optimálne sú dve hodiny. Koniec bondingu by mal byť zavŕšený prvým priložením na prsník. Dieťa získa silný pocit bezpečia, zlepš sa popôrodná adaptácia do života. Okrem toho podporuje srdcový rytmus, teplotu a vytváranie obranyschopnosti organizmu prostredníctvom materského mlieka. Bonding má pozitívny dopad aj na matku, pretože minimalizuje vznik popôrodných depresií, rýchlejšia

rekonvalescencia po pôrode a celkovo sa zlepši ich telesný stav. Priloženie dieťaťa na telo matky by sa malo vykonávať bezprostredne po vaginálnom pôrode, ale aj po cisárskom reze, ak bola aplikovaná spinálna alebo epidurálna analgézia. Po prerušení pupočnej šnúry sa pokladá na matkin hrudník, kde ho osušíme a následne zakryjeme. Novorodenec leží nahý na bruchu, hlavička vychýlená nabok, prikrytý plienkou a je cca v 45-stupňovom uhle. Matka má byť v komfortnej, jemne zvýšenej polohe, nesmie na dieťa tlačiť. Samozrejme sa bonding odvíja od stavu matky a novorodenca, matka by nemala byť ani príliš vyčerpaná, aby mohla neustále sledovať stav a dýchanie svojho dieťaťa. Čas ranej popôrodnej adaptácie sa prekrýva s časom bondingu, kedy sa pri 5% novorodencov stretávame s náhlym, neočakávaným kolapsom (Sudden unexpected postnatal collapse), čo vedie až k smrti novorodenca. Na bonding by mal byť novorodenec zrelý, prípadne hranične nezrelý. Mal by byť vitálny, voľne dýchať, disponovať svalovým tonusom a nadobúdať srdcovú frekvenciu nad 100/minútu (Chovancová, 2016, s. 49 - 52).

Synchronizácia hľadacieho a prehltacieho reflexu sa u novorodencov objavuje medzi 32. – 35. gestačným týždňom. Rovnako, ak je dieťa od matky separované, resp. ak dôjde k absencii bondingu, znižuje sa šanca na samoprisatie. Je to negatívny dopad na organizmus, čo zvyšuje stres, u dieťaťa môže dôjsť k spomaleniu rastu, znižovaniu koncentrácie rastových hormónov v krvi či enzýmov zodpovedajúcich za rast mozgu a srdca. Matka má pocity menejcennosti a neschopnosti postarať sa o svoje dieťa (Chovancová, 2016, s. 49 - 52).

Avšak ak sa jedná o bonding predčasne narodených detí, treba brať do úvahy gestačný vek a aktuálny zdravotný stav dieťaťa. Niektoré deti v priebehu počiatkovej fázy života, v ranom postnatálnom období, nie sú vôbec schopné tolerovať dotyk. Taktiež nervový systém a emocionálny stav u predčasne narodeného novorodenca je nedostatočne rozvinutý. Preto sa kladie dôraz na rodičov a zdravotnícky tím, aby pristupovali k dieťaťu s primeranou emocionálnou reguláciou, najmä v prvých mesiacoch života. Hlavnou formou dorozumievania medzi novorodencom a matkou je prostredníctvom kontaktu skin to skin. Novorodenci vedia vycítiť na základe dotyku, tónu hlasu, výrazov tváre či svalového tonusu matkin emocionálny stav. Z toho dôvodu je dôležité, aby sa matka pri dieťati cítila uvoľnená a láskavá, aby sa aj predčasne narodené dieťa cítilo pokojne, aj keď je vystavené stresovým podmienkam na JIS (Dawn, Gibson, 2017).

Dotyk je jedna varianta z možností, akou sa môže matka spojiť so svojím dieťaťom. Má viacero benefitov, z toho dôvodu je dobré dotyk podporovať a edukovať matku o všetkých možnostiach kontaktu s dieťaťom (Dawn, Gibson, 2017).

- Klokankovanie – dieťaťu napomáha regulovať dýchanie a svalovú aktivitu, zabezpečuje teplo, eliminuje stres, ak je aj matka alebo otec pokojný. Má priaznivý vplyv aj pre matku, a to zvyšovaním produkcie mlieka. Uvoľňuje sa hormón oxytocín, ktorý posilňuje imunitný systém, reguluje rytmus a krvný tlak. Celkovo vyvoláva pocit pokoja na oboch stranách. Pri použití tejto techniky musí mať dieťa stabilné vitálne funkcie a krvný tlak, termostabilitu, zahájenie oxygenoterapie, desaturácia do 85%, bradykardia – maximálne 85- 100/min (Dawn, Gibson, 2017).
- Dotyk časti tela – ak kvôli zdravotnému stavu nie je možné pristúpiť ku klokankovaniu, dá sa pristúpiť k dotyku častí tela. Dotknutie sa prstov, dlane alebo plosky nohy taktiež podporí vzájomný vzťah (Dawn, Gibson, 2017).
- Masáž – na druhú stranu ak je dieťa stabilné a dovoľuje to jeho aktuálny zdravotný stav, je možné pristúpiť k špeciálnej masáži dieťaťa, ktorú prevádza vyškolený personál. Hlavným benefitom masáže je zníženie stresového hormónu – kortizolu, zvýšenie svalového tonusu, a pri zaučení rodičov aj podporovanie vzájomnej interakcie medzi nimi a dieťaťom (Dawn, Gibson, 2017).

Avšak niekedy je stav dieťaťa natoľko kritický alebo kontraindikovaný z lekárskeho dôvodu, že nie je možnosť pristúpiť ani k jednej z vyššie uvedených možností bondingu. Existujú ďalšie spôsoby, akými možno prehlbovať interakciu s dieťaťom:

- Časté návštevy dieťaťa – trávenie času rodičov pri inkubátore a sledovanie jeho pohybov má na novorodenca priaznivý vplyv.
- Očný kontakt.
- Položenie rúk v blízkosti dieťaťa – kladenie rúk do oblasti hlavy novorodenca je tiež veľmi silnou technikou budovania silnejšieho vzťahu matka – dieťa.
- Cítenie materskej vône – do inkubátoru alebo postieľky dieťaťa sa položí časť oblečenia (napr. šatka), ktorú matka predtým nosila. Na základe toho sa simuluje matkina prítomnosť a dieťa sa bude cítiť pokojnejšie.
- Počutie matkinho hlasu (Dawn, Gibson, 2017).

5.3 Technika dojčenia

Všetky zdravotnícké organizácie, vrátane WHO, považujú dojčenie za optimálny a jedinečný zdroj energie pre novorodencov a dojčatá. Bezprostredná doba dojčenia je 6 mesiacov, WHO preferuje dobu dojčenia až do 2. roku dieťaťa. Dojčenie pre matku zahŕňa tieto benefity: znížený výskyt rakoviny prsníka a vaječníkov, chráni pred kardiovaskulárnymi ochoreniami či popôrodná depresia sa vyskytuje sa nižšej miere. Dojčiacim deťom sa znižuje riziko gastroenteritídy a atopickej dermatitídy. Je vedecky dokázané, že dojčenie má veľmi veľa pozitív, preto je významné podporovať matky v začatí a v pokračovaní s dojčením. Podporná pomoc matkám by mala byť poskytnutá optimálne 6 hodín po pôrode (ak to zdravotný stav obidvoch strán povoľuje) (Westerfield et al., 2018).

Dojčenie je naučená zručnosť pre matku aj dieťa a vyžaduje si trpezlivosť a čas. Edukácia a informatizácia by mala obsahovať ukážku správneho priloženia a prisatia k prsníku, možnosti zabezpečenia tvorby mlieka a uviesť matku do dôležitosti dojčenia na požiadanie. Sestra alebo pôrodná asistentka by nemala zabudnúť na manažment naliatych prsníkov či možnosti prevencie popraskaných a bolestivých bradaviek. Matky s predčasne narodenými deťmi by mali vedieť, ako si majú mlieko odstriekavať pri snahe zachovať si laktáciu (Litavec et al., 2019, s. 9).

Technika dojčenia pozostáva z viacerých hlavných krokov:

- Stimulácia tvorby materského mlieka – efektívny stimul prsníkov dosiahneme pravidelným prikladaním dieťaťa. Novorodenec dráždi matkine bradavky, a tým spôsobom sa tvorí laktácia. Častým prikladaním či klokankovaním sa produkuje aj väčšie množstvo materského mlieka. Je nutné aj dobré psychické rozpoloženie matky a intenzívny telesný kontakt s dieťaťom (Vicianová, Letenayová, 2016).
- „Let – down“ reflex - tzv. vystrekovací reflex, ktorý je postavený na základe dráždenia dvorca a bradavky ústami dieťaťa. Pri dojčení dôjde k stiahnutiu svalových vlákien v prsníku, čo vyvolá vyprsknutie mlieka k bradavke alebo až na povrch prsníka. Pri rozbehnutej laktácií sa reflex prejaví vo výraznejšej miere. Mlieko je uvoľňované pri zbadaní alebo počutí svojho dieťaťa. Niektorým matkám stačí len predstava na potomka a už je let – down systém aktivovaný (Vicianová, Letenayová, 2016).
- Správne držanie prsníka - prsty pri úchope bradavky by mali pripomínať tvar písmena „C“ tak, že zároveň budú obkolesovať dvorec, nie bradavku. Dieťa pri pití

musí mať v ústach väčšiu časť dvorca, nie len bradavku, pretože mlieko sa nachádza vo dvorci. Mechanizmus satia je ten, že dieťa má ústa zoširoka otvorené, pery sú úplne prisaté až sa vychýlia. Bradička sa jemne dotýka prsníka, líca sú zaoblené (nie prepadnuté dovnútra). Pri nesprávnom držaní prsníka môže pri satí naprázdno z bradavky spôsobiť ich bolestivosť (Vicianová, Letenayová, 2016).

- Správna poloha- vid' kap. 5.4 (Vicianová, Letenayová, 2016).

5.4 Modifikovaná poloha pri dojčení

U predčasne narodených detí sa pri dojčení preferujú tieto polohy – bočná futbalová poloha, vzpriamená poloha a poloha modifikovaná.

- Vzpriamená alebo vertikálna poloha je komplikovanejšia na manipuláciu s dieťaťom. Jednou rukou si matka drží prsník a druhou pridržiava dieťa, ktoré sedí na nohe matky. Matka je v sede mierne zaklonená, aby dieťa nemuselo sedieť v kolmej pozícii.
- Futbalová poloha - os dieťaťa, vrátane nožičiek, je rovnobežná s matkiným predlaktím. Matka tou istou rukou, na ktorej leží dieťa, podopiera ramienko s hlavičkou a druhou rukou má uchopený prsník. Poloha je odporúčaná aj ženám s veľkými prsníkmi alebo plochými bradavkami, či pri kŕmení dvojčiat. Pri futbalovej polohe sa dá najlepšie naučiť technika dojčenia a rovnako dobre sa aj prsníky vyprázdňujú, tým pádom nedochádza k zápalovým procesom.
- Modifikovaná poloha – ide o zabezpečenie komfortu matke počas dojčenia. Je to mierne upravená poloha, ktorú docielime napr. pomocou podloženia vankúša, keď si ho matka vloží pod nohy alebo za chrbát. Či polozenie nôh na mierne vyvýšené miesto. (Procare- brožúra)

Poloha by mala matke zabezpečovať pohodlný posed, nemôže byť v predklone. Dieťa by malo byť čo možno najtesnejšie k matkinmu telu tak, aby mohlo uchopiť väčšiu časť prsníka, avšak aby malo možnosť pohybu. Tvár smeruje k prsníku, nos vo výške bradavky, hlavička mierne zaklonená. Ale aj pri držaní hlavičky dieťaťa treba zabezpečiť dostatočnú voľnosť pri hľadiacom reflexe. (Vicianová, Letenayová, 2016)

5.5 Modifikované dojčenie – postupný prechod z kŕmenia sondou na prsník

Predčasne narodení novorodenci, ale aj dvojčatá alebo trojčatá sa radia do kategórie, ktorej treba venovať špecifickú pozornosť pri podpore laktácie. Nedonosenosť detí súvisí s nezrelosťou orgánov, najmä imunitného systému a na základe toho sa zvyšuje riziko zlyhania životných funkcií. Rovnako aj primitívne reflexy môžu byť oslabené alebo chýbať úplne. Preto pri ťažkých stupňoch nezrelosti nie je možné dojčiť dieťa ihneď po pôrode. Ak je dieťa v kritickom stave začína sa s parenterálnou výživou, na zaistenie prísunu výživy. Stabilizovanému pacientovi sa v začiatkovej fáze dojčenia podáva mlieko sondou priamo do žalúdka. Enterálnu sondu zavádza vyškolený personál podľa najnovších neonatologických smerníc. Preferuje sa fortifikované materské mlieko. Keďže sú aj tráviace orgány menej vyvinuté, v prvotnej fáze potrebuje dieťa menšie množstvo mlieka, no o to výživnejšie. Keď je dieťa viac vyzreté, môže sa prístupit k aktívnejším spôsobom kŕmenia. Najčastejšie sa kŕmi striekačkou alebo sa volí iná varianta kŕmenia podľa potrieb dieťaťa. Ak dieťa bude vo vývoji prosperovať, bude po zdravotnom stave v poriadku a z matkinej strany nebudú žiadne kontraindikácie, dieťa môže pomaly prijímať potravu z matkinho prsníka (Berešová, 2019).

Matka, ktorá nemôže zatiaľ dojčiť svoje dieťa a tvorí sa jej mlieko, mala by si svoje mlieko pravidelne odstriekavať. Prvýkrát by mala mlieko odstriekať do 6 hodín od pôrodu. Dojčenie by malo prebiehať v intervale 2 – 3 hodiny (Berešová, 2019).

5.6 Orofaciálna stimulácia dieťaťa

Kým sa predčasne narodené dieťa dopracuje k aktívnym orofaciálnym stimulom, musí prejsť viacerými fázami. Počnúc maturačnými procesmi počas tehotenstva cez nesynchronne pohyby sania a prehltania, ktoré sú často brzdené podaním parenterálnej výživy. Prechod z enterálnej výživy na orálny typ výživy zvykne trvať týždne až mesiace, čo opäť zabraňuje fyziologickým orofaciálnym stimulom. Tieto nefyziologické stimuly vznikajú invazívnymi lekárskymi zákrokmi, napr. nasofaryngeálnym odsávaním, endotracheálnej intubácie alebo lepením zdravotníckych pásov. Spomenuté zákroky môžu mať aj v budúcnosti vplyv na neobvyklé alebo oneskorené stravovacie návyky, či oneskorený vývoj jazyka. Aby dieťa vedelo prijímať potravu orálne, musí vedieť spojiť proces sania a prehltnutia, byť kardiorespiračne stabilné a disponovať neuromuskulárnou podporou (Song et al., 2019).

Za běžnou pomůcku na orální stimuláciu sa považuje napríklad detský cumlík, na ktorom sa dieťa naučí systém satia, a tým aj kŕmenia (Song et al., 2019).

5.7 Model Pauly Meier

Americká doktorka Paula Meierová získala doktorát na *Rush University School of Nursing* v Chicagu. Aktuálne pôsobí ako profesorka pediatrie a ošetrovateľstva a je riaditeľkou laktačných služieb na jednotke intenzívnej starostlivosti v lekárskom centre *Rush University Medical Center*. Od roku 1975 sa doktorka podieľala na viacerých výskumoch v oblasti materského mlieka, a súčasne edukovala matky pri dojčení svojich predčasne narodených detí. Momentálne je líderkou multidisciplinárneho výskumného tímu NICU (intensive neonatal care unit). V roku 2013 bola ocenená cenou Audrey Hepburn (veľvyslankyňa UNICEF) za prínos k zdraviu a starostlivosť o deti od Medzinárodnej spoločnosti ošetrovateľstva *Sigma Theta Tau* (Meier et al., 2017).

Meier sa celý život fokusuje na možnosti zahájenia či zlepšenia podpory laktácie, následnom udržiavaní, na rozvoj klinických techník a na účinky materského mlieka pre nezrelý organizmus. Vo svojich príspevkoch kladie dôraz na význam dojčenia včasnom období. Taktiež v štúdiách porovnáva rozdiely medzi ženským a materským mliekom, pričom darované mlieko nemá rovnako ochrannú funkciu pre dieťa ako od vlastnej matky. Zaoberá sa aj pobytom na jednotke intenzívnej starostlivosti, ako možno predísť istým problémom vďaka kŕmeniu ženským mliekom (Meier et al., 2017).

6 ALTERNATÍVNE SPÔSOBY KRŤMENIA PREDČASNE NARODENÝCH DETÍ

Je dokázané, že materské mlieko má pre predčasne narodené deti obrovský význam. Alternatívne spôsoby kŤmenia majú predchádzať, resp. optimalizovať šance na dojčenie. Náhradné možnosti kŤmenia sú odporúčané neonatológmi a pediatrami, pretože sú postavené na základe aktívneho pohybu jazyka a dochádza k orofaciálnej stimulácii dieťaťa (Penny et al., 2018).

- KŤmenie striekačkou / kvapkadlom – kŤmenie týmto postupom sa radí medzi vhodné pre predčasne narodené deti. Treba dohliadať na to, aby dieťa pri saní zo striekačky aktívne Ťahalo piest. Pri kŤmení kvapkadlom je mlieko pomaly vstrekané do úst dieťaťa (Magyarová et al., 2010).
- KŤmenie cievkou na prsníku – ide o modifikovanú pomôcku na dojčenie, ktorá disponuje dvoma výhodami. Na jednu stranu prisatie dieťaťa na prsník stimuluje bradavku, čo vyplavuje oxytocín, a ten následne zabezpečuje laktáciu – produkciu mlieka. Na druhú stranu cievka, na ktorú je na plastovú striekačku napojená, pôsobí ako orofaciálna stimulácia pre dieťa. Typ kŤmenia cievky na prsníku funguje na tom princípe, že ohybná plastická cievka je napojená jedným koncom na striekačku s vopred odstriedaným mliekom. Druhá časť cievky je pripevnená k matkinmu prsníku. Ďalšou výhodou je, že k dieťaťu sa dostáva mlieko aj zo striekačky, aj z prsníka. Nevylučuje sa ani tá možnosť, že matka bude mať v oblasti hrudníku zafixovanú časť striekačky bez piestu, ktorá bude naplnená mliekom a bude k dieťaťu stekať voľným pádom. Rýchlosť stekania bude korigovaná podtlakom vytváraným pri satí dieťaťa. So spomínaným typom kŤmenia sa bežne stretávame na jednotkách intenzívnej starostlivosti, no odporúča sa deťom, ktoré sú schopné vypíť už väčšie dávky materského mlieka (Magyarová et al., 2010).
- KŤmenie lyžičkou – pri tejto metóde držíme dieťa vo vertikálnej polohe, pričom lyžičku s mliekom jemne priložíme k perám. Počkáme, kým novorodenec začne s aktivizovaním sacieho reflexu, vrátane sacích pohybov. Po chvíli dieťa mlieko prehltnie. Technika závisí od zrelosti dieťaťa, ak sa použije, tak jedine v malých dávkach. Skôr sa preferujú iné spôsoby kŤmenia (Magyarová et al., 2010).
- KŤmenie po prste - táto metóda je prísne terapeutická a neodporúča sa u nezrelých detí, keďže majú veľmi mäkké podnebie (Magyarová et al., 2010).

7 ODSTRIEKAVANIE MATERSKÉHO MLIEKA

Matka by mala začať s odstriekavaním svojho mlieka, hlavne v prípade predčasného pôrodu (ak pre nezrelosť dieťa nemôže piť z prsníka) alebo pri nadprodukcii mlieka, s možnosťou uskladnenia mlieka pre svoje dieťa alebo darovania do banky materského mlieka. Masáž prsníkov alebo nahriatie vlhkým uterákom dokážu pomôcť pri zefektívnení odstriekavania (Gardner et al., 2015).

7.1 Manuálne odstriekavanie

Pri technike ručného odstriekavania by mala matka docieľiť čo najväčšie priblíženie techniky k saniu dieťaťa. Pri tomto type sa odstriekava hlavne kolostrum, pričom sa odporúča do 12 hodín, potom sa prechádza na dvojfázovú odsávačku. Optimálne miesto na úchop je rozmedzie medzi dvorcom a kožou. Matka by mala jednou rukou chytiť prsník tak, že zhora bude držaný palcom a zospodu ukazovákom. Druhá ruka slúži na podperu prsníka. Samotné odstriekavanie pozostáva z pravidelného stáčania po dobu cca 30 minút. Materské mlieko je odoberané do vopred vysterilizovaných sklenených nádob (Gardner et al., 2015).

7.2 Mechanické odstriekavanie

Odsávačky napomáhajú matkám k stimulácii laktácie, predovšetkým pomáhajú zintenzívniť produkciu mlieka u žien, ktoré predčasne porodili svoje dieťa. Matka by nemala zabudnúť odstriekavať svoje mlieko aj počas noci, pretože je tvorené nepretržite, a to by mohlo spôsobiť problémy s laktáciou. Za deň by mala odstriekať mlieko aspoň 7-krát (Gardner et al., 2015).

7.3 Určovanie zadného mlieka a určovanie crematokritu

Pod pojem „*Lacto – Engineering*“ spadá odstriekavanie „zadného“ materského mlieka a určenie crematokritu. *Lacto – engineering* zabezpečuje zvýšenie kalorickej hodnoty, množstva uhlíhydrátov a bielkovín v materskom mlieku. Elektrická odsávačka materského mlieka s vysokou frekvenciou, napomáha k opakovanému vylučovaniu hormónu oxytocín, a tým zvyšuje obsah tuku v materskom mlieku. Táto špeciálna technika umožňuje, aby napomáhalo optimálnemu rastu predčasne narodených a chorých dojčiat, ktoré nemôžu byť kŕmené z prsníka (Keating et al., 2013).

8 BANKY ŽENSKÉHO A MATERSKÉHO MLIEKA

Ak nie je možné z viacerých príčin prijať materské mlieko od matky, siahne sa po alternatívnej možnosti – pasterizovaného mlieka od darykyne. U predčasne narodených detí pôsobí terapeuticky a vedie k optimalizácii organizmu. Pasterizuje sa podľa efektívnej Holderovej pasterizácie, pri ktorej dôjde ku kontaminácii všetkých vírusových a bakteriálnych patogénov. Na druhú stranu pasterizácia zo sebou nesie aj negatívum v podobe narušenia jednotlivých komponentov ženského mlieka. Sú zničené aj telu prospešné bunky, napr. leukocyty, makrofágy. Avšak epidermálny rastový faktor aj TGF- β ostáva zachovaný (Aceti et al., 2019).

V bankách ženského mlieka sa spracováva mlieko, prechádza screeningom a rozborovou kontrolou, aby splňalo pre dieťa všetky výživové parametre. Primárne je ženské mlieko podávané deťom – predčasne narodeným, s imunodeficitom, s ochorením čriev a srdca alebo s intoleranciou príjmu potravy. Takže je určené predovšetkým pacientom ležiacim na jednotke intenzívnej starostlivosti. (Letenayová et al., 2016, s. 99).

Keď prejde mlieko pasterizáciou, nechá sa zamraziť na -20°C . Štúdie uvádzajú, že mlieko, ktoré prešlo Holderovou pasterizáciou obsahuje menej bioaktívnych látok. Koncentrácia laktoferínu je znížená na 82%, lyzozým na 50%, či laktoperoxidáza na 74%. Aj keď je pokles niektorých látok badateľný, nemožno povedať, že dochádza aj k poklesu ochrannej funkcie (Letenayová et al., 2016, s. 99).

V Českej republike sa nachádzajú 4 banky materského mlieka. Darykyne, ktoré majú záujem o darovanie svojho mlieka prechádzajú prísnu kontrolou. Darykyňa nemôže fajčiť, užívať drogy, alkohol a užívať žiadne lieky (jedine po konzultácii s lekárom). Prechádzajú vstupnou prehliadkou u lekára a taktiež musí splňať kritérium, že odstrieka minimálne množstvo 500 ml, avšak jej dieťa bude dostávať dostačujúci denný príjem. Mlieko je odstriekavané do špeciálnej nádoby a následne je hneď zamrazené. Ženské mlieko pasterizované treba spotrebovať do 48 hodín a mlieko čerstvé do 24 hodín a obidve mlieka uskladniť pri teplote 4°C (Dvořáková, 2017, s. 230).

Európska asociácia mliečnych bánk má heslo „Darované materské mlieko je tak drahocenné, že ho uchovávame v bankách“. V Európskej únii sú lídrami v počte bánk so ženským mliekom Francúzi 36 bánk, potom Taliani 30 bánk a Švédci 28 bánk. V Českej republike sú 4: České Budějovice, Praha (Ústav pro matku a dítě), Most, Hradec Králové. Na Slovensku sa banky materského mlieka nachádzajú v šiestich mestách (Dvořáková, 2017, s. 231).

II. PRAKTICKÁ ČASŤ

9 METODIKA PRÁCE

9.1 Formulácia problému

Predčasný pôrod je pre matku aj dieťa nečakaný a traumatizujúci zážitok, ktorý sa výrazne zapisuje do psychiky matky. Starostlivosť o predčasne narodené dieťa je väčšinou pre ženu nová záležitosť, preto by mal zdravotnícky tím k matke pristupovať empaticky a citlivo, nakoľko každá matka je osobnosť a pristupuje k danej situácii svojsky. Práve v tomto psychicky náročnom období by mali sestry a pôrodné asistentky ženu k dojčeniu povzbudzovať a edukovať ju o nenahraditeľnosti a jedinečnosti materského mlieka. Každá kvapka materského mlieka má pre predčasne narodené dieťa blahodarné účinky a túto znalosť by sa mala dostať ku každej matke. Rovnako by žena mala spraviť maximum pre úspešne zahájenie svojej laktácie. Rozmanitými možnosťami podpory dojčenia by mal personál matke pomôcť a následne nájsť optimálne riešenie pre dvojicu matka- dieťa.

9.2 Ciele práce

Hlavný cieľ:

Zistiť informovanosť v oblasti dojčenia u matiek predčasne narodených detí, a zároveň mieru edukácie od zdravotníckeho personálu pracujúceho na oddelení predčasne narodených novorodencov.

Podciele:

Cieľ 1:

Porovnať mieru informovanosti v dojčení predčasne narodených novorodencov, medzi českými a slovenskými matkami.

Cieľ 2:

Tvorba edukačného materiálu, slúžiaca ako príručka ženám po predčasnom pôrode, na jednotkách intenzívnej starostlivosti.

9.3 Charakteristika vzorky respondentov

Výskumný súbor tvorilo 40 matiek po predčasnom pôrode. Z toho 20 (50%) matiek bolo zo Slovenska a 20 (50%) z Českej republiky. Výskum sa zameril na matky, ktoré porodili vo

Fakultnej nemocnici Trenčín a Krajskej nemocnici Tomáše Bati v Zlíne. Výber porovnávaných nemocníc zodpovedá každoročne podobnému počtu narodených detí.

Kritéria k výberu respondentky boli: matka, ktorá porodila predčasne svoje dieťa vo FNTN alebo KNTB, dojčila svoje predčasne narodené dieťa, porodila v rozmedzí gestačných týždňov 28+0 až 35+6, vyjadrila súhlas a ochotu s vyplnením dotazníka. Všetky matky boli po pôrode minimálne týždeň, aby s odstupom času nadobudli základné poznatky ohľadom dojčenia, činnosťami s dojčením spojených a vedeli posúdiť mieru informovanosti a edukácie od zdravotníckeho personálu.

Kvôli aktuálnej vírusovej pandémie COVID-19 stihlo byť rozdáných len 5 tlačенých dotazníkov a ostatné boli rozdane elektronicky prostredníctvom sociálnych sietí a e-mailových adries. Celkom elektronický dotazník vyplnilo 35 respondentiek. Žiadny z dotazníkov nebolo nutné vyradiť, nakoľko všetky boli dostatočne vyplnené.

9.4 Metóda zberu dát

Výskum k bakalárskej práci bol realizovaný formou kvantitatívnej metódy, spracovanej za pomoci dotazníkov s matkami po predčasnom pôrode, ktoré spĺňali kritéria pre výber respondentiek. Dotazník pozostával z 22 otázok a respondentka označila jednu najvýstižnejšiu z možných odpovedí. V niektorých z otázok bola možnosť výberu z viacerých odpovedí. Zozbierané dáta boli analyzované, následne vyhodnotené a štatisticky spracované v grafoch a tabuľkách. Grafy a tabuľky sú spracované a uverejnené z vlastných zdrojov.

9.5 Organizácia výskumu

Výskumné šetrenie prebiehalo v mesiaci apríl roka 2020. V oboch nemocniciach bola podaná a schválená oficiálna žiadosť k realizácii výskumu mojej bakalárskej práce.

9.6 Spracovanie získaných dát

Získané dáta boli spracované prostredníctvom počítačového programu Microsoft Office 365. Spracovanie bolo anonymné využívané len na účely bakalárskej práce.

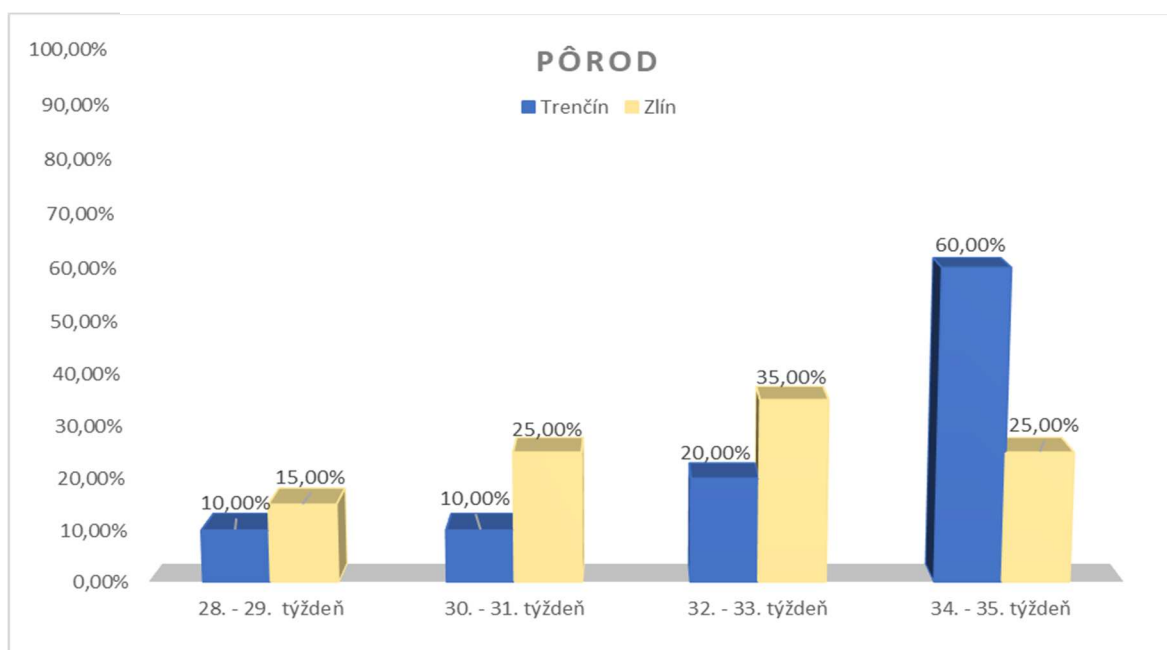
10 VÝSLEDKY VÝSKUMU

Otázka č.1: V ktorom týždni tehotenstva ste porodili?

Týždeň	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
28. - 29. týždeň	2	3	10,00%	15,00%
30. - 31. týždeň	2	5	10,00%	25,00%
32. - 33. týždeň	4	7	20,00%	35,00%
34. -35. týždeň	12	5	60,00%	25,00%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab.č.2

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 1

(Zdroj: Vlastný)

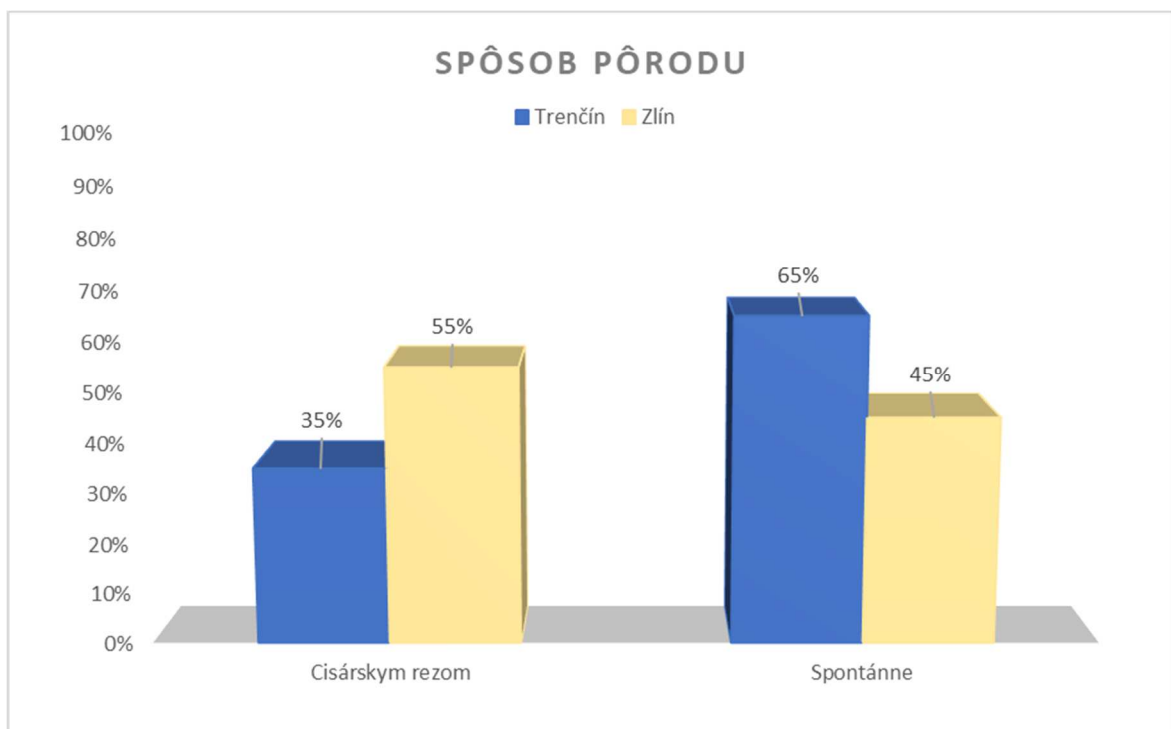
Otázka č. 1 bola zameraná na týždeň tehotenstva, v ktorom respondentky porodili. V trenčianskej nemocnici porodilo najviac respondentiek medzi 34. - 35. týždňom gravidity, konkrétne 12 žien (60%). Najviac respondentiek zo zlínskej nemocnice porodilo predčasne v rozmedzí 32. - 33. týždňa tehotenstva s počtom 7 žien (35%).

Otázka č.2: Akým spôsobom ste rodili ?

Pôrod	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Cisárskym rezom	7	11	35%	55%
Spontánne	13	9	65%	45%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 3

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 2

(Zdroj: Vlastný)

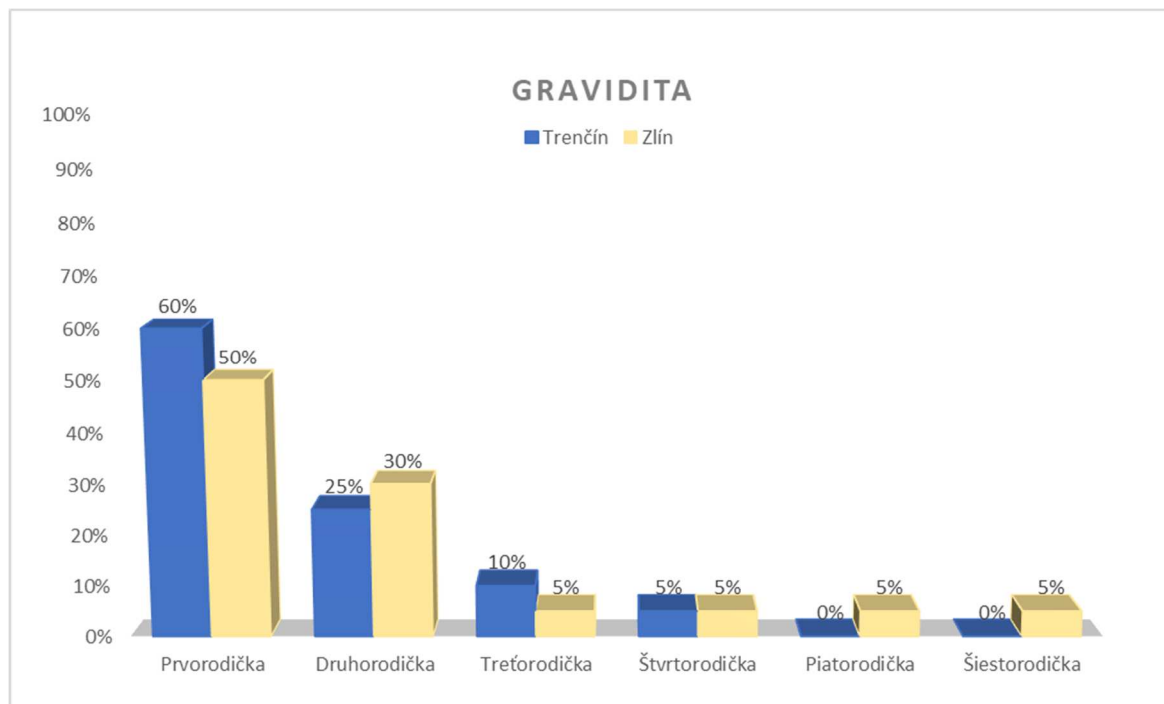
Z celkového počtu 20 respondentiek rodiacich v Trenčíne uviedlo, že 7 z nich (35%) priviedlo svoje dieťa na svet cisárskym rezom a 13 žien (65%) porodilo spontánne. Z rovnakého počtu 20 matiek, ktoré porodili v Zlíne malo 11 žien (55%) cisársky rez a spontánne porodilo 9 žien (45%).

Otázka č.3: Koľko rodička ste?

Parita	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Prvorodička	12	10	60%	50%
Druhorodička	5	6	25%	30%
Treťorodička	2	1	10%	5%
Štvrtorodička	1	1	5%	5%
Piatorodička	0	1	0%	5%
Šiestorodička	0	1	0%	5%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 4

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 3

(Zdroj: Vlastný)

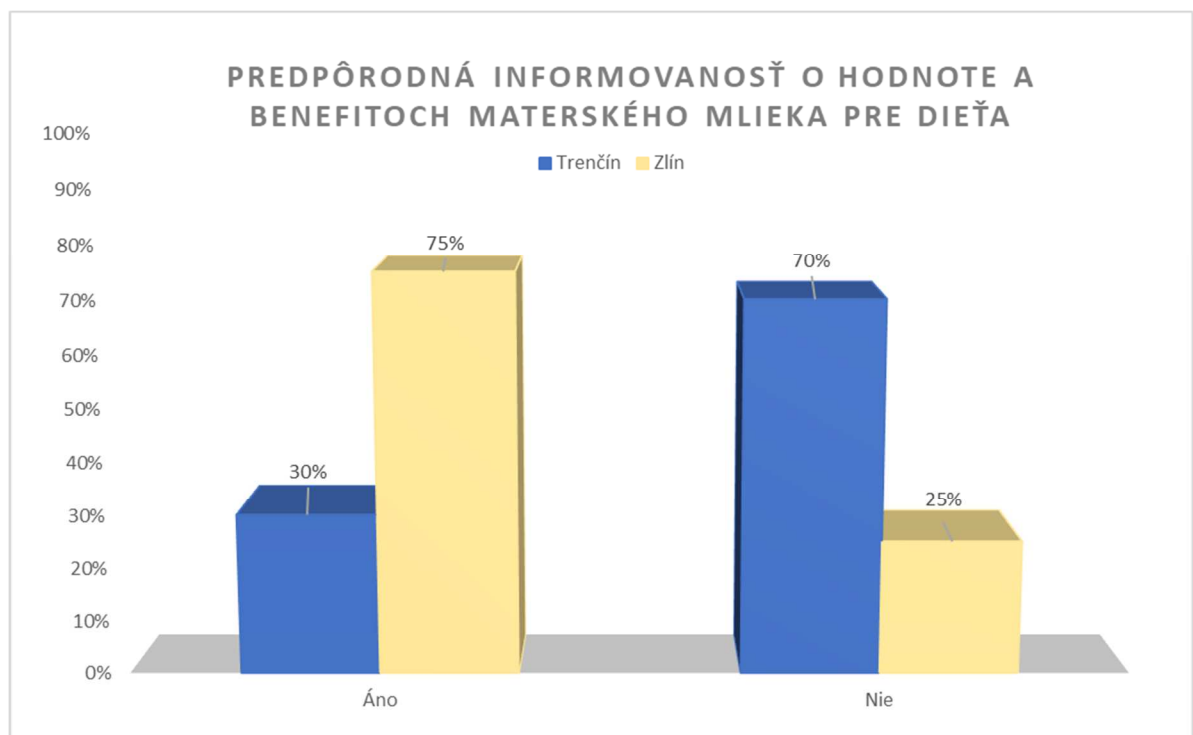
Najviac z oslovených matiek boli prvorodičky, v Trenčíne s počtom 12 (60%), v Zlíne s počtom 10 (50%). Dve ženy zo zlínskej nemocnice uviedli, že 1 rodila po piatykrát (5%) a 1 žena po šiestykrát (5%).

Otázka č.4: Boli ste pred pôrodom informovaná zdravotníckym personálom o hodnote a benefitoch materského mlieka pre dieťa?

Informovanosť	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Áno	6	15	30%	75%
Nie	14	5	70%	25%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 5

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 4

(Zdroj: Vlastný)

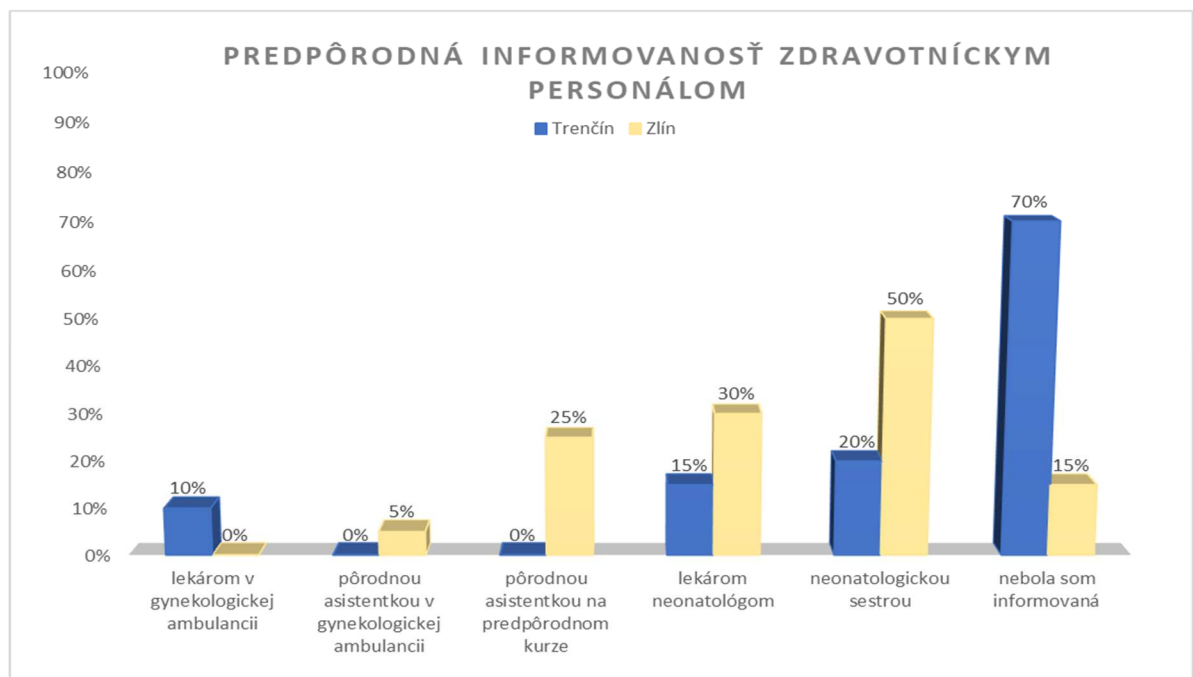
6 matiek (30%) rodiacich v Trenčíne označilo, že boli pred pôrodom zdravotníckym personálom informované o hodnote materského mlieka. 14 žien (70%) informovaných nebolo. Matky zo zlínskej nemocnice uviedli, že 15 (75%) ich informovaných bolo a 5 žien (25%) nebolo informovaných.

Otázka č.5: Kým ste boli pred pôrodom informovaná o benefitoch materského mlieka?

Zdravotnícky personál	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Lekárom v gynekologickej ambulancii	2	0	10%	0%
Pôrodnou asistentkou v gynekologickej ambulancii	0	1	0%	5%
Pôrodnou asistentkou na predpôrodnom kurze	0	5	0%	25%
Lekárom neonatológom	3	6	15%	30%
Neonatologickou sestrou	4	10	20%	50%
Nebola som informovaná	14	3	70%	15%

Tab. č. 6

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 5

(Zdroj: Vlastný)

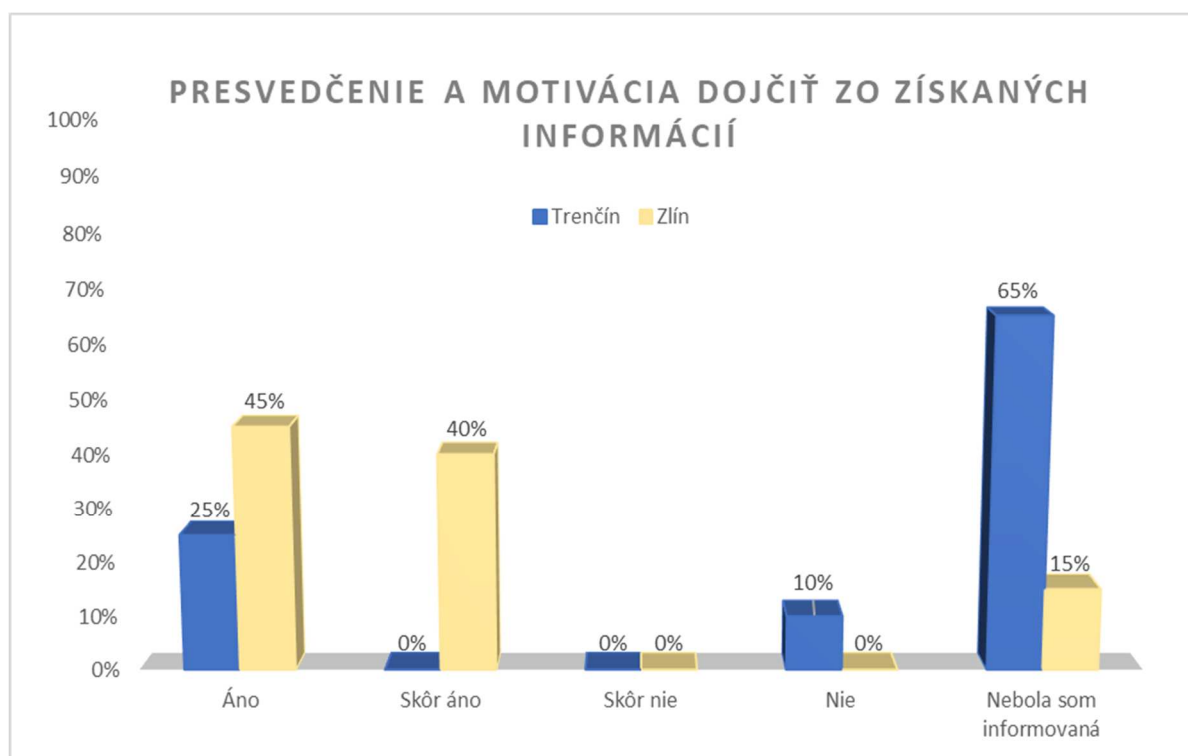
Ak boli trenčianske respondentky informované zdravotníckym personálom o benefitoch materského mlieka, v odpovediach bola najviac zastúpená neonatologická sestra, v počte 4 (20%). Informované lekárom neonatológom boli 3 ženy (15%). 2 ženy (10%) boli informované lekárom v gynekologickej ambulancii. 14 respondentiek (70%) nebolo informovaných nikým. Zo zlínskych respondentiek bolo najviac žien informovaných neonatologickou sestrou - 10 (50%). 5 žien (25%) označilo, že boli informované pôrodnou asistentkou na predpôrodnom kurze, 1 zo žien (5%) bola informovaná pôrodnou asistentkou v gynekologickej ambulancii. Z celkového počtu 20 neboli vôbec informované 3 ženy (15%). V otázke č.5 mohli matky vybrať viaceré odpovede.

Otázka č.6: Boli pre Vás tieto získané informácie dostatočne presvedčivé a motivujúce v snahe dojčiť svoje dieťa?

Informovanosť	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Áno	5	9	25%	45%
Skôr áno	0	8	0%	40%
Skôr nie	0	0	0%	0%
Nie	2	0	10%	0%
Nebola som informovaná	13	3	65%	15%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 7

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 6

(Zdroj: Vlastný)

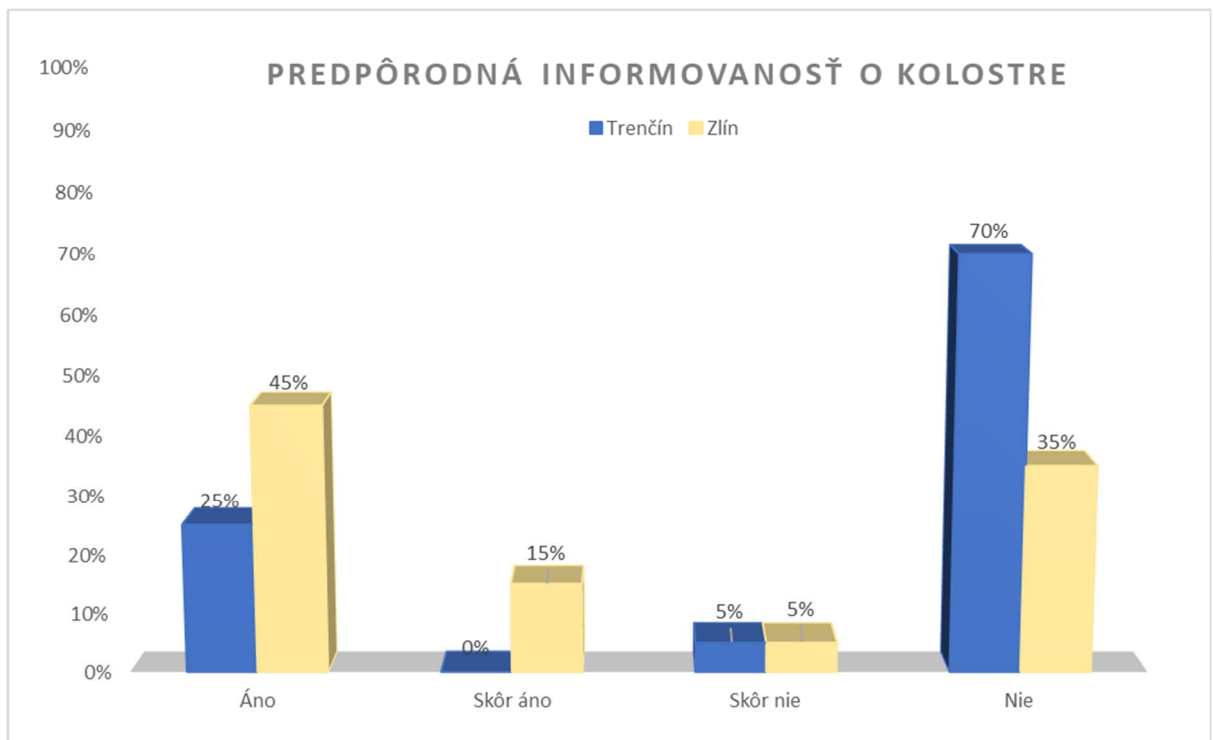
Ak boli ženy pred pôrodom informované o benefitoch materského mlieka, tak pre 5 matiek (25%) z Trenčína boli tieto informácie dostatočne presvedčivé a motivujúce v snahe dojčiť. Rovnako aj v Zlíne označilo 9 matiek (45%) kladnú odpoveď na uvedenú otázku. Kým v Zlíne pre 8 matiek (40%) boli tieto informácie takmer dostačujúce, naopak v Trenčíne túto možnosť „skôr áno“ neoznačila žiadna respondentka.

Otázka č.7: Boli ste pred pôrodom informovaná o význame kolostra pre predčasne narodené dieťa?

Informovanosť o kolostru	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Áno	5	9	25%	45%
Skôr áno	0	3	0%	15%
Skôr nie	1	1	5%	5%
Nie	14	7	70%	35%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 8

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 7

(Zdroj: Vlastný)

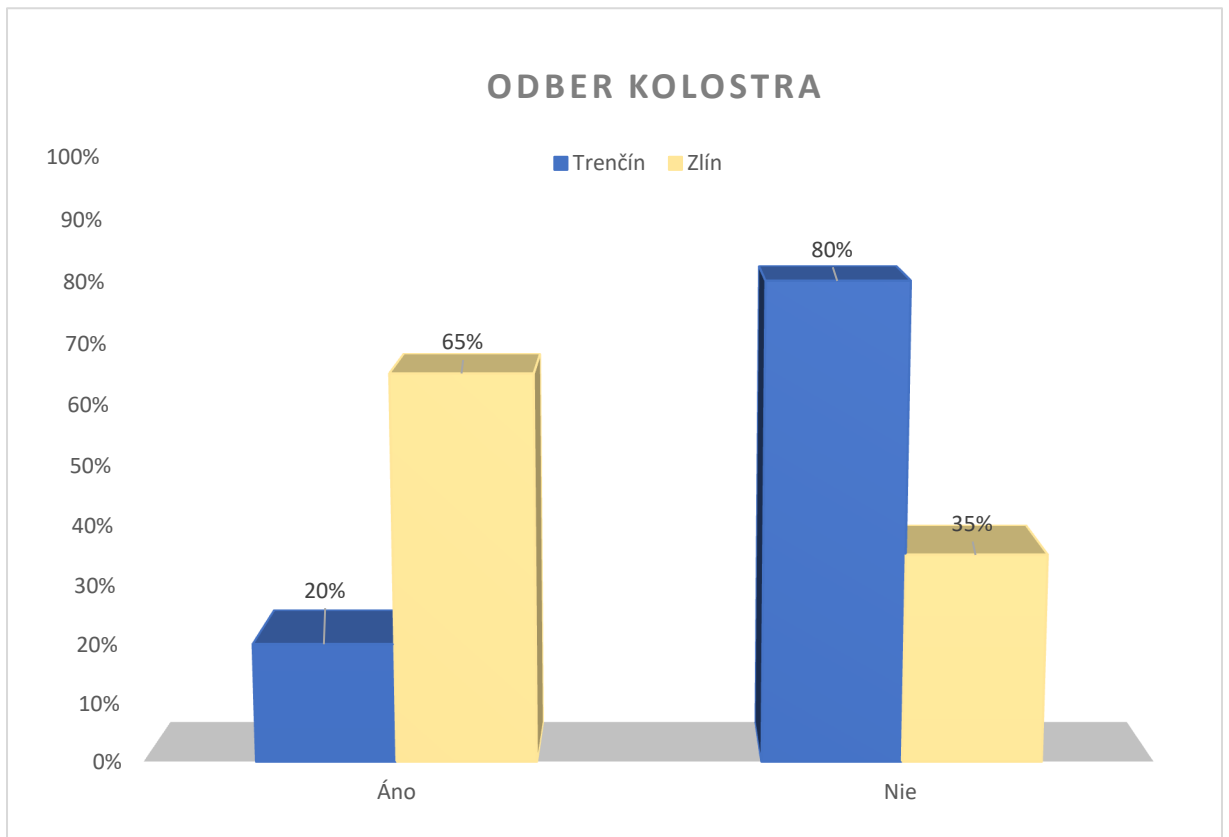
Z odpovedí na otázku č. 7 vyplýva, že 5 matiek (25%) z trenčianskej pôrodnice bolo dostatočne informovaných o význame kolostra pre dieťa. 14 matiek (70%) informovaných nebolo vôbec. V porovnaní so zlínskou pôrodnicou bolo 9 matiek (45%) informovaných o význame kolostra a 7 (35%) informovaných nebolo.

Otázka č.8: Bol pred Vaším pôrodom alebo tesne po ňom realizovaný odber kolostra?

Odber kolostra	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Áno	4	13	20%	65%
Nie	16	7	80%	35%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 9

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 8

(Zdroj: Vlastný)

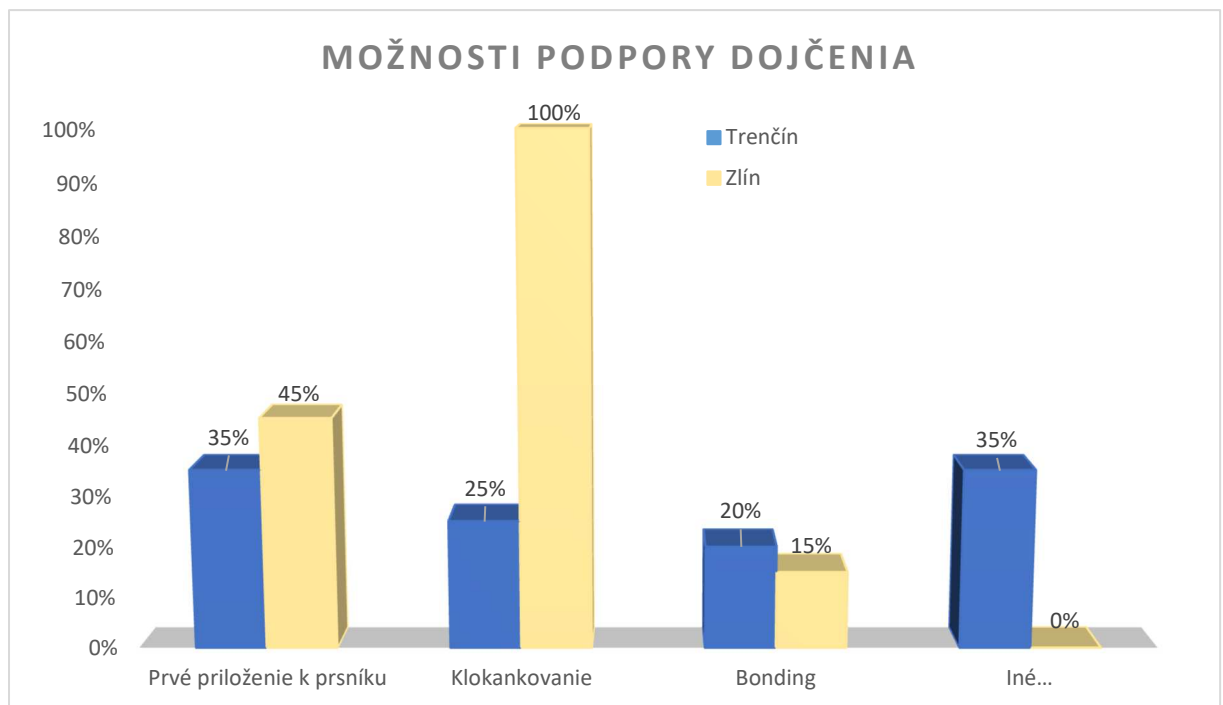
Na otázku či bol pred pôrodom alebo tesne po ňom realizovaný odber kolostra sa 4 matky (20%) z trenčianskej pôrodnice vyjadrili kladne, teda kolostrum bolo odobraté. V zlínskej pôrodnici bol odber zrealizovaný u 13 matiek (65%).

Otázka č.9: Aké možnosti podpory dojčenia za asistencie zdravotníckeho personálu ste absolvovali?

Podpora dojčenia	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Prvé priloženie k prsníku	7	9	35%	45%
Klokankovanie	5	20	25%	100%
Bonding	4	3	20%	15%
Iné...	7	0	35%	0%

Tab. č. 10

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 9

(Zdroj: Vlastný)

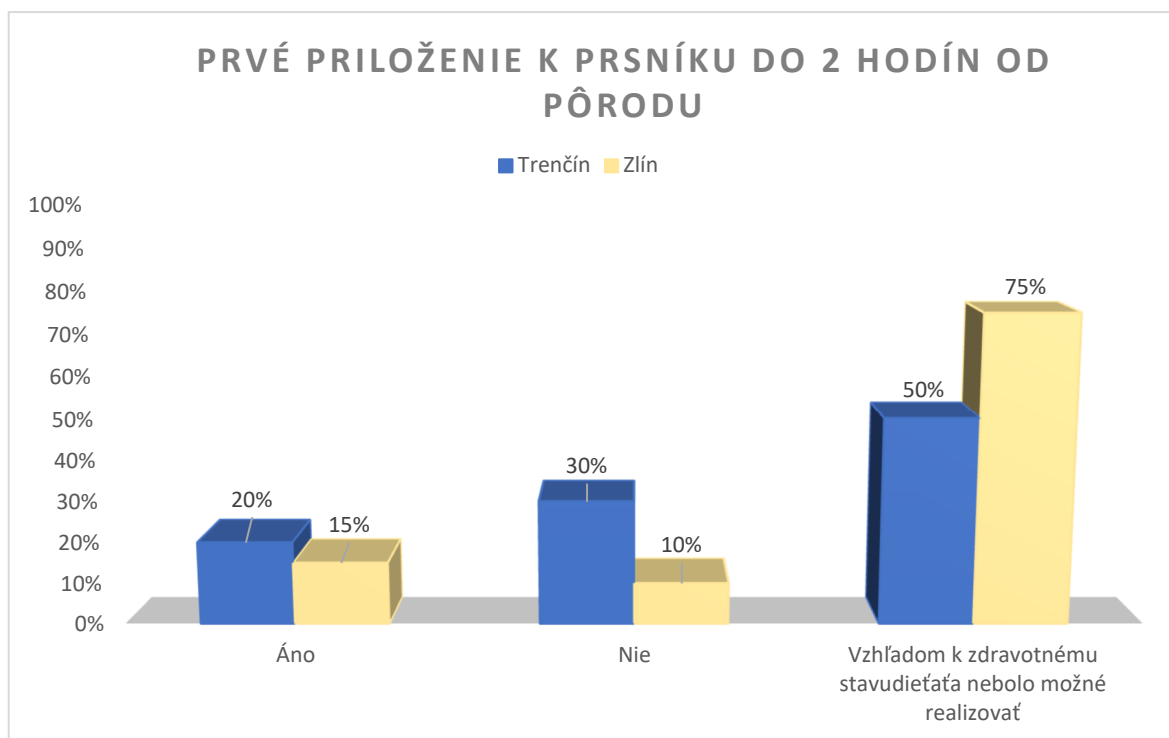
Z celkového počtu 20 respondentiek z Trenčína uviedlo, že 7 z nich (35%) realizovalo prvé priloženie k prsníku. V porovnaní so Zlínom malo 9 z opýtaných (45%) dieťa priložené k prsníku. Klokankovanie detí bolo v Trenčíne realizované v počte 5 (25%), kým v Zlíne bolo klokankovanie u všetkých 20 respondentiek (100%). 4 matky (20%) z FNTN uviedli, že absolvovali bonding. V KNTB bondovali 3 ženy (15%). V možnosti „iné“ sa vyjadrilo 7 matiek (35%) z Trenčína, že nemohli absolvovať žiadnu z podpôr dojčenia kvôli zdravotnému stavu matky alebo dieťaťa. V otázke č.9 mohli matky vybrať viaceré odpovede.

Otázka č.10: Bolo prvé priloženie k prsníku realizované do 2 hodín po narodení dieťaťa?

Prvé priloženie	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Áno	4	3	20%	15%
Nie	6	2	30%	10%
Vzhľadom k zdravotnému stavu dieťaťa nebolo možné realizovať	10	15	50%	75%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 11

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 10

(Zdroj: Vlastný)

Na otázku či bolo dieťa priložené k prsníku do dvoch hodín po narodení odpovedali respondentky z Trenčína 4 (20%) že áno, 6 (30%) že nie. Až 10 (50%) uviedlo, že vzhľadom k zdravotnému stavu dieťaťa nebolo možné priloženie k prsníku realizovať.

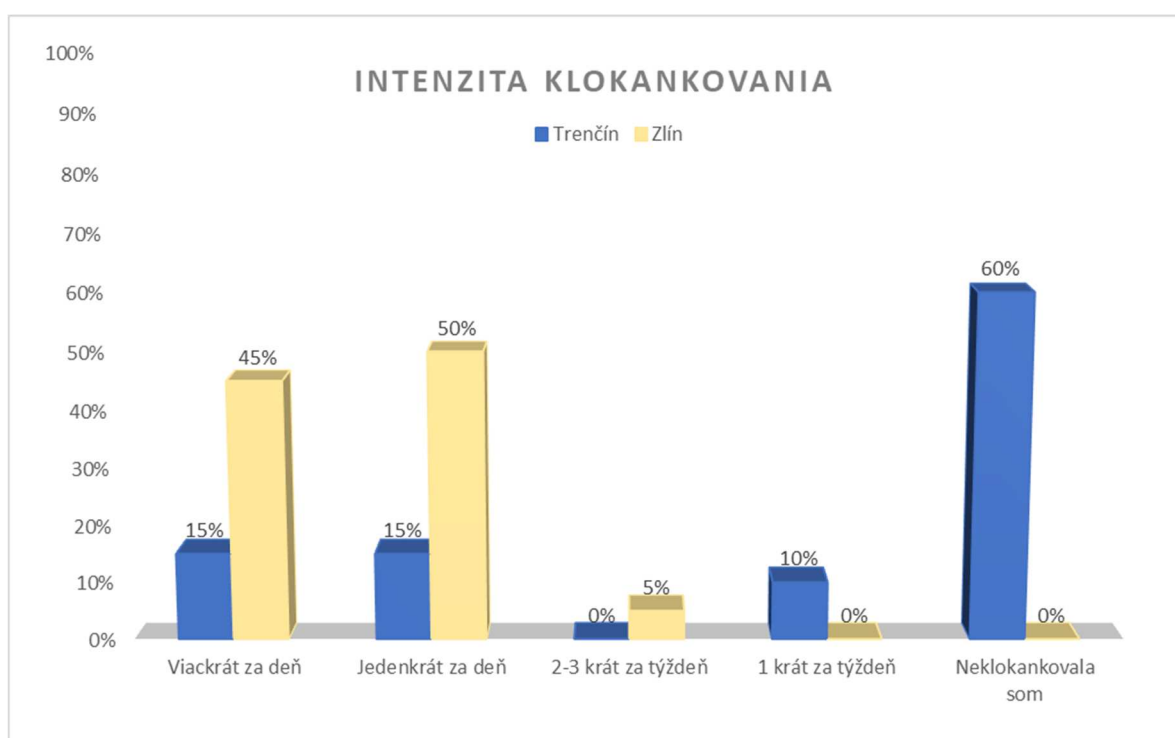
Respondentky zo Zlína uviedli, že u troch (15%) bolo priloženie k prsníku realizované, u dvoch (10%) nie. Zdravotný stav dieťaťa nedovoľoval 15 matkám (75%) priloženie k prsníku do dvoch hodín.

Otázka č.11: Ak ste svoje dieťa klokankovali, v akých časových intervaloch?

Klokankovanie	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Viacrát za deň	3	9	15%	45%
Jedenkrát za deň	3	10	15%	50%
2-3 krát za týždeň	0	1	0%	5%
1 krát za týždeň	2	0	10%	0%
Neklokankovala som	12	0	60%	0%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 12

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 11

(Zdroj: Vlastný)

Z odpovedí na otázku vyplýva, že v Trenčíne klokankovali tri matky (15%) viackrát za deň, tri matky (15%) jedenkrát za deň a dve matky (10%) jedenkrát za týždeň. Vôbec neklokankovalo 12 (60%) žien.

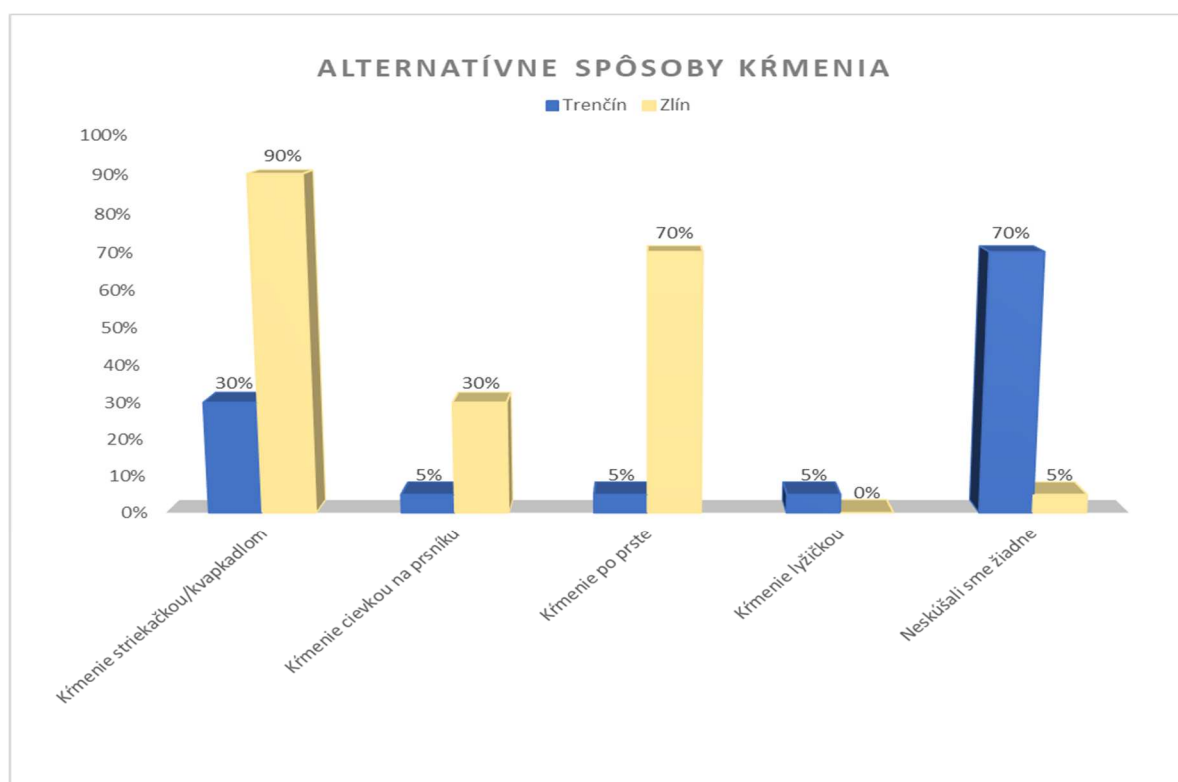
V Zlíne klokankovalo 9 (45%) matiek viackrát za deň, 10 (50%) matiek jedenkrát za deň a jedna matka (5%) uviedla, že svoje dieťa klokankovala 2 – 3 krát do týždňa. Ani jedna (0%) z matiek neuviedla, že svoje dieťa neklokankovala.

Otázka č.12: Aké alternatívne spôsoby kŕmenia ste za pomoci personálu skúšali?

Alternatívy	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Kŕmenie striekačkou/kvapkadlom	6	18	30%	90%
Kŕmenie cievkou na prsníku	1	6	5%	30%
Kŕmenie po prste	1	14	5%	70%
Kŕmenie lyžičkou	1	0	5%	0%
Neskúšali sme žiadne	14	1	70%	5%

Tab. č. 13

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 12

(Zdroj: Vlastný)

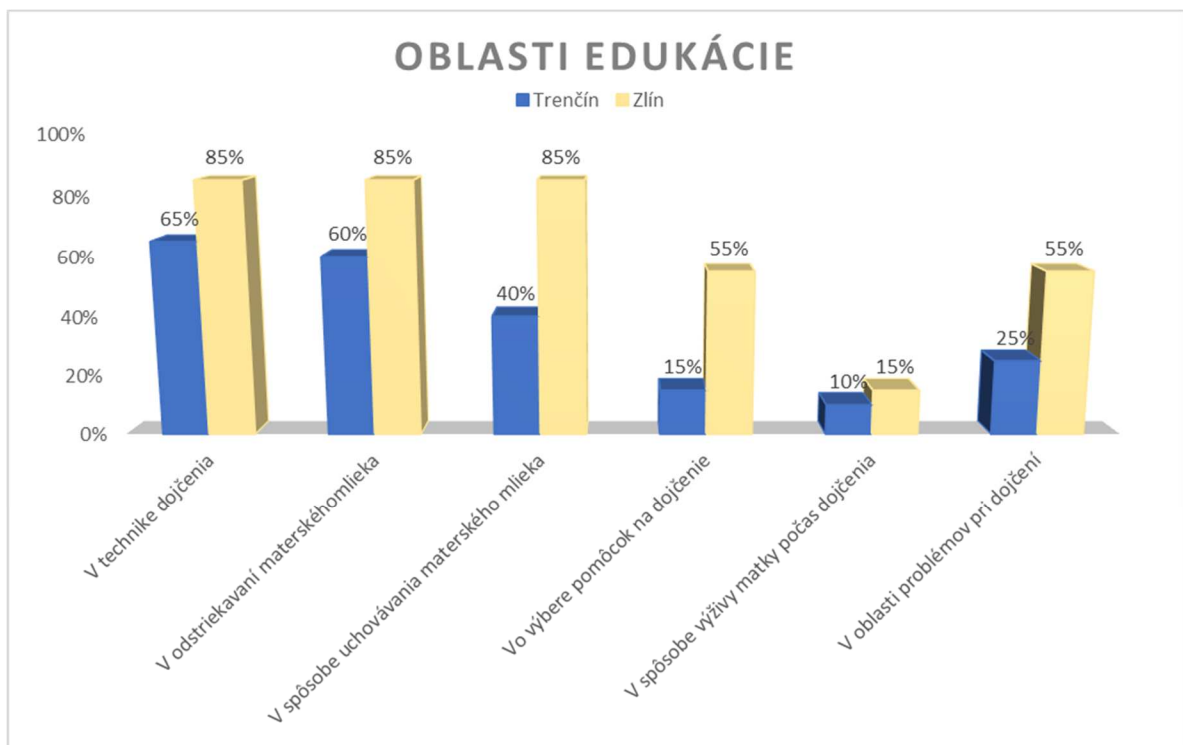
Zo zistených výsledkov vyplýva, že najčastejšie uviedli respondentky v Zlíne kŕmenie striekačkou/kvapkadlom v počte 18 (90%), kŕmenie po prste uvádza 14 (70%), kŕmenie cievkou na prsníku 6 (30%). Jedna (5%) z opýtaných nekŕmila svoje dieťa alternatívnym spôsobom. Vo FNTN uviedlo 6 (30%) kŕmenie striekačkou/kvapkadlom, jedna (5%) kŕmenie cievkou na prsníku, jedna (5%) kŕmenie po prste a jedna (5%) kŕmenie lyžičkou. 14 (70%) vôbec neskúšalo alternatívny spôsob kŕmenia. V otázke č.12 mohli matky vyberať viaceré odpovede.

Otázka č.13: V akej oblasti dojčenia Vás zdravotnícky personál edukoval?

Oblasti	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
V technike dojčenia	13	17	65%	85%
V odstriekavaní materského mlieka	12	17	60%	85%
V spôsobe uchovávaní materského mlieka	8	17	40%	85%
Vo výbere pomôcok na dojčenie	3	11	15%	55%
V spôsobe výživy matky počas dojčenia	2	3	10%	15%
V oblasti problémov pri dojčení	5	11	25%	55%

Tab. č. 14

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 13

(Zdroj: Vlastný)

V trenčianskej pôrodnici bolo najviac matiek edukovaných v technike dojčenia v počte 13 (65%), v odstriekavaní materského mlieka v počte 12 (60%), v spôsobe uchovávaní materského mlieka v počte 8 (40%), v oblasti problémov pri dojčení v počte 5 (25%).

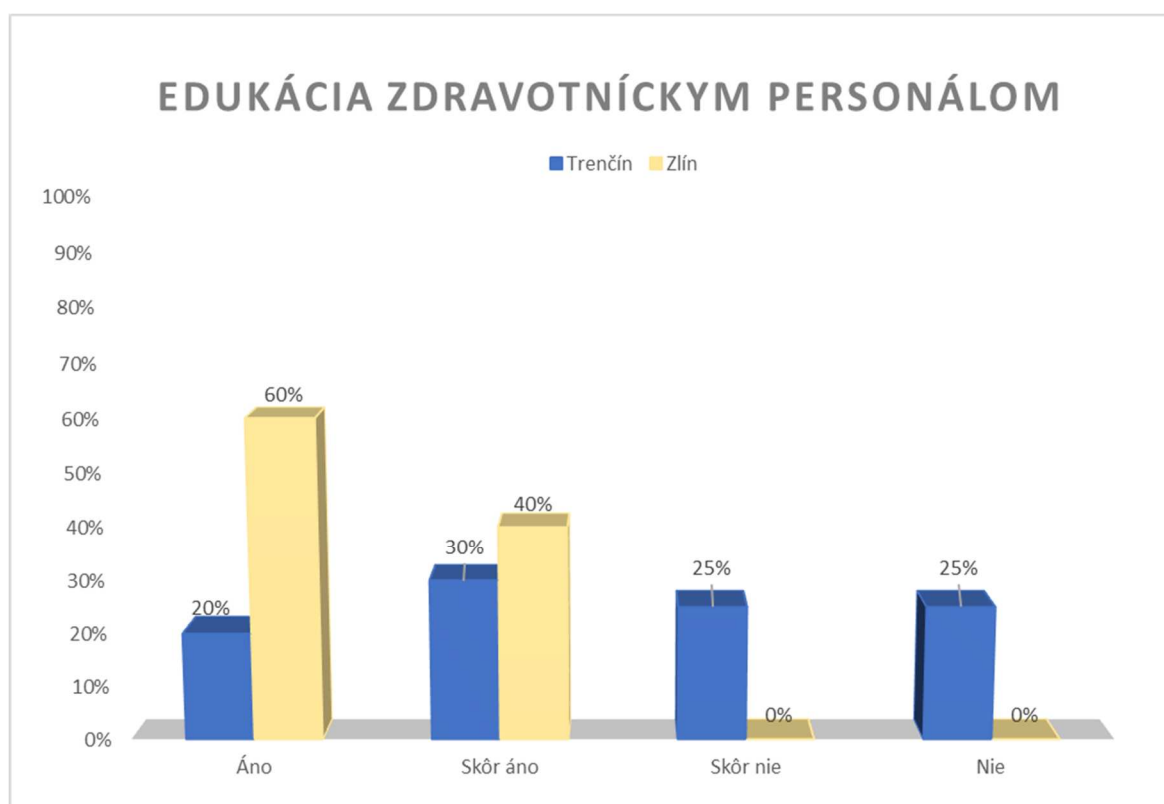
V zlínskej pôrodnici bolo najviac matiek edukovaných v technike dojčenia 17 (85%), v odstriekavaní materského mlieka 17 (85%) aj v spôsobe uchovávaní materského mlieka 17 (85%). V otázke č.13 mohli respondentky vyberať viaceré odpovede.

Otázka č.14: Bola edukácia od detských sestier, pôrodných asistentiek či laktačných poradkýň v oblasti dojčenia pre Vás dostačujúca ?

Edukácia	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Áno	4	12	20%	60%
Skôr áno	6	8	30%	40%
Skôr nie	5	0	25%	0%
Nie	5	0	25%	0%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 15

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 14

(Zdroj: Vlastný)

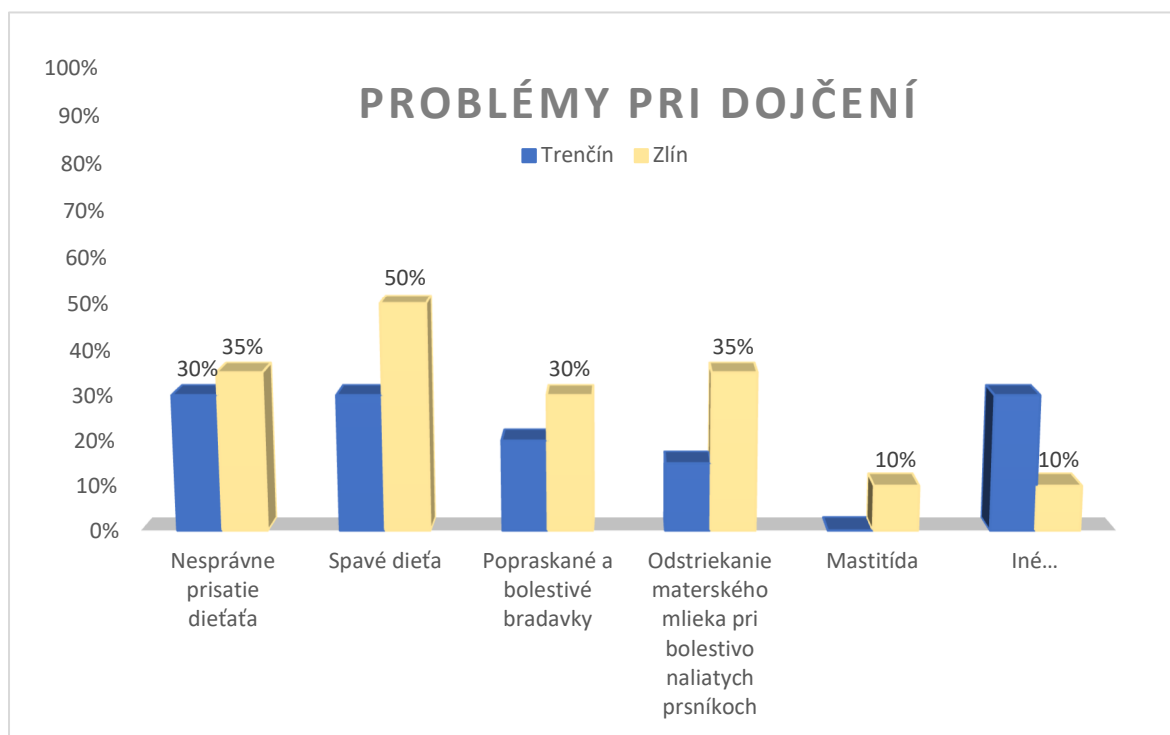
Pre matky po predčasnom pôrode v Trenčíne bola edukácia dostačujúca pre 4 (20%) z nich. skôr dostačujúca bola pre 6 (30%) z nich. Skôr nedostačujúca bola pre 5 (25%) matiek a absolútne nedostačujúca bola pre 4 (20%) z celkového počtu respondentiek. V otázke č.14 mohli ženy vyberať viaceré odpovede. Pre matky po predčasnom pôrode v Zlíne bola edukácia dostačujúca pre 12 (60%) matiek, skôr dostačujúca bola pre 8 (40%). Žiadna z respondentiek (0%) neuviedla, že by edukácia zo strany personálu bola pre ňu nedostačujúca.

Otázka č.15: Aký problém počas dojčenia sa u Vás vyskytol, ktorý ste museli konzultovať so zdravotníckym personálom?

Problém	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Nesprávne prisatie dieťaťa	6	7	30%	35%
Spavé dieťa	6	10	30%	50%
Popraskané a bolestivé bradavky	4	6	20%	30%
Odstriekanie materského mlieka	3	7	15%	35%
Mastitída	0	2	0%	10%
Iné...	6	2	30%	10%

Tab. č.16

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 15

(Zdroj: Vlastný)

Z celkového počtu 20 respondentiek zo Zlína ako najčastejší problém uviedlo spavé dieťa v počte 10 (50%). Druhým najčastejším problémom sa javí nesprávne prisatie dieťaťa v počte 7 (35%), rovnako aj problém s odstriekaním materského mlieka v počte 7 (35%).

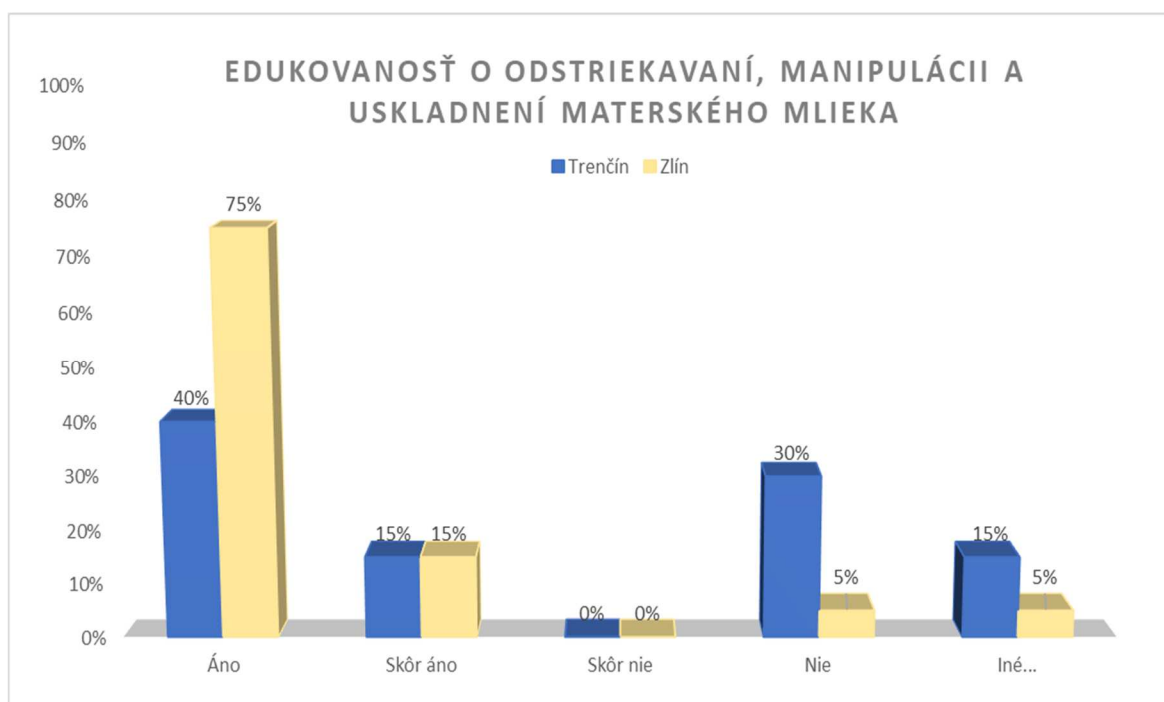
Vo FNTN ako najčastejší problém sa javí takisto spavé dieťa 6 (30%) a nesprávne prisatie 6 (30%). Popraskané a bolestivé bradavky uviedli 4 (20%) matky. V možnosti „iné“ matky uviedli, že nemali problém, ktorý by museli so zdravotníckym personálom konzultovať. V otázke č.15 mohli matky vybrať viaceré odpovede.

Otázka č.16: Boli ste edukovaná o odstriekavaní, manipulácii a uskladnení materského mlieka ak ste ho nosili pre dieťaťko z domu?

Edukácia	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Áno	8	15	40%	75%
Skôr áno	3	3	15%	15%
Skôr nie	0	0	0%	0%
Nie	6	1	30%	5%
Iné...	3	1	15%	5%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 17

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 16

(Zdroj: Vlastný)

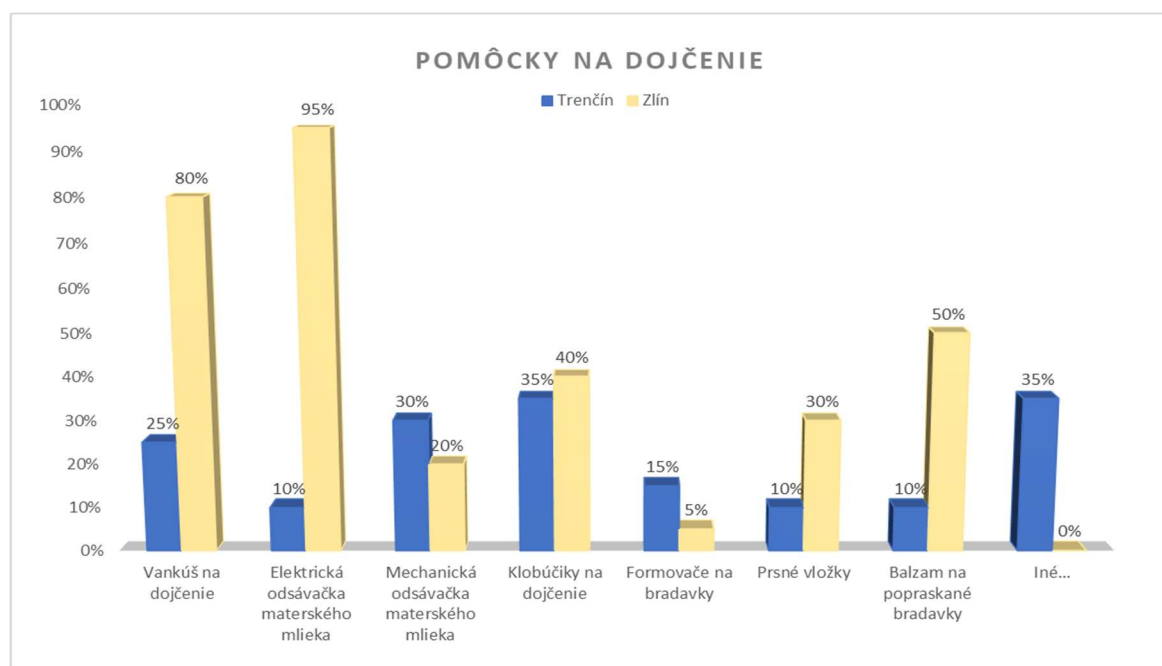
Z odpovedí na otázku vyplýva, že 8 (40%) matiek z FNTN bolo dostatočne edukovaných o manipulácii a uskladení materského mlieka, ak ho pre svoje dieťa nosili z domu. V KNTB rovnakú možnosť označilo 15 (75%) matiek. Edukovaných v Trenčíne nebolo 6 (30%), v Zlíne 1 (5%). V možnosti „iné“ 3 (15%) trenčianske respondentky a jedna (5%) respondentka zo Zlína uviedli, že počas celej hospitalizácie boli s dieťaťom v pôrodnici a nenosili mlieko z domu.

Otázka č.17: Aké pomôcky na dojčenie Vám boli zdravotníckym personálom vrámci poradenstva odporučené?

Pomôcka	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Vankúš na dojčenie	5	16	25%	80%
Elektrická odsávačka materského mlieka	2	19	10%	95%
Mechanická odsávačka materského mlieka	6	4	30%	20%
Klobúčiky na dojčenie	7	8	35%	40%
Formovače na bradavky	3	1	15%	5%
Prsné vložky	2	6	10%	30%
Balzam na popraskané bradavky	2	10	10%	50%
Iné...	7	0	35%	0%

Tab. č. 18

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 17

(Zdroj: Vlastný)

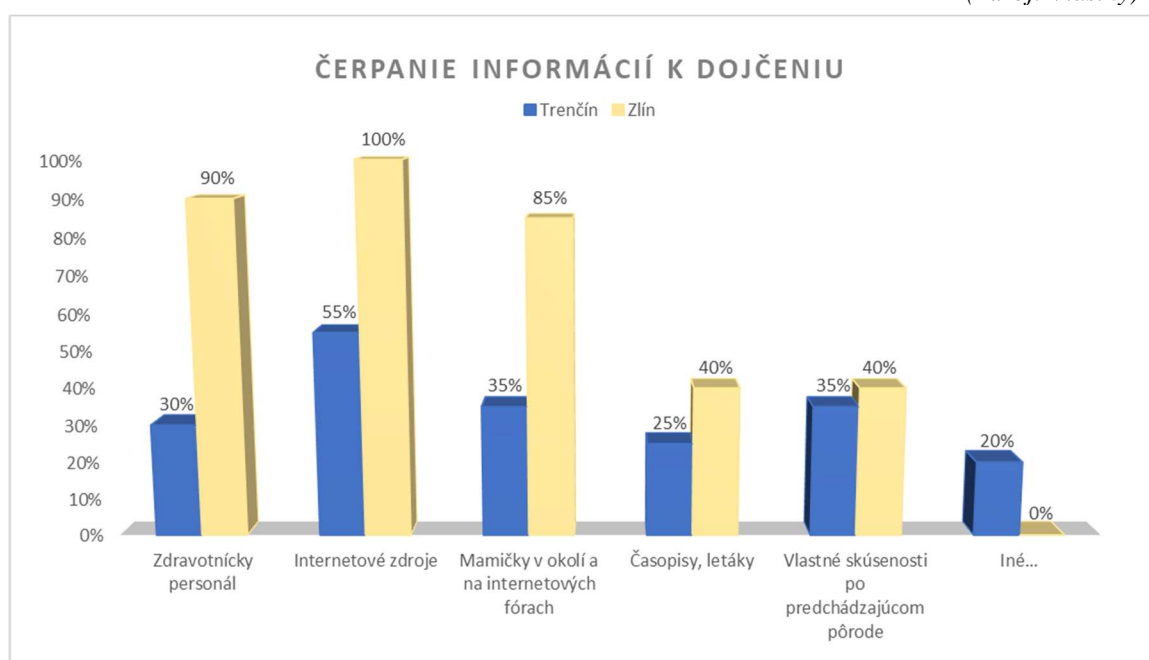
U 19 (95%) matiek v KNTB najčastejšou pomôckou pri dojčení bola elektrická odsávačka materského mlieka, druhou najfrekvencovanejšou bol vankúš na dojčenie v počte 16 (80%). Vo FNTN najčastejšou pomôckou pri dojčení bol klobúčik na dojčenie v počte 7 (35%), rovnaký počet 7 (35%) respondentiek uviedlo, že nevyužívali žiadnu pomôcku na dojčenie. V otázke č.17 mohli matky vybrať viaceré odpovede.

Otázka č.18: Odkiaľ ste čerpali informácie týkajúce sa problematiky dojčenia ?

Zdroj	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Zdravotnícky personál	6	18	30%	90%
Internetové zdroje	11	20	55%	100%
Mamičky v okolí a na internetových fórach	7	17	35%	85%
Časopisy, letáky	5	8	25%	40%
Vlastné skúsenosti po predchádzajúcom pôrode	7	8	35%	40%
Iné...	4	0	20%	0%

Tab. č. 19

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 18

(Zdroj: Vlastný)

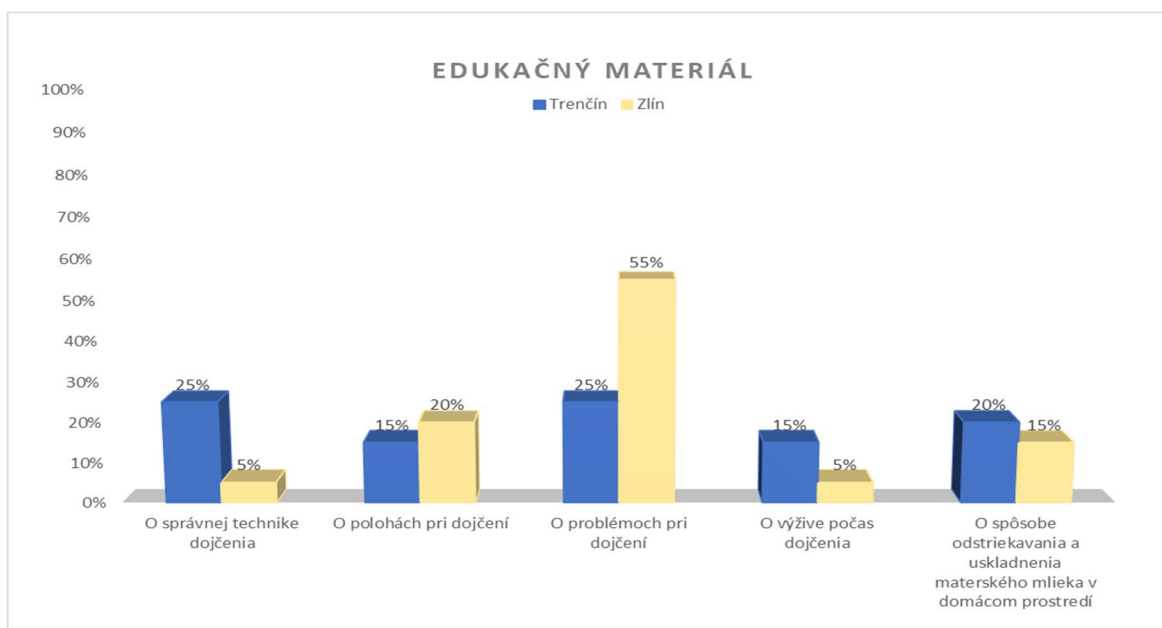
Najviac respondentiek z Trenčína v počte 11 (55%) a zo Zlína 20 (100%) označilo, že pri čerpaní informácii využívali internetové zdroje. Ďalším najčastejším zdrojom informácii boli matky v okolí a na internetových fórach. Túto možnosť označilo 7 (35%) respondentiek z Trenčína a 17 (85%) zo Zlína. Nasleduje odpoveď „vlastné skúsenosti“, s počtom 7 (35%) vo FNTN a 8 (40%) v KNTB. Zdravotníckym personálom bolo informovaných v Trenčíne 6 (30%) matiek a v Zlíne 18 (90%) matiek. V otázke č.18 mohli matky vyberať viaceré odpovede.

Otázka č.19: Aké informácie (vo forme brožúry, letáčka) by mali pre Vás najväčší prínos v čase krátko po pôrode, ktoré by Vám pomohli pri zahájení tvorby mlieka a dojčenia dieťaťa?

Edukačný materiál	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
O správnej technike dojčenia	5	1	25%	5%
O polohách pri dojčení	3	4	15%	20%
O problémoch pri dojčení	5	11	25%	55%
O výžive počas dojčenia	3	1	15%	5%
O spôsobe odstriekavania a uskladnenia materského mlieka v domácom prostredí	4	3	20%	15%
Súčet	20	20	100%	100%

Tab. č. 20

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 19

(Zdroj: Vlastný)

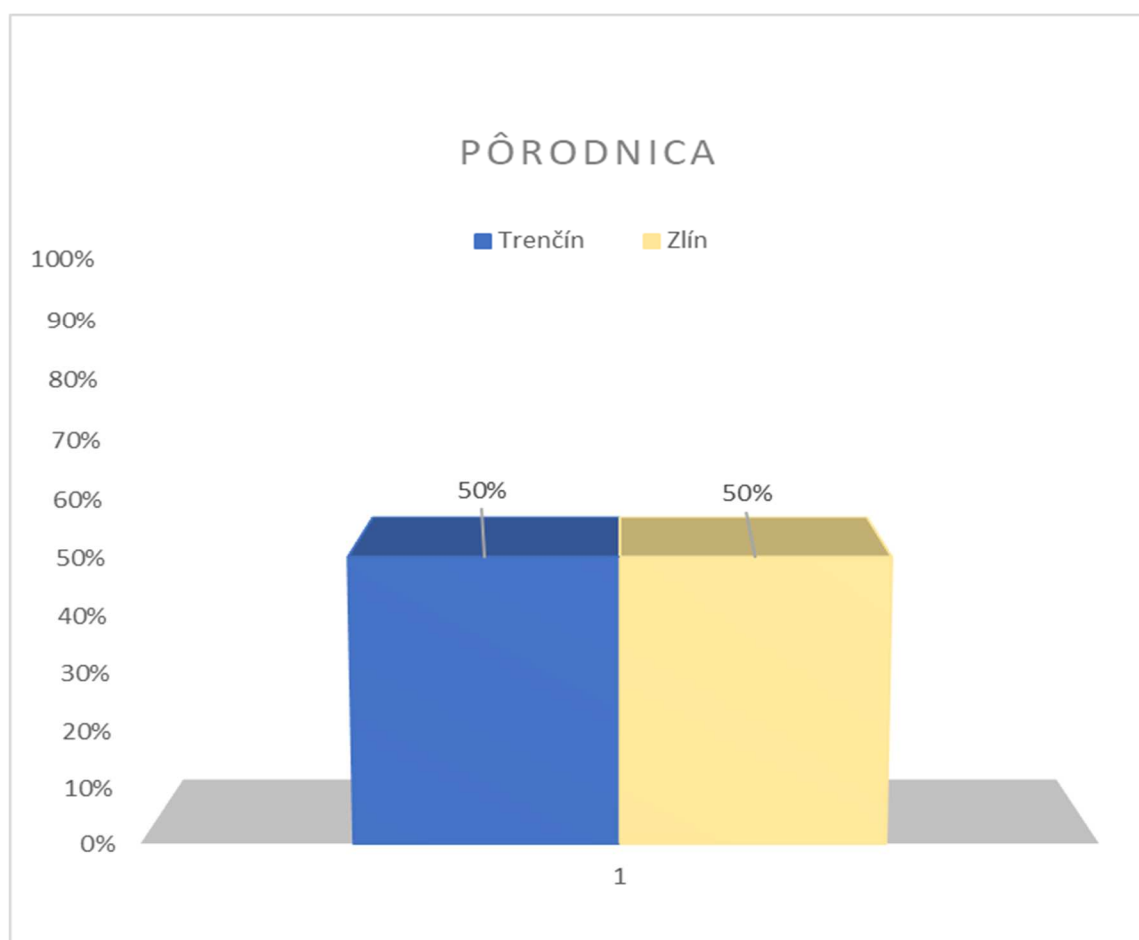
Respondentkám z FNTN by najviac pomohol edukačný materiál v oblasti správnej techniky dojčenia a problémoch pri dojčení v počtoch 5 (25%). V KNTB bola najčastejšie uvedená možnosť problémy pri dojčení v počte 11 (55%). V poradí druhou najčastejšie označovanou možnosťou boli v KNTB polohy pri dojčení predčasne narodeného dieťaťa v počte 4 (20%) a vo FNTN 3 (15%).

Otázka č.20: V ktorej pôrodnici ste rodili?

	Absolútna početnosť		Relatívna početnosť	
	Trenčín	Zlín	Trenčín	Zlín
Respondentky	20	20	50%	50%
Súčet	40		100%	

Tab. č. 21

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 20

(Zdroj: Vlastný)

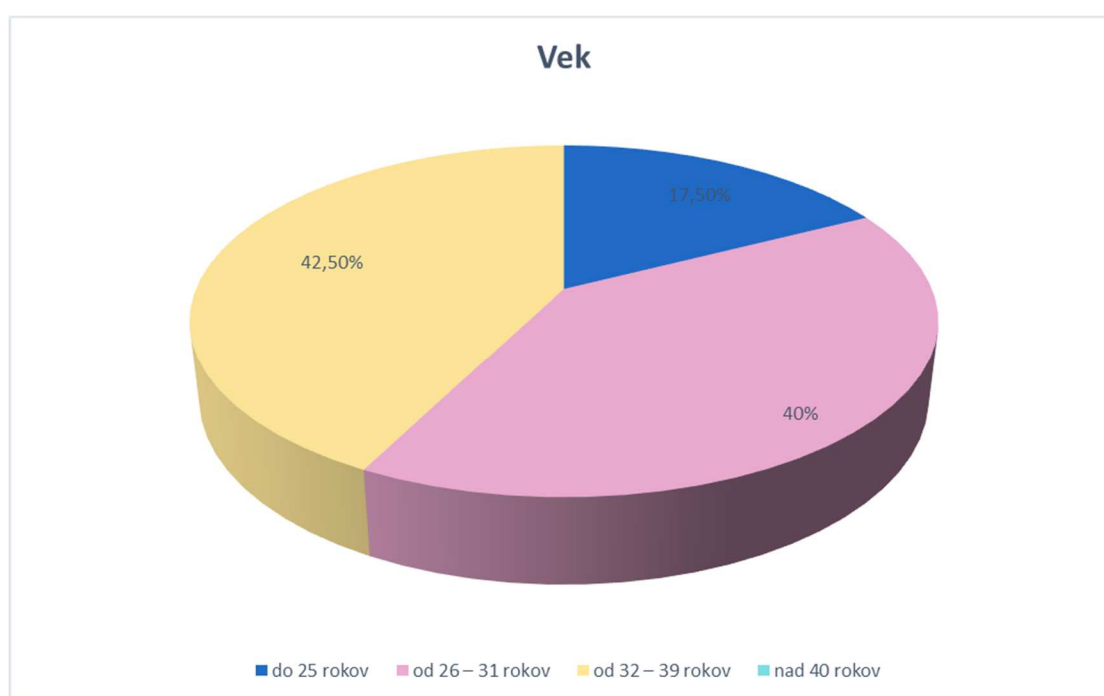
Z odpovedí na otázku, v ktorej nemocnici rodili svoje dieťa, 20 (50%) matiek uviedlo Fakultnú nemocnicu Trenčín a 20 (50%) Krajskú nemocnicu Tomáše Bati v Zlíne.

Otázka č.21: Váš vek

	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť
Vek	Trenčín/Zlín	Trenčín/Zlín
do 25 rokov	7	17,50%
od 26 – 31 rokov	16	40%
od 32 – 39 rokov	17	42,50%
nad 40 rokov	0	0%
Súčet	40	100%

Tab. č. 22

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 21

(Zdroj: Vlastný)

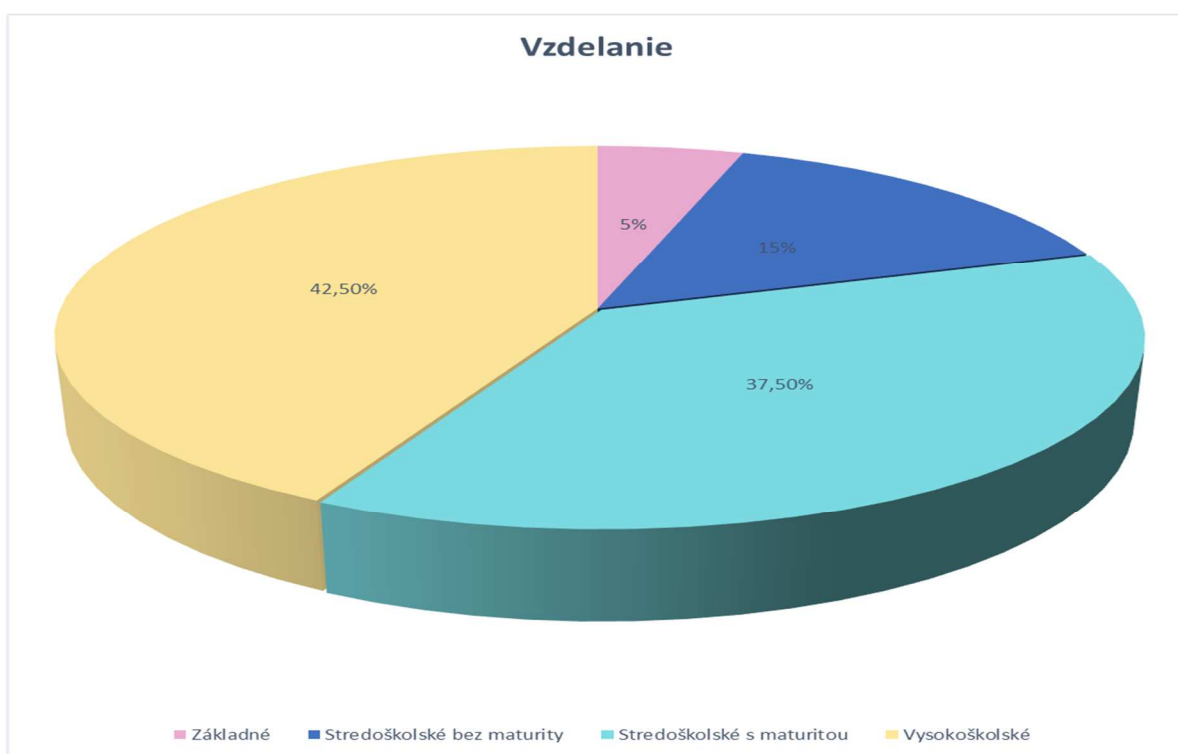
Najväčšie percento z opýtaných matiek tvorilo vekovú skupinu od 32 – 39 rokov s počtom 17 (42,5%). Žien vo veku 26 – 31 rokov bolo vo výskumnej vzorke 16 (40%). Veková skupina od 25 rokov bola zastúpená 7 (17,5%) ženami. Ani jedna (0%) z opýtaných nebola staršia než 40 rokov.

Otázka č.22: Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie

Vzdelanie	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť
	Trenčín/Zlín	Trenčín/Zlín2
Základné	2	5%
Stredoškolské bez maturity	6	15%
Stredoškolské s maturitou	15	37,50%
Vysokoškolské	17	42,50%

Tab. č. 23

(Zdroj: Vlastný)



Graf č. 22

(Zdroj: Vlastný)

17 (42,5%) respondentiek uviedlo, že ich najvyššie dosiahnuté vzdelanie je vysokoškolské. Stredoškolské vzdelanie s maturitou má 15 (37,5%) matiek. 6 matiek (15%) uviedlo, že ich najvyššie vzdelanie je stredoškolské bez maturity. Najmenšie percento z opýtaných s počtom 2 (5%) má základné vzdelanie.

11 DISKUSIA

Dotazníkový výskum preukázal rozdiely medzi porovnávanými pôrodkami v informovanosti o dojčení predčasne narodených novorodencov.

Na základe získaných odpovedí v otázke číslo 5 vyplynulo, že v Krajskej nemocnici Tomáše Bati informuje a edukuje ženy o benefitoch materského mlieka viac členov zdravotníckeho tímu než vo Fakultnej nemocnici Trenčín. Vo výskume sa preukázalo, že vo FNTN neonatologická sestra informuje 20% matiek, lekár neonatológ 15% a lekár v gynekologickej ambulancii 10%. 70% žien nebolo vôbec informovaných o jedinečnosti materského mlieka. V KNTB matky uviedli, že až 50% z nich bolo informovaných neonatologickou sestrou, 25% pôrodnou asistentkou na predpôrodnom kurze, 5% z matiek bolo informovaných pôrodnou asistentkou v gynekologickej ambulancii a 15% nebolo informovaných nikým.

Po analyzovaní jednotlivých podpôr dojčenia (otázka číslo 9) sme dospeli k výsledku, že v Krajskej nemocnici Tomáše Bati je u každej (100%) dvojice matka- dieťa realizované kľokankovanie, vo Fakultnej nemocnici Trenčín kľokankuje iba každá štvrtá (25%) dvojica. V Trenčíne najviac realizovanou podporou dojčenia je prvé priloženie k prsníku do 2 hodín po narodení 35% detí. V zlínskej nemocnici bolo 45% detí prikladaných k prsníku. Bonding v Trenčíne absolvovala každá piata (20%) dvojica a v Zlíne 15% z dvojíc matka- dieťa.

Interpretácia výsledkov ohľadom alternatívnych spôsobov kŕmenia predčasne narodených detí zahŕňa výrazné rozdiely. KNTB vo vysokej miere využíva alternatívne spôsoby kŕmenia v porovnaní s FNTN. V Zlíne je takmer každé (90%) dieťa kŕmené striekačkou či kvapkadlom a v trenčianskej nemocnici iba každé tretie dieťa (30%). Kŕmenie pomocou cievky na prsníku v Zlíne využívalo 30% a v Trenčíne 5% matiek. 70% zo zlínskych respondentiek skúšalo kŕmenie po prste a v Trenčíne rovnaký spôsob skúšalo 5% z opýtaných. Vôbec žiadne alternatívne metódy neskúšalo 70% matiek vo FNTN, zatiaľ čo v KNTB išlo len o 5% žien.

Po analýze otázky číslo 19 - aký edukačný materiál by mal pre matky krátko po pôrode a v čase zahájenia laktácie najväčší prínos vyplynulo, že matky z oboch pôrodníc by mali záujem o spracovanie materiálu ohľadom problémov pri dojčení. V Zlíne sa k tejto problematike vyjadrilo 14 matiek (55%) a v Trenčíne 5 (25%) matiek. Na základe týchto podnetov bol vypracovaný edukačný materiál o najčastejších problémoch pri dojčení predčasne narodeného dieťaťa. Obsah edukačného materiálu vychádza z otázky číslo 15,

v ktorej boli zisťované problémy matiek a ich detí po predčasnom pôrode. Najviac zastúpenou odpoveďou bolo spavé dieťa (v Trenčíne 30%, v Zlíne 50%), nasledovalo nesprávne prisatie dieťaťa (v Trenčíne 30%, Zlíne 35%). Ďalšie problémy, ktoré trápili matky po predčasnom pôrode boli bolestivé a popraskané bradavky (v Trenčíne 20%, v Zlíne 30%) či odstrekovanie materského mlieka pri bolestivo naliatych prsníkoch (v Trenčíne 15%, v Zlíne 35%).

Porovnanie práce s inými kvalifikačnými prácami

Výsledky z našej práce sme porovnávali s inými bakalárskymi prácami. Obe boli na tému „Kojení nedonošených novorozenců“. Staršia z roku 2010, bola publikovaná študentkou z Masarykovej univerzity, druhá práca z roku 2013 študentkou z Univerzity Tomáše Bati. Výskum z roka 2010 bol realizovaný vo Fakultnej nemocnici Brno a výskum z roka 2013 bol prevažne realizovaný v Krajskej nemocnici Tomáše Bati v Zlíne. V rovnakej nemocnici boli zozbierané dáta aj pre našu bakalársku prácu v roku 2020.

- Prvá porovnávaná otázka sa pýtala na člena zdravotníckeho tímu, ktorým bola žena pred pôrodom informovaná o dojčení a benefitoch materského mlieka pre dieťa. Vo výskume z roka **2010** sme sa mohli dozvedieť, že 66% z opýtaných bolo pred pôrodom informovaných o dojčení a benefitoch materského mlieka pre dieťa. Z výsledkov v roku **2013** vyplýva, že matky boli najčastejšie informované pôrodnou asistentkou na predpôrodnom kurze v 7% a až 79% matiek nebolo informovaných pred pôrodom vôbec. V porovnaní s rokom **2020**, kedy 50% žien bolo informovaných neonatologickou sestrou, 30% lekárom neonatológom a len 15% nebolo informovaných nikým z členov zdravotníckeho tímu.
- Ďalšia spoločná otázka bola, či sú ženy spokojné a dostatočne informované zdravotníckym personálom v oblasti dojčenia. V našej práci z roka **2020** uviedlo 60% možnosť „áno“ a možnosť „skôr áno“ 40% respondentiek. V roku **2013** bolo dostatočne informovaných 87% respondentiek.
- Pri otázke, či boli matky dostatočne informované o skladovaní a manipulácii s materským mliekom v roku **2010** uviedlo 79% z opýtaných, že áno, boli dostatočne informované. V roku **2013** bolo 94% informovaných o správnom uchovávaní materského mlieka. V roku **2020** možnosť „áno“ označilo 75% matiek a možnosť „skôr áno“ 15%.

- Další společná otázka byla zaměřená na alternativní způsoby krmení. Výsledky výskumu z roka **2010** uvádějí, že 63% matek po předčasné poroě bylo vysvětlené aj prakticky realizované alternativní krmení. 52% vyzkoušelo krmení za pomoci stříkačky a 2% realizovalo krmení po rste. V roce **2013** 68% matek za pomoci personálu skúšalo využívat alternativní metody při krmení. V roce **2020** bylo len 5% matek, které neskúšali žiadne z alternativních spôsobov krmenia. Najviac využívaním krmením bolo za pomoci strekačky 90% a po rste 70%.
- Nasledujúca porovnávaná otázka zistovala, odkiaľ matky čerpali informácie k doječeni. V roku **2010** 29% matek čerpalo informácie z prednášok a predpôrodných kurzov, 20% z odbornej literatúry a iba 16% z internetu. V roku **2013** 42% žien uviedlo, že najviac infomácií čerpali od zdravotníckeho personálu v pôrodnici. V roku **2020** až 100% matek uviedlo internetový zdroj.

DOPORUČENIE PRE PRAX

Na základe preštudovanej literatúry a zistených výsledkov vyplývajúcich z výskumu tejto bakalárskej práce môžeme konštatovať, že je prínosná pre ošetrovateľskú prax. Vyvodili sme nasledujúce odporúčania pre prax:

- Edukovať matky o význame dojčenia pred pôrodom v prenatálnej poradni.
- Umožniť bonding predčasne narodeného dieťaťa, ak to jeho zdravotný stav dovolí.
- Zabezpečiť priloženie novorodenca k prsníku do dvoch hodín po narodení, ak to jeho zdravotný stav dovolí.
- Zabezpečiť včasný a častý kontakt skin- to- skin matky a dieťaťa, ak to jeho zdravotný dovoľuje.
- Informovať matku o krokoch, ktoré zabezpečia úspešné zahájenie laktácie.
- Spracovať individuálny plán dojčenia laktačnou poradkyňou u predčasne narodeného dieťaťa vzhľadom k jeho zdravotnému stavu a viabilite.
- Využiť alternatívne spôsoby kŕmenia vzhľadom k individualite dieťaťa a matky v snahe optimalizovať šance na dojčenie.
- Pri dlhodobej hospitalizácii matky ju opakovane edukovať o odstriekavaní materského mlieka, technike dojčenia.
- Citlivo a empaticky pristupovať k matkám po predčasnom pôrode a povzbudzovať ju v sebadôvere.
- Využiť v praxi počas edukácie matky edukačný materiál vytvorený ako súčasť našej bakalárskej práce.

ZÁVER

Ideálnym spôsobom kŕmenia novorodenca je dojčenie priamo z prsníka. Existujú však situácie, kedy dieťa nemožno dojčiť napriek tomu, že matka má dostatok mlieka. Problém môže nastať na strane dieťaťa, v našom prípade predčasne narodeného, kedy je dieťa nezrelé, slabé, spavé alebo má problémy s koordináciou sania, prehltania a dýchania. Rovnako môže nastať problém aj na strane matky, hlavne pri rôznych problémoch s prsníkmi. Veľkou prekážkou je odlúčenie dieťaťa a matky počas hospitalizácie. Dôležitým sa javí vytvorenie podmienok, aby matka mohla tráviť čo najviac času so svojím dieťaťom. Takýto podnet je zároveň stimuláciou pre tvorbu materského mlieka.

Edukácia žien po pôrode predčasne narodených detí je súčasťou práce sestier a pôrodných asistentiek na oddeleniach šestonedelia a neonatológie. Edukácia si vyžaduje trpezlivosť a empatiu zo strany sestier a pôrodných asistentiek. Ženy – matky sú v tomto období emocionálne citlivé, je nutné pochopiť zo strany personálu strach o predčasne narodené dieťa a psychické vypätie.

Cieľom bakalárskej práce bolo poukázať a zdôrazniť potrebu edukácie žien po predčasnom pôrode. Naša práca splnila stanovené ciele a zistila mieru informovanosti žien po predčasnom pôrode. Porovнала mieru informovanosti medzi rovnako veľkými pôrodkami v Zlíne a v Trenčíne. Zistili sme, že sú v oblasti informovanosti a edukácie žien o dojčení predčasne narodeného dieťaťa rozdiely. Bol splnený aj tretí cieľ, vypracovanie edukačného materiálu na tému „Problémy pri dojčení“. Edukačný materiál má slúžiť ako pomôcka ženám po predčasnom pôrode na oddeleniach predčasne narodených detí. Príručka vznikla na základe vyjadrení matiek v dotazníku k aktuálnym problémom pri dojčení.

ZOZNAM POUŽITÉJ LITERATURY

ACETI, Arianna et al., 2019. Effect of Alternative Pasteurization Techniques On Human Milk's Bioactive Proteins. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* [online]. [cit. 2019-12-28]. DOI: 10.1097/MPG.0000000000002598. ISSN 0277-2116. Dostupné z: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00005176-9000000000-96229>

BARICZOVÁ, Aneta, 2010. *Kojení nedonošeného novorozence*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Bc. Miloslava Kameníková.

BEEHRE et al., 2019. FEEDING READINESS OF VERY PREMATURE INFANTS: PILOT DATA FOR ASSESSMENT WITH THE PREMATURE ORAL FEEDING READINESS SCALE (POFRAS) AND THE BOSTON INFANT FEEDING SCALE (BIFS). *Journal of Paediatrics and Child Health*. Australia, **55**(S1), 62. DOI: 10.1111/jpc.14410_23. ISSN 1034-4810. Dostupné také z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpc.14410_23

BELYAEVA, I. A. et al., 2014. BREAST FEEDING SUPPORT IN PREMATURE INFANTS: PROBLEMS AND SOLUTIONS. *Pediatric pharmacology*. **11**(4), 51-58. DOI: 10.15690/pf.v11i4.1064. ISSN 1727-5776. Dostupné také z: <http://pf.spr-journal.ru/index.php/jour/article/view/73>

BERENS, Pamela et al., 2016. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* [online]. **11**(2), 46-53 [cit. 2020-03-21]. DOI: 10.1089/bfm.2016.29002.pjb. ISSN 1556-8253. Dostupné z: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2016.29002.pjb>

BEREŠOVÁ, 2019. *Kŕmenie predčasne narodených detí* [online]. [cit. 2019-12-27]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.sk/clanok/krmenie-predcasne-narodenych-deti>

ČIERNA, Iveta, 2016. Výživa dojčiackej ženy. BÁNOVČIN a ZIBOLEN. *Základné informácie o materskom mlieku a dojčení pre pracovníkov v zdravotníctve* [online]. Bratislava: A-medi management, s. 77 [cit. 2020-03-22]. ISBN 978-80-89797-17-2. Dostupné z: https://www.1000dni.cz/wp-content/uploads/2016/11/Z%C3%A1kladn%C3%A9_info_MM_-kniha-cel%C3%A1-7.pdf

DAWN a GIBSON, 2017. *Bonding with Your Medically Fragile Baby in the Neonatal Intensive Care Unit: Hand to Hold* [online]. 1 [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://handtohold.org/bonding-with-your-preemie-nicu/>

DOBIŠOVÁ a CHOVANCOVÁ, 2019. Bronchopulmonálna dysplázia – čo je nové po 50 rokoch. *Pediatrica pre prax* [online]. Bratislava, 104 - 107 [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/862749edacf2e6a8708d286de1495769.pdf>

DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA, 2018. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3936-9.

DOJČENIE: Užitočné informácie pre mamičky novonarodených detí, 2018. *ProCare* [online]. [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://www.procare.sk/wp-content/uploads/2018/01/brozura-a5-dojcenie-16stran.pdf>

DUDIČ, FIALKOVIČOVÁ a URDZÍK, 2014. *Laboratórna diagnostika: Možnosti diagnostiky intraamniálneho záplau* [online]. XIX. Bratislava: Slovenská spoločnosť klinickej biochémie pre SLS [cit. 2020-03-21]. ISSN 1335-2644. Dostupné z: http://www.sskb.sk/portal/wp-content/uploads/2014/12/labdiagnostika_1-2_2014.pdf

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK, 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.

FÍŠEROVÁ a JEŽEK, *Pomôcky pri dojčení* [online]. In: . [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: <https://www.nestlebaby.cz/sk/pomocky-pri-dojceni/>

GARDNER, Hazel et al., 2015. Milk ejection patterns: an intra- individual comparison of breastfeeding and pumping. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **15**(1) [cit. 2020-01-28]. DOI: 10.1186/s12884-015-0583-3. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0583-3>

GOMELLA, Tricia Lacy, ed., 2013. *Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0-07-176801-6.

HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ, 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HOGAN et al., 2018. Preterm birth. *WHO* [online]. [cit. 2019-10-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

CHOVANCOVÁ, 2015. Výživa novorodencov s nízkou pôrodnou hmotnosťou.

KOVÁCS, László. *Odborné odporúčania z pediatrie - gastroenterológia, hepatológia a výživa*. Bratislava: Solen, s. 15. ISBN 978-80-971340-5-1.

JANOTA, Jan a Zbyněk STRAŇÁK, 2013. *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2994-0.

KACEROVSKÝ et al., 2017. Spontánní předčasný porod: Doporučený postup. *DOPORUČENÉ POSTUPY ČGPS ČLS JEP* [online]. **2.**, 160 - 161 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2017-spontanni-predcasny-porod.pdf>

KEATING et al., 2013. Maternal milk volume and breast milk expression: implications for diet and nutrition in infants. *Handbook of dietary and nutritional aspects of human breast milk* [online]. The Netherlands: Wageningen Academic Publishers, 193-214 [cit. 2020-04-12]. Human Health Handbooks. DOI: 10.3920/978-90-8686-764-6_11. ISBN 978-90-8686-209-2. Dostupné z: https://www.wageningenacademic.com/doi/10.3920/978-90-8686-764-6_11

KOMMERS et al., 2018. Bonding : Physiology and measurability. *Prematurity and the physiology of bonding*.

KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK, c2014. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-416-6.

KOVÁCS, László et al., 2015. *Odborné odporúčania z pediatrie - gastroenterológia, hepatológia a výživa: Odporúčania na výživu dojčiat a batoliat*. Bratislava: Solen. ISBN 978-80-971340-5-1.

KRÁLOVÁ, Jana, 2013. *Kojení nedonošených novorozenců* [online]. Zlín [cit. 2020-02-28]. Dostupné z:

https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21513/kr%3%a1lov%3%a1_2013_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3E9tfmBLi-BBHsc86D7PkiNzNY-

JHRtbCmhTjYGaou16pr03Xfi0_6CBA. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Žárská.

LETENAYOVÁ, Ivana et al., 2016. Podpora prirodzenej výživy novorodencov a dojčiat.

BÁNOVČIN et al. *Základné informácie o materskom mlieku a dojčení pre pracovníkov v zdravotníctve*. Bratislava: A-medi management, s. 99. ISBN 978-80-89797-17-2.

- LITAVEC A KOL., 2019. *Starostlivosť o matku a novorodenca podľa zásad iniciatívy Baby-friendly Hospital Initiative – podpora vzťahovej väzby a laktácie: Štandardný preventívny postup Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky*. Slovenská republika. 0031. Udelené 20.09. 2018. Zapísané 1.1.2019.
- MAGYAROVÁ et al., 2010. *Narodili sme sa nezrelí...* Nové Zámky: NNPS. ISBN 978-80-969878-5-6.
- MATULÍKOVÁ, 2015. *Príprava na dojčenie v prenatálnom období: Inštitút pre podporu dojčenia* [online]. In: . 1 - 5 [cit. 2019-12-14]. Dostupné z: <http://institutdojcenia.sk/wp-content/uploads/2017/04/1.Priprava-na-dojcenie-v-prenatalnom-obdobi.pdf>
- MEIER, Paula P. et al., 2018. Evidence-Based Methods That Promote Human Milk Feeding of Preterm Infants. *Clinics in Perinatology* [online]. **44**(1), 1-22 [cit. 2019-12-27]. DOI: 10.1016/j.clp.2016.11.005. ISSN 00955108. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095510816301038>
- MURKOFF, Heidi, 2018. *What to Expect the First Year*. 3. New York, United States: Workman Publishing Company. ISBN 9781471172090.
- NAROGAN, RYUMINA a GROSHEVA, 2016. Basic principles of enteral feeding in premature infants. *Rossijskij Vestnik Perinatologii i Pediatrii*. Russian Federation: The National Academy of Pediatric Science and Innovation, 120 - 128. ISSN 2500 - 2228; 1027-4065.
- NYQVIST, Kerstin H. et al., 2013. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care. *Journal of Human Lactation* [online]. **29**(3), 300-309 [cit. 2020-03-21]. DOI: 10.1177/0890334413489775. ISSN 0890-3344. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334413489775>
- NYQVIST, Kerstin H., 2013. Lack of Knowledge Persists about Early Breastfeeding Competence in Preterm Infants. *Journal of Human Lactation* [online]. **29**(3), 296-299 [cit. 2020-03-21]. DOI: 10.1177/0890334413489774. ISSN 0890-3344. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334413489774>

PENNY, Frances et al., 2018. Cup Feeding as a Supplemental, Alternative Feeding Method for Preterm Breastfed Infants: An Integrative Review. *Maternal and Child Health Journal* [online]. **22**(11), 1568-1579 [cit. 2019-12-27]. DOI: 10.1007/s10995-018-2632-9. ISSN 1092-7875. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-018-2632-9>

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4757-537.

SLOVENSKÁ REPUBLIKA, 2015. *Odporúčané výživové dávky pre obyvateľstvo v Slovenskej republike: Vestník MZ SR 2015*. In: . Bratislava, ročník 63, částka 4-5. Dostupné také z: <file:///C:/Users/ntb/Downloads/vestnik-2015-4-5.pdf>

SONG et al., 2019. *Patterned frequency-modulated oral stimulation in preterm infants: A multicenter randomized controlled trial* [online]. [cit. 2019-12-27]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212675>

STIBORKOVÁ, Tereza, 2014. *Hranice životaschopnosti novorozence* [online]. Olomouc [cit. 2019-11-26]. Dostupné z: https://theses.cz/id/yqtmmit/Stiborkov_Tereza_Hranice_ivotaschopnosti_novorozence.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce MUDr. Soňa Šuláková.

VALOVÁ, Alena, 2017. Kojení a jeho poruchy. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 223 - 230. ISBN 978-802-4757-537.

VASILOVÁ a KOVALÍKOVÁ, 2016. Úlohy zdravotníckych pracovníkov v podpore dojčenia. BÁNOVČIN a ZIBOLEN. *Základné informácie o materskom mlieku a dojčení pre pracovníkov v zdravotníctve*. Bratislava: A-medi management, 89 - 90. ISBN 978-80-89797-17-2.

VICIANOVÁ a LETENAYOVÁ, 2016. Takmer všetko o dojčení. *Ako dojčiť - Provita* [online]. Bratislava [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <http://provita.sk/ako-dojcit/>

WAGNER, Carol, 2015. *Human Milk and Lactation: Background, Pathophysiology* [online]. 1-2 [cit. 2019-10-09]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1835675-overview>

WAHYUTRI, Endah et al., 2017. The effect of infant feeding planning education on nutrition and breastfeeding knowledge, mother's attitude, and husband's support to expectant mother. *Journal of Nursing Education and Practice* [online]. **8**(1) [cit. 2020-03-21]. DOI: 10.5430/jnep.v8n1p87. ISSN 1925-4059. Dostupné z:

<http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/11878>

WESTERFIELD, KOENIG a OH, 2018. *Breastfeeding: Common Questions and Answers* [online]. [cit. 2019-12-26]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30215910>

ZIEGLER, Ekhard E., 2019. Human Milk—A Valuable Tool in the Early Days of Life of Premature Infants. *Frontiers in Pediatrics* [online]. **7** [cit. 2019-12-19]. DOI:

10.3389/fped.2019.00266. ISSN 2296-2360. Dostupné z:

<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2019.00266/full>

ZLATOHLÁVKOVÁ. Etické aspekty zahajování péče u novorozence na hranicích viability- rozhodování v nejistotě. *Neonatologické dny*. Praha, **2012**(XXVIII.), 22.

ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK

BMI	Body mass index
BŽM	Banky ženského mlieka
ELBW	Extremely low birth weight (extrémne nízka pôrodná hmotnosť)
EUGR	Extrauterine growth restriction (mimomaternicová rastová reštrikcia)
FNTN	Fakultná nemocnica Trenčín
ILBW	Incredible low birth weight (neuveriteľne nízka pôrodná hmotnosť)
IUGR	Intrauterinná rastová retardácia plodu
JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
LBW	Low birth weight (nízka pôrodná hmotnosť)
NEK	Nekrotizujúca enterokolitída
PPROM	Predčasný a predtermínový odtok plodovej vody
STD	Sexually transmitted diseases (sexuálne prenosné choroby)
UTB	Univerzita Tomáše Bati
VLBW	Very low birth weight (veľmi nízka pôrodná hmotnosť)
WHO	World Health Organization (Celosvetová Zdravotná Organizácia)

ZOZNAM GRAFOV

Graf č.1	Týždeň pôrodu.....	38
Graf č.2	Spôsob pôrodu.....	39
Graf č.3	Gravidita.....	40
Graf č.4	Predpôrodná informovanosť o hodnote a benefitoch materského mlieka...41	
Graf č.5	Predpôrodná informovanosť zdravotníckym personálom.....	42
Graf č.6	Presvedčenie a motivácia dojčiť zo získaných informácií.....	43
Graf č.7	Predpôrodná informovanosť o kolostre.....	44
Graf č.8	Odber kolostra.....	45
Graf č.9	Možnosti podpory dojčenia.....	46
Graf č.10	Prvé priloženie k prsníku do 2 hodín od pôrodu.....	47
Graf č.11	Intenzita klokankovania.....	48
Graf č.12	Alternatívne spôsoby kŕmenia.....	49
Graf č.13	Oblasti edukácie.....	50
Graf č.14	Edukácia zdravotníckym personálom.....	51
Graf č.15	Problémy pri dojčení.....	52
Graf č.16	Edukovanosť o manipulácii s materským mliekom.....	53
Graf č.17	Pomôcky na dojčenie.....	54
Graf č.18	Čerpanie informácií k dojčeniu.....	55
Graf č.19	Edukačný materiál.....	56
Graf č.20	Pôrodnica.....	57
Graf č.21	Vek.....	58
Graf č.22	Vzdelanie.....	59

ZOZNAM TABULIEK

Tab. č.1	Odporúčané výživové dávky.....	19
Tab. č.2	Týždeň pôrodu.....	38
Tab. č.3	Spôsob pôrodu.....	39
Tab. č.4	Gravidita.....	40
Tab. č.5	Predpôrodná informovanosť o hodnote a benefitoch materského mlieka...	41
Tab. č.6	Predpôrodná informovanosť zdravotníckym personálom.....	42
Tab. č.7	Presvedčenie a motivácia dojčiť zo získaných informácií.....	43
Tab. č.8	Predpôrodná informovanosť o kolostre.....	44
Tab. č.9	Odber kolostra.....	45
Tab. č.10	Možnosti podpory dojčenia.....	46
Tab. č.11	Prvé priloženie k prsníku do 2 hodín od pôrodu.....	47
Tab. č.12	Intenzita klokankovania.....	48
Tab. č.13	Alternatívne spôsoby kŕmenia.....	49
Tab. č.14	Oblasti edukácie.....	50
Tab. č.15	Edukácia zdravotníckym personálom.....	51
Tab. č.16	Problémy pri dojčení.....	52
Tab. č.17	Edukovanosť o manipulácii s materským mliekom.....	53
Tab. č.18	Pomôcky na dojčenie.....	54
Tab. č.19	Čerpanie informácií k dojčeniu.....	55
Tab. č.20	Edukačný materiál.....	56
Tab. č.21	Pôrodnica.....	57
Tab. č.22	Vek.....	58
Tab. č.23	Vzdelanie.....	59

ZOZNAM PRÍLOH

PRÍLOHA A: Dotazník

PRÍLOHA B: Edukačný materiál

PRÍLOHA ADojčenie predčasne narodeného dieťaťa

Milá mamička !

Dovoľujem si Vás požiadať o zodpovedanie nasledujúcich otázok. Vami vybranú otázku označte, prípadne dopíšte. Dotazník je anonymný a informácie budú použité výlučne pre spracovanie mojej bakalárskej práce na tému „Edukácia ženy o dojčení predčasne narodeného novorodenca.“ Všetky otázky sú spojené s pôrodom, laktáciou a dojčením Vášho predčasne narodeného dieťaťa.

Vopred veľmi pekne ďakujem za Váš čas, ochotu a spoluprácu.

Zuzana Chlebanová, 3. ročník pôrodnej asistencie, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

1. V ktorom týždni tehotenstva ste rodili?

A, medzi 28. týždňom – 29. týždňom (28+0 až 29+6)

B, medzi 30. týždňom - 31. týždňom (30+0 až 31+6)

C, medzi 32. týždňom – 33. týždňom (32+0 až 33+6)

D, medzi 34. týždňom – 35. týždňom (34+0 až 35+6)

2. Akým spôsobom ste rodili ?

A, Cisárskym rezom

B, Spontánne

3. Ste

A, Prvorodička

B, Druhorodička

C, Treťorodička

D, iné.....

4. Boli ste pred pôrodom informovaná zdravotníckym personálom o hodnote a benefitoch materského mlieka pre dieťa?

A, Áno

B, Nie

5. Kým ste boli pred pôrodom informovaná o benefitoch materského mlieka?

A, lekárom v gynekologickej ambulancii

B, pôrodnou asistentkou v gynekologickej ambulancii

C, pôrodnou asistentkou na predpôrodnom kurze

D, pôrodnou asistentkou na pôrodnej sále

E, lekárom neonatológom

F, neonatologickou sestrou

G, nebola som informovaná

6. Boli pre Vás tieto získané informácie dostatočne presvedčivé a motivujúce v snahe dojsť k svojmu dieťaťu?

A, Áno

B, Skôr áno

C, Skôr nie

D, Nie

7. Boli ste pred pôrodom informovaná o význame kolostra pre predčasne narodené dieťa?

A, Áno

B, Skôr áno

C, Skôr nie

D, Nie

8. Bol pred vašim pôrodom alebo tesne po ňom realizovaný odber kolostra?

A, Áno

B, Nie

9. Aké možnosti podpory dojčenia za asistencie zdravotníckeho personálu ste absolvovali ? (možnosť viacerých odpovedí)

A, Prvé priloženie k prsníku

B, Klokankovanie

C, Bonding

D, Iné

10. Bolo prvé priloženie k prsníku realizované do 2 hodín po narodení dieťaťa?

A, Áno

B, Nie

C, Vzhľadom k zdravotnému stavu dieťaťa nebolo možné realizovať

11. Ak ste svoje dieťa klokankovali, v akých časových intervaloch?

A, Viackrát za deň

B, Jedenkrát za deň

C, 2-3 krát za týždeň

D, 1 krát za týždeň

E, Iné.....

12. Aké alternatívne spôsoby krmenia ste za pomoci personálu skúšali? (možnosť viacerých odpovedí)

A, Krmenie striekačkou/ kvapkadlom

B, Krmenie cievkou na prsníku

C, Krmenie po prste

D, Krmenie lyžičkou

E, Neskúšali sme žiadne

13. V akej oblasti dojčenia Vás zdravotnícky personál edukoval? (možnosť viacerých odpovedí)

A, V technike dojčenia

B, V odstriekavaní materského mlieka

C, V spôsobe uchovávaní materského mlieka

D, Vo výbere pomôcok na dojčenie

E, V spôsobe výživy matky počas dojčenia

F, V oblasti problémov pri dojčení

14. Bola edukácia od detských sestier, pôrodných asistentiek či laktačných poradkýň v oblasti dojčenia pre Vás dostačujúca ?

A, Áno

B, Skôr áno

C, Skôr nie

D, Nie

15. Aký problém počas dojčenia sa u Vás vyskytol, ktorý ste museli konzultovať so

zdravotníckym personálom? (možnosť viacerých odpovedí)

- A, Nesprávne prisatie dieťaťa
- B, Spavé dieťa
- C, Popraskané a bolestivé bradavky
- D, Odstriekanie materského mlieka pri bolestivo naliatych prsníkoch
- E, Mastitída
- F, Iné.....

16. Boli ste edukovaná o odstriekavaní, manipulácii a uskladnení materského mlieka ak ste ho nosili pre dieťaťko z domu?

- A, Áno
- B, Skôr áno
- C, Skôr nie
- D, Nie

17. Aké pomôcky na dojčenie Vám boli zdravotníckym personálom v rámci poradenstva odporúčené? (možnosť viacerých odpovedí)

- A, Vankúš na dojčenie
- B, Elektrická dvojfázová odsávačka materského mlieka
- C, Mechanická odsávačka materského mlieka
- D, Klobúčiky na dojčenie
- E, Formovače na ploché bradavky
- F, Prsné vložky
- G, Balzam na popraskané bradavky
- H, Iné.....

18. Odkiaľ ste čerpali informácie týkajúce sa problematiky dojčenia ? (možnosť viacerých odpovedí)

- A, Zdravotnícky personál
- B, Internetové zdroje
- C, Mamičky v okolí a na internetových fórach
- D, Časopisy, letáky
- E, Vlastné skúsenosti po predchádzajúcom pôrode
- E, Iné.....

19. Aké informácie (vo forme brožúry, letáčika) by mali pre Vás najväčší prínos v čase krátko po pôrode, ktoré by Vám pomohli pri zahájení tvorby mlieka a dojčenia dieťaťa?

- A, O správnej technike dojčenia
- B, O polohách pri dojčení
- C, O problémoch pri dojčení
- D, O výžive počas dojčenia
- E, O spôsobe odstriekavania a uskladnenia materského mlieka v domácom prostredí

20. V ktorej pôrodnici ste rodili?

- A, Fakultná nemocnica Trenčín
- B, Krajská nemocnica Tomáše Bati ve Zlíně

21. Váš vek

- A, do 25 rokov
- B, od 26 – 31 rokov
- C, od 32 – 39 rokov
- D, nad 40 rokov

22. Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie

- A, základné
- B, stredoškolské bez maturity
- C, stredoškolské s maturitou
- D, vysokoškolské

PRÍLOHA B



Správne prisatie dieťaťa

Veľa problémov pri dojčení súvisí s nesprávnou technikou satia dieťaťa.

Znaky správneho prisatia:

- Novorodenec sa telo dotýka matky je obrátený celý k prsníku (nielen hlavička).
- Hlavička a telo dieťaťa sú v jednej línii.
- Novorodenec sa bradou a noštikom dotýka prsníka.
- Ústa novorodenca sú vo výške bradavky matky.
- Ústa novorodenca sú naširoko otvorené, spodná pera je obrátená navonok.
- Väčšiu časť dvorca vidno nad ústami
- pomalé, hlboké satie, dieta prehĺta s pauzami.
- Držanie prsníka do tvaru C.
- Dieťa je pri prsníku spokojné a čulo saje.
- Prsníky sú po dojčení mäkké, bradavky povytiahnuté.
- Dojčenie nemá byť bolestivé.

Už od posledného trimestra je mliečna žľaza hormonálne pripravená na produkovanie prvého mlieka. Vo väčšom množstve sa však začne tvoriť až po pôrode. K zabezpečeniu adekvátnej tvorby mlieka je nevyhnutné prikladanie dieťaťa po narodení 10-12x za deň a pravidelné vyprázdňovanie prsníkov. Satím bábätko stimuluje nervové receptory na bradavke aj dvorci a odsáva kolostrum z mliečnej žľazy. Psychické predsvedčenie matky o význame dojčenia je rovnako dôležité k úspešnému dojčeniu. Aj keď pri dojčení dieťaťa postupujeme podľa osvedčených rád, vždy sa môžu pridružiť isté komplikácie.

Autor

CHLEBANOVÁ, Zuzana, 2020. Edukácia ženy o dojčení predčasne narodeného novorodenca. Zlín. Bakalárska práca. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedouci práce Mgr. Kateřina Žárská.

ZDROJE

MAGYAROVÁ et al., 2010. Narodili sme sa nezreli... Nové Zámky. NNPS. ISBN 978-80-969878-5-6.

SCHNEIDROVÁ, Dagmar, 2002. Kojení: najčastejšie problémy a jejich řešení. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-0112-X.

HANREICH, Ingeborg, 2000. Výživa kojenců, aneb, Jídlo a pití v prvním roce života. Vyd. 1. čes. Praha: Grada. Strom života. ISBN 80-716-9841-5.




NAJČASTEJŠIE

PROBLÉMY PRI DOJČENÍ

PREDČASNE NARODENÉHO
DIEŤAŤA



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně



Spavé dieťa

Aby sa dieťa naučilo sať, je potrebné, aby bolo bdelé. Mali by ste sledovať, ako často sa Vaše dieťa budí. V priebehu 24 hodín by malo sať 10-12 krát.

- Ak dieťa nespí tuho - oči sa pohybujú pod viečkami, pery robia sacie pohyby, hýbe telíčkom, je vhodné mu ponúknuť prsník. S častejším prikladaním na prsník sa spája skorší nástup laktácie.
- Časté prikladanie na prsník znižuje výskyt žltacky, dieťa sa naučí skôr a účinne sať.
- Ak dieťa zaspáva pri dojčení, mamička môže svoje dieťa jemne hladiť po chrbte, jemne krúžiť okolo úst ukazovák v smere hodinových ručičiek, masírovať telíčko či palcom a ukazovák rozťahovať kútiky úst.
- Ak dieťa opäť zaspáva, môžeme skúsiť vymeniť prsník.
- Kontakt skin-to-skin taktiež stimuluje satie bábätko. Matka aj dieťa sú vyzlečení a prikrytí dekou.



Bolestivo naliate prsníky

Intenzívna tvorba mlieka môže vyvolať bolesť. Vo väčšine prípadov ide o postihnutie mliekovodu na vonkajšej časti prsníka. Hrčka a zvýšená citlivosť sú hlavné prejavy, môže sa pridružiť aj zvýšená telesná teplota. Ak sú oba prsníky horúce, naliate a bolestivé je nevyhnutné čo najrýchlejšie tento stav zmierniť:

- Častejšie dojčiť, upraviť prisatie dieťaťa.
- Pravidelne dstriekavať materské mlieko.
- Realizovať masáže prsníkov.
- K spusteniu mlieka sa odporúča teplá sprcha alebo teplý obklad (pred dojčením).
- Proti bolesti - studené obklady (vychladený kapustný list, kocky ľadu zabalené v uteráku či plienke).

Bolestivé a popraskané bradavky

- Najčastejšie ide o nesprávnu techniku dojčenia, preto na ňu dbajte už od prvého priloženia.
- Skontrolujte si, či vaše bábätko svojimi dasnami stláča nielen bradavku, ale aj dvorec. Na povrchu bradaviek sú nekruté nervové zakončenia a preto sú pri nesprávnom prisatí ľahko zraniteľné.
- Každodenné ošetrovanie bradaviek je dôležité - pred dojčením si umyť ruky, na umývanie bradaviek nepoužívať mydlo (zmyl by sa ochranný sekret z povrchu)
- Ak sú bradavky veľmi bolestivé, mali by ste preferovať manuálne odstriekvanie

LIEČBA

- Nechať zaschnúť na bradavke pár kvapiek zadného mlieka
- Ohriať bradavky a vysušiť suchým teplom (4 krát denne 20 min)
- Použiť epitelizačnú masť (napr. vazelína, Bepanthen masť)

