

Problematika nástupu laktace

Markéta Žáčková

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta ŽÁČKOVÁ**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Problematika nástupu laktace**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování teoretické části:

Studentka stanoví cíle práce a její hypotézy.

Shromáždí aktuální informace týkající se kojení.

Stanoví nejvhodnější metody výzkumu.

2. Zpracování praktické části:

Studentka zpracuje vhodným způsobem empirická data.

Provede analýzu dat výzkumného šetření a na základě zjištěných výsledků uvede doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DYLEVSKÝ, Ivan. Anatomie a fyziologie člověka. Olomouc: Epava, 1998. ISBN 80-901667-0-9

LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7

KOLEKTIV AUTORŮ. Kojení dar pro živoč. BRNO: Press, 1995

SCHNEIDROVÁ, D., kolektiv. Kojení. 2., doplněné a přepracované vydání Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1308-X

HRONEK, Miroslav. Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-013-5

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Pavla Brychtová**
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Helena Fremlová
ředitel 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⁾;
- беру на ве́домии, же бакала́рская пра́це бу́де упо́жена в электра́нической по́добе в универзитни́м информа́ци́м систе́му доста́пна́ к пра́венá́нни́м на́hledánná;
- 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⁽⁴⁾ 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.

Ve Zlíně 21.2.2009

Příluc

⁽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

⁽²⁾ Vysoká škola nepřevládá zveřejňování disertační diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby profesorskými dotazními kvalifikačními prací, kterou uzavřela. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

⁽³⁾ Disertační diplomová, bakalářská a rigorózní práce oddevzdání uchazečem k obhajobě musí být již nejméně při pracovních dňích před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovního ústavu školy. Může se také konat obhajoba práce. Každý se může se zveřejnění práce podívat na své náklady v papírové, optické nebo elektronické podobě.

⁽⁴⁾ Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

7) *zákon č. 121/2008 Sb. o právu autorském, o právech souvztažných s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů, § 42 odst. 3:*

1) Do práva autorského také nespadáme škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učivo-li získali za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k účelu učiva, k vlastnímu účelu dítěte (vyučovací účelem nebo studiem) či splnění školních nebo školních povinností vyplývajících z jeho povinnosti vyučovat ve škole nebo školském či vzdělávacím zařízení (školské učivo).

8) *zákon č. 121/2008 Sb. o právu autorském, o právech souvztažných s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů, § 60 Školní úřad:*

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 učivu vyučování bez věcného darování, učitel se pro osoby daného vzdělávacího programu práva učiva z nachce. Úmýšlením § 35 odst. 3 uzavřeli vyučitelé.

2) Nemá-li vyučovací úkol, může autor školního díla své dílo učiv či poskytnout jinému vyučovateli, není-li to v rozporu s uvedenými úkoly školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z vydatku své domácnosti v souvislosti s učivem díla či poskytnutím vyučovateli podle odstavce 2 předložil přílohu na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do výše skutečné výše přílohu se přičítá k jiné vydatku domácnosti školky nebo školského či vzdělávacího zařízení z učiv školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Má závěrečná bakalářská práce na téma Problematika nástupu laktace, shrnuje poznatky zjištěné výzkumem.

Je rozdělena na dvě části. V teoretické části popisují anatomii a fyziologii mléčné žlázy, kojení a potíže vzniklé s kojením. V praktické části provádím výzkum pomocí dotazníkového šetření. Mým cílem bylo porovnat počet plně kojených dětí mateřským mlékem při odchodu z porodnice a v 6. měsících života a zaměřit se na obtíže související s kojením. V závěru práce jsou vyhodnoceny výsledky výzkumu a hypotézy s cílem využít získané poznatky v praxi.

Klíčová slova: Mléčná žláza, šestinedělí, laktace, význam kojení, rooming-in

ABSTRACT

My closing bachelor work on the topic „Problems with the Onset of Lactation“ summarizes the knowledge ascertained as a result of research.

It consist of two parts. In a theoretical part I am describing anatomy and physiology of mammary gland, breast-feeding and problems by breast-feeding. In a practical part I am researching how to help with this problem by the question form. The aim was to compare amount of fully breastfed infants by human milk in leaving from maternity hospital and in six months of life. I also focused on difficulties with the suck.

Finally, the work evaluates the results of the research and puts forward hypotheses, how to use the obtained in praktice.

Keywords: Mammary gland, puerperium, lactation, meaning breast-feeding,

rooming-in

Poděkování

Děkuji MUDr. Pavle Brychtové za odborné vedení práce, za cenné rady, připomínky a pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji také laktační poradkyni Markétě Macků z novorozeneckého oddělení KNTB a všem maminkám za ochotné vyplnění dotazníků.

Motto

„Tak, jako loď nemá být ukotvena jen jednou kotvou, nemá ani život být postaven jen na jedné naději.“

Sokrates

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s případným využitím ke studijním účelům.

Ve Zlíně 29. května 2009

.....

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ANATOMIE MLÉČNÉ ŽLÁZY	14
1.1 CÉVY A NERVY PRSU.....	15
1.2 TVORBA MATEŘSKÉHO MLÉKA	17
2 SLOŽENÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA	20
2.1 MLEZIVO	20
2.2 IMUNOLOGICKÉ SLOŽKY MATEŘSKÉHO MLÉKA	20
2.3 BÍLKOVINY	21
2.4 TUKY	21
2.5 SACHARIDY	22
2.6 VITAMINY	22
2.7 MINERÁLNÍ LÁTKY A STOPOVÉ PRVKY	22
3 KOJENÍ	24
3.1 VÝHODY KOJENÍ PRO MATKU	24
3.2 VÝHODY KOJENÍ PRO DÍTĚ	25
4 PROBLÉMY A PŘEKÁŽKY PŘI KOJENÍ	27
4.1 PROBLÉMY PŘI KOJENÍ ZE STRANY MATKY.....	27
4.1.1 Bolestivé nalití prsou.....	27
4.1.2 Pozdní nástup laktace	27
4.1.3 Ragády	28
4.1.4 Ploché a vpáčené bradavky.....	28
4.1.5 Mastitida	28
4.1.6 Retence mléka.....	29
4.2 PROBLÉMY PŘI KOJENÍ ZE STRANY DÍTĚTE	29
4.2.1 Špatně se přisávající dítě	29
4.2.2 Dítě pouštějící prs.....	29
4.2.3 Dítě odmítající jeden prs	29
5 TECHNIKA KOJENÍ	30
5.1 HLAVNÍ ZÁSADY SPRÁVNÉ TECHNIKY KOJENÍ	30
5.1.1 Poloha jazyka při kojení	31
5.1.2 Sání z prsu	31
5.1.3 Znamky špatného přiložení.....	31
5.1.4 Následky špatného přiložení.....	31
5.2 POLOHY PŘI KOJENÍ	32
5.3 NOVINKY V PODPOŘE KOJENÍ.....	33
5.3.1 Hydrogelové polštářky.....	33

5.3.2	Sterilní sáčky do mikrovlnné trouby.....	33
6	VÝŽIVA A ŽIVOTOSPRAVA MAMINKY BĚHEM KOJENÍ.....	35
6.1	KOJENÍ A ALKOHOL.....	36
6.2	KOJENÍ A KOFEIN	36
6.3	KOJENÍ A KOUŘENÍ.....	37
6.4	KOJENÍ A ALERGIE	37
6.5	KOJENÍ A LÉKY	38
6.5.1	Rozhodování o podání léku.....	38
6.5.2	Léky a riziko pro kojené dítě.....	40
6.5.2.1	Léky, které lze při kojení podávat.....	40
6.5.2.2	Léky rizikové.....	41
6.5.2.3	Léky kontraindikované během kojení	41
7	PODPORA KOJENÍ U NÁS A VE SVĚTĚ.....	43
7.1	BABY FRIENDLY HOSPITAL.....	43
7.2	SYSTÉM ROOMING – IN.....	44
II	PRAKTICKÁ ČÁST	45
8	PRŮZKUMNÁ ČÁST	46
8.1	CÍL A ÚLOHY PRŮZKUMU	46
8.2	SBĚR PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	47
8.3	METODY PRŮZKUMU.....	47
8.4	ROZBOR A VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....	49
9	VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	77
	ZÁVĚR.....	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	84
	SEZNAM TABULEK.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Výživa kojením se vyvíjela v říši savců 200 miliónů let. Vždy se zdůrazňovalo, že mateřské mléko je nenahraditelné. V době kamenné se bohyně života plodnosti znázorňovaly s mohutnými prsy, jako příklad je uváděna Venuše. Staří Egypťané připisovali mateřskému mléku léčivou moc. Ve starověkém Řecku měla bohyně hojnosti Artemis po celém těle mnohočetné prsy a panoval tehdy mýtus, kdo je odkojen bohyní, sám se může bohem stát. U Římanů byli zakladatelé velkého Říma odkojeni vlčicí a stali se také nesmrtelnými. Všechny matky ale své děti nekojily, zejména matky z patricijských rodin, na to měly tak zvané kojné z řad otrokyň. Zejména to bylo proto, že se obávaly, aby svým kojením neztratily pevnost svého poprsí, které už v té době bylo symbolem krásy.

Mateřské mléko je ta nejpřirozenější a nejhodnotnější výživa pro novorozence a kojence a nelze je v plném rozsahu ničím jiným nahradit. Většina žen je schopna úspěšně kojit. Důležité je, aby nastávající maminky přicházely do porodnice rozhodnuté své dítě kojit – jak tomu většinou je. Je však stejně důležité, aby věřily ve správnost svého rozhodnutí a nevzdávaly se při prvních obtížích, které se mohou zpočátku vyskytnout. K tomu, aby se jim to dařilo, potřebují mnohé ženy povzbuzení a odbornou pomoc, a to právem očekávají především od zdravotníků – sester i lékařů. [14]

V dnešní době doporučují světová zdravotnická organizace (WHO) a dětský fond OSN – UNICEF kojit dítě bez jakýchkoliv přídavků do konce 6. měsíce a potom pomocí dalších přídavků do 2 let. Aby ženy kojily tak dlouho, je velmi důležité kojení dobře zahájit.

Během šestinedělí má zhruba polovina žen potíže s kojením, proto předčasně ukončují kojení. Je to velká škoda, protože kojení prospívá matce i dítěti a to nejen po stránce zdravotní, ale upevňuje se tím pouto mezi nimi. Důvod, proč maminka předčasně ukončuje kojení je, že si se svými potížemi neví rady a neví, na koho se má obrátit. Je tedy velmi důležité, aby jí porodnice a zdravotníci podpořili a pomohli daný problém řešit, protože „Ochrana, prosazování a podpora kojení“ je jedním ze základních dokumentů Světové zdravotnické organizace.

Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala: „Problematika nástupu laktace.“

Cílem mé práce je zjistit, kolik žen kojí své dítě plně mateřským mlékem při odchodu z porodnice a v 6. měsíci života dítěte. Zajímá mě, jaký důvod vede nejčastěji ženy,

k ukončení kojení před 6. měsícem věku dítěte a jaké problémy nejčastěji trápí prvorodičky a druhorodičky v porodnici.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE MLÉČNÉ ŽLÁZY

Mléčná žláza (*glandula mammaria*) je největší kožní žláza lidského těla. Vyvinutá mléčná žláza se u ženy vyklenuje pod kůží přední stěny hrudníku a tvoří podklad ženského prsu (*mamma feminina*). Zakládá se již ve fetálním období u obou pohlaví v horní části *mléčné lišty*, která směřuje od axily směrem k tříslu. Tvar prsu se mění v různých obdobích života ženy s věkem, hlavně pak v souvislosti s počtem těhotenství a porodů. Velikost prsu závisí na celé řadě faktorů, z nichž na prvním místě stojí výživa a plemenný typ. Prs dospělé ženy měří v průměru 12 centimetrů a vertikálně asi 11 centimetrů. Váha prsu se pohybuje kolem 150 gramů, v době těhotenství a obzvláště v době kojení se jeho váha zvětšuje až na 500 gramů (vyjíměčně až na 900 gramů). Asymetrie velikosti prsů je zcela běžným jevem.

Kůže prsu je jemná, na jeho vrcholu je kůže modifikovaná v podobě kruhového dvorce (*areola mamme*) o průměru 3 až 5 centimetrů (v těhotenství se průměr dvorce zvětšuje až na 7 centimetrů). Uprostřed dvorce prominuje prsní bradavka (*papilla mamme*). Kůže dvorce a papily je více nebo méně pigmentovaná, v těhotenství se množství pigmentu zvětšuje a dvorec výrazně tmavne. V kůži dvorce jsou drobné hrbolky, které jsou podmíněny uložením malých apokrinních žláz (*glandulae areolares mamme*). Tyto žlázy svou stavbou odpovídají rudimentární mléčné žláze. V kůži prsního dvorce jsou uloženy také mazové žlázy. Jejich sekret chrání kůži dvorce před maceračními účinky slin kojence a mléka. V okolí prsního dvorce se můžou někdy nacházet drobné chloupky.

Vrchol prsní bradavky je rozbrázděn, otevírají se na něm drobné otvůrky a jimi vyústí mlékovody (*ductus lactiferi*). U mléčné žlázy jsou tyto otvůrky v klidové fázi a pouhým okem jen těžce viditelné, rozšiřují se v době kojení. Prsní bradavka může lehce promínovat, většinou je však v úrovni dvorce nebo je dokonce lehce vkleslá. V chladu, při mechanickém dráždění (tření) a při pohlavním vzrušení se stává rigidní (pevná) a vyvyšuje se nad okolí. Bradavka i prsní dvorec jsou tedy erektilní. Způsobuje to asi 2 milimetry silný hladký sval (*musculus subareolaris*). Jeho kruhovitě uspořádané pruhy vyzdvihují papilu, jeho pruhy radiální zmenšují průměr prsního dvorce. Erektce papily a dvorce má velký význam při kojení.

Na průřezu prsem je patrné, že je tvořen dvěma stavebními složkami: vlastní mléčnou žlázou a tukovou tkání (viz příloha č. 1)

Mléčná žláza se skládá z 15 až 20 laloků (lobi glandulae mammariae), které mají kyjovitý tvar. Mléčná žláza je tuboalveolární žlázou, alveolární část se plně rozvíjí až během těhotenství. Z každého laloku, který představuje funkčně samostatnou žlázu, vystupuje mlékovod (duktus lactifer). Žlázové laloky jsou uloženy ve společném tuhém vazivu a tvoří terčovité těleso (corpus mamme) se silně rozbrázděným povrchem. Jeho zadní plochá strana se obrací proti povrchové hrudní fascii, která kryje m. pectoralis major, zevní plocha je konvexní a je krytá kůží. Nerovnosti této plochy lze při vyšetření prsu vyhmátat.

Tuková tkáň prsu je individuálně různě rozvinutá. Část tukového polštáře leží mezi corpus mamme a m. pectoralis major (retromamární tuk). Tato vrstva je silná 0,5 až 1 centimetr. U žen, které kojily, se v této tukové vrstvě může objevit dutina – retromamární burza. Další vrstva tukové tkáně kryje corpus mamme z přední strany (premamární tuk). Vyrovnává nerovnosti na corpus mamme a zakulacuje prs. Premamární tuková vrstva není vytvořena v oblasti pod areola mamme. Velikost prsu neovlivňuje velikost vlastní mléčné žlázy, ale množství tukové tkáně.

Funkce mléčné žlázy

Panenská mléčná žláza, tedy mléčná žláza ženy, která nebyla dosud těhotná, není plně vyvinutá. Žláza se začne rozvíjet až pod vlivem pohlavních hormonů a prolaktinu. Plně se rozvine se zahájením sekrece až koncem těhotenství a během kojení. Koncem těhotenství a těsně po porodu produkují mléčné žlázy vodnaté nažloutlé mlezivo (kolostrum), které se po dvou až třech dnech po porodu mění na mateřské mléko. Po ukončení kojení se sekrece mléka zastaví a velikost mléčné žlázy se opět redukuje.

1.1 Cévy a nervy prsu

Tepny přicházejí z větví a. thoracica interna, z a. thoracica lateralis, z a. thoracica superficialis a z aa. intercostales posteriores. Ze 4. zadní interkostální tepny vystupuje do bradavky přímá papilární tepna (tzv. Pietova papilární tepna). Průběh tepenných větví sleduje průběh mlékovodů, tj. sbíhají se koncentricky k prsní bradavce. Kožní řezy mají být proto vedeny radikálně.

Žíly tvoří pod prsním dvorcem pleteň (circulus venosus Halleri). Podkožní žíly se u kojící ženy rozšiřují a prosvítají kůží prsu. Žíly prsu ústí do v. thoracica lateralis, do v. thoracica interna a do vv. intercostales.

Mízní cévy

Mízní cévy odvádějí mízu několika směry. Pod prsním dorcem tvoří subareolární pleteň, další pleteně jsou vytvořeny podél mlékovodů a mezi jednotlivými laloky. Mízní cévy z laterálních kvadrantů mléčné žlázy odvádějí mízu do nodi lymphatici axillares pectorales, ze kterých míza odtéká do centrálních axilárních uzlin (nodi lymphatici axillares centrales) a do infraklavikulárních uzlin (nodi lymphatici axillares infraclaviculares). Mízní cévy z centrální části prsu prostupují přes m. pectoralis major a do jejich průběhu mohou být vloženy 1 až 4 drobné mízní uzliny (nodi lymphatici axillares intrapectores). Míza z této skupiny uzlin odtéká do nodi lymphatici axillares infraclaviculares a do nodi lymphatici supraclaviculares. Jiné mízní cévy probíhají přímo do nodi lymphatici supraclaviculares.

Z mediálních kvadrantů prsu odtéká míza do nodi lymphatici parasternales. Tento průběh mízních cév je z diagnostického hlediska velmi nepříjemný, protože metastázy v těchto uzlinách, které jsou uloženy v předním mediastinu nelze na rozdíl od zvětšených uzlin v axile vyhmátat.

Z laterální části prsu odtéká část mízy přes stěnu hrudníku a navazuje na subpleurální mízní plexus.

Z hluboké části mediálního kvadrantu je míza odváděna mízními cévami, které prorážejí povrchovou fascii a při 6. žeberní chrupavce pronikají do hloubky a navazují na kolektory podél a. epigastrica superior. Míza se touto cestou dostává do nodi lymphatici mediastinales anterior a do mízních cév jater.

Inervace: senzitivní nervy pocházejí z nn. intercostales (2. až 6 nerv), horní část kůže prsu inervují také nn. supraclaviculares. Autonomní nervy přicházejí k mléčné žláze podél tepen. [2]

1.2 Tvorba mateřského mléka

Mléčná žláza je tvořena žlázovou tkání, podpurným vazivem, tukovou tkání, cévami a nervy. Mléko se tvoří ve žlázových buňkách prsní žlázy, uspořádaných do váčkovitých útvarů – alveolů. Kolem každého alveolu je síťka svalů podobných buněk. Stahem těchto buněk se vytvořené mléko posunuje z alveolů do vývodů. Stejně buňky jsou rozmístěny také podél vývodů. V rozšířených vývodech (sinusy) umístěných v oblasti dvorce se mléko hromadí.

Ze sinusů je činností jazyka a svalů spodiny ústní dítěte vystřikováno a dítě je polyká.

Kojení je děj, který organismus matky předpokládá a připravuje současně a vývojem plodu.

Řízení tvorby a regulace množství mléka závisí hlavně na dvou hormonech hypofýzy - oxytocinu a prolaktinu.

Oxytocin je produkt zadního laloku hypofýzy. Stahem myoepiteliálních buněk (tzv. vypuzovací, let-down reflex) zajišťuje tento hormon uvolňování již vytvořeného mléka. Vypuzovací oxytocinový reflex je zpočátku nepodmíněný. Stává se však postupně reflexem podmíněným. To znamená, že se dostavuje nejen jako reakce na sání dítěte, což je nejsilnější podnět k jeho vybavení, ale i jako reakce na pouhou vzpomínku matky na dítě.

Nervová zakončení na bradavce a dvorci jsou sáním dítěte podrážděna. Vzruch je veden míchou do mozku a do hypofýzy, odkud se hormon vyplavuje a je krví přinášen do mléčné žlázy. Nepříjemné vjemy jako bolest, strach, stres aj. mohou reakci na sání dítěte a tím uvolnění hormonu snižovat.

Kromě ovlivnění buněk mléčné žlázy působí oxytocin v průběhu porodu i na svalové buňky dělohy. Časné přiložení narozeného dítěte k prsu matky bezprostředně po porodu může ovlivnit stahem děložního svalstva vypuzení placenty a také intenzitu krvácení po porodu. Stahem děložního svalstva jako reakci na uvolnění oxytocinu pociťuje matka v dalším poporodním období při každém kojení. V této době mají děložní stahy význam pro vyprázdnění dělohy a její návrat ke stavu před těhotenstvím. Zmírnění krevní ztráty správným zavazováním dělohy šetří matce hemoglobin a železo.

Druhým důležitým hormonem, podílejícím se na produkci mléka, je prolaktin. Ten je produkován předním lalokem hypofýzy. V menším množství se tvoří i v průběhu těhotenství. Už v těhotenství, zvláště v posledním trimestru, působí na tvorbu malého množství mléka,

tzv. kolostra-mleziva, které má odlišné složení než pozdější – zralé mléko. Účinek prolaktinu je však v těhotenství blokován těhotenskými hormony, zvláště gestageny. Teprve po porodu placenty tento tlumivý vliv mizí a hladina prolaktinu začne výrazně stoupat. Nejsilnějším podnětem pro jeho vylučování do krve je opět sání dítěte, zvláště v první půlhodině po porodu. Proto je tak významné, aby první přiložení novorozence k prsu proběhlo právě v této době. Již nikdy v celém průběhu období kojení není vyplavení prolaktinu při kojení tak významné jako právě v této době.

Období zvýšené tvorby mléka nastupuje obvykle 2. – 3. den po porodu, někdy již dříve nebo později. Zvýšené produkci mléka v alveolech mléčné žlázy předchází zvýšené prokrvení prsu a dokonce otok, které matka pociťuje jako napětí a teplo. Teprve za několik hodin od nástupu tvorby mléka je možno pozorovat, že se mléko začíná z prsu i uvolňovat. Nepřikládá-li se novorozenec v této době k prsu podle chuti dítěte a dostatečně správnou technikou, může být nalití prsů velmi nepříjemné, bolestivé a otok a překrvení prsu může natolik zdeformovat tvar bradavky a dvorce, že dítě saje jen s obtížemi nebo se nemůže účinně prisát vůbec. Do tkáně prsu se tak dostává jen málo oxytocinu, mléko se dostatečně neuvolňuje a může vzniknout bludný kruh, ústící ve skutečný nedostatek mléka, následovaný obvykle dokrmením dítěte některou náhražkou mateřského mléka, čajem, glukózou. Dítě pak odmítá sát z prsu a dá přednost krmení z láhve. Bolest, kterou matka při kojení z oteklého a překrveného prsu pociťuje, je brzy provázena bolestí z poškozených prsních bradavek, protože dítě nemůže správně uchopit, saje neúčinně a je neklidné.

Čím častěji a déle dítě saje, tím více mléka se v mléčné žláze vytvoří a tím snadněji se uvolňuje dítěti do úst. Zásadou úspěšného začátku kojení a celého procesu uvolňování a tvorby mléka je: kojit časně (do dvou hodin po porodu přiložit dítě k prsu), kojit často a nedávat dítěti nic jiného pít než mateřské mléko z prsu. Kojit často znamená kdykoliv, když má dítě zájem. Dítě musí mít možnost pít ve dne i v noci. V noci je množství uvolňovaných hormonů jako reakce na sání dítěte větší než ve dne. Dítě musí mít možnost určit si samo délku jednotlivých kojení i délku přestávek mezi kojeními. Není nutné, ani vhodné, aby bylo kojeno v pravidelných intervalech nebo dokonce časně s noční pauzou, delší než 6 hodin. Složení i množství vypitého mléka se mění. Pro frekvenci a délku jednotlivých kojení nelze proto stanovit žádné neměnné pravidlo. Nejlepší pro matku i dítě je, vytvoří-li si dvojice vlastní specifický režim.

Jak z toho, co bylo již řečeno, vyplývá, spojovacím článkem mezi produkcí mléka a potřebou dítěte je prsní bradavka.

Tvorba mléka je proces nabídky a poptávky. Čím více dítě saje, tím více mléka se vytváří. Způsob porodu ovlivňuje tvorbu mléka.

Hormonální stimulace tvorby a uvolňování mléka má největší význam na začátku celého procesu. Později je proces laktace natolik stabilizován, že už není tolik závislý na kolísání hladin obou hormonů. Hlavním regulačním mechanismem se stává stimulace bradavky sáním dítěte. [14]

2 SLOŽENÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA

Mateřské mléko je svým složením přizpůsobeno potřebám dítěte. Obsahuje bílkoviny, cukry, vitaminy a minerální látky – to vše ve vyváženém poměru a přizpůsobené vyvíjejícímu se trávicímu systému kojence.

Mateřské mléko je „živá substance“ obsahující enzymy a živé buňky zvláště vhodné pro ochranu zažívacího traktu dítěte před napadením patogeny.

Složení mateřského mléka se mění jak v průběhu jednoho kojení, tak během dne, i v průběhu celého období kojení. To umožňuje, aby si dítě vytvořilo individuální režim příjmu potravy, a v neposlední řadě chrání před vznikem obezity.

2.1 Mlezivo

První asi čtyři dny produkují prsy nažloutlou tekutinu, které říkáme mlezivo. Obsahuje málo tuku a cukru, zato hodně bílkovin a minerálních solí a plně vyhovuje potřebám novorozence. Obsahuje také četné protilátky, které dítě chrání před infekcemi. Má mírně projímavé účinky, a tím napomáhá vypuzení tzv. smolky.

Mlezivo je velmi významné a žádné dítě by o něj nemělo přijít - proto je s kojením nejlepší začít ihned na porodním sále a přikládat dítě k prsu, kdykoli se mu zachce. [11]

2.2 Imunologické složky mateřského mléka

Mateřské mléko je během celého období kojení zcela přizpůsobeno měnícím se nárokům rostoucího dítěte. Složení mléka respektuje zrání jednotlivých funkcí dítěte a to zejména zažívacího traktu a centrálního nervového systému. Část a to asi čtvrtinu bílkovin kolostra tvoří obranné látky a to zejména sekreční imunoglobulin A, lysozym a laktoferin. Sekreční IgA povléká sliznici zažívacího traktu a chrání dítě před osídlením choroboplodnými bakteriemi. Laktoferin spolu s laktózou tvoří příznivé prostředí pro růst bakteriálního kmene „*Lactobacillus bifidus*“, je to nejčastější bakterie osídlující zažívací trakt kojenečtých dětí. Mléčná žláza obohacuje mléko nejen o protilátky bílkovinné povahy, ale součástí mateřského mléka jsou i živé buňky, leukocyty, schopné přímo ničit bakterie a viry fagocytózou. Obě významné složky mateřského mléka, protilátky i buňky, jsou citlivé na fyzikální vlivy. Manipulace s mateřským mlékem, var, pasterizace a i kontakt se sklem je zčásti nebo i úplně ničící. Informaci o osídlení úst dítěte bakteriemi dostává mléčná žláza matky prostřednic-

tvím prsní bradavky a na základě této informace se vytváří v mateřském mléce protilátky. Období odstávování, tj. přechod dítěte z období výlučného kojení na smíšenou stravu, představuje další zjevné riziko pro vznik infekcí cestou zažívacího traktu. Proto také v tomto období obsahuje mateřské mléko více obranných látek než po dobu výlučného kojení, kdy je ale naopak celkové množství vypitého mléka větší. Mléko, které je vypité přímo z prsu, poskytuje ochranu dítěti v průběhu celého období kojení. Podáním čaje nebo jiných tekutin ředí mateřské mléko a omezuje jeho imunologické působení.

2.3 Bílkoviny

Mateřské mléko má nejnižší obsah bílkovin ze všech savců. Část těchto bílkovin prochází zažívacím traktem, aniž by byly narušeny trávicí enzymy. Obsah bílkovin v mateřském mléce není závislý na příjmu bílkovin ve stravě matky. Hlavní bílkovinou mateřského mléka je laktalbumin a velké množství představuje i kasein. Nízká hladina kaseinu umožňuje lehčí stravitelnost mateřského mléka. Sraženina, která vzniká v žaludku kojeného dítěte je z toho důvodu jemnější a opouští žaludek dříve než hrubá sraženina v žaludku uměle kojeného dítěte. Proto kojené dítě chce pít častěji a intervaly mezi kojením jsou obvykle kratší než při krmení umělou výživou. Hlavní bílkovinou kravského mléka je beta - laktoglobulin. Beta - laktoglobulin je často příčinou nesnášenlivosti kravského mléka u některých kojenců i dospělých. Vysoký obsah bílkovin v kravském mléce je pro lidského novorozence nevhodným. Ledviny novorozence nejsou schopny vyloučit zplodiny metabolismu bílkovin v dostatečné míře a jsou zbytečně přetěžovány.

2.4 Tuky

Tuky jsou velmi proměnlivou složkou mateřského mléka. Množství tuku v mateřském mléce se mění v průběhu celého dne (nejvíce je ho pozdě odpoledne) i během jednoho kojení. Na začátku kojení je tuku méně, ale jak dítě pije, tuku postupně přibývá. Na konci kojení je tuku až 5x více. Mléko, které se tvoří na začátku kojení, se nazývá „přední“ a slouží dítěti převážně k uhašení žízně. Na konci kojení je mléko bohaté na tuk. Říká se mu „zadní“, poskytuje dítěti značnou část energie. Délku kojení nelze omezovat, protože dítě by mohlo být o toto mléko ochuzeno. Tuky jsou tvořeny převážně triglyceridy. Mateřské mléko je bohaté na cholesterol. Jeho význam není zcela vysvětlen. Trávení tuků je zpočátku, kdy jsou ještě trávicí mechanismy nezralé, usnadňováno lipázou mateřskou, obsaženou

v mléce. Mateřské mléko tak poskytuje dítěti jak tuky, tak i enzym, který jej rozkládá. Je-li mléko tepelně zpracováno, je enzym zničen. Dítě si samo vylučuje v ústech a v žaludku lipázu vlastní.

2.5 Sacharidy

Hlavním cukrem mateřského mléka je laktóza, která je rozkládána enzymem laktázou. Cukry poskytují dítěti 40% celkové dodávky energie. Střevní onemocnění, postihující buňky střevní sliznice, snižují schopnost novorozence trávit laktózu. Reakce stolice kojeneho dítěte je kyselá, má charakteristickou vůni i barvu způsobenou bakteriemi mléčného kvašení.

2.6 Vitaminy

Bezprostředně po porodu potřebuje novorozenec vitamín K. Při jeho nedostatku může vzniknout „krvácivá nemoc novorozence“. Kolostrum obsahuje více vitamínu K než zralé mateřské mléko. Celkové množství vitamínu K se nepovažuje za dostatečné a vitamín K se dětem po porodu dodává. Ve třetím týdnu po porodu je již vytvořena stabilní střevní flóra, která zásobuje novorozence vitamínem K pro další období. Vitamínu E obsahuje mateřské mléko dostatek. Vitamínu D je v mateřském mléce málo, ale v poslední době se zjistilo, že mateřské mléko obsahuje značnou část vitamínu D v jiné, ve vodě rozpustné formě. Spolu s ozářením kůže dítěte slunečními paprsky, je dodávka vitamínu D dostatečná.

2.7 Minerální látky a stopové prvky

Mateřské mléko obsahuje dostatek minerálních látek i četné stopové prvky. Pokud sama matka netrpí závažným nedostatkem některého prvku, je obsah minerálů v jejím mléce dostatečný. Mateřské mléko má menší obsah některých minerálních látek než mléko kravské, ale dítě jejich nedostatkem netrpí. Důležitější než jejich samotný obsah v mléce je jejich využitelnost pro organismus dítěte. Tomuto jevu se říká „biologická dostupnost“. Např. využití železa z mateřského mléka je 49%, zatímco z kravského mléka je to jen 10% a z přípravků umělé výživy jen 4%. Novorozenec se rodí s dostatečnou zásobou železa od matky získanou během nitroděložního vývoje. Tato zásoba spolu s příjmem z mateřského mléka postačuje krýt potřebu dítěte do 6-ti měsíců věku. Pokud, ale zásoby

u dítěte nejsou dostatečné (předčasně narozené děti) nebo jsou zvýšené ztráty, je nutno železo přidávat. Po šesti měsících získává dítě železo z nemléčného příkrmu, který je dítěti postupně přidáván. Vápník a fosfor jsou v mateřském mléce obsaženy v poměru 2:1, což zajišťuje vstřebávání obou prvků. Ze stopových prvků obsahuje mateřské mléko v dostatečném množství měď, kobalt, selen a další. Žádná náhražka nemůže složení a proměnlivost mateřského mléka věrně napodobit. [14]

3 KOJENÍ

Kojení je bez veškerých pochyb tím nejlepším a nejjistějším způsobem výživy novorozence. Po tisíce generací bylo mateřské mléko v praxi dokonale vyzkoušeno a stále představuje to nejlepší, co může dítě dostat. Je vždy k dispozici v čerstvém stavu, nemusí se připravovat. Je ideální svým složením i množstvím teplotou i sterilitou. [18]

3.1 Výhody kojení pro matku

Úspěšné a dlouhodobější kojení má výhody nejen pro dítě, ale i pro matku. Lidé si často myslí, že úspěch při kojení spíše závisí na zdraví matky, než by jejímu zdraví kojení přispívalo. Kojení snižuje poporodní ztrátu krve. Pokud je dítě přiloženo po nekomplikovaném porodu k prsu a přisaje se, stoupá v krvi matky množství hormonů prolaktinu a oxytocinu. Následné děložní stahy, vyvolané činností oxytocinu, způsobí, že matka méně a kratší dobu po porodu krvácí. Menší ztráta krve znamená nižší výskyt chudokrevnosti v období po porodu. Děloha se po porodu rychleji zavínuje a vrací se do původního stavu, který měla před těhotenstvím. Přiložení dítěte k prsu se proto někdy říká „poslední doba porodní“. Matka, která úspěšně kojila své dítě, má menší riziko onemocnění rakovinou prsu před menopauzou. Tato forma rakoviny je u nás jednou z nejčastějších a stále jí přibývá. Rizikovou skupinou žen jsou právě ženy, které nekojily vůbec nebo jen krátce. Ochranný efekt se zvyšuje se stoupající délkou kojení. Jinou formou rakoviny u žen je rakovina vaječníků. Jedna z nejnovějších studií prokázala 20 – 25% snížení rizika u žen, které kojily alespoň dva měsíce. V těhotenství se vlivem hormonálních změn mění některé metabolické děje. Organismus ženy lépe využívá jednotlivé složky potravy a hromadí některé stopové prvky způsobem zabezpečujícím jejich dostatek při normálním příjmu nebo i v době mírného nedostatku. Kojení, zvláště dlouhodobé, představuje pro matku zvýšené nároky na zásobu kostních minerálů vápníku a fosforu. Organismus matky se ale s tímto faktem po odstavení dítěte rychle vyrovnává. Příznivý vliv kojení na metabolismus vápníku a fosforu se projevuje tím, že ženy, které kojily své děti a stravovaly se způsobem, který přivodí minerálů umožňuje, jsou do jisté míry do budoucna chráněny proti osteoporóze a méně často utrpí například zlomeninu obratlů, krčku stehenní kosti, tedy zlomeninami častými ve vyšším věku. Kojení vytváří citové pouto mezi matkou a novorozencem. Psychická pohoda matky pozitivně ovlivňuje i její duševní zdraví. Časté kojení oddaluje menstruaci. Mateřské mlé-

ko je kdykoliv přístupné. Je sterilní, má vždy přiměřenou teplotu, takže kojení je pro ženu pohodlnější než příprava umělé výživy. V neposlední řadě nic nestojí.

3.2 Výhody kojení pro dítě

Mateřské mléko zcela odpovídá potřebám kojence. Kojení je přirozený a ničím nenahraditelný způsob výživy. Složení mateřského mléka se přizpůsobuje aktuálním výživovým potřebám kojeneho dítěte, což je velmi důležité pro zdravý růst a tělesný vývoj dítěte. Kojené děti jsou do značné míry chráněny před infekcemi. Běžné infekce horních cest dýchacích, infekce močových cest a zažívacího ústrojí jsou častější u nekojených dětí. Pokud nějakou z těchto nemocí dítě onemocní, probíhá lehce a není nutné dítě léčit v nemocnici, na rozdíl od nekojených dětí. Odolnost proti nejrůznějším nemocem je zajištěna obsahem obranných látek v mléce. Dá se říci, že dítě je odolné proti infekcím, které prodělala jeho matka. Plod, chráněný v děloze matky, je přírodou připravován na přechod do vnějšího světa po narození protilátkami proti nemocem, které jeho matka prodělala nebo proti nim byla očkována. V posledních měsících těhotenství procházejí placentou do krve plodu ve velkém množství. K zajištění dokonalé obrany proti infekci nestačí jen protilátky, ale i živé buňky schopné obrany například proti virům i plísním. Ty projít placentou nemohou. Musí je vytvořit organismus dítěte sám nebo je dostane z prsu matky s mlékem. Ochranné spojení, které zajišťovala mezi plodem a matkou placenta, nahrazuje po narození bradavka prsu matky. Obsah protilátek a obranných buněk a ostatních desítek látek v mateřském mléce, jejichž součinností je dítě po několik prvních měsíců chráněno, se v průběhu kojení mění. Nejvíce je jich těsně po narození. Tehdy je novorozenec nejzranitelnější. V děloze byl plod před veškerými bakteriemi chráněn. První kontakt s nimi přichází při porodu, z porodních cest matky. Ty ale většinou nejsou nebezpečné. Plod byl před kontaktem s nimi vybaven mateřskými protilátkami. Pokud se kůže a sliznice novorozence bakteriemi osídlí, je novorozenec chráněn proti mnohem nebezpečnějším infekcím, zejména v rizikovém prostředí. Novorozenec, který se narodí předčasně je o tyto výhody ochuzen. Pokud se dítě narodí dříve, nestačí získat dostatek protilátek přes placentu od matky, jeho vlastní imunitní obranný systém je, stejně jako jiné funkce v organismu, nedokonale vyvinutý. Pokud nemůže být kojen nebo alespoň živěn mateřským mlékem, ocitá se po narození v nevýhodě i přes všechno úsilí chránit ho před infekcemi, sterilitou prostředí, v němž je ošetřován. Ochranný význam kojení a výživa mateřským mlékem trvá mnohem déle než vlastní obdo-

bí kojení. Po několika letech až desítkách let trpí kojené děti méně často různými záněty žaludku a střev než děti nekojené. Obsah mastných kyselin určitého druhu v mateřském mléce působí příznivěji na rozvoj centrálního nervového systému a smyslových orgánů, než je obvykle u nekojených dětí. Ne, náhodou se prokázalo, že dlouhodobě kojené děti jsou inteligentnější a lépe vidí. Novorozenec narozený s vrozeným rozštěpem rtu má lepší šance na dokonalou úpravu defektu, pokud je kojen, přestože je kojení takového dítěte obtížné a vyžaduje velkou zkušenost. Kojené dítě se naučí od prvních dnů a týdnů regulovat množství příjmu stravy a méně často pak trpí jeho poruchami, nechutenstvím, mentální anorexií nebo naopak bulimií a obezitou. Velké množství cholesterolu v mateřském mléce asi navozuje správné kroky v systému látkové výměny k jeho využití a odbourávání v dospělosti. Pokud je dítě živeno umělou výživou nebo na bázi kravského mléka, o tyto výhody přichází. Kojení podporuje vzájemný vztah mezi matkou a dítětem. Kojené děti, které strávily v blízkosti matky dostatečné množství času, se později nebojí být samy. [14,18]

4 PROBLÉMY A PŘEKÁŽKY PŘI KOJENÍ

Problémy při kojení nejsou časté, pokud jsou dodržovány správné a přirozené režimové opatření a dítě a matka se naučí správné technice kojení již od začátku. Nezávažné komplikace, pokud jsou řešeny správně, laktaci neohrozí. Neodborné chování zdravotnického personálu může však k selhání laktace přispět.

4.1 Problémy při kojení ze strany matky

Maminka získává první zkušenosti s kojením již v porodnici a to bezprostředně po porodu, kdy jí je dítě přiloženo k prsu. Během celého období kojení se může u ženy objevit jakákoliv situace související s kojením a ta jej může jakkoliv znepříjemnit a ohrozit.

4.1.1 Bolestivé nalití prsou

Mezi 3. – 5. dnem po porodu dochází u žen k přechodnému nalití prsů. Prsy jsou oteklé, horké, tvrdé a bolestivé. Toto městnání se může objevit, je-li dítě krmeno méně často nebo má nesprávnou techniku sání. Matce uleví chladné až ledové obklady, před kojením nahřátí, masáže a časté kojení. Protože toto nalití prsů je pro ženu velmi bolestivé, je nutná prevence, do které patří:

- zahájit kojení do půl hodiny po porodu
- umožnit matce a dítěti společný pobyt – rooming-in
- kojení dle chuti dítěte bez omezování délky a frekvence
- nepodávat jiné tekutiny
- nepoužívat dudlíky a láhve [11,14]

4.1.2 Pozdní nástup laktace

Je důležité vědět, že laktace nastupuje až cca 48 hodin po spontánním porodu a za cca 72 hodin po porodu císařským řezem. Některé ženy mají opožděný nástup laktace to je 5. – 6. den, kdy už většina žen své dítě již kojí. Je třeba především podpořit sebevědomí matky

a zcela výjimečně překlenout období uvážlivým podáním tekutin nebo cizího mateřského mléka.

4.1.3 Ragády

Ragády a jiné poranění na povrchu bradavky jsou výsledkem nesprávného sání a chybné polohy. K jejich vzniku stačí jen pouhé jedno špatné přiložení. K poranění může dojít i z důvodu přiložení dítěte k příliš nalitým prsům, které znemožňují správné přísátí dítěte. Platí zásada, že kojení nesmí matku bolet. Pokud selže prevence a bradavka je poškozena, je třeba pomoci matce upravit polohu při kojení. Příznakem poškozené bradavky je zarudnutí, pálení bradavky, bradavka může i krváčet. Infekce přenesená z úst dítěte na poraněnou bradavku může vést ke vzniku chronických ragád, které se velmi špatně hojí. Společně s matkou musí být léčeno i dítě.

4.1.4 Ploché a vpáčené bradavky

Bradavky mohou mít různý tvar (viz příloha č. 2). Některé jsou vpáčené, některé mohou být ploché. Důležitější než tvar bradavky je její retraktilita, tj. jak vystupuje při dráždění. Pokud se bradavky při zmáčknutí dvorce stáhnou, jde o vpáčené bradavky. Toto jde již prenatalně ovlivnit speciální pomůckou tzv. formovačem bradavek, který si žena vkládá do podprsenky od 6. měsíce těhotenství. V ojedinělých případech lze kojit pomocí silikonového „kloboučku“.

4.1.5 Mastitida

Mastitida je zánětlivý proces, který může vzniknout kdykoliv v průběhu kojení, nejčastěji vzniká okolo třetího týdne po porodu. Častěji bývá sice postižen jen jeden prs, ale zánět může vzniknout v obou prsech současně. Příznaky jsou bolesti hlavy, kloubů, celková únava, horečky, ale i nevolnost a zvracení. Při zánětu je nutné zachovávat klid na lůžku s dostatečným příjmem tekutin, užívat antibiotika a léky tišící bolest. Pokud to stav matky dovolí, není nutné kojení přerušovat. Kojení by mělo začínat u zdravého prsu a v častém kojení by se mělo pokračovat i z prsu postiženého, pokud maminka bolest vydrží. Jinak je nutné prs vyprazdňovat odstříkáváním. Při mastitidě je ulevující přikládat studené až ledové obklady, které zmírňují tlak v prsu mezi kojením. [11]

4.1.6 Retence mléka

Nejčastější příčinou je nesprávná technika sání a omezování kojení. Mléko se hromadí za překážkou, odpovídající rozsahem segmentu mléčné žlázy. Typicky to bývá v podpaží, jde o bolestivé zarudnutí, někdy provázené i vysokou teplotou. Podstatou je ucpání jednoho z vývodů mléčné žlázy drtí z buněk a zaschlým mlékem s následným otokem. Tento problém se řeší přikládáním studených a teplých obkladů, masáže prsou od místa ucpání směrem k bradavce. Retence není důvod k přerušení kojení. Retence se poměrně rychle upravuje do dvou až třech dnů. [14]

4.2 Problémy při kojení ze strany dítěte

Problémy při kojení nemusí být jen ze strany matky, problémy se mohou objevit i u dítěte a kojení může být narušeno.

4.2.1 Špatně se přisávající dítě

Dítě se někdy může špatně přisávat, křičí a má jazyk nahoře, to mu brání v tom, aby se přisálo. Je nutné dítě nejprve zklidnit, jemně ho přiložit k prsu bez zbytečných doteků na tváři a hlavě a vyvolat hledací reflex. Je třeba zkontrolovat, zda nemá matka příliš nalité prsy. Je třeba odstranit používání dudlíků a láhve.

4.2.2 Dítě pouštějící prs

Zpočátku dítě saje dobře, ale po určité době prs pouští a pláče. Nejčastější příčinou je špatná vzájemná poloha matky a dítěte a ztížený vypuzovací reflex. Je důležité zkontrolovat vzájemnou polohu matky a dítěte, hlavičku matka dítěti drží jemně bez tlaku na záhlaví. Zjistit, zda nemá matka příliš tuhé prsy a doporučit jí odstříkání.

4.2.3 Dítě odmítající jeden prs

Dítě často pije dobře z jednoho prsu, ala druhý prs odmítá. Nejčastější příčinou je, že mléko z každého prsu vytéká jinak. Poloha u druhého prsu je pro dítě bolestivá nebo prs je nalitý více a dítě se nemůže přisát. Je nutné upravit polohu dítěte a zjistit, která dítěti nejvíc vyhovuje, nechat dítě sát z prsu, kterému dává dítě přednost a odmítaný prs odstříkávat.

5 TECHNIKA KOJENÍ

Technika kojení je jedním ze základních předpokladů úspěšného kojení. Důvod, proč jsem techniku kojení zařadila do samostatné kapitoly je proto, že tuto problematiku považuji za základní problém. Tato domněnka se mi potvrdila v dotazníkovém šetření, kde mi vyšlo, že prvorodičky řeší nejčastější problém právě s technikou kojení. Technika vyžaduje správnou polohu a přísátí se správným sáním. Některé matky a děti potřebují zpočátku při kojení pomoci.

5.1 Hlavní zásady správné techniky kojení

- maminka by si měla zvolit pohodlnou polohu pro sebe i dítě
- dítě by mělo ležet na boku a maminka by měla zkontrolovat, zda obličej, hrudník, břicho i kolena směřují k matce. Platí zásada, že dítě k prsu, nikoli prs k dítěti!
- ucho, rameno a kyčle dítěte by měly být v jedné linii.
- matka přidrží prs tak, aby se prsty nedotýkala dvorce. Prs podepírá zespodu všemi prsty kromě palce, který je položen vysoko nad dvorcem (viz příloha č. 3)
- bradavka musí být vždy v úrovni úst dítěte
- drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex, široce otevřená ústa jako při zívání jsou správnou odpovědí na tento dráždivý podnět.
- prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo nejen bradavku, ale co možná největší část dvorce a to více pod bradavkou než nad ní.
- nikdy nepřikládat k prsu dítě, které křičí, při křiku jazyk dítěte je umístěn nahoře a dítě v této poloze nemůže uchopit bradavku.
- u dobře sajícího dítěte dolní ret a jazyk překrývají oblast pod bradavkou.
- špička nosu a brada dítěte by se měla dotýkat prsu.
- matka by neměla odtahovat prs prsty, protože tento pohyb vysune dítěti bradavku z úst. Dítě ve správné poloze může dobře dýchat.

5.1.1 Poloha jazyka při kojení

- jazyk přesahuje dolní ret a je pod mléčnými sinusy
- jazyk se pohárkovitě zformuje a uchopí bradavku a s dvorcem
- bradavka i s dvorcem musí být vždy uložena na jazyku, ne pod jazykem

5.1.2 Sání z prsu

- vlnovitý pohyb jazyka zředu dozadu posunuje bradavku i s dvorcem na patro dítěte
- tlakem jazyka o tvrdé patro jsou mléčné sinusy vyprazdňovány
- vytlačené mléko do úst pak dítě spolkne

5.1.3 Znamky špatného přiložení

- dítě nemá široce otevřená ústa
- jazyk nepřesahuje dolní ret, bradavka s dvorce nejsou na jazyku
- jazyk je vzadu v dutině ústní
- dvorec není v ústech dítěte
- dolní ret je ohrnutý do dutiny ústní
- matka má poškozená bradavky a nalité prsy
- dítě je nespokojené, protože nic nevypije
- při pití vpadávají tváře dítěte a dítě vydává mlaskavé zvuky
- prs se vytahuje a očividně pohybuje při pití.

5.1.4 Následky špatného přiložení

- bolestivé a poškozené bradavky
- nalité prsy
- snížení tvorby mléka

- nespokojené a neprospívající dítě
- nespokojená matka

5.2 Polohy při kojení

1. Poloha vleže

Maminka i dítě leží na boku. Maminka má hlavu podloženou polštářem tak, aby se vyrovnala poloha hlavy s výškou ramen. Dítě leží v ohbí matčiny paže, tělo má přitisknuté k tělu matky a obličej přivrácený k matce. (viz příloha č. 4, obr. č. 1)

2. Poloha vsedě

Hlava dítěte leží v ohbí paže maminky a ona svou rukou podpírá jeho záda. Dítě spodní rukou objímá maminku kolem pasu. Chodidla maminky jsou podpírána stoličkou. (viz příloha č. 4, obr. č. 2)

3. Fotbalové, boční držení

Toto držení je vhodné pro matky po císařském řezu. Dítě leží na předloktí matky, která rukou podepírá ramínka dítěte. Nožky dítěte jsou podél matčina boku. Předloktí matky je podepřeno polštářem. (viz příloha č. 4, obr. č. 3)

4. Poloha tanečníka

Tato poloha je vhodná zejména pro nedonošené děti a děti, které se nedovedou správně přisát. Dítě leží na matčině předloktí, které je podepřeno polštářem. Na stejné straně podpírá mamčiná ruka prs. Maminka může při kojení měnit prs, aniž by musela měnit způsob držení dítěte, má pod kontrolou i pohyby hlavy. (viz příloha č. 4, obr. č. 4)

5. Kojení vleže na zádech

Tato poloha je vhodná zejména pro ženy po císařském řezu. Maminka leží na zádech a sestra jí přiloží dítě k prsu. Maminka může dítě k prsu přesunout bez většího úsilí a bez tlaku na jizvu. (viz příloha č. 4, obr. č. 5)

6. Kojení v polosedě s podloženými nohama

Tato poloha je vhodná zejména u maminek po císařském řezu poté, co se už začínají posazovat s podporou polštáře za zády. Dítě leží v ohbí paže nebo na předloktí maminky. Měkký polštář, který je umístěn na břicho maminky brání tlaku dítěte na jizvu a další polštář, který je umístěn pod kolena podpírá maminčiny dolní končetiny. (viz příloha č. 4, obr. č. 6)

7. Poloha vzpřímená, vertikální

Poloha vhodná u nedonošených dětí a u dětí, které mají problém s přísátím. Maminka levou rukou drží levý prs a pravou rukou dítě. Při kojení z pravého prsu je vše naopak, pravá ruka podpírá pravý prs a levá ruka podpírá dítě. (viz příloha č. 4, obr. č. 7) [14]

5.3 Novinky v podpoře kojení

5.3.1 Hydrogelové polštářky

Hydrogelové polštářky (viz příloha č. 5), slouží pro léčbu bolestivých, popraskaným bradavek – ragád.

Hydrogel obsažený v polštářcích pomáhá rychleji hojit, udržuje bradavky hydratované, aniž by byly vlhké. Pokud jsou použity ihned při prvních příznacích, jejich účinnost se projeví již po prvním dni. Hydrogelové polštářky lze používat i jako prevenci. 1 hydrogelový polštářek lze použít opakovaně až po dobu 24 hodin.

Výhody a vlastnosti:

- Již při doteku chladí podrážděné bradavky a přináší tak okamžitou úlevu
- Oblý tvar zajišťuje pohodlné uložení
- Baleny jednotlivě sterilně - 4ks v krabičce (327 Kč), připraveny k okamžitému použití

5.3.2 Sterilní sáčky do mikrovlné trouby

Sterilní sáčky do mikrovlné trouby (viz příloha č. 6) jsou rychlou, bezpečnou a pohodlnou volbou pro okamžitou sterilizaci doma, v nemocnici nebo někde na cestě. Nahrazuje déletrvající sterilizaci ve vodě nebo sterilizátoru. Jeden sáček slouží k 20 použitím. V balení se

nachází 5 sáčků (400 Kč). Tyto sáčky jsou ideální ke sterilizaci pomůcek ke kojení, příslušenství odsávaček, dudlíků. [22]

6 VÝŽIVA A ŽIVOTOSPRÁVA MAMINKY BĚHEM KOJENÍ

Kvalita a množství stravy kojící ženy ovlivňuje výživový a následně zdravotní stav samotné ženy a prostřednictvím mateřského mléka také výživový a zdravotní stav dítěte. Jak nedostatečný, tak nadbytečný příjem energie a živin je nežádoucí a přináší zdravotní rizika pro matku a dítě. Požadavky na příjem v době laktace jsou vyšší. Plně kojící žena vyprodukuje denně 800 – 1000 ml mléka. Mateřské mléko má asi 68 kcal ve 100 ml. Z toho vyplývá denní nutný přísun o kalorické hodnotě zhruba 650 kcal/ denně. V následujícím přehledu jsou uvedeny potraviny, které podporují tvorbu mateřského mléka. Důležitou roli také hrají sympatie a antipatie maminky k různým druhům potravin.

Potraviny, které podporují tvorbu mateřského mléka:

Obiloviny – müsli, ovocné a ječné kaše

Zelenina – syrová zelenina obecně, mrkev, mrkvová šťáva, vyhýbat se nadýmavým druhům

Ovoce – jablko, pomeranč, banán, neředěné ovocné šťávy

Mléčné výrobky – mléko, jogurty, nízkotučný sýr

Nápoje – denně minimálně 2 – 3 litry tekutin, příliš málo tekutin brzdí tvorbu mateřského mléka. Mateřské mléko se skládá z 90% z vody. Doporučuje se pít neslazené čaje, čaje na tvorbu mléka, vodu nejlépe bez bublinek.

Čaj pro tvorbu mléka: Stejně množství kmínu, anýzových semínek a fenyklových semínek zalijte 250ml vroucí vody a nechejte 10 minut luhovat.

Maminka by měla jíst dostatečné množství masa a ryb.

Potraviny, kterým by se měla maminka během kojení vyhnout:

- jakékoliv luštěniny
- kyselé zelí
- cibule
- česnek
- citrusové ovoce

Maminka by se měla vyhnout nápojům, které obsahují kofein a alkohol.

Těmto potravinám a nápojům by se měla kojící žena vyhnout, protože jsou buď příčinou nadýmání kojence nebo z nich přechází do mléka nežádoucí látky (kofein, alkohol atd.) anebo působí negativně na tvorbu mléka. Pokud si nejste jistá, zda vy a vaše dítě některá jídla snášíte, zkoušejte je nejprve v menším množství. Pokud zjistíte, že některou potravinu či jídlo vaše miminko nesnese, pak se tohoto jídla po dobu kojení zřekněte. [14, 21]

6.1 Kojení a alkohol

Jak udává Schneidrová (2006, s. 111): „Alkohol se tradičně doporučoval kojícím ženám k podpoře laktace. Udávalo se, že pití malého množství alkoholu krátce před kojením zvyšuje tvorbu mléka, uvolňuje spouštěcí reflex a vede k uvolnění matky i dítěte.“ Zatím žádný vědecký důkaz nepodpořil toto tvrzení.

Alkohol se vylučuje do mateřského mléka a bezprostředně ovlivňuje senzoricou kvalitu mateřského mléka (zápach po alkoholu) a následně sání z prsu, které vede k nižšímu příjmu mateřského mléka. Konzumace alkoholu v dávce vyšší než 0,5g/kg váhy matky může vést ke snížení produkce mléka. Etanol ve vyšších dávkách může navíc negativně ovlivňovat spouštěcí reflex a schopnost matky postarat se o dítě. Alkohol může mít také přímý vliv na dítě, který se projevuje např. útlumem a poruchami spánku. I když je množství alkoholu mateřském mléce malé, děti mají omezenou schopnost etanol metabolizovat. Koncentrace etanolu v mateřském mléce po jedné skleničce alkoholu je však velmi nízká a nemá významný vliv na dítě. Přesto se doporučuje alkoholu zcela vyhnout během těhotenství a laktace. Pokud nemůže být konzumace alkoholu zcela vyloučena, doporučuje se omezit příjem alkoholu na 1 skleničku denně. Příležitostné pití alkoholu není kontraindikace kojení.

6.2 Kojení a kofein

Kofein stimuluje centrální nervový systém. Je obsažen v kávě, čaji a kolových nápojích a při jejich konzumaci matkou je vylučován do mateřského mléka. Při běžné příjmu nebyl prokázán jeho škodlivý vliv na dítě, vysoký příjem kofeinu při kojení však může způsobit

neklid, podrážděnost a poruchy spánku u kojence. Některé údaje naznačují negativní vliv kofeinu na obsah železa v mateřském mléce a stav železa u dítěte.

Matky, které pijí hodně kávy, by měly omezit konzumaci na 2 – 3 šálky denně.

6.3 Kojení a kouření

Kouření během laktace může vést ke snížení objemu mléka a zpomalení růstu dítěte. Množství nikotinu v mateřském mléce je vyšší než v krvi matky. Nikotin, který dítě dostane mateřským mlékem, nepříznivě ovlivňuje činnost trávicího ústrojí a děti pak často zvracejí a špatně sají. Nikotinu se dítě zbavuje metabolizací v játrech a vylučováním ledvinami, což zatěžuje oba orgány v době, kdy se vyvíjí. Děti kuřáček mají daleko častěji silnější novorozeneckou žloutenku. Mohou také trpět abstinenčními příznaky (často pláčou, málo spí, jsou neklidné), špatně prospívají a pomalu rostou. Rovněž jsou často nemocné, mají častěji infekce dýchacích cest, záněty středouší, alergie, syndrom náhlého úmrtí a častěji pobývají v nemocnici. Zrychlený pulz spolu kolísavým krevním tlakem budí podezření na časnou infekci, což vede nezřídka ke zbytečné antibiotické léčbě. Děti žijící v prostředí, kde se kouří, mají zvýšenou hladinu nikotinu v krvi i moči. Děti kuřáček jsou méně často kojeny nebo brzy odstaveny od prsu, protože nikotin snižuje sekreci hormonu prolaktinu, který je důležitý pro tvorbu mléka.

6.4 Kojení a alergie

Výlučné kojení po dobu prvních 6. měsíců života dítěte a další kojení s příkrmem po dobu prvního roku, event. déle, je důležité pro primární prevenci alergie. Je však známo, že alergeny ze stravy matky mohou přecházet do mateřského mléka a v ojedinělých případech přispět k rozvoji a udržování alergie u kojence. V raném dětství převažují alergie na běžné potraviny (mléko, vejce, ryby, pšenice, burské oříšky). Rozvoj časně přecitlivělosti na antigeny z výživy často předchází rozvoji trvalejší přecitlivělosti na inhalační alergeny. Na rozdíl od rozvinutého alergického onemocnění je možné časně přecitlivělosti na potravinové alergeny předcházet nebo ji účinně léčit.

Kojení se považuje za prospěšné zvláště u dětí s atopickou anamnézou, protože poskytuje imunologickou ochranu na povrchu střevní sliznice, která je vystavena největší náloži antigenů. Nicméně i děti, které jsou výlučně kojeny, se mohou stát přecitlivělé na potravinové

alergeny přítomné v mateřském mléce. Vyloučení běžných potravinových alergenů z výživy matky (kravské mléko, vejce, ryby, burské oříšky, ořechy, mandle) zvyšuje preventivní vliv výlučného kojení a snižuje výskyt a ovlivňuje průběh atopického ekzému u dětí s pozitivní rodinnou anamnézou.

V případě alergického dítěte je třeba diagnostikovat a vyloučit alergen z výživy matky. V ojedinělých případech je nutné dokonce kojení ukončit a živit dítě některým z přípravků s vysoce hydrolyzovanou bílkovinou. To platí zvláště u dětí s těžkou formou atopického ekzému, které neprospívají a neodpovídají na eliminační léčbu matky ani na lokální, případně i celkovou léčbu dítěte. Pro prevenci potravinové alergie je důležité, aby měla kojící žena pestrou stravu bez nadměrné konzumace určitých potravin.

6.5 Kojení a léky

Nutnost podávání léků kojícím matkám je zpravidla příčinou nejistoty, zda mohou při léčbě pokračovat v kojení a zda a jak může daný lék ohrozit kojené dítě.

Informace o podávání léků při kojení někdy zcela chybí, jindy nejsou příliš užitečné (lék je možno podávat jen tehdy, když prospěšnost léčby převyšuje riziko nežádoucích účinků u dítěte), někdy jsou dokonce nesprávné. V údajích u některých léků je uvedeno kojení jako kontraindikace léčby (tj. lék nesmí být podáván při kojení), přestože je praxí prokázáno, že ve skutečnosti tento lék nepůsobí kojeným dětem žádné potíže. Může za to přílišná opatrnost výrobců léků, kteří nedomýšlejí, že zbytečné předčasné ukončení kojení podstatě matku i dítě poškozuje. Žádné autoritou schválené doporučené postupy pro podávání léků v období laktace u nás neexistují, takže rozhodování a zodpovědnost zůstává na každém lékaři, který léčbu kojící matky navrhuje. Neměl by se řídit pouze doporučeními farmaceutických firem, ale vyhledat si o daném léku nezávislé informace, eventuálně se poradit s jinými odborníky (neonatologem, pediatrem, farmakologem).

6.5.1 Rozhodování o podání léku

Při rozhodování o podání léku kojící matce je třeba zvážit následující:

- Jak velké koncentrace léku dosahuje v mateřském mléce.

Naprostá většina léků, které kojící matka užije, přestupuje v určitém množství do jejího mléka. Většinou jde o velmi malé, až sotva zjištěitelné koncentrace, které jsou jen vzác-

ně důvodem k ukončení kojení. Někdy však mohou i nepatrná množství léku v mléce vyvolat u kojeného dítěte některé nežádoucí účinky. Je pochopitelné, že čím větší bude koncentrace léku v mléce, tím více se budeme nežádoucích účinků obávat. Jen malé množství léku nás během kojení nemusí vůbec znepokojovat, protože se do mléka nedostávají – je to např. insulin a heparin pro přílišnou velikost svých molekul. Zanedbatelné koncentrace v mléce většinou dosahují všechny léky podávané ve formě očních či nosních kapek, inhalačních sprejů, mastí nebo roztoků aplikovaných na nevelkou plochu kůže.

- Zda se lék vstřebává ze zažívacího traktu.

Lék, který se nevstřebává ze zažívacího traktu (tedy musí být matce podáván do svalů nebo do žíly), nebude mít u kojence žádné celkové nežádoucí účinky, může však místním působením ve střevě vyvolat průjem.

- Zda se lék z organismu kojence dobře a rychle vylučuje, nebo se zde naopak hromadí.

Pro léčbu kojící matky by měl být přednostně voleny takové léky, o kterých je známo, že se rychle vylučují z organismu (mají krátký tzv. biologický poločas). U kojence v prvních měsících věku je schopnost ledvin vylučovat léky do moče oproti dospělým velmi zpomalena. Pokud užijí lék, který se sám o sobě pomalu vylučuje, dojde po několika dávkách k jeho hromadění v organismu, čímž se velmi zvyšuje riziko rozvoje nežádoucích účinků.

- Zda není dítě oslabeno jiným mimořádným stavem (např. nedonošeností, nemocí).

U zcela zdravého, dobře prospívajícího staršího kojence je vždy možné riziko ovlivnění lékem během kojení mnohem menší než u nedonošence nebo zdravotně oslabeného dítěte v prvních dnech až týdnech po porodu. Důvodů je více – krátce po porodu mohou léky přestupovat do mléka v mnohem větší míře než později. U novorozence nebo nedonošence se mohou některé léky vstřebávat více než ve starším věku. Nezralost jaterních funkcí způsobuje pomalejší přeměnu léků na méně škodlivé látky a nezralost

funkcí ledvin vede k zpomalenému vylučování škodlivých látek z organismu. Navíc čím je dítě starší, tím snáze zvládne eventuální mírné nežádoucí účinky léku, které mohou pro novorozence, nedonošence nebo zdravotně oslabené dítě znamenat větší zátěž.

- Jak závažné má lék nežádoucí účinky.

Nejdůležitější při zvažování možného rizika léku pro kojené dítě je znalost nežádoucích účinků.

6.5.2 Léky a riziko pro kojené dítě

Podle závažnosti rizika pro kojené dítě dělíme léky na:

6.5.2.1 Léky, které lze při kojení podávat

U kojených dětí buď obvykle nepůsobí žádné potíže, nebo mohou vyvolávat jen některé mírné a méně závažné potíže. Vždy však platí, že při užívání jakéhokoliv léku během kojení je třeba dítě zvýšeně sledovat a při zjištění odchylek v projevech se včas poradit s lékařem. Určitou zárukou nezávažného rizika je léčba matky lékem, který je určen i k přímé léčbě novorozenců a malých kojenců. Mezi léky, které lze při kojení užívat bez větších obav (při dodržení co nejnižších účinných dávek a co nejkratší nutné doby léčby), patří:

- léky proti teplotě a bolesti (např. Paralen, Ibalgin, Acylpyrin),
- léky na kašel (Ambrosan, Mucosolvan),
- léky při rýmě (jakéhokoliv nosní kapky),
- antihistaminika (Zyrtec, Terfenadin),
- profylaxe astmatu a alergických projevů (Cromobene),
- antibiotika (nejvhodnější jsou penicilinová a některá cefalosporinová - např. V-Penicilin, Amoclen, Augmentin). Při antibiotické léčbě kojící matky je poměrně častým nežádoucím účinkem u kojeného dítěte průjem, zpravidla mírný, který se po skončení léčby díky dalšímu kojení rychle upravuje,

- anestetika (mají většinou jen velmi krátký účinek, stačí několikahodinová pauza v kojení),
- doplňky výživy (vitaminy, železo, jód – v běžných dávkách lze užívat).

6.5.2.2 Léky rizikové

O těchto lécích víme nebo předpokládáme, že by mohly vyvolávat u kojených dětí závažnější nežádoucí účinky. Nutnost takovéto léčby u kojící matky však ještě nemusí znamenat ukončení kojení. Lékař může často vybrat mezi příbuznými léky takový, který je pro kojené dítě relativně nejbezpečnější – pak vysvětlí matce, čeho si má u dítěte zvláště všimnout a zajistí častější kontroly. Pokud se nežádoucí účinek začne projevovat, je nutno včas ukončit buď léčbu, nebo kojení. Do této skupiny patří především:

- léky ovlivňující centrální nervový systém (léčby psychických chorob, epilepsie),
- léky snižující krevní tlak,
- léky ovlivňující srdeční frekvenci (antiarytmika),
- léky snižující hladinu krevních tuků,
- léky při chorobách žláz s vnitřní sekrecí (např. nemoci štítné žlázy, nadledvinek),
- některá antibiotika (chloramfenikol, metronidazol, tetracykliny).

K této skupině můžeme řadit i léky, které nejsou během kojení vhodné, protože více či méně tlumí tvorbu mléka:

- hormonální látky (estrogeny, androgeny, tamoxifen),
- barbituráty,
- některá diuretika (např. Moduretic, Furon),
- některá starší antihistaminika (Dithiaden, Tavegyl, Prothazin).

6.5.2.3 Léky kontraindikované během kojení

Tyto léky mohou nebo předpokládáme, že by mohly, ovlivnit tak důležité životní funkce kojeného dítěte jako vývoj jeho imunitního systému, centrálního nervového systému nebo celkový růst. Patří sem:

- cytostatika (protinádorové léky),
- imunosupresiva /léky, které potlačují funkce imunitního systému),
- návykové látky,
- radioaktivní izotopy,
- estrogeny (kromě možného ovlivnění kojení tlumí i samostatnou laktaci).

Existují však i případy, kdy odborný lékař za předpokladu dobré spolupráce a pečlivého sledování dítěte povolí kojení po určitou dobu například matce, která užívá imunosupresivní léčbu.

Užívání léků během kojení je pochopitelně nejlépe se vyhnout. Pokud však zdravotní stav matky vyžaduje léčbu, je třeba je užívat v co nejnižších, avšak účinných dávkách, protože závažné zdravotní obtíže ohrožují nejen matku, ale i dítě a vlastní tvorbu mléka. Léčba by měla trvat vždy jen nejkratší nutnou dobu. Lékař musí vybrat vhodný lék nejen z hlediska účinnosti pro matku, ale i bezpečnosti pro kojené dítě. Je třeba, aby matka po dobu léčby své dítě pečlivě sledovala a úzce spolupracovala s pediatrem. Všimne-li si v projevech svého dítěte takových změn jako rozvoje apatie, útlum, spavosti, špatného pití, neprospívání až váhového úbytku nebo neklidu, dráždivosti, zvýšené plačtivosti, poruch spánku, bolestivé koliky, zvracení, zácpy, průjmu nebo vyrážky, měla by se vždy poradit s lékařem. [18]

7 PODPORA KOJENÍ U NÁS A VE SVĚTĚ

7.1 Baby Friendly Hospital

Celosvětovým programem UNICEF a Světové zdravotnické organizace (SZO) je ochrana, prosazování a podpora kojení. Od roku 1992 je tento program podporovaná i ČR. UNICEF na něm spolupracuje kromě SZO, také s dalšími mezinárodními organizacemi, např. s IBFAN (International Baby Food Action Network), WABA (Světová aliance pro podporu kojení) a dalšími.

Součástí tohoto programu je iniciativa „Baby Friendly Hospital“ (BFHI). Jejím cílem je zvrátit nepříznivý trend posledních desetiletí, kdy se snižuje počet dětí výlučně kojených a přibývá dětí krmených umělou výživou. Klíčovou roli zde mají sehrát právě porodnice. Ty mohou mít velký význam pro podporu kojení, stejně jako mohou bránit výlučnému kojení zavedenými postupy, jejichž výsledkem je např. oddělení matky a dítěte po porodu, podávání dokrmu u novorozence a nedostatečná pomoc matce v kritickém období začátku laktace.

Požadavkem pro udělení statutu „Baby Friendly Hospital“, který znamená, že nemocnice je přátelsky nakloněná nejen dítěti, ale i matce a kojení, je zavést do praxe všech

„10 kroků k úspěšnému kojení:“

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům jinou výživu kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů

7. umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming-in)
 8. podporovat kojení podle potřeby dítěte, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu
 9. nedávat kojeným novorozencům žádné šidítka, dudlíky apod.
 10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice (breast-feeding support groups)
- [14]

Nemocnice, která chce toto ocenění získat, musí mít % kojených dětí při propuštění z porodnice nad národním průměrem (tj. nad 90 %) a musí udělat nejprve celou řadu režimových opatření k dodržování těchto 10 kroků. Hodnotící komise pak dle celosvětových hodnotících kritérií zjišťuje, zda nemocnice dosáhla úrovně světových kritérií. Nemocnice, která tato kritéria splňuje, obdrží od ženevského UNICEF plaketu. 1x za rok se pak provádí přehodnocení, zda postupy i nadále splňují světové požadavky.

V ČR je nyní 65 porodnic s označením BFH. [23]

7.2 Systém rooming – in

Rooming-in je systém zajišťující po porodu nepřerušovaný kontakt matky s novorozencem. Umožňuje mamince, aby mohla kojít, jak dítě potřebuje a naučila se co nejdříve o miminko pečovat. Pro dítě je nejlepší, je-li s matkou 24 hodin denně. S péčí o novorozence jí pomáhá porodní asistentka a novorozenecká sestra.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 PRŮZKUMNÁ ČÁST

8.1 Cíl a úlohy průzkumu

Před začátkem průzkumu jsem si stanovila následující cíle a hypotézy:

Cíl:

- 1) Porovnat počet dětí plně kojených mateřským mlékem při odchodu z porodnice a v 6. měsíci jejich života.
- 2) Zjistit, zda mají více potíží s kojením prvorodičky nebo druhorodičky a jaký je důvod potíží s kojením.
- 3) Zjistit nejčastější obtíže související s kojením objevující se u prvorodiček a druhorodiček.
- 4) Zmapovat nejčastější důvody, které vedou k ukončení kojení v období mezi propuštěním z porodnice a 6. měsícem věku dítěte.

Hypotézy:

Ad 1)

- a) Předpokládám, že při propuštění z porodnice je plně kojeno více než 90% novorozenců.
- b) Domnívám se, že v 6. měsíci života je plně kojeno více než 50% dětí.

Ad 2)

- a) Předpokládám, že prvorodičky mají více potíží s kojením než druhorodičky.
- b) Domnívám se, že potíže s kojením budou více na straně matky.

Ad 3)

- a) Předpokládám, že nejčastějším problémem prvorodiček bude technika kojení.
- b) Domnívám se, že druhorodičky budou mít nejčastější problém s ragádami.

Ad 4)

a) Domnívám se, že nejčastější důvod ukončení kojení je malý přírůstek dítěte na váze.

Ze stanovených cílů průzkumu vyplývají následující úlohy:

- výběr průzkumného vzorku respondentů
- sestavit dotazník
- realizovat dotazník na vybraném vzorku respondentů
- rozbor a vyhodnocení vyplněných dotazníků
- zhodnocení, interpretace výsledků průzkumu

8.2 Sběr průzkumného vzorku

Dotazník jsem rozdávala ženám na oddělení šestinedělí a v ambulancích KNTB ve Zlíně.

Na průzkumu se podílely ženy ve věku od 16-ti do 42 let.

Průzkum jsem realizovala v období února a března 2009. Ze 120 rozdaných dotazníků se mi vrátilo 100 vyplněných dotazníků. Data jsem zpracovávala během dubna 2009.

8.3 Metody průzkumu

Pro získání informací k tématu problematika nástupu laktace jsem zvolila z nejrozšířenějších metod – anonymní dotazník (viz příloha č. 8). Dotazník je složený z otevřených a uzavřených otázek. Je zde obsaženo celkem 22 otázek, z nichž je 20 uzavřených, 2 otevřené a u dvou otázek bylo možné označit i více odpovědí. Otázky jsou rozebrány a zhodnoceny v následující kapitole. Pro přehlednost jsou výsledky zpracovány do tabulek a grafů. Jednotlivé číselné údaje jsou uvedeny v numerickém a procentuálním vyjádření. Vybrala jsem si sloupcový typ grafu s válcovým tvarem, protože se mi tento typ grafu zdá přehledný a výstižný.

Respondetky jsem ujistila, že informace jsou anonymní a budou použity jen pro mou baka-lářskou práci. Jednou z výhod dotazníku je anonymita. Nevýhodou je, že odpovědi mohou

být zkresleny a to z důvodu nepochopení otázky nebo záměrně. Snažila jsem se otázky formulovat tak, aby nepřipouštěly dvojí výklad.

Předvýzkum jsem provedla na menším vzorku respondentek. Rozdala jsem 15 dotazníků a z chyb, které ženy uvedly, jsem se poučila a dotazník upravila.

8.4 Rozbor a výsledky průzkumu

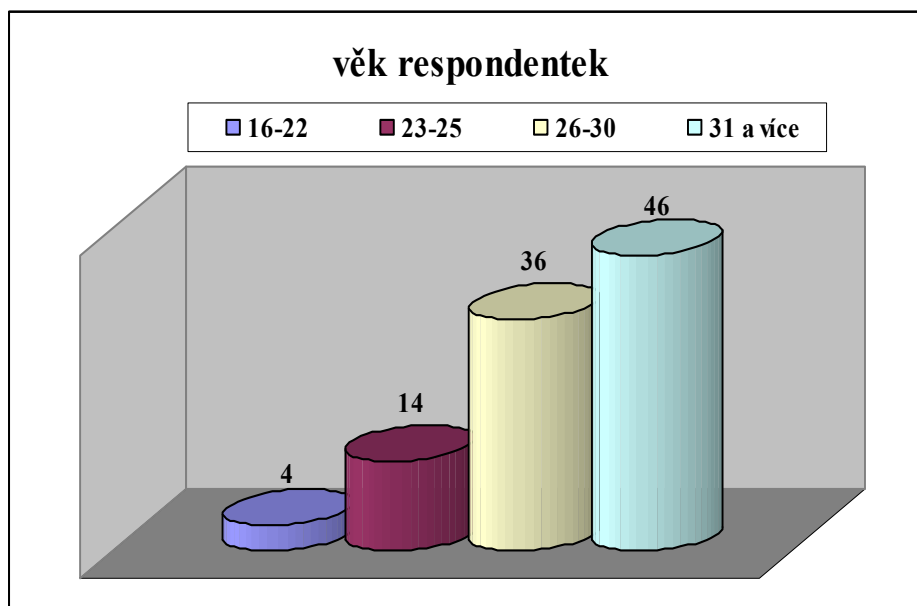
Po ukončení sběru dotazníků následuje zpracování a vyhodnocení.

Dotazník pro respondentky (viz příloha č. 8)

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tab. 1. Vyhodnocení údajů otázky č. 1

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
16-22	4	4%
23-25	14	14%
26-30	36	36%
31 a více	46	46%
CELKEM	100	100%



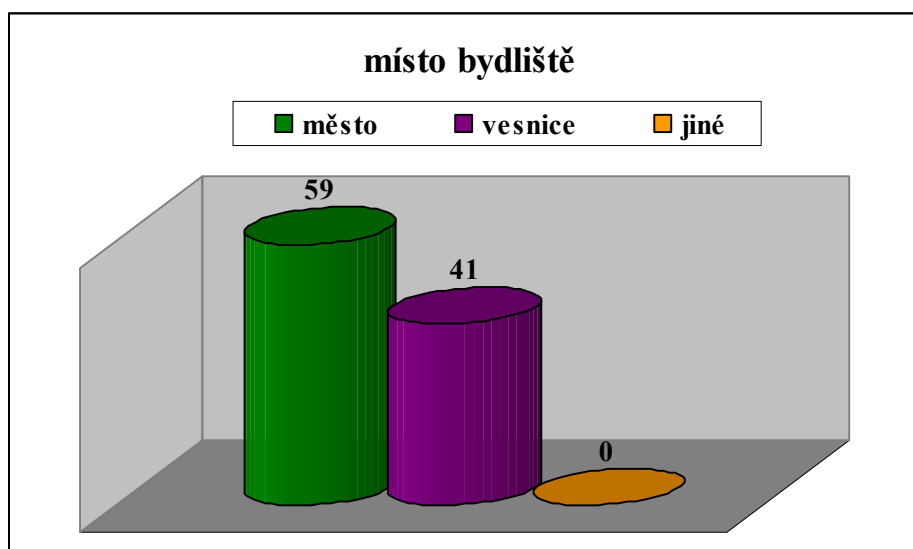
Graf č. 1 Vyhodnocení údajů otázky č. 1

Podle výsledků v této tabulce vidíme, že 4% respondentek je ve věku 16-22 let, 14% je ve věku 23-25 let, 36% žen je ve věku 26-30 let a největší skupinu 46% tvořily ženy ve věku 31 a více let, nejstarší respondentce bylo 42 let.

Otázka č. 2: Kde bydlíte?

Tab. 2. Vyhodnocení údajů otázky č. 2

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
město	59	59%
vesnice	41	41%
jiné	0	0%
CELKEM	100	100%



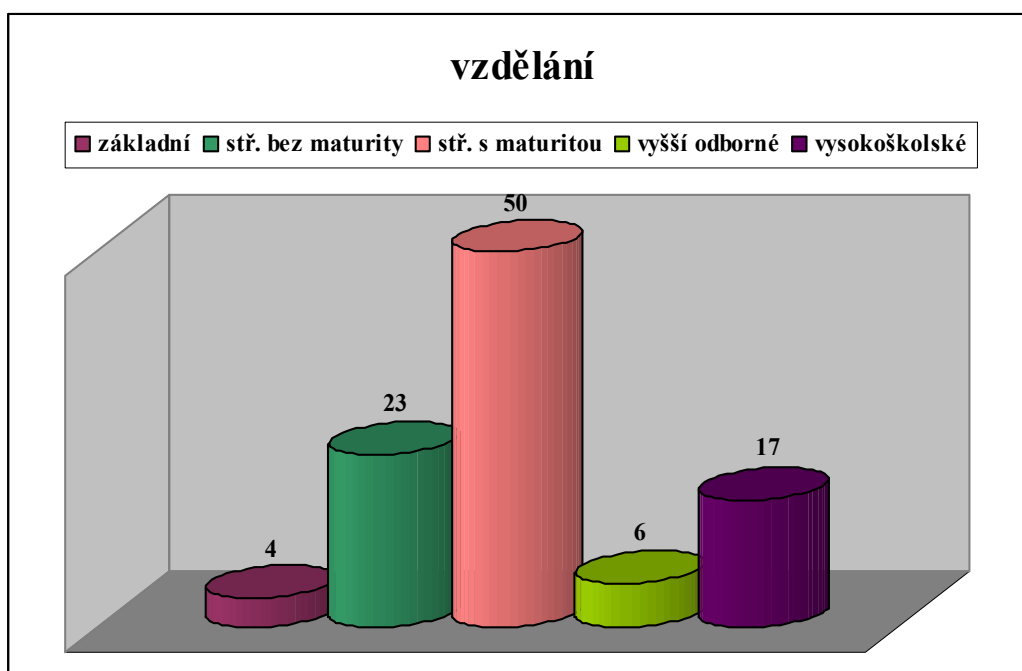
Graf č. 2 Vyhodnocení údajů otázky č. 2

V tabulce a grafu můžeme vidět, že 59% dotazovaných bydlí ve městě a 41% na vesnici.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 3. Vyhodnocení údajů otázky č. 3

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
základní	4	4%
středoškolské bez maturity	23	23%
středoškolské s maturitou	50	50%
vyšší odborné	6	6%
vysokoškolské	17	17%
CELKEM	100	100%



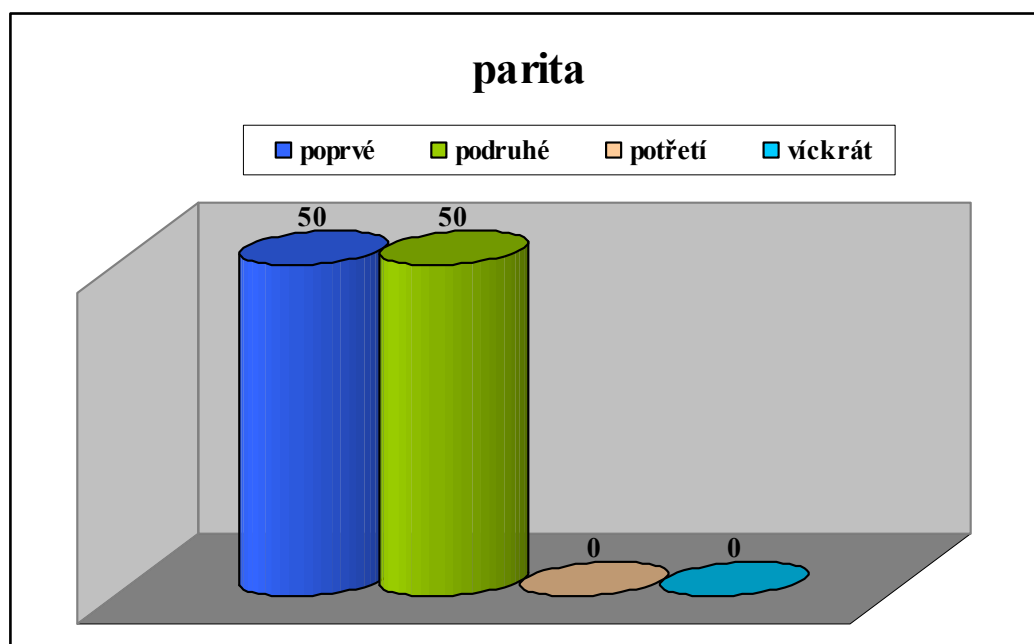
Graf č. 3 Vyhodnocení údajů otázky č. 3

Z tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce respondentek, tedy 50% mělo středoškolské vzdělání s maturitou, následovalo 23% respondentek se středoškolským vzděláním bez maturity, 17% respondentek s vysokoškolským vzděláním, 6% respondentek mělo vyšší odborné vzdělání a 4% měly základní vzdělání.

Otázka č. 4: Nyní jste rodila:

Tab. 4. Vyhodnocení údajů otázky č. 4

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
poprvé	50	50%
podruhé	50	50%
potřetí	0	0%
víckrát	0	0%
CELKEM	100	100%



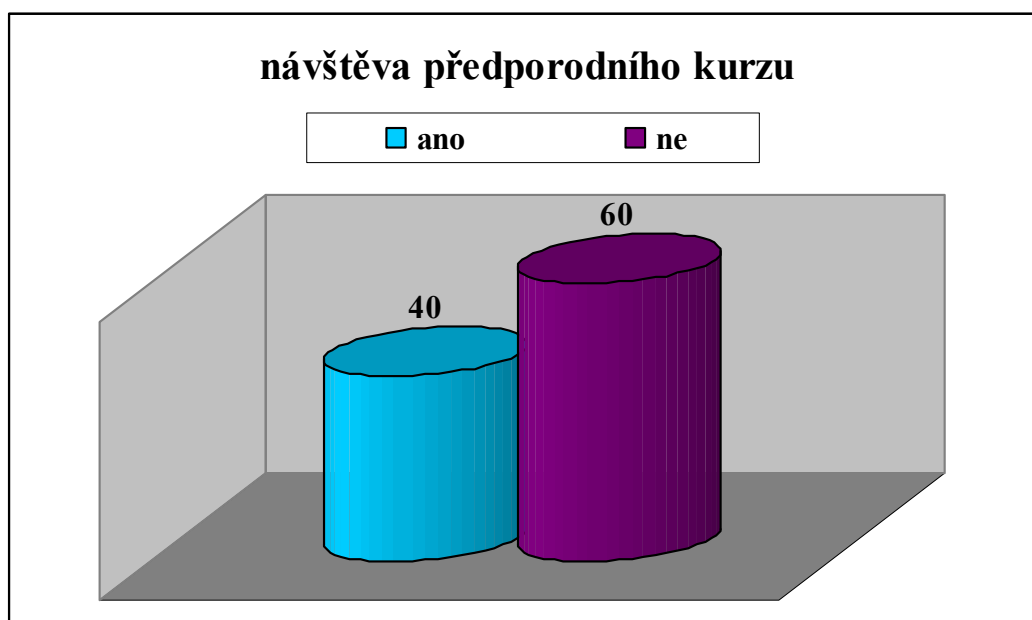
Graf č. 4 Vyhodnocení údajů otázky č. 4

V tabulce a grafu vidíme, že ze sta dotazovaných respondentek 50% rodilo poprvé a 50% rodilo podruhé.

Otázka č. 5: Navštěvovala jste v těhotenství předporodní kurz?

Tab. 5. Vyhodnocení údajů otázky č. 5

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano	40	40%
ne	60	60%
CELKEM	100	100%



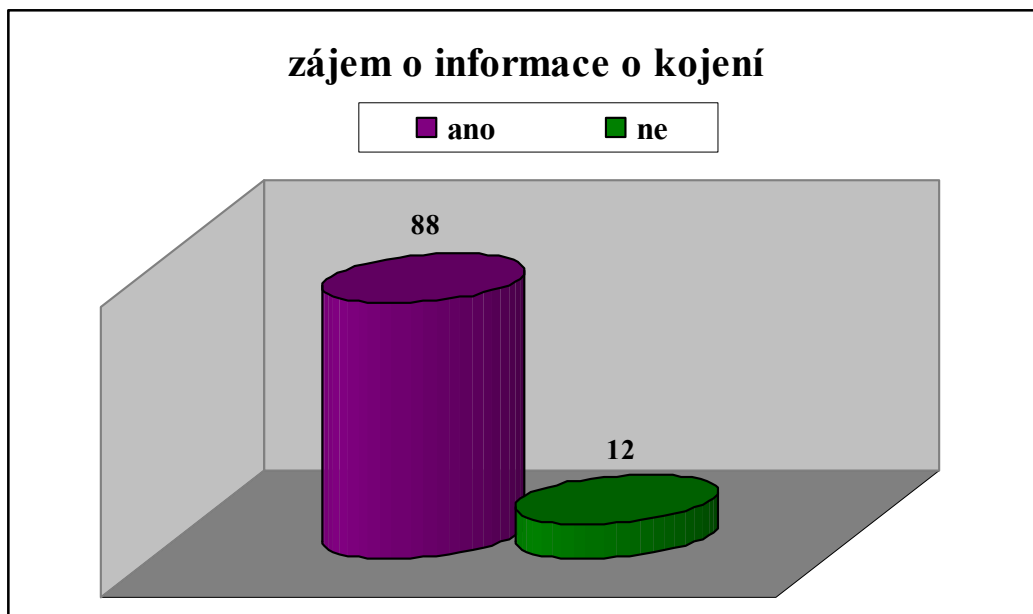
Graf č. 5 Vyhodnocení údajů otázky č. 5

Na tuto otázku odpovědělo 40% žen, že kurz v těhotenství navštěvovalo a 60% žen uvedlo, že do kurzu nechodily.

Otázka č. 6: Zajímala jste se v těhotenství o kojení?

Tab. 6. Vyhodnocení údajů otázky č. 6

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano	88	88%
ne	12	12%
CELKEM	100	100%



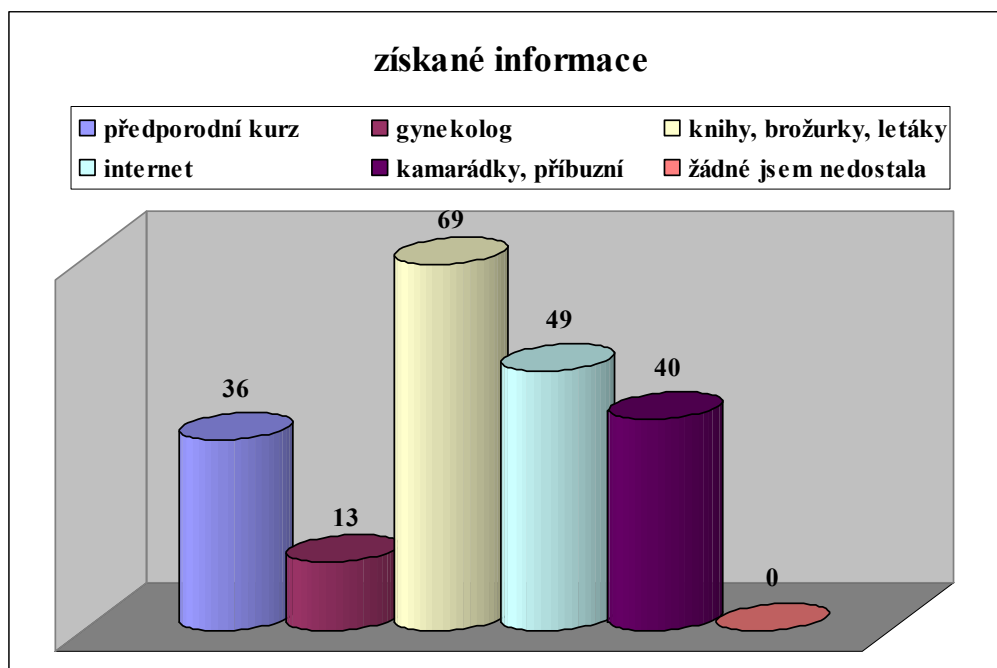
Graf č. 6 Vyhodnocení údajů otázky č. 6

V této tabulce vidíme, že 88% žen se v těhotenství o kojení zajímalo a jen 12% žen se o kojení během těhotenství nezajímalo.

Otázka č. 7: Kde jste získávala informace o kojení?

Tab. 7. Vyhodnocení údajů otázky č. 7

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
předporodní kurz	36	17,39%
gynekolog	13	6,28%
knihy, brožurky, letáky	69	33,33%
internet	49	23,67%
kamarádky, příbuzní	40	19,33%
žádné jsem nedostala	0	0%
CELKEM	207	100%



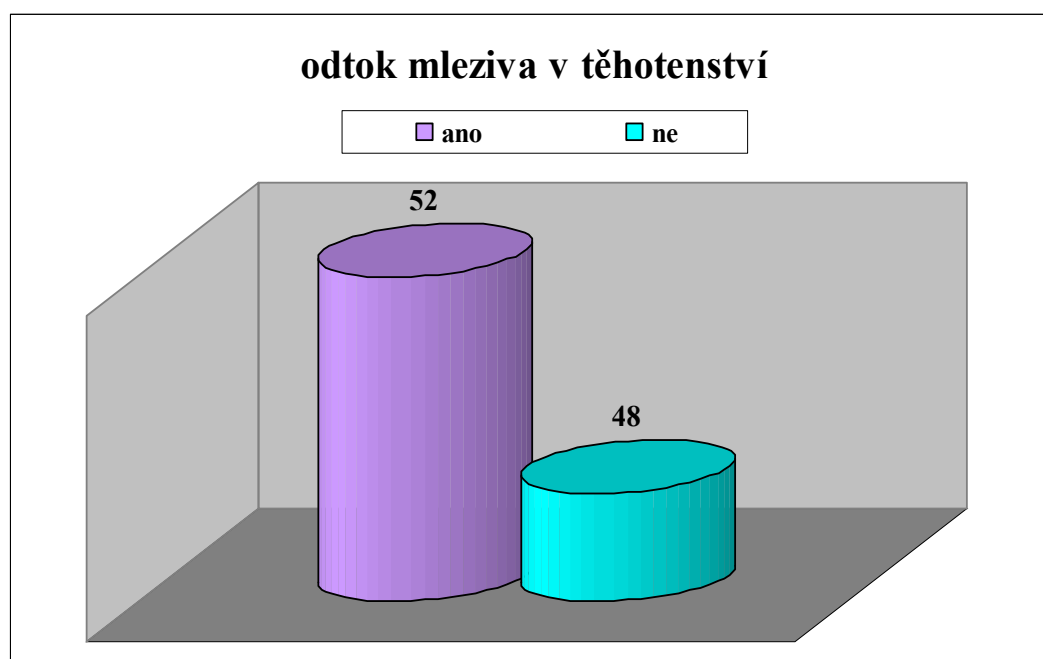
Graf č. 7 Vyhodnocení údajů otázky č. 7

V této otázce měly respondetky možnost vybírat z více odpovědí, proto je počet 207. Z tabulky vyplývá, že 33,33% respondentek získalo informace o kojení z knih, brožurek a letáků, dále 23,67% pomocí internetu, 19,33% od kamarádek a příbuzných, 36% získalo informace v předporodním kurzu a jen 6,28% získalo informace u svého gynekologa.

Otázka č. 8: Pozorovala jste během těhotenství odtok mleziva z prsních bradavek?

Tab. 8. Vyhodnocení údajů otázky č. 8

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano	52	52%
ne	48	48%
CELKEM	100	100%



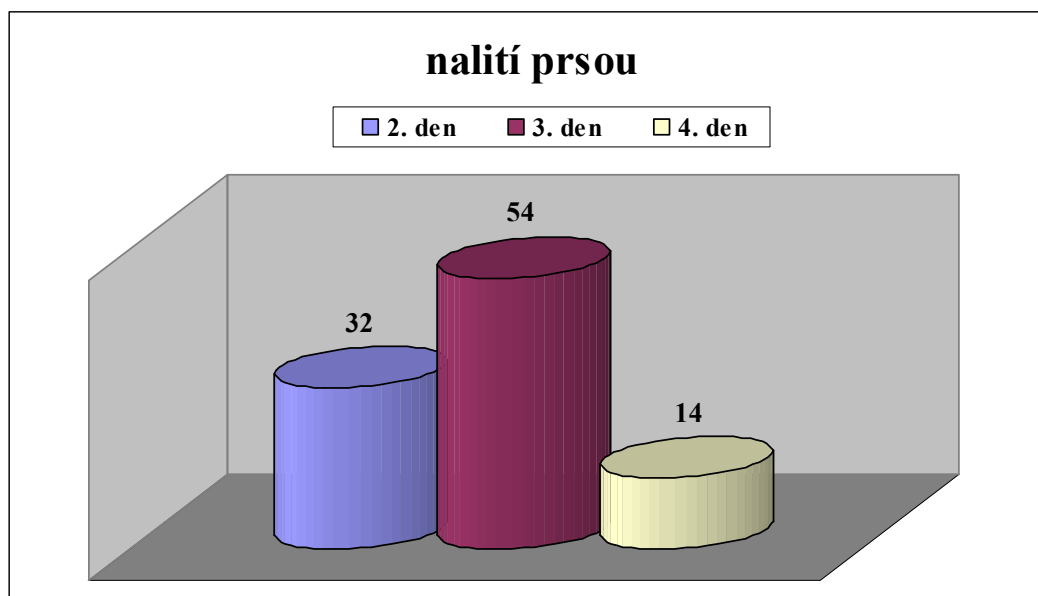
Graf č. 8 Vyhodnocení údajů otázky č. 8

Z tabulky a grafu vyplývá, že 52% respondentek pozorovalo během těhotenství odtok mleziva a 48% respondentek uvedlo, že nic nepozorovalo.

Otázka č. 9: Který den po porodu došlo k nástupu laktace „nalití prsou“?

Tab. 9. Vyhodnocení údajů otázky č. 9

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
2.den	32	32%
3.den	54	54%
4.den	14	14%
CELKEM	100	100%



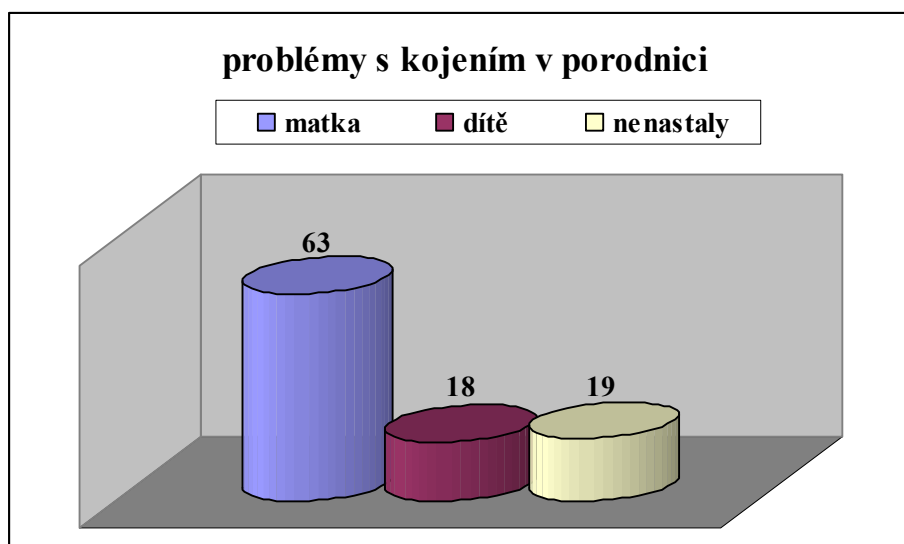
Graf č. 9 Vyhodnocení údajů otázky č. 9

V uvedeném grafu a tabulce vidíme, že 54% žen uvedlo nalití prsou 3. den po porodu, 32% uvedlo nalití prsou 2. den po porodu a 14% ženám se prsa nalily až 4. den po porodu.

Otázka č. 10: Pokud nastaly v porodnici problémy s kojením, bylo to ze strany:

Tab. 10. Vyhodnocení údajů otázky č. 10

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
matky	63	63%
dítěte	18	18%
nenastaly	19	19%
CELKEM	100	100%



Graf č. 10 Vyhodnocení údajů otázky č. 10

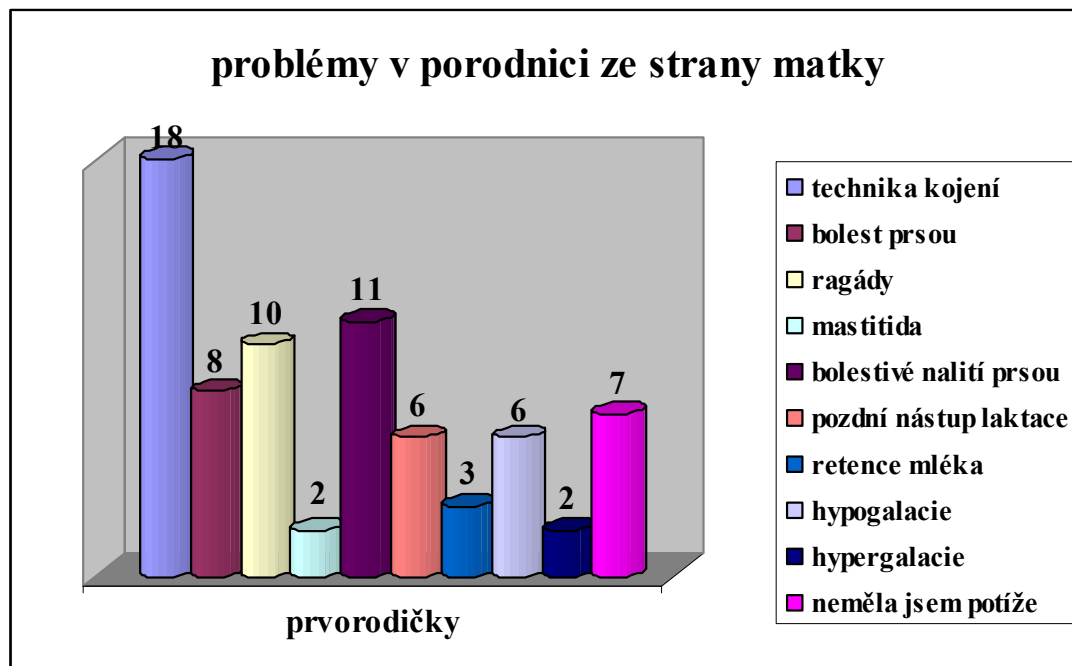
V uvedeném grafu a tabulce vidíme, že nejčastější problémy v porodnici a to 63% bylo na straně matky, dále 19% respondentek uvedlo, že neměly žádné problémy a 18% respondentek uvedlo, že problémy byly na straně dítěte.

Z těchto výsledků vyplývá, že se mi hypotéza číslo 2 u druhého cíle potvrdila (viz kapitola 9). Předpokládala jsem, že prvorodičky mají více potíží s kojením než druhorodičky.

Z 63 odpovědí, že potíže byly na straně matky, odpovědělo na tuto otázku 45 prvorodiček a 18 druhorodiček. Z toho tedy vyplývá, že hypotéza číslo 1 u druhého cíle se potvrdila (viz kapitola 9). Domnívala jsem se, že potíže s kojením budou více na straně matky.

Otázka č. 11: Které z následujících potíží jste musela v porodnici řešit?*Tab. 11. Vyhodnocení údajů otázky č. 11*

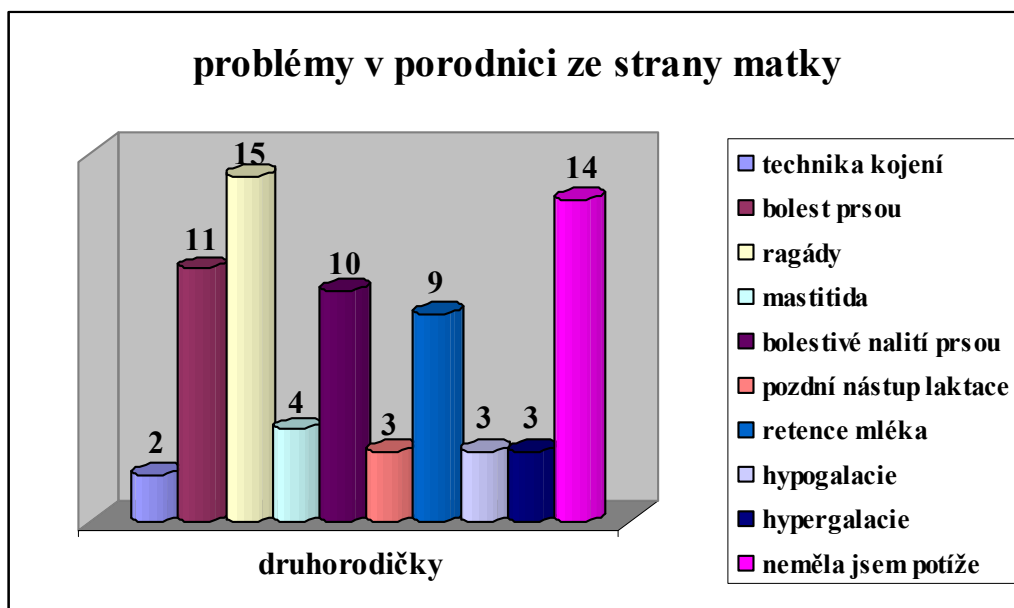
ODPOVĚĎ	PRVORODIČKY	PROCENTA	DRUHORODIČKY	PROCENTA
techniku kojení	18	24,66%	2	2,7%
bolest prsou	8	10,96%	11	14,87%
ragády (bolestivé trhlinky na bradavce a dvorci)	10	13,70%	15	20,27%
mastitida (zánět prsu)	2	2,74%	4	5,41%
bolestivé nalití prsou	11	15,07%	10	13,51%
pozdní nástup laktace	6	8,22%	3	4,05%
retence mléka (zatvrdlinky v prsu)	3	4,10%	9	12,17%
hypogalaktie (nedostatečná tvorba mléka)	6	8,22%	3	4,05%
hypergalaktie (nadměrná tvorba mléka)	2	2,74%	3	4,05%
neměla jsem žádné potíže	7	9,59%	14	18,92%
CELKEM	73	100%	74	100%



Graf č. 11 Vyhodnocení údajů otázky č. 11

V této otázce měly respondentky možnost vybírat více odpovědí, proto je počet 73. Z tabulky a grafu vyplývá, že nejčastější problém pro prvorodičky byla technika kojení a to odpovědělo 18 (24,66%) respondentek, dále 11 (15,07%) respondentek odpovědělo bolestivé nalití prsou, 10 (13,70%) respondentek řešilo ragády, 8 (10,96%) bolest prsou, 6 (8,22%) respondentek odpovědělo pozdní nástup laktace a hypogalacii, 3 (4,10%) žen uvedlo retenci mléka, 2 (2,74%) uvedlo mastitidu a hypergalacii. 7 (9,59%) respondentek uvedlo, že nemělo žádné obtíže.

Z daných výsledků vyplývá, že se mi hypotéza číslo 1 u třetího cíle potvrdila (viz kapitola 9). Předpokládala jsem, že nejčastějším problémem prvorodiček bude technika kojení.



Graf č. 12 Vyhodnocení údajů otázky č. 11

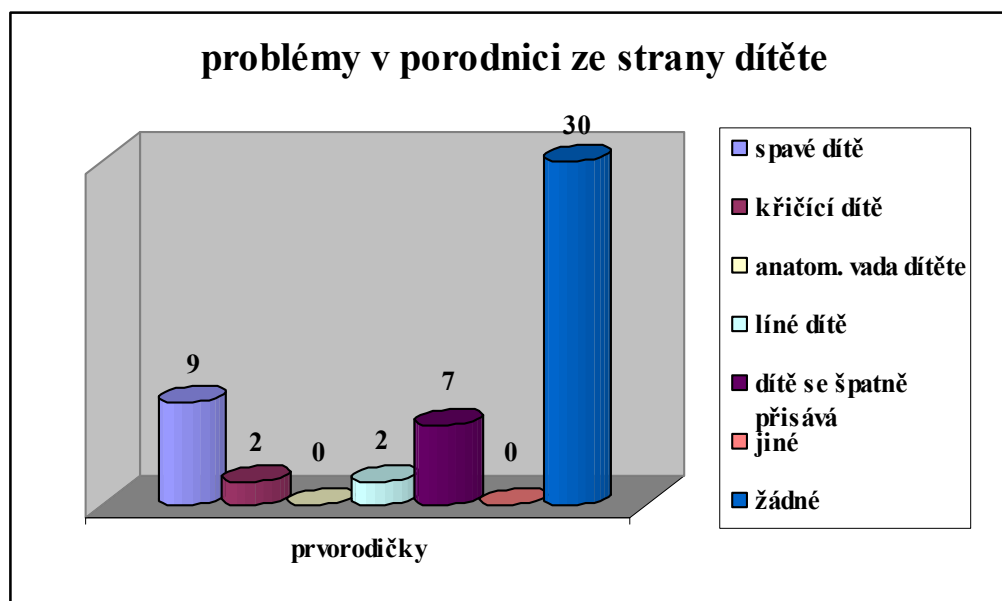
V této otázce měly respondentky možnost vybírat více odpovědí, proto je počet 74. Z tabulky a grafu vyplývá, že nejčastější problém pro druhorodičky byly ragády a to odpovědělo 15 (20,27%) respondentek, dále 11 (14,87%) respondentek odpovědělo bolest prsou, 10 (13,51%) respondentek řešilo bolestivé nalití prsou, 9 (12,17%) uvedlo retenci mléka, 4 (5,41%) respondentky odpověděly mastitidu, 3 (4,05%) ženy uvedly pozdní nástup laktace, hypogalacii a hypergalacii, 2 (2,7%) uvedly techniku kojení. 14 (18,92%) respondentek uvedlo, že nemělo žádné obtíže.

Z daných výsledků vyplývá, že hypotéza číslo 2 u 3 cíle se mi potvrdila (viz kapitola č. 9). Domnívala jsem se, že druhorodičky budou mít nejčastější problém s ragádami.

Otázka č. 12: Pokud se vyskytly problémy při kojení ze strany dítěte, uveďte z jakého důvodu

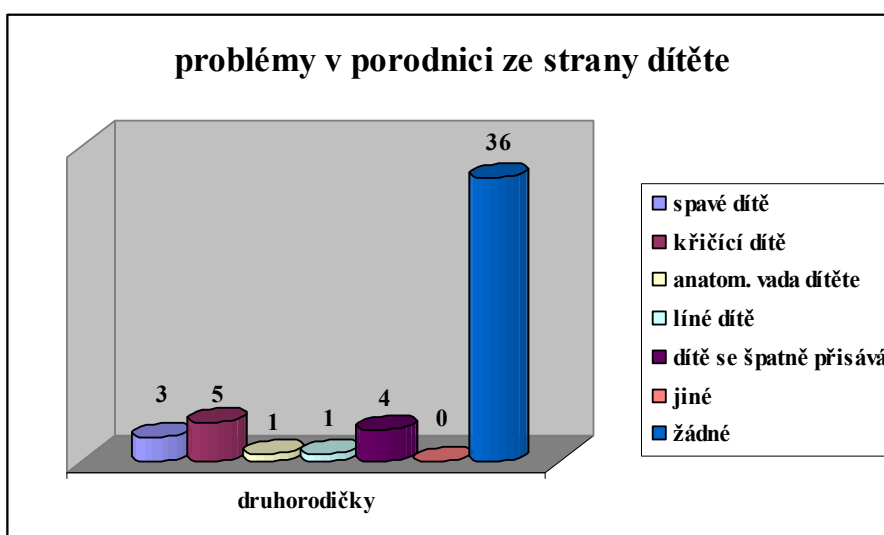
Tab. 12. Vyhodnocení údajů otázky č. 12

ODPOVĚĎ	PRVORODIČKY	PROCENTA	DRUHORODIČKY	PROCENTA
spavé dítě	9	18%	3	6%
křičící dítě	2	4%	5	10%
anatomická vada dítěte	0	0%	1	2%
líné dítě	2	4%	1	2%
dítě se špatně přisává	7	14%	4	8%
jiné.....jaké..	0	0%	0	0%
žádné	30	60%	36	72%
CELKEM	50	100%	50	100%



Graf č. 13 Vyhodnocení údajů otázky č. 12

Podle výsledků vyplývá, že nejčastější problém u dětí prvorodiček je, že je dítě spavé s 9 (18%) odpověďmi, dále 7 (14%) respondentek odpovědělo, že se dítě špatně přisává, 2 (4%) respondentky uvedly křičící a líné dítě. 30 (60%) respondentek uvedlo, že jejich dítě nemělo žádné problémy.

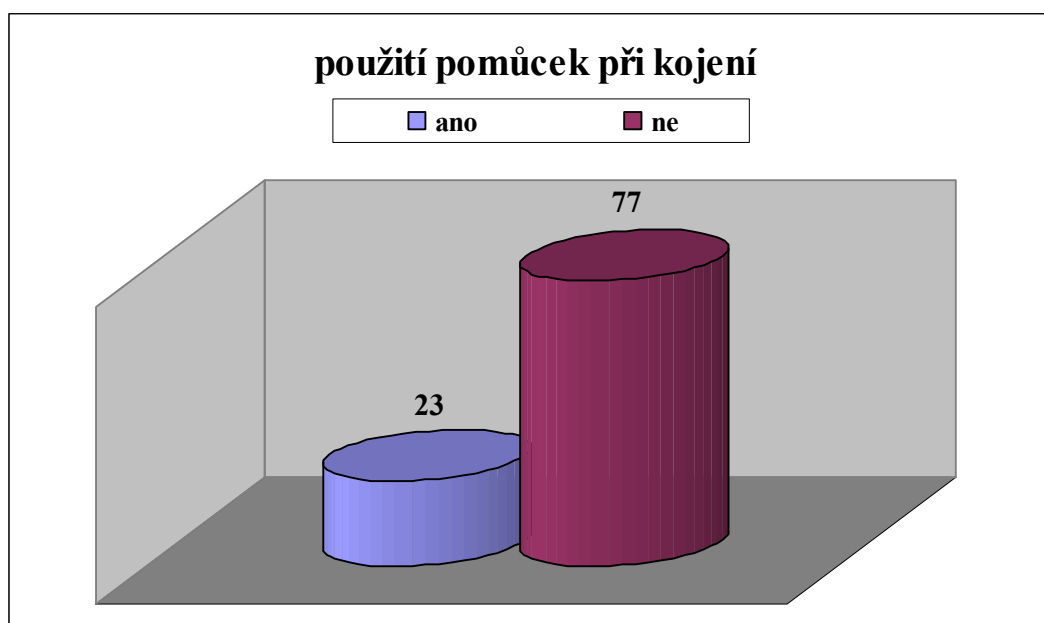


Graf č. 14 Vyhodnocení údajů otázky č. 12

Podle výsledků vyplývá, že nejčastější problém u dětí druhorodiček je s 5 (10%) křičící dítě, dále 4 (8%) respondentek uvedlo, že se dítě špatně přisává, 3 (6%) respondentky odpověděly, že je dítě spavé, 1 (2%) respondentka uvedla anatomickou vadu dítěte a líné dítě. 36 (72%) respondentek uvedlo, že jejich dítě nemělo žádné problémy.

Otázka č. 13: Používala jste pomůcky ke kojení?*Tab. 13. Vyhodnocení údajů otázky č. 13*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano, prosím napište jaké	23	23%
ne	77	77%
CELKEM	100	100%

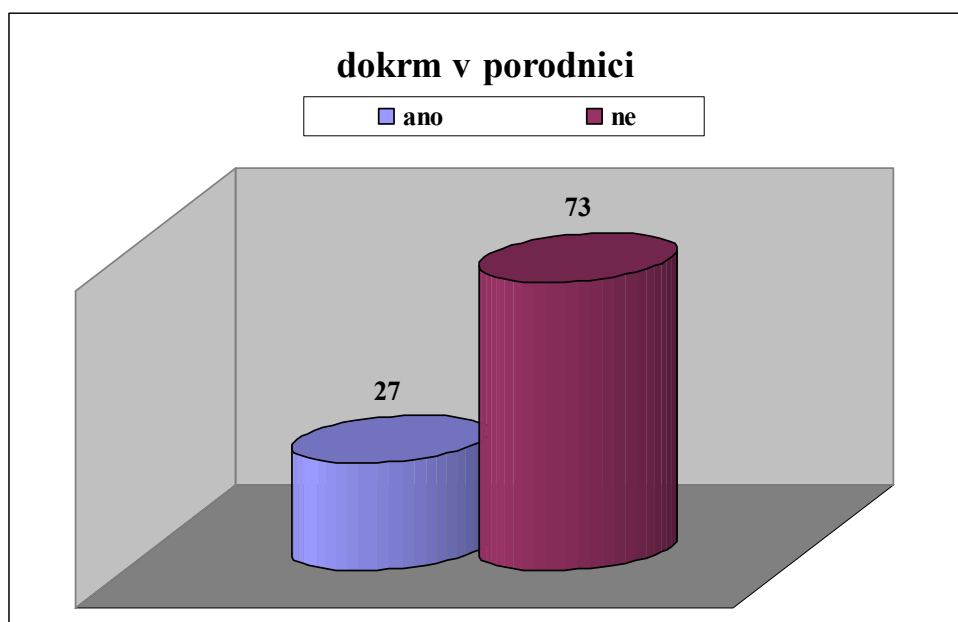


Graf č. 15 Vyhodnocení údajů otázky č. 13

Z tabulky a grafu vyplývá, že 23% respondentek používalo pomůcky ke kojení a 77% ne.

Otázka č. 14: Dokrmovala jste své dítě v porodnici?*Tab. 14. Vyhodnocení údajů otázky č. 14*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano	27	27%
ne	73	73%
CELKEM	100	100%

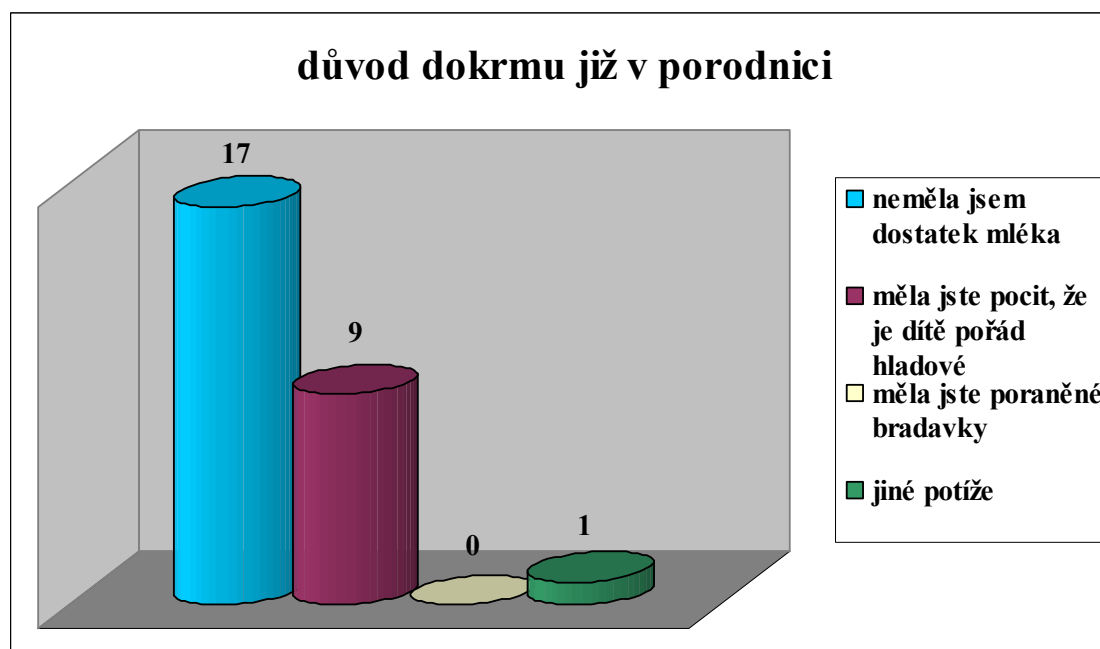
**Graf č. 16 Vyhodnocení údajů otázky č. 14**

Z tabulky a grafu vyplývá, že 27% respondentek své dítě dokrmovalo již v porodnici a 73% dítě nedokrmovalo.

Otázka č. 15: Z jakého důvodu jste dokrmovala své dítě již v porodnici?

Tab. 15. Vyhodnocení údajů otázky č. 15

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
neměla jste dostatek mléka	17	62,97%
měla jste pocit, že je dítě pořád hladové	9	33,33%
měla jste poraněné bradavky	0	0%
jiné potíže, jaké	1	3,7%
CELKEM	27	100%



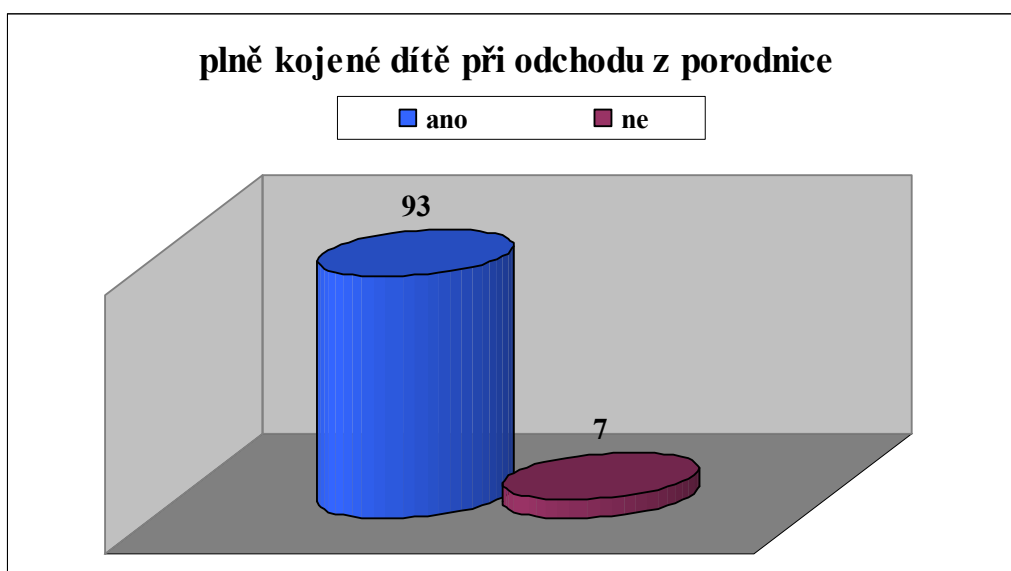
Graf č. 17 Vyhodnocení údajů otázky č. 15

Ze sta dotazovaných respondentek, 27 uvedlo, že své dítě dokrmovalo již v porodnici. 62,97% uvedlo, že nemělo dostatek mléka, 33,33% matek uvedlo, že mělo pocit, že je dítě pořád hladové a 3,7%, jedna matka uvedla, že měla jiné potíže.

Otázka č. 16: Při odchodu z porodnice jste dítěti nedávala žádné příkrmy, plně jste jej kojila jen mateřským mlékem?

Tab. 16. Vyhodnocení údajů otázky č. 16

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano	93	93%
ne	7	7%
CELKEM	100	100%



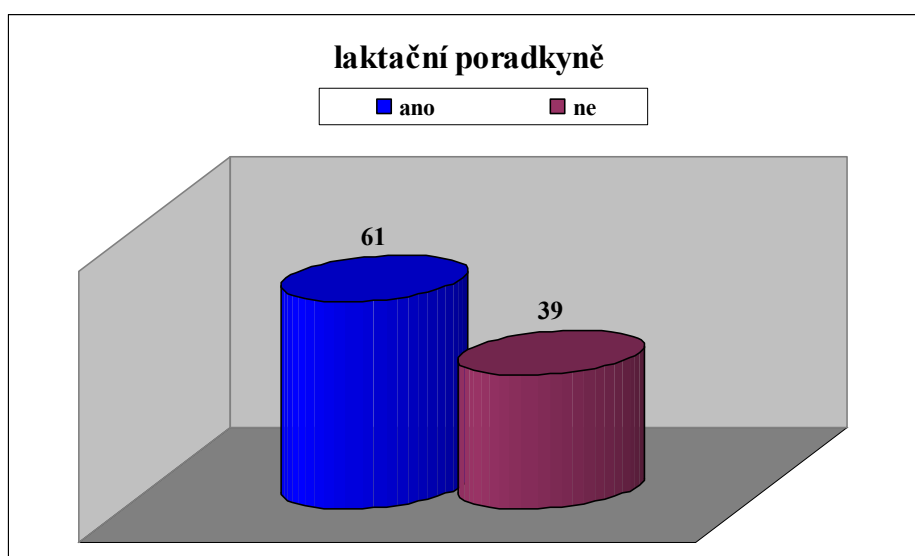
Graf č. 18 Vyhodnocení údajů otázky č. 16

Z tabulky a grafu vyplývá, že 93% matek plně kojilo své dítě mateřským mlékem při odchodu z porodnice a jen 7% své dítě plně nekojilo.

Z těchto výsledků vyplývá, že hypotéza číslo 1 u prvního cíle se potvrdila (viz kapitola 9). Předpokládala jsem, že při propuštění z porodnice je plně kojeno více než 90% novorozenců.

Otázka č. 17: Setkala jste se na oddělení šestinedělí s laktační poradkyní?*Tab. 17. Vyhodnocení údajů otázky č. 17*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano	61	61%
ne	39	39%
CELKEM	100	100%



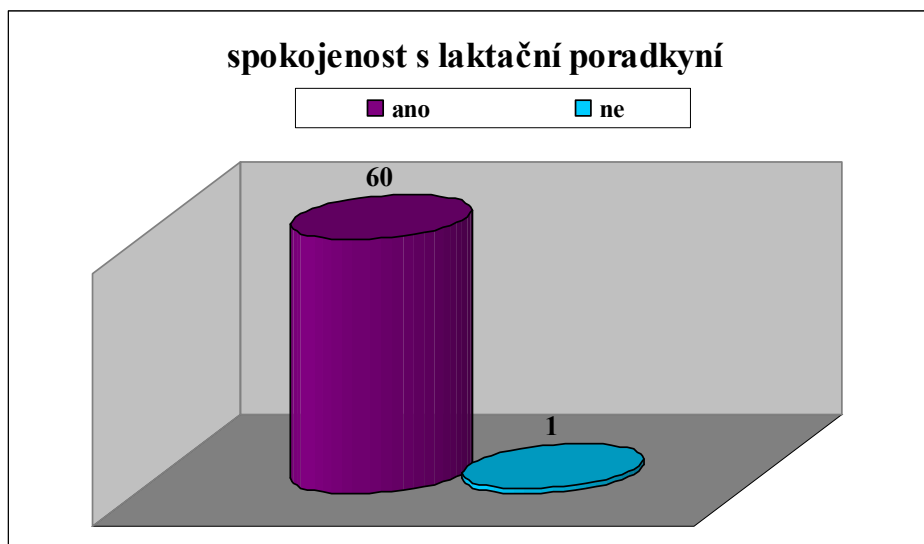
Graf č. 19 Vyhodnocení údajů otázky č. 17

Ze sta dotazovaných, se 61% setkala s laktační poradkyní a 39% se s laktační poradkyní na oddělení nesetkalo.

Otázka č. 18: Byla jste spokojená s její prací a přístupem, pomohla Vám?

Tab. 18. Vyhodnocení údajů otázky č. 18

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano	60	98,36%
ne	1	1,64%
CELKEM	61	100%



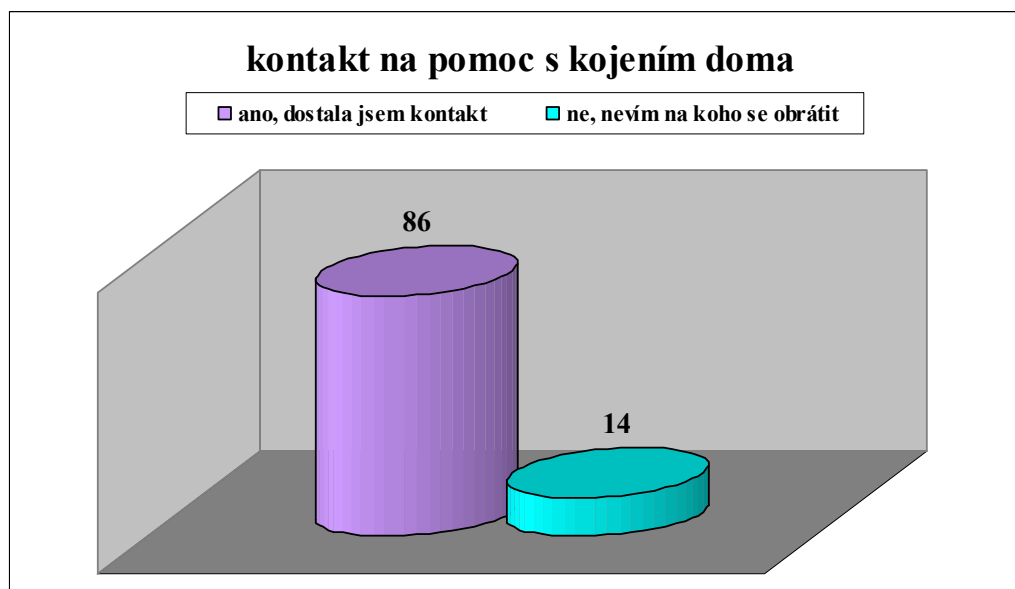
Graf č. 20 Vyhodnocení údajů otázky č. 18

Z tabulky a grafu vyplývá, že 98,36% bylo s prací laktační poradkyně spokojeno a jen 1,64% spokojeno nebylo.

Otázka č. 19: Dostala jste kontakt na někoho, kdyby nastaly problémy s kojením doma?

Tab. 19. Vyhodnocení údajů otázky č. 19

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
ano, dostala jsem kontakt	86	86%
ne, nevím na koho se obrátit	14	14%
CELKEM	100	100%



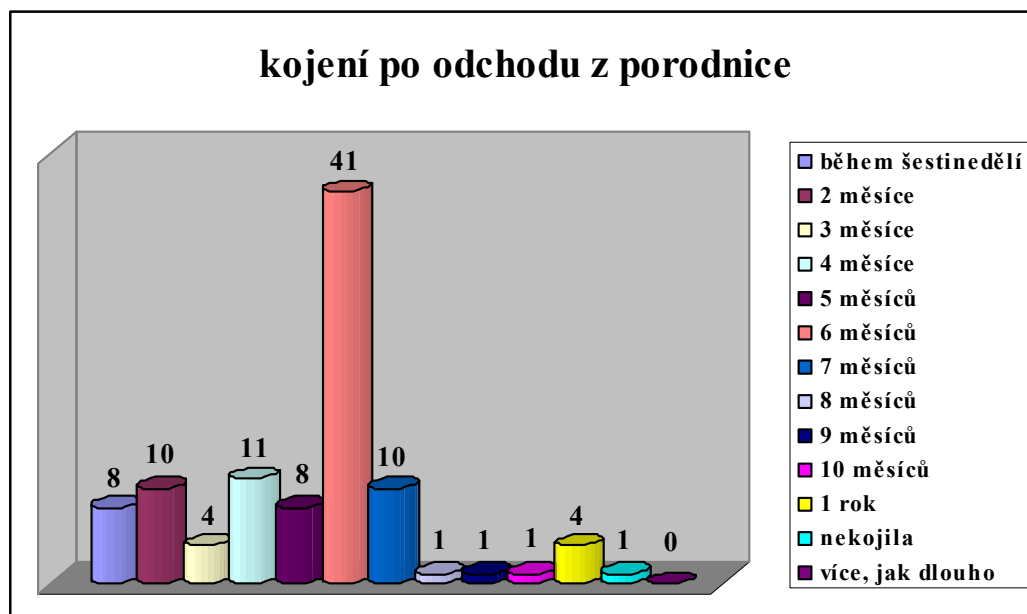
Graf č. 21 Vyhodnocení údajů otázky č. 19

Z tabulky a grafu vyplývá, že ze sta dotazovaných 86% respondentek dostalo kontakt na pomoc s kojením doma a 14% neví, na koho se obrátit.

Otázka č. 20: Jak dlouho jste své dítě plně kojila mateřským mlékem po odchodu z porodnice?

Tab. 20. Vyhodnocení údajů otázky č. 20

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
pouze během šestinedělí	8	8%
2 měsíce	10	10%
3 měsíce	4	4%
4 měsíce	11	11%
5 měsíců	8	8%
6 měsíců	41	41%
7 měsíců	10	10%
8 měsíců	1	1%
9 měsíců	1	1%
10 měsíců	1	1%
1 rok	4	4%
nekojila	1	1%
více, napište prosím, jak dlouho.....	0	0%
CELKEM	100	100%



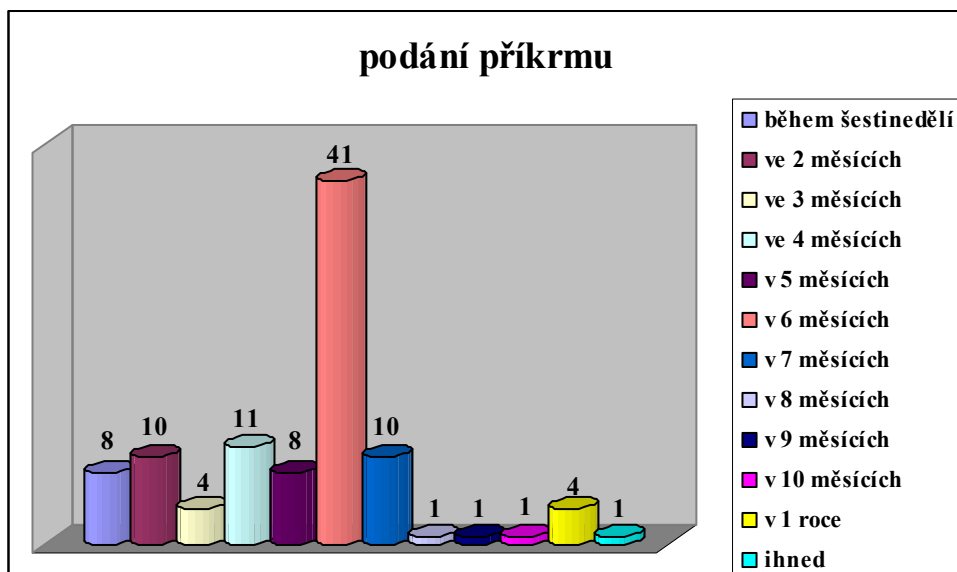
Graf č. 22 Vyhodnocení údajů otázky č. 20

Z tabulky a grafu vyplývá, že ze sta dotazovaných respondentek uvedlo 41%, že kojilo své dítě 6. měsíců po odchodu z porodnice, 11% uvedlo, že kojilo 4. měsíce, 10% respondentek kojilo 2. měsíce a 7. měsíců, 8% respondentek kojilo jen během šestinedělí, dále uvedlo 8% respondentek, že kojilo 5. měsíců, 4% respondentek uvedlo, že po odchodu z porodnice kojilo 3. měsíce a 1 rok, 1% respondentek uvedlo, že kojilo 8. měsíců, 9. měsíců a 10. měsíců po odchodu z porodnice. 1 (1%) respondentka uvedla, že nekojila vůbec.

Tímto výsledkem se mi hypotéza číslo 2 u prvního cíle nepotvrdila (viz kapitola č. 9). Domnívala jsem se, že v 6. měsíci života je plně kojeno více než 50% dětí..

Otázka č. 21: Kdy jste se poprvé rozhodla zvolit příkrm?*Tab. 21. Vyhodnocená údajů otázky č. 21*

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
během šestinedělí	8	8%
ve 2 měsících	10	10%
ve 3 měsících	4	4%
ve 4 měsících	11	11%
v 5 měsících	8	8%
v 6 měsících	41	41%
v 7 měsících	10	10%
v 8 měsících	1	1%
v 9 měsících	1	1%
v 10 měsících	1	1%
v 1 roce	4	4%
ihned	1	1%
CELKEM	100	100%



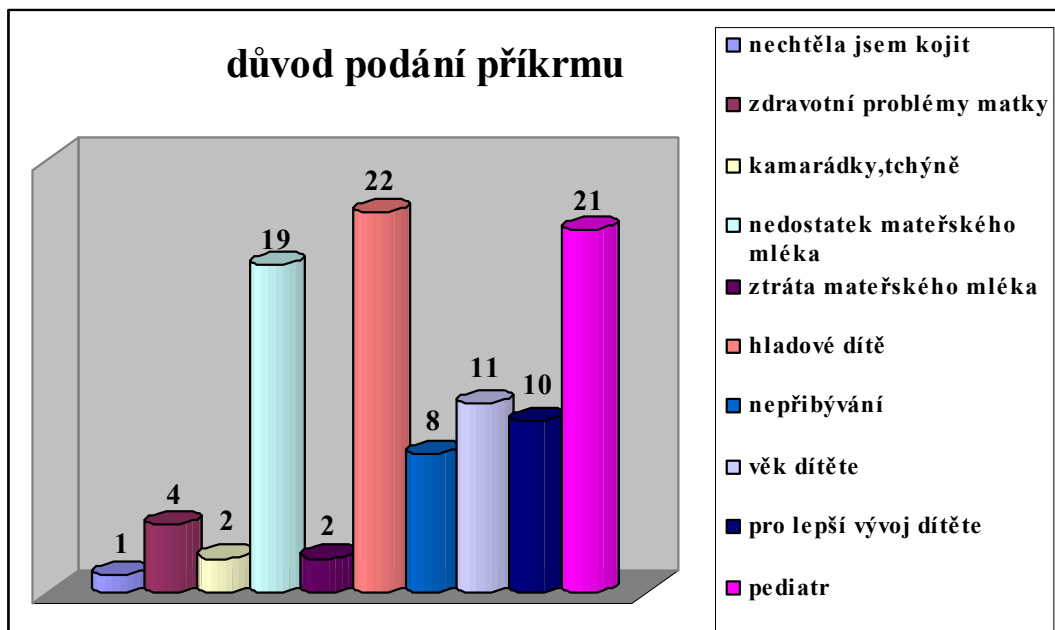
Graf č. 23 Vyhodnocení údajů otázky č. 21

Z tabulky a grafu vyplývá, že ze sta dotazovaných respondentek uvedlo 41%, že podalo příkrm v 6. měsíci, 11% podalo příkrm ve 4. měsíci, 10% respondentek uvedlo podání příkrmu ve 2. a 7. měsíci, 8% respondentek dokrmovalo již během šestinedělí, dále uvedlo 8% respondentek, že začalo přikrmovat v 5. měsíci, 4% respondentek uvedlo, že po odchodu z porodnice začalo dokrmovat ve 3. měsíci a 1. roce, 1% respondentek uvedlo, že začalo přikrmovat v 8. měsíci, 9. měsíci a 10. měsíci po odchodu z porodnice. 1 (1%) respondentka uvedla, že začala podávat příkrm ihned.

Otázka č. 22: Co Vás k tomu vedlo?

Tab. 22. Vyhodnocení údajů otázky č. 22

ODPOVĚĎ	POČET RESPONDENTEK	PROCENTA
nechtěla jsem kojit	1	1%
zdravotní problémy matky	4	4%
kamarádky, tchýně	2	2%
nedostatek mateřského mléka	19	19%
ztráta mateřského mléka	2	2%
hladové dítě	22	22%
nepřibývání	8	8%
věk dítěte	11	11%
pro lepší vývoj dítěte	10	10%
pediatr	21	21%
CELKEM	100	100%



Graf č. 24 Vyhodnocení údajů otázky č. 22

Podle výsledků vyplývá, že 22% respondentek vedlo k podání příkrmu hladové dítě, 21% respondentek podalo příkrm z důvodu doporučení pediatra, 19% podalo příkrm z důvodu nedostatku mateřského mléka, 11% respondentek podalo příkrm z důvodu věku dítěte, 10% uvedlo podání příkrmu z důvodu lepšího vývoje dítěte, 8% respondentek podalo příkrm z důvodu nepřibývání dítěte, 4% uvedlo podání příkrmu z důvodu zdravotních problémů matky, 2% respondentek podalo příkrm z důvodu doporučení kamarádky, tchyně a z důvodu ztráty mateřského mléka. 1 (1%) respondentka uvedla, že podala příkrm z důvodu toho, že nechtěla kojit.

Z těchto výsledků vyplývá, že hypotéza číslo 1 u 4 cíle se mi nepotvrdila (viz kapitola 9). Domnívala jsem se, že nejčastější důvod ukončení kojení je malý přírůstek dítěte na váze.

9 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Porovnat počet dětí plně kojených mateřským mlékem při odchodu z porodnice a v 6. měsíci jejich života.

Hypotéza 1: Předpokládám, že při propuštění z porodnice je plně kojeno více než 90% novorozenců.

Na základě získaných údajů z otázky číslo 12 jsem zjistila, že při propuštění z porodnice je plně kojeno 93% novorozenců. Výsledky jsou rozebrány v podkapitole 8.4 (tabulka č. 16 a graf č. 18 – plně kojené dítě při odchodu z porodnice).

Lze tedy konstatovat, že stanovená hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 2: Domnívám se, že v 6. měsíci života je plně kojeno více než 50% dětí.

Podle výsledků otázky číslo 20 jsem zjistila, že v 6. měsíci života je plně kojeno mateřským mlékem jen 41% novorozenců (viz tabulka č. 20 a graf č. 22, kapitola 8.4).

Z uvedených výsledků tedy vyplývá, že daná hypotéza se nepotvrdila.

Cíl 2: Zjistit, zda mají více potíží s kojením prvorodičky nebo druhorodičky a jaký je důvod potíží s kojením.

Hypotéza 1: Předpokládám, že prvorodičky mají více potíží s kojením než druhorodičky.

V otázce číslo 10 odpovědělo 63 respondentek, že je problém na straně matky. Z 63 respondentek bylo 45 prvorodiček a 18 druhorodiček. Pro ověření této hypotézy jsem použila výpočet Chí kvadrátu:

Hypotéza alternativní: Předpokládám, že prvorodičky mají více potíží s kojením než druhorodičky.

Hypotéza nulová: Prvorodičky mají stejné potíže s kojením jako druhorodičky.

Odpovědi	P	O	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² /O
prvorodičky	45	31,5	13,5	182,25	5,79
druhorodičky	18	31,5	- 13,5	182,25	5,79
CELKEM	63				11,58

Tab. 23: Výpočet hypotézy

$$\chi^2 = \sum [(P-O)^2/O] = 11,58$$

Stupeň volnosti: 2-1=1

Hladina významnosti 1% při stupni volnosti 1 je 6,635 < 11,58. **Tímto se potvrzuje moje alternativní hypotéza.**

Hypotéza 2: Domnívám se, že potíže s kojením budou více na straně matky.

Podle výsledků otázky číslo 10, jsem zjistila, že 63% problémů s kojením je na straně matky, 18% na straně dítěte a 19% nemá žádné potíže (viz tabulka a graf č. 10). **Lze tedy říct, že daná hypotéza se potvrdila.**

Cíl 3: Zjistit nejčastější obtíže související s kojením objevující se u prvorodiček a druhorodiček.

Hypotéza 1: Předpokládám, že nejčastějším problémem prvorodiček bude technika kojení.

Z celkového počtu 73 odpovědí jsem zjistila, že techniku kojení uvedlo 18 respondentek, následovalo bolestivé nalití prsou 11 odpovědí, ragády 10 odpovědí, 8 respondentek uvedlo bolest prsou, 6 jich odpovědělo pozdní nástup laktace a hypogalacii, 3 uvedly retenci mléka, 2 respondentky uvedly mastitidu a hypergalacii a 7 jich uvedlo, že nemělo žádné obtíže (viz tabulka a graf č. 11). **Z toho vyplývá, že daná hypotéza se mi potvrdila.**

Hypotéza 2: Domnívám se, že druhorodičky budou mít nejčastější problém s ragádami.

K této hypotéze se vztahuje otázka číslo 11 (viz tabulka č. 11 a graf č. 12), která zjišťuje nejčastější problémy v porodnici u druhorodiček. Ze 74 odpovědí jsem zjistila, že nejčastější odpovědi, které respondentky uvedly, byly ragády. Tuto možnost si vybralo 15 respondentek. Dále následovala odpověď bolest prsou, bolestivé nalití prsou, retence mléka, mastitida, pozdní nástup laktace, hypogalacie, hypergalacie a technika kojení. **Z toho vyplývá, že daná hypotéza se potvrdila.**

Cíl 4: Zmapovat nejčastější důvody, které vedou k ukončení kojení v období mezi propuštěním z porodnice a 6. měsícem věku dítěte.

Hypotéza 1: Domnívám se, že nejčastější důvod ukončení kojení je malý přírůstek dítěte na váze.

K této hypotéze se vztahuje otázka číslo 22, která zjišťuje nejčastější důvod ukončení kojení. Z odpovědí vyplývá, že nejčastější důvod, který respondentky uváděly, byl, že je dítě hladové, to uvedlo 22 respondentek, potom následovalo doporučení pediatra 21 odpovědí. Jen 8 respondentek uvedlo jako důvod malý přírůstek na váze. **Z toho vyplývá, že má hypotéza se nepotvrdila.**

ZÁVĚR

Kojení je pro matku i dítě velmi důležité. Hraje velkou roli ve sblížení dítěte a matky a také má plno jiných výhod pro ni i dítě. Je důležité, aby se o kojení mluvilo a propagovalo se. Ženy mají v dnešní době mnoho informací o kojení, které získávají nejčastěji z internetu, knížek, brožurek a v předporodních kurzech. Je velmi alarmující, že nejméně informací získávají u svých gynekologů. Zdravotníci by měli ženu v kojení podporovat a dát jí dostatek informací. Žena by měla být připravena na to, jak správně kojít a jaké potíže mohou během kojení nastat. Tyto informace by měla získat již během těhotenství, aby se mohla na kojení dostatečně připravit. Všichni totiž víme, že po porodu dítěte je žena citlivá a lehce zranitelná a my na ni po porodu sneseme lavinu informací o kojení. No a co teprve, když vznikne nějaký problém a kojení se nedaří. Žena není připravena, neví nic o problémech, jaké mohou vzniknout a jak je řešit, začne být nervózní a pláče ona i dítě. Příčinou může být jen malý, lehce řešitelný problém, ale matku může vést v nejhorším případě až k ukončení kojení. Pro správnou podporu kojení je důležité, aby matka věděla, na koho se má obrátit. Dnes už se v porodnici setkáváme s vyškolenými laktačními poradci, kteří mamince pomůžou v jejich začátcích s kojením. Jak už bylo zmíněno, v dnešní době doporučují světová zdravotnická organizace (WHO) a dětský fond OSN – UNICEF kojít dítě bez jakýchkoliv přídavků do konce 6. měsíce a potom pomocí dalších přídavků do 2 let. Jako jeden z cílů jsem si zvolila zjistit, kolik dětí je v 6. měsících života plně kojeno mateřským mlékem. Očekávala jsem, že výsledek bude větší jako 50 %, ale bohužel, v 6. měsících je plně kojeno jen 41% novorozenců. Nejčastějším uváděným důvodem zvolení příkrmu bylo, že je dítě hladové. Jen o jednu odpověď méně bylo doporučení pediatra, aby žena podala příkrm. Dnes doporučují pediatři příkrm před 6. měsícem života dítěte třeba z toho důvodu, že dítě přibývá na váze málo nebo nepřibralo nic a na váze tzv. stojí. Myslím si, že je to předčasné, že by měl pediatr matce pomoci a zkusit zjistit příčinu a ne hned vyslovit, že by měla dítěti dát příkrm. Měl by ji psychicky podpořit a zachovat se profesionálně. Doporučení pro praxi by tedy spočívalo v tom, informovat ženy už během těhotenství, jak mléčnou žlázu na období kojení připravit. Edukace žen na oddělení šestinedělí v KNTB je na výborné úrovni. Pokud, ale žena nepochopí danou situaci, tak si neví po návratu domů rady. Doma je na kojení sama a začíná pro ni začarovaný kruh. Ženy mnohdy neví, na koho se mají obrátit a samy si poradit neumí. Myslím si, že by měly být ženy více informovány o

možnosti využití laktačních poradkyní a touto problematikou by se také mohly zabývat více i gynekologické ambulance.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0
- 2) ČECH, Evžen - HÁJEK, Zdeněk - MARŠÁL, Karel - SRP, Bedřich a kolektiv. *Poroďnictví*. Praha: Grada publishing, 1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3.
- 3) ČEPICKÝ, Pavel – ČERNÁ, Marcela. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči a novorozence*. Praha: Levret, 2006. ISBN 80-903183-9-8
- 4) DYLEVSKÝ, Ivan. *Anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc: Epava, 1998. ISBN 80-901667-0-9
- 5) EVANS, Nancy. *Těhotenství a porod od A do Z*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-510-0
- 6) FENWICKOVÁ, Elizabeth. *Velká kniha o matce a dítěti*. Bratislava: Perfekt, 2006. ISBN 80-8046-346-8
- 7) FENWICKOVÁ, Elizabeth. *101 praktických rad*. Praha: Ikar, 1999. ISBN 80-7202-286-5
- 8) GREGORA, Martin – PAULOVÁ, Magdalena. *Výživa kojenců*. Praha: Grada publishing, 2003. ISBN 80-247-0576-1
- 9) CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada publishing, 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9
- 10) CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím*. Praha: Grada publishing, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0962-7
- 11) CHVÁTALOVÁ, Helena. *300 rad pro první rok s dítětem*. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-138-7
- 12) KOLEKTIV AUTOREK. *Kojení dar pro život*. Praha: Grada publishing, 1998. ISBN 80-7169-490-8.
- 13) KOLEKTIV AUTORŮ. *Kojení dar pro život*. Brno: Press, 1995
- 14) Kolektiv autorů. *Kojení- jak podpořit úspěch*. Praha: ANIMA, 1994

- 15) KUDLOVÁ, Eva – MYDLILOVÁ, Anna. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. Praha: Grada publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0
- 16) MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1
- 17) MACKŮ, František - MACKŮ, Jaroslava. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada publishing, 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0
- 18) SCHNEIDROVÁ, Dagmar a kolektiv. *Kojení*. 2. doplněné a přepracované vydání Praha: Grada publishing, 2006. 132 + 16 stran barevné přílohy. ISBN 80-247-1308-X
- 19) SYMONS, Jane. *Těhotenství a péče o dítě*. Praha: Rebo productions, 2006. ISBN 80-7234-630-X
- 20) ŠVEJCAR, Josef. *Péče o dítě*. Praha: Nuga, 2003. ISBN 80-85903-15-6

Internetové stránky:

- 21) <http://www.tehotenstvi.com/clanky/vyziva-a-jidelnicek-behem-kojeni-4.htm>
[cit 2009-05-18]
- 22) <http://www.medela.cz/> [cit 2009-05-22]
- 23) <http://www.unicef.cz/index.php?pg=2&id=41&zp=1> [cit 2009-05-22]

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BFH Baby Friendly Hospital – Nemocnice přátelská k dětem

SZO Světová zdravotnická organizace

KNTB Krajská nemocnice Tomáše Bati

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Vyhodnocení údajů otázky č. 1	49
Tab. 2. Vyhodnocení údajů otázky č. 2	50
Tab. 3. Vyhodnocení údajů otázky č. 3	51
Tab. 4. Vyhodnocení údajů otázky č. 4	52
Tab. 5. Vyhodnocení údajů otázky č. 5	53
Tab. 6. Vyhodnocení údajů otázky č. 6	54
Tab. 7. Vyhodnocení údajů otázky č. 7	55
Tab. 8. Vyhodnocení údajů otázky č. 8	56
Tab. 9. Vyhodnocení údajů otázky č. 9	57
Tab. 10. Vyhodnocení údajů otázky č. 10	58
Tab. 11. Vyhodnocení údajů otázky č. 11	59
Tab. 12. Vyhodnocení údajů otázky č. 12	62
Tab. 13. Vyhodnocení údajů otázky č. 13	64
Tab. 14. Vyhodnocení údajů otázky č. 14	65
Tab. 15. Vyhodnocení údajů otázky č. 15	66
Tab. 16. Vyhodnocení údajů otázky č. 16	67
Tab. 17. Vyhodnocení údajů otázky č. 17	68
Tab. 18. Vyhodnocení údajů otázky č. 18	69
Tab. 19. Vyhodnocení údajů otázky č. 19	70
Tab. 20. Vyhodnocení údajů otázky č. 20	71
Tab. 21. Vyhodnocení údajů otázky č. 21	73
Tab. 22. Vyhodnocení údajů otázky č. 22	75
Tab. 23. Výpočet hypotézy	78

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 - věk respondentek (str. 49)
- Graf č. 2 - místo bydliště (str. 50)
- Graf č. 3 - vzdělání (str. 51)
- Graf č. 4 - parita (str. 52)
- Graf č. 5 - návštěva předporodního kurzu (str. 53)
- Graf č. 6 - zájem o informace o kojení (str. 54)
- Graf č. 7 - získané informace (str. 55)
- Graf č. 8 - odtok mleziva v těhotenství (str. 56)
- Graf č. 9 - nalití prsou (str. 57)
- Graf č. 10 - problémy s kojením v porodnici (str. 58)
- Graf č. 11 - problémy v porodnici ze strany matky (str. 60)
- Graf č. 12 - problémy v porodnici ze strany matky (str. 61)
- Graf č. 13 - problémy v porodnici ze strany dítěte (str. 62)
- Graf č. 14 - problémy v porodnici ze strany dítěte (str. 63)
- Graf č. 15 - použití pomůcek při kojení (str. 64)
- Graf č. 16 - dokrm v porodnici (str. 65)
- Graf č. 17 - důvod dokrmu již v porodnici (str. 66)
- Graf č. 18 - plně kojené dítě při odchodu z porodnice (str. 67)
- Graf č. 19 - laktační poradkyně (str. 68)
- Graf č. 20 - spokojenost s laktační poradkyní (str. 69)
- Graf č. 21 - kontakt na pomoc s kojením doma (str. 70)
- Graf č. 22 - kojení po odchodu z porodnice (str. 72)
- Graf č. 23 - podání příkrmu (str. 74)
- Graf č. 24 - důvod podání příkrmu (str. 76)

SEZNAM PŘÍLOH

P 1 ženský prs

P 2 vzhled bradavek

P 3 držení prsu

P 4 polohy při kojení

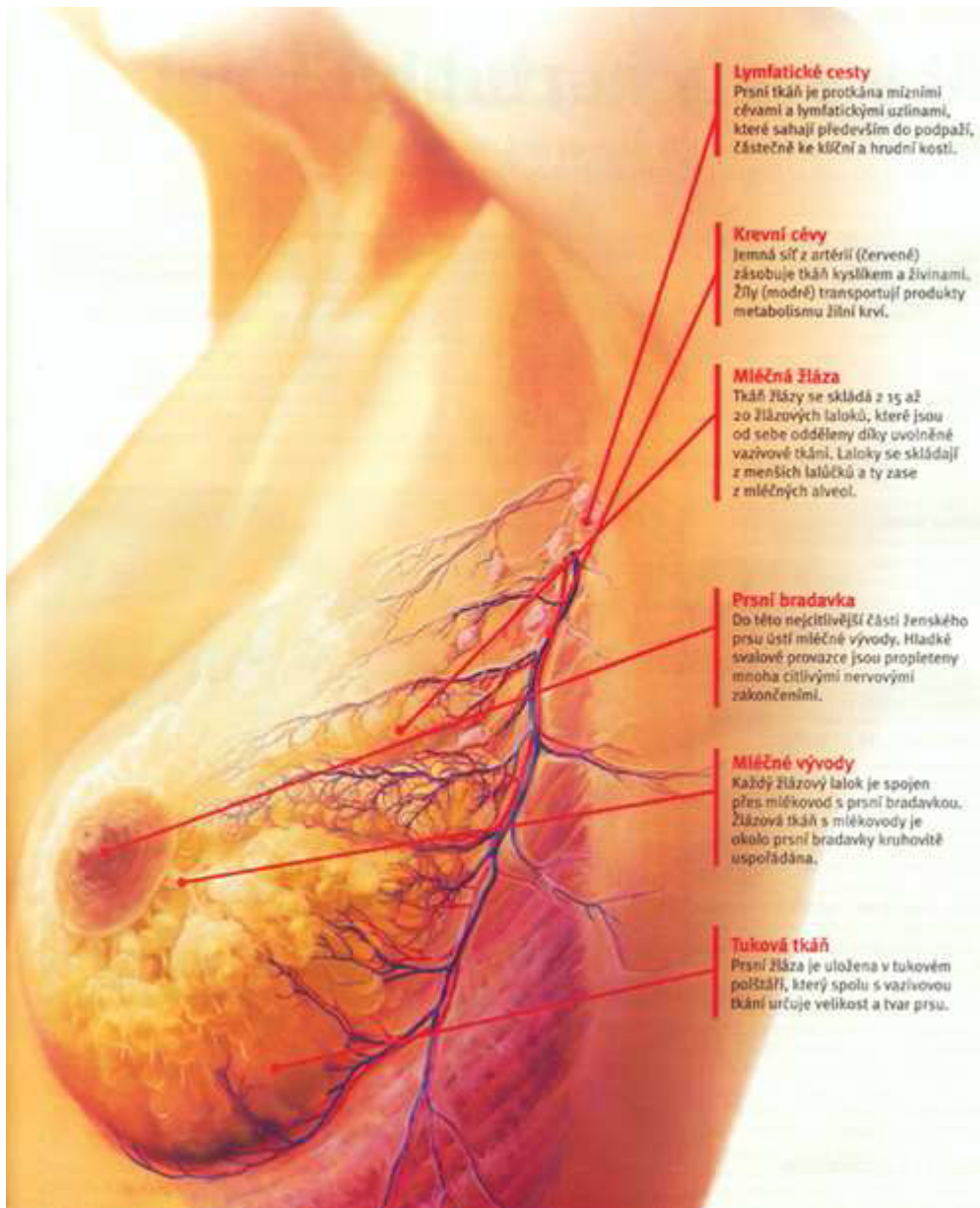
P 5 hydrogelové polštářky

P 6 sterilní sáčky do mikrovlné trouby

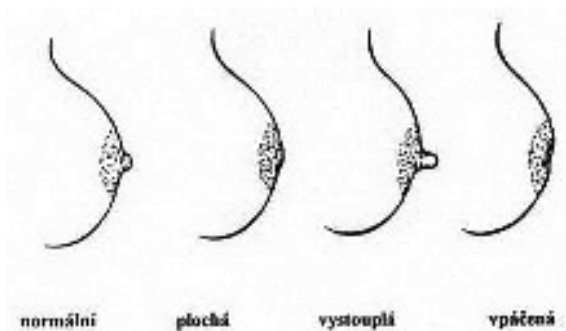
P 7 žádost o umožnění dotazníkového šetření

P 8 dotazník pro respondentky

PŘÍLOHA P 1 : ŽENSKÝ PRS



PŘÍLOHA P 2: VZHLED BRADAVEK



PŘÍLOHA P 3: DRŽENÍ PRSU



správné držení prsu



nesprávné držení prsu

PŘÍLOHA P 4: POLOHY PŘI KOJENÍ

Obr. č. 1 – poloha vleže



Obr. č. 2 – poloha vsedě



Obr. č. 3 – fotbalové, boční držení



Obr. č. 4 – poloha tanečníka



Obr. č. 5 – kojení vleže na zádech



Obr. č. 6 – kojení v polosedě s podloženýma nohama



Obr. č. 7 – poloha vzpřímená, vertikální



PŘÍLOHA P 5: HYDROGELOVÉ POLŠTÁŘKY



PŘÍLOHA P 6: STERILNÍ SÁČKY DO MIKROVLNÉ TROUBY



PŘÍLOHA P 7: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	Markéta Žádková
Téma bakalářské práce	Problematika nástupu kětace
Skupina respondentů	Novky oddělení šestinedělí
Pracoviště	Gynekologicko porodnické oddělení

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19.12.2022


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.
Řezník a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P 8 : DOTAZNÍK PRO RESPONDENTKY

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Žáčková a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, studijní obor Porodní asistentka.

Tento dotazník slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Problematika nástupu laktace. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o jeho anonymní vyplnění.

Veškeré informace budou použity jen pro mou bakalářskou práci.

1) Kolik je Vám let?

- a) 16 – 22
- b) 23 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 a více

2) Kde bydlíte?

- a) město
- b) vesnice
- c) jiné

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4) Nyní jste rodila:

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) víckrát

5) Navštěvovala jste v těhotenství předporodní kurz?

- a) ano
- b) ne

6) Zajímala jste se v těhotenství o kojení?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, pokračujte prosím v otázce č. 7, pokud ne, přejděte prosím k otázce č. 8.

7) Kde jste získávala informace o kojení? (můžete označit i více odpovědí)

- a) předporodní kurz
- b) gynekolog
- c) knihy, brožury, letáky
- d) internet
- e) kamarádky, příbuzní
- f) žádné jsem nedostala

8) Pozorovala jste během těhotenství odtok mleziva z prsních bradavek?

- a) ano
- b) ne

9) Který den po porodu došlo k nástupu laktace „nalití prsou“?

- a) 2. den
- b) 3. den
- c) 4. den

10) Pokud nastaly v porodnici problémy s kojením, bylo to ze strany:

- a) matky
- b) dítěte
- c) žádné nenastaly

11) Které z následujících potíží jste musela v porodnici řešit? (můžete označit i více odpovědí)

- a) techniku kojení
- b) bolest prsou
- c) ragády (bolestivé trhlinky na bradavce a dvorci)
- d) mastitida (zánět prsu)
- e) bolestivé nalití prsou
- f) pozdní nástup laktace
- g) retence mléka (zatvrdlinky v prsu)
- h) hypogalaktie (nedostatečná tvorba mléka)
- ch) hypergalaktie (nadměrná tvorba mléka)
- i) neměla jsem žádné potíže

12) Pokud se vyskytly problémy při kojení ze strany dítěte, uveďte z jakého důvodu

- a) spavé dítě
- b) křičící dítě
- c) anatomická vada dítěte
- d) líné dítě
- e) dítě se špatně přisává
- f) jiné, jaké.....
- g) žádné

13) Používala jste pomůcky ke kojení?

- a) ano, prosím napište jaké.....
- b) ne

14) Dokrmovala jste své dítě v porodnici?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, pokračujte prosím v otázce č. 15, pokud ne, přejděte prosím k otázce č. 16.

15) Z jakého důvodu jste dokrmovala své dítě již v porodnici?

- a) neměla jste dostatek mléka
- b) měla jste pocit, že je dítě pořád hladové
- c) měla jste poraněné bradavky
- d) jiné potíže, jaké

16) Při odchodu z porodnice jste dítěti nedávala žádné příkrmy, plně jste jej kojila jen mateřským mlékem?

- a) ano
- b) ne

17) Setkala jste se na oddělení šestinedělí s laktační poradkyní?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, pokračujte prosím v otázce č. 18, pokud ne, přejděte prosím k otázce č. 19.

18) Byla jste spokojená s její prací a přístupem, pomohla Vám?

- a) ano
- b) ne

19) Dostala jste kontakt na někoho, kdyby nastaly problémy s kojením doma?

- a) ano, dostala jsem kontakt
- b) ne, nevím na koho se obrátit

20) Jak dlouho jste své dítě plně kojila mateřským mlékem po odchodu z porodnice?

- a) pouze během šestinedělí
- b) 2 měsíce
- c) 3 měsíce
- d) 4 měsíce
- e) 5 měsíců
- f) 6 měsíců
- g) 7 měsíců
- h) 8 měsíců
- ch) 9 měsíců

- i) 10 měsíců
- j) 1 rok
- k) nekojila jsem
- l) více, napište prosím, jak dlouho.....

21) Kdy jste se poprvé rozhodla zvolit příkrm?

.....
.....

22) Co Vás k tomu vedlo?

.....
.....

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas strávený vyplněním tohoto dotazníku