

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra asijských studií



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Problematika nedostatečného kojení a agresivní propagace umělé dětské výživy v Indonésii

The problem of insufficient breastfeeding and aggressive promotion of infant formulas in Indonesia

OLOMOUC 2022 Natálie Sýkorová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Michaela Budiman, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika nedostatečného kojení a agresivní propagace umělé dětské výživy v Indonésii“ vypracovala samostatně s použitím uvedených pramenů, literatury a na základě vlastního terénního výzkumu.

V Olomouci dne:

.....
Natálie Sýkorová

Anotace

Tato magisterská práce pojednává o problematice nedostatečného kojení a agresivní propagaci umělé dětské výživy v Indonésii. Její teoretická část se zabývá třemi základními body – specifiky kojení v Indonésii, jeho důležitostí pro dítě i matku a nejčastějšími důvody, proč Indonésanky mnohdy přestávají kojit příliš brzy. Dále se podrobně zaměřuje na jednu z hlavních příčin předčasného přerušování laktace – agresivní marketing umělé dětské výživy. Jako poslední jsou zde zmíněny vládní služby a programy či nejrůznější iniciativy a organizace, jež pomáhají kojícím matkám a těhotným ženám v Indonésii. Praktická část výzkumu byla vypracována na základě dotazníkového šetření zaměřeného na ženy, jež jsou matkami alespoň jednoho dítěte. Jejím cílem bylo zjistit osobní zkušenosti respondentek s výživou vlastních dětí i s propagací umělé dětské výživy, a na základě toho odhalit případné porušení kodexu marketingu náhražek mateřského mléka v Indonésii.

Jméno autorky: Bc. Natálie Sýkorová

Jméno vedoucí práce: PhDr. Michaela Budiman, Ph.D.

Název práce: Problematika nedostatečného kojení a agresivní propagace umělé dětské výživy v Indonésii

Počet stran: 82

Počet znaků včetně mezer: 113 412

Počet použitých pramenů: 46

Počet příloh: 0

Klíčová slova: agresivní propagace, Indonésie, kojení, mléko, umělá dětská výživa

Děkuji PhDr. Michaele Budiman, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, veškerou pomoc a poskytnutí odborných rad a doporučení. Děkuji také své rodině a přátelům, kteří se mnou měli v době mého vysokoškolského studia trpělivost, podporovali mě a dávali mi pocit větší jistoty v tom, co dělám.

Obsah

1 Úvod	7
2 Mateřské mléko	8
2.1 Složení mateřského mléka	8
2.2 Fáze mateřského mléka	10
3 Důležitost kojení	12
3.1 Výhody kojení pro dítě	12
3.2 Výhody kojení pro matku	13
4 Politika kojení v Indonésii	14
5 Kojení a islám	16
6 Důvody nedostatečného kojení v Indonésii	18
6.1 Nedostatečná vzdělanost matky	19
6.2 Psychosociální faktory	19
6.3 Podvýživa matky	21
6.4 Brzký návrat matky do práce	22
6.5 Agresivní propagace umělé dětské výživy	23
6.6 Další časté důvody	23
7 Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy	25
7.1 Vznik, cíle a doporučení kodexu	25
7.2 Nařízení zahrnutá v kodexu	26
8 Agresivní propagace umělé dětské výživy v Indonésii	27
8.1 Dělení náhrad mateřského mléka	27
8.2 Výrobci umělé dětské výživy na indonéském trhu	28
8.3 Nejčastější způsoby propagace umělé dětské výživy v Indonésii	30
8.3.1 Propagace ve zdravotnických zařízeních	30
8.3.2 Poskytování produktů zdarma	31
8.3.3 Speciální design obalů umělé dětské výživy	32
8.3.4 Propagace v online prostředí	34
8.3.5 Další způsoby propagace umělé dětské výživy	35
9 Regulace marketingu umělé dětské výživy v Indonésii	37
10 Možné negativní dopady konzumace umělé dětské výživy	40
10.1 Negativní dopady konzumace umělé dětské výživy na zdraví dítěte	40

10.2 Negativní dopady konzumace umělé dětské výživy na ekonomiku	41
10.3 Negativní dopady konzumace umělé dětské výživy na životní prostředí	42
11 Pomoc kojícím matkám a těhotným ženám v Indonésii	44
11.1 Vládní služby a programy	44
11.1.1 Program Keluarga Harapan (PKH)	44
11.1.2 Pos Pelayanan Terpadu (<i>Posyandu</i>)	45
11.2 Nadace, organizace, iniciativy	46
11.2.1 Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI)	47
11.2.2 Ayah ASI	48
11.2.3 Kelompok pendukung Ibu Indonesia (KP Ibu)	48
12 Praktická část	50
12.1 Cíl výzkumu	50
12.2 Metodika výzkumu	50
12.3 Výsledky výzkumu	51
13 Závěr	69
Seznam použité literatury	76

1 Úvod

Kojení je tím nejpřirozenějším, zdravotně nejprospěšnějším a nutričně nejbohatším způsobem výživy každého novorozence. Kromě mnoha benefitů pro dítě má i spoustu výhod pro samotnou matku, a to jak pro její zdraví fyzické, tak i psychické. *Světová zdravotnická organizace* proto všem ženám doporučuje, aby svého potomka výlučně kojily alespoň po dobu prvních šesti měsíců jeho života. V Indonésii toho však není velké množství matek schopno docílit, a to hned z několika důvodů. Jedním z nich je i agresivní propagace umělé dětské výživy, jejíž výrobci si našli již mnoho způsobů, jak rodiny v Indonésii přesvědčit ke koupi svých produktů, a to i přes to, že jde mnohdy o praktiky zcela nepoctivé.

Teoretickou část své diplomové práce jsem vypracovala na základě odborné literatury, tedy zejména knih a vědeckých studií, jež byly na dané téma již v minulosti napsány. Mým cílem bylo nejprve čtenáře obecně uvést do problematiky kojení a vysvětlit jeho důležitost pro dítě i kojící matku, poté jsem se již konkrétně zaměřila na oblast Indonésie a kulturní specifika kojení v této zemi. V práci jsem dále zmínila nejčastější důvody předčasného přerušování laktace u indonéských matek a následně jsem podrobně popsala jednu z jeho hlavních příčin, jíž je agresivní marketing umělé dětské výživy. Zde jsem uvedla, o jaké specifické produkty jde, které konkrétní firmy je pro indonéský trh vyrábějí a jaké jsou nejrozšířenější způsoby jejich propagace i možné negativní dopady jejich konzumace. Jako poslední jsem čtenáře v teoretické části práce seznámila s vládními službami a programy či neziskovými organizacemi a iniciativami, které se snaží místním rodinám s dětmi pomáhat a vzdělávat je v oblasti zdravé a přirozené dětské výživy.

Pojem „umělá dětská výživa“ zahrnuje mnoho produktů, od instantních kaší přes dětské sušenky, křupky, přesnídávky, příkrmy, pudinky až po mléčné formule. V této práci však výraz používám výhradně pro popis práškových mlék ředitelných vodou, jež fungují jako přímá náhrada mateřského mléka.

V rámci svého výzkumu, jenž se uskutečnil na přelomu let 2021 a 2022 online formou, jsem provedla dotazníkové šetření zaměřené na indonéské ženy, které jsou matkami alespoň jednoho dítěte. Mým hlavním cílem bylo zjistit osobní zkušenosti respondentek s výživou vlastních potomků a s agresivní propagací umělých mléčných formulí v zemi. Průběh a výsledky výzkumu jsem podrobně popsala v praktické části této práce.

2 Mateřské mléko

Existuje několik základních determinantů růstu každého dítěte – jsou jimi genetické předpoklady, velikost rodiny, životní styl, sociálně-ekonomické prostředí, infekce a dostupnost lékařské péče. Nejvýznamnějším faktorem, jenž může přímo nebo nepřímo ovlivnit budoucí vývoj novorozence, je však nepochybně výživa, jež by měla být v ideálním případě dítěti poskytnuta formou mateřského mléka.¹

Mateřské mléko je bílá až nažloutlá tekutina, které se tvoří v mléčné žláze prsu matky. Tato žláza se v největší míře vyvíjí až v období těhotenství a pro její správnou funkci jsou nutné patřičné hladiny několika základních hormonů – estrogeneru, progesteronu, oxytocinu a prolaktinu. Pokud jde o kvalitu a množství produkovaného mléka, na tvaru ani velikosti mléčné žlázy příliš nezáleží.² Mateřské mléko bývá také někdy v anglicky mluvících zemích přezdíváno jako *white blood* „bílá krev“, a to z toho důvodu, že se skutečně v mnohém podobá krvi. Obě tyto tekutiny jsou totiž schopné transportovat živiny, ovlivňovat biochemické systémy, posilovat imunitu a ničit patogeny v těle.³

Ačkoliv je mateřské mléko nejlepší a nejpřirozenější potravou každého novorozence, existují i výjimečné případy, kdy musí být v zájmu bezpečnosti dítěti poskytnuta jiná výživa. Je tomu tak například u kojenců, již trpí určitými zdravotními problémy, jako jsou galaktosemie, leucinóza a fenylketonurie. Mateřské mléko je dále pro dítě nebezpečné, pokud matka užívá drogy, má neléčenou tuberkulózu či je pozitivní na určité typy virů, včetně viru HIV. Jako poslední je kojení nevhodné v případech, kdy žena podstupuje léčbu radioaktivními izotopy, antimetaboliky, chemoterapií či konkrétními typy medikamentů.⁴

2.1 Složení mateřského mléka

Lidské mateřské mléko je druhově specifické, avšak zároveň se jeho složení u každé matky do jisté míry liší. Obsah výživných látek v této tekutině se navíc ze dne na den, během jednoho dne či dokonce v průběhu samotného kojení přirozeně proměňuje – vždy v závislosti

¹ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 65–66.

² WHO. 2009, s. 11.

³ RIORDAN, Jan. 2005, s. 97.

⁴ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 57.

na aktuálních potřebách dítěte. V každém okamžiku je mateřské mléko jedinečné svou fyzickou strukturou i typy a koncentrací bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů a minerálů, enzymů, hormonů, růstových faktorů, modulátorů imunitního systému, protizánětlivých substancí a dalších látek.⁵ Díky svému vysokému obsahu zdraví prospěšných nutrientů lze tuto tekutinu nepochybně řadit mezi tzv. superpotravinu.⁶

Pokud jde o vitaminy obsažené v lidském mateřském mléce, jejich množství se u každé ženy liší v závislosti na její stravě a genetických predispozicích. Všeobecně však lze tvrdit, že vitamínů je v této tekutině dostatek na to, aby byly uspokojivě pokryty výživové potřeby dítěte. Po tom, co žena kojí již delší dobu, v mléce postupně dochází k přirozenému úbytku vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E a K) a zároveň k příbytku množství vitamínů rozpustných ve vodě.⁷

Vitamin A, který je v mléce přítomen v podobě retinolu (prekurzor⁸ vitamínu A), je kupříkladu nezbytný pro správnou funkci zrakového aparátu dítěte. Jeho nejvyšší obsah můžeme měřit zejména v prvním týdnu po porodu, s postupem kojení však jeho koncentrace přirozeně klesá. V rozvojových zemích je velmi častý nedostatek vitamínu A u malých dětí, což má za následek vážné zdravotní problémy včetně úplné slepoty.⁹

Obsah minerálních látek v mateřském mléce je na rozdíl od vitamínů poměrně konstantní. Jejich koncentrace je obecně nejvyšší v prvních dnech po porodu a v průběhu kojení klesá pouze mírně. Věk či strava matky má na množství minerálů v mléce pouze minimální vliv, jelikož jejich obsah je přirozeně regulován ze zásob v jejím těle. Konkrétně v mateřském mléce nalezneme zejména minerály, jako jsou sodík, zinek, železo, vápník, hořčík, měď, selen a stopové množství hliníku, jódu, chromu a fluoru.¹⁰

⁵ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 61.

⁶ Superpotravinu, jiným názvem též „funkční potravina“, se vyznačují bohatým obsahem vysoce výživných látek, jako jsou makronutrienty (tuky, bílkoviny, sacharidy) a mikronutrienty (vitaminy a minerály). Díky své minimální průmyslové úpravě jsou velmi prospěšné pro lidské zdraví a mohou dokonce fungovat i jako prevence nejrůznějších onemocnění.

⁷ RIORDAN, Jan. 2005, s. 107–108.

⁸ Prekurzor je sloučenina, která se účastní chemické reakce, při níž vzniká sloučenina jiná.

⁹ RIORDAN, Jan. 2005, s. 108.

¹⁰ Tamtéž, s. 108–110.

2.2 Fáze mateřského mléka

V průběhu prvních dnů života dítěte se složení mateřského mléka neustále mění, čímž se přizpůsobuje aktuálním potřebám novorozence v konkrétním stupni jeho vývoje. Na základě této skutečnosti rozlišujeme tři základní fáze lidského mateřského mléka – mlezivo (kolostrum), přechodné mléko a zralé mléko.¹¹

Prvním mlékem, jež se v těle matky po porodu dítěte tvoří, je hustá (zhruba jako vaječný bílek) tekutina zvaná mlezivo neboli kolostrum. Mlezivo je typické svým nažloutlým zbarvením,¹² jež je způsobeno vysokým obsahem betakarotenu. Ten je významným prekurzorem vitamínu A, jenž je nezbytný pro správný vývoj oční sítnice a zároveň přispívá k ochraně dítěte před infekcemi. Mlezivo je bohaté na nejrůznější živiny a látky, které novorozenec potřebuje pro svůj zdravý růst a vývoj v prvních dnech života. Obsahuje vyšší množství bílkovin (a naopak méně tuků a cukrů), vitamínů rozpustných v tucích, minerálů, laktózu i řadu ochranných látek, jako jsou imunoglobuliny či například bílé krvinky.¹³

Tekutinou, jež se v mléčné žláze matky tvoří zhruba sedm až dvacet jedna dní po porodu, je tzv. přechodné mléko. Jeho složení se již nemění tak často, jako tomu je u mleziva. Hlavními složkami přechodného mléka jsou tuk, laktóza a vitaminy rozpustné ve vodě. Na rozdíl od kolostra také obsahuje méně bílkovin a imunoglobulinů a naopak více kalorií.¹⁴

Po uplynutí zhruba dvaceti jedna dní po porodu se již v těle matky začíná tvořit tzv. zralé mléko, které je řidší, vodnatější a na pohled bledší než tomu bylo u mleziva. Tato tekutina se skládá z 90 % z vody, jež je nezbytná pro dostatečnou hydrataci kojence, a zbývajících 10 % tvoří tuky, sacharidy a bílkoviny, tedy makroživiny, které jsou důležité jak pro správný růst, tak i pro naplnění energetické potřeby dítěte. Rozlišujeme dva základní druhy zralého mléka, přední a zadní, přičemž oba jsou naprosto esenciální pro dosažení optimální výživy a správného růstu novorozence.¹⁵

Přední mléko je tekutina, jež se v mléčné žláze matky tvoří následně po mléku přechodném. Díky svému vysokému obsahu vody poskytuje kojenci veškerou potřebnou

¹¹ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 61.

¹² Díky svému nažloutlému zbarvení je mlezivo také označováno jako „tekuté zlato“.

¹³ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 61–62.

¹⁴ Tamtéž, s. 62–63.

¹⁵ Tamtéž, s. 63–64.

dávku tekutin, a to až do jeho čtyř až šesti měsíců života. Dokonce ani v horkém a suchém prostředí tak dítě nutně nepotřebuje přijímat žádné doplňkové nápoje, jako jsou například voda či džus. Kromě vody je přední mléko bohaté také na bílkoviny, laktózu a další živiny, avšak tuků obsahuje v porovnání se zadním mlékem méně.¹⁶

Po uvolnění předního mléka začne tělo matky produkovat tzv. zadní mléko, jež není čiré a má krémově bílou barvu. Na rozdíl od mléka předního obsahuje více tuku, který v dítěti vyvolává pocit sytosti a zároveň i větší ospalost.¹⁷

¹⁶ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 64.

¹⁷ Tamtéž, s. 64.

3 Důležitost kojení

3.1 Výhody kojení pro dítě

Mateřské mléko je a vždy bylo nejpřirozenější, nejzdravější a nejbezpečnější potravou každého novorozence. Jeho složení přesně odpovídá potřebám dítěte v různých stádiích dětského vývoje a ani sebelepší umělá výživa nedokáže tuto unikátní tekutinu plně nahradit. Díky obsahu všech důležitých živin v ideálním poměru mateřské mléko podporuje správný růst mladého organismu a zajišťuje osídlení střevní sliznice prospěšnými bakteriemi, jež napomáhají trávení a jsou nezbytné pro zrání imunitního systému kojence.¹⁸¹⁹

Již v prvních hodinách a dnech po porodu se v prsu matky tvoří mlezivo neboli kolostrum, které obsahuje vše, co dítě na začátku svého života potřebuje pro přežití a správný vývoj tělních orgánů. Každé novorozeně má navíc, už z období pobytu v děloze matky, ve svém těle vytvořeny dostatečné zásoby energie a vody, jež mu vystačí zhruba na první dva až tři dny života. Pokud vše probíhá jak má, po uplynutí této doby se začne v matčině prsu objevovat větší množství mateřského mléka, které dítěti poskytuje tu nejprospěšnější výživu minimálně na prvních několik měsíců po narození.²⁰

Každé dítě má po příchodu na svět ještě nedostatečně vyvinutý vlastní imunitní systém, a nedokáže se tak samo dostatečně chránit před nebezpečnými patogeny z vnějšího prostředí. Mateřské mléko proto mimo jiné obsahuje i velké množství protilátek, jež novorozeněti poskytují přirozenou imunitu, a tím pádem i ochranu před nejrůznějšími zdravotními problémy, jako jsou například průjmová onemocnění, záněty dýchacích cest a jiné infekční choroby.²¹

Velmi důležitou funkcí kojení je v neposlední řadě rovněž ochrana dítěte před vznikem potravinových alergií, v pozdějším věku je pak u dostatečně kojených jedinců výrazně eliminováno riziko osteoporózy, chudokrevnosti, nadváhy až obezity či dokonce cukrovky.²² Významný je mimo jiné i pozitivní dopad konzumace mateřského mléka na vývoj duševních

¹⁸ Již mnoho vědeckých výzkumů ukázalo, že kojenci výhradně krmení mateřským mlékem mají lépe vyvinutý brzlík, jenž hraje velmi důležitou roli ve vývoji imunitního systému dítěte. (RIORDAN, Jan. 2005, s. 97)

¹⁹ GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ. 2009, s. 11.

²⁰ Tamtéž, s. 13–14.

²¹ Tamtéž, s. 11.

²² Tamtéž, s. 11–12.

schopností dítěte, přičemž podle některých výzkumů kojení u novorozenců přímo koreluje i s růstem jejich IQ.²³

3.2 Výhody kojení pro matku

Stejně jako dítěti, i matce přináší laktace velké množství benefitů. Zajistí menší poporodní ztráty krve, rychlejší zavínování dělohy a její návrat do stavu před těhotenstvím i přirozený úbytek těhotenského váhového přírůstku. U žen, které svého potomka kojily dostatečně dlouhou dobu, bylo dále zjištěno nižší riziko osteoporózy, rakoviny prsu či vaječníků a dalších zdravotních problémů. Laktace navíc může oddálit předčasný návrat plodnosti, a fungovat tak jako přirozená antikoncepce.²⁴

Kromě zdravotních benefitů má pro matku, respektive pro celou rodinu, kojení výhody i ekonomické. Mateřské mléko je totiž na rozdíl od toho umělého zcela zdarma, díky čemuž je rodina schopna měsíčně ušetřit výraznou finanční částku a investovat ji tak do jiné potřebné oblasti.²⁵ Kojení navíc díky svým zdravotním benefitům redukuje i náklady rodiny na zdravotní péči a snižuje četnost absence ženy v zaměstnání.²⁶

²³ VON STUMM, Sophie a Robert PLOMIN. 2015.

²⁴ GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ. 2009, s. 12.

²⁵ Tamtéž, s. 12.

²⁶ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 65.

4 Politika kojení v Indonésii

Politika kojení v Indonésii přímo vychází z doporučení vydaných *Světovou zdravotnickou organizací*. Každé dítě narozené v souostroví má právo být výlučně kojeno alespoň po dobu prvních šesti měsíců jeho života, pokud v tom matce nebrání její zdravotní stav – tak praví indonéský zákon o zdraví č. 36,²⁷ jenž byl v zemi oficiálně přijat v roce 2009. V případě, že matka toto nařízení nedodrží, či jí v tom jakkoliv zabrání jiná osoba, může viníkovi hrozit až jeden rok vězení a/nebo pokuta do výše až 100 000 000 IDR.²⁸ Konkrétní pasáže v zákoně, například článek č. 128, dávají ženě prostředky vedoucí k úspěšnému exkluzivnímu kojení alespoň po dobu prvních šesti měsíců. Lidé v jejím okolí, jako jsou rodina, komunita, zaměstnavatel či vláda, by měli být pro matku v tomto ohledu vždy oporou.²⁹

Již po třech letech od vydání si indonéská vláda začala uvědomovat nedostatky, které zákon o zdraví č. 36/2009 skýtá – šlo zejména o fakt, že tato nařízení pokládala veškerou zodpovědnost na samotnou matku, a vyvíjela tak na ni přílišný tlak.³⁰ V roce 2012 byl proto vydán indonéskou vládou nový zákon č. 33, jenž reguluje mimo jiné i kojení na pracovišti a ve veřejných zařízeních, jako jsou nemocnice, hotely, dopravní terminály, vlaková nádraží, letiště, obchodní a sportovní centra a další. Jednotlivé články v něm ukládají zaměstnavateli a veřejným zařízením povinnost podporovat výlučné kojení a poskytnout na to ženě vhodné podmínky, to znamená speciálně vybavený prostor pro kojení a/nebo odsávání mateřského mléka a v případě zaměstnání pak rovněž dostatek času během pracovní doby.³¹

Kromě těchto výše uvedených zákonů v Indonésii existuje i vyhláška ministra zdravotnictví z roku 2004 o výlučném kojení, jež nařizuje zdravotnickému personálu, aby každou ženu čerstvě po porodu informoval o důležitosti dostatečně dlouhého výlučného kojení, zejména s odkazem na „Deset kroků k úspěšnému kojení“ (iniciováno UNICEF a *Světovou zdravotnickou organizací*), které zní následovně:

²⁷ V Indonésii je tento zákon známý pod názvem „*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*“.

²⁸ Na základě kurzu ČNB (ze dne 14. 4. 2022) 100 000 000 IDR odpovídá částce 156 500 Kč.

²⁹ BETTER WORK INDONESIA. *Law And Regulations On Breastfeeding* [online]. s. 2–3.

³⁰ DOWLING, Michaela. 2018, s. 8–9.

³¹ BETTER WORK INDONESIA. *Law And Regulations On Breastfeeding* [online]. s. 4.

1. Každé zařízení, jež poskytuje služby a péči v oblasti mateřství, musí mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem zdravotnickým pracovníkům.
2. Provádět školení všech zdravotnických pracovníků zaměřující se na dovednosti nezbytné k implementaci této strategie.
3. Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení, včetně toho, jak překonat potíže s kojením.
4. Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu, v případě císařského řezu pak do půl hodiny po tom, co žena znovu nabyde vědomí.
5. Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy musí být ze zdravotních důvodů odděleny od svých dětí.
6. Nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu či nápoje kromě mateřského mléka, pokud lékař neurčí jinak.
7. Praktikovat tzv. *rooming-in*, to znamená umožnit matkám a dětem zůstat spolu 24 hodin denně.
8. Podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoliv podle předem stanoveného časového harmonogramu).
9. Nedávat kojeným dětem žádné umělé dudlíky, šidítka atd.
10. Povzbuzovat zakládání skupin pro podporu kojení a doporučovat je matkám po propuštění z nemocnice nebo kliniky.³²

Indonéská legislativa zabývající se kojením se již krátce po svém vydání shledala s celou řadou kritiky, podle níž je napsána vágně a vyznačuje se nízkou vymahatelností. Ačkoliv nařízení například požadují, aby zaměstnavatelé své kojící zaměstnankyně při návratu do práce v laktaci podporovali, žádný subjekt ani agentura nejsou pověřeni prosazováním těchto zákonů, a nikdo tak nemůže zajistit jejich fungování v praxi.³³ Vyhlášky pak mají i své slabé stránky, včetně rozsahu, jenž se omezuje na ochranu výlučného kojení pouze po dobu prvních šesti měsíců života dítěte.

³² BETTER WORK INDONESIA. *Law And Regulations On Breastfeeding* [online]. s. 5.

³³ DOWLING, Michaela. 2018, s. 12.

5 Kojení a islám

Kultura má zásadní vliv na přístup matky ke kojení. Každý z nás vyrůstá v konkrétním sociokulturním prostředí, jež postupem času utváří naše vzorce chování a myšlení. Praxe kojení je proto vždy silně ovlivněna tím, co se žena o dětské výživě v průběhu svého života dozvěděla a co za praktiky viděla ve svém okolí. Zásadním aspektem je přitom zejména přístup, který aplikovali starší členové její vlastní rodiny.

V Indonésii je jasně převažujícím náboženstvím islám. Dokonce i v Koránu, posvátné knize muslimů, lze najít verše, jež podporují ženy v laktaci. Verš č. 233 v kapitole č. 2 „*Surah al-Baqarah*“ například uvádí, že nejlepší je dítě kojit alespoň po dobu dvou let od jeho narození. V díle nalezneme i další pasáže, které dávají jasně najevo důležitost kojení v prvních dvou letech života dítěte. Jde kupříkladu o verš č. 14 v kapitole č. 31 „*Surah Luqman*“. Učení islámu navíc praví, že žena bude za každou kapku mateřského mléka podanou svému potomkovi odměněna, což může muslimky po porodu rovněž povzbudit k dostatečně dlouhému kojení.³⁴

Kromě doporučené délky laktace islám hovoří také o zákonu příbuzenství, jenž v důsledku kojení vzniká. Na to musí muslimové brát zřetel zejména v případě, kdy matka z nějakého důvodu nemůže kojit (mléko neprodukuje dostatečně, případně vůbec), a rozhoduje se tak o možnosti najít pro svého potomka dárce mateřského mléka. Podle učení islámu je za určitých podmínek přípustné darovat mateřské mléko cizímu kojenci, avšak mezi dárkyní a dítětem tím vzniká zvláštní příbuzenský vztah. Po tom, co je dítě alespoň pětkrát plně nasyceno mateřským mlékem dárkyně, stává se z něj tzv. *mahram*, tedy člen rodiny, s nímž mají rodinní příslušníci dárkyně v budoucnu zakázáno uzavřít sňatek.³⁵

Jedním z nejdůležitějších muslimských svátků je *Ramadan*, který se každoročně koná v zemích vyznávajících islám, a to vždy devátý měsíc islámského lunárního kalendáře. Pro muslimy je tento čas obdobím půstu, modliteb, sebereflexe a komunitního života. Půst je praktikován od západu do východu slunce a zahrnuje zákaz konzumace jídla a nápojů, omezení negativních myšlenek a emocí i zdržení se sexuálního styku, kouření a dalších pozemských neřestí. Toto upírání světského pohodlí je v životě každého vyznavače islámu považováno za jednu z důležitých metod sebeočisty, sebepoznání a posílení vlastní vůle. Povinnost dodržovat půst má každý muslim, který je v dobrém zdravotním stavu, a je toho

³⁴ FARADILAH, Andi a AKBAR. 2017, s. 102.

³⁵ IRACH, Hilda. 2021.

tedy duševně i fyzicky schopen. Z povinnosti půstu však existují výjimky, včetně těhotných a kojících matek. Ty mohou půst přerušit a vykonat ho v jiném a vhodnějším období roku.

Dalším z velkých témat, jež je spojováno převážně s muslimskými kulturami, je kojení dětí ve veřejném prostoru. V některých státech je krmení dítěte mateřským mlékem přímo z prsu na veřejnosti oficiálně zakázáno, avšak obecně záleží zejména na daných kulturních zvyklostech, zda je kojení před dalšími lidmi v konkrétní společnosti přijímáno či považováno za tabu. Ženy v Indonésii mají ze zákona právo svého potomka výlučně kojít alespoň do šesti měsíců jeho života a nikdo jim v tom nesmí zabránit pod hrozbou vězení a/nebo pokuty (viz kapitola „Politika kojení v Indonésii“). Kojení na veřejnosti proto v zemi oficiálně zakázáno není, avšak kulturní zdvořilostí je krmení provádět vždy tak, aniž by při něm matka přílišně odhalovala svoji kůži. Z tohoto důvodu je muslimkám tradičně k dispozici široká škála speciálních oděvů, které dokáží hlavičku dítěte zakrýt, čímž ženě umožňují bez problému kojít kdekoliv, včetně veřejných prostranství.³⁶

Posledním důležitým specifikem muslimských kultur ve vztahu k laktaci je role otce při kojení. Korán zmiňuje základní povinnosti, jež je muž povinen vůči své partnerce plnit – mezi ty základní patří morální podpora a povzbuzení ženy, zajištění prostředků na její stravu a oblečení a zabezpečení dostatečného množství financí pro celkově spokojený chod domácnosti. Podle učení islámu musí otec platit výdaje matky s dítětem dokonce i v případě, že se s partnerkou rozvede, a to až do doby, kdy je potomek odstaven (to většinou znamená do jeho dvou let života). Pokud muž v době, kdy jeho žena stále kojí, zemře, finanční podporou matky by se měl stát některý ze členů otcovy rodiny mužského pohlaví, nejčastěji dědeček dítěte.³⁷

³⁶ COLEMAN, Jaclyn Cruz. 2018.

³⁷ YASHMIN, Shaheda. 2015.

6 Důvody nedostatečného kojení v Indonésii

Mateřství je jedním z nejdůležitějších a nejkrásnějších, avšak zároveň i nejnáročnějších období života každé ženy, a to zejména ve svých raných fázích. Aby byla zajištěna adekvátní produkce mateřského mléka po dobu alespoň prvních šesti měsíců života dítěte, měla by matka svého potomka kojít tak často a tak dlouho, jak jen si sám „žádá“. Velmi důležité je proto trvání ani frekvenci krmení neomezovat a dítě kojít podle jeho individuálních potřeb.³⁸

Aby bylo vůbec možné úspěšného výlučného kojení docílit, rodina pro to musí vytvořit vhodné podmínky, což zahrnuje i určitou vědomou předporodní přípravu. Každá budoucí matka by měla být v této oblasti dostatečně vzdělaná, srozuměná s možnými komplikacemi a jejich řešením, měla by být v dobré fyzické i psychické kondici a cítit se přitom sebevědomě a uvolněně. Její tělo musí být zároveň dostatečně silné a vyživené na to, aby bylo schopno plod udržet po celou dobu těhotenství a aby po porodu dokázalo produkovat dostatečné množství kvalitního mateřského mléka, jež dítě tak nutně potřebuje pro svůj správný růst a vývoj.

Ačkoliv je přirozeným cílem všech matek svého potomka dostatečně dlouho výlučně kojít, objevují se i případy, kdy toho žena není z různých důvodů schopna docílit. Jde o problém globální, avšak nejvíce jsou jím bezpochyby zasaženy země rozvojové, včetně Indonésie. Statistiky ukazují, že v indonéském souostroví je v současnosti exkluzivně kojeno zhruba 71 %³⁹ (údaj z roku 2021) dětí mladších šesti měsíců, což je v porovnání s rokem 2015, kdy bylo výlučně krmeno mateřským mlékem pouhých 45 %⁴⁰ kojenců, skutečně výrazné zlepšení.

Tato kapitola popisuje nejčastější příčiny nedostatečné laktace se zaměřením na indonéské matky, s výjimkou případů způsobených vrozenými onemocněními, fyziologickými poruchami či jinými zdravotními problémy ženy.

³⁸ WHO. 2009, s. 16.

³⁹ BPS. c2022.

⁴⁰ Tamtéž.

6.1 Nedostatečná vzdělanost matky

První z velmi častých příčin neúspěšného kojení v Indonésii je nižší míra vzdělanosti žen, v tomto případě zejména v oblasti mateřství. Každá matka musí být dobře seznámena s přirozenými výživovými potřebami dítěte, tedy měla by vědět, proč je mateřské mléko tak cennou tekutinou a z jakého důvodu ho žádná umělá dětská výživa nenahradí. Pokud žena tyto znalosti má, méně pravděpodobně se uchýlí k podávání mléčných formulí svému potomku v době, kdy by měla stále ještě výlučně kojít.

Lidé jsou ve skutečnosti jediným druhem savců, jenž se při kojení a následném odstavení dítěte zcela neřídí instinktem. Tradičně se ženy učily od svých starších příbuzných, kteří jim předávali své znalosti a životní zkušenosti. V dnešní době však lidé tráví nejvíce času v rámci své nukleární rodiny a s ostatními příbuznými se vídají pouze zřídka. Při laktaci se tak moderní ženy často setkávají s nejrůznějšími problémy, jimž by ve skutečnosti bylo možné při dostatečné vzdělanosti v oblasti kojení velmi dobře předcházet.⁴¹

Aby se těmto potížím předešlo, je potřeba nastávajícím matkám v Indonésii poskytovat bezplatnou edukaci, jež je tak zároveň investicí do zdraví budoucí indonéské společnosti. Toto vzdělání by mělo zahrnovat znalosti o způsobech výživy kojenců, alternativách odsávání mléka, způsobech skladování mléka a udržování optimální frekvence krmení. Těhotná žena, zejména prvorodička, by měla ideálně dostat co nejvíce informací od zdravotnického pracovníka, jenž by jí poradil jak s kojením začít a později také jak s laktací pokračovat i po návratu do zaměstnání. Velmi významnou pomocí může být pro nastávající matku i kontakt se ženami, které již mají s kojením nějakou osobní zkušenost, a mohou tak ostatním předat své praktické rady a tipy. Užitečné pak jistě jsou i kurzy kojení a v neposlední řadě může žena mnoho informací nalézt rovněž v různých knihách, brožurách či na internetu.⁴²

6.2 Psychosociální faktory

Přímý vliv na schopnost laktace má prokazatelně i řada psychosociálních faktorů, jež na ženu působí jak v období těhotenství,⁴³ tak i po porodu. Dostane-li se matka do těžší

⁴¹ MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. 2014, s. 66–67.

⁴² RIORDAN, Jan. 2005, s. 489.

⁴³ LI, J. et al. 2008.

životní situace, v jejím těle se zvýší hladina stresových hormonů, které mohou mít negativní dopad na její celkový zdravotní stav, včetně schopnosti dostatečné produkce mateřského mléka. Spouštěčů této mentální nepohody přitom může být mnoho, ať už jde o manželské či jiné vztahové potíže, špatnou ekonomickou situaci rodiny, komplikace v těhotenství a při porodu nebo například zdravotní problémy dítěte.

Cítí-li se matka při kojení klidně a pohodlně, vlivem hormonu oxytocin se spustí tzv. vypuzovací reflex⁴⁴ a začne přirozené uvolňování mléka z prsu. Je-li však žena v těhotenství či po porodu příliš ve stresu, může jednoduše dojít k inhibici tohoto reflexu, což způsobí snížení uvolňování mléka. Z tohoto důvodu je velmi důležitá celková psychická pohoda a spokojenost každé kojící matky. Kromě toho je ale rovněž nezbytné, aby žena strávila s novorozencem dostatečné množství času v kontaktu kůže na kůži, jelikož právě ten v jejím těle dokáže stimulovat sekreci hormonu oxytocin (i hormonu prolaktin), a napomáhá tím jak úspěšnému kojení, tak i budování emocionální vazby mezi matkou a dítětem.⁴⁵

Aby byla matka schopna opravdu dostatečně dlouho výlučně kojít, je naprosto nezbytná i její důvěra v samu sebe. Ta může být ovlivněna mnoha faktory, mezi něž patří předchozí zkušenosti s kojením, pasivní pozorování jiných kojících žen, povzbuzení od přátel, rodinných příslušníků či laktačních poradců, ale například i únava, stres a úzkost.⁴⁶ Pokud matka nemá dostatečnou důvěru ve vlastní tělo a schopnost úspěšné laktace, může ztratit motivaci a sebevědomí v oblasti mateřství, čímž se automaticky zvyšuje pravděpodobnost předčasného ukončení kojení.⁴⁷

Na sebevědomí matky a způsob prožívání mateřství má velmi důležitý vliv i její partner, jenž by měl být pro ženu ve všech směrech oporou. Měl by se podílet na rozhodování o režimu výživy kojence a podporovat ženu ve výlučném kojení alespoň po dobu prvních šesti měsíců života dítěte. Dále může muž velkou měrou pomoci s domácími pracemi a péčí o dítě, včetně případné asistence při odsávání mateřského mléka, jeho skladování a posléze i při samotném krmení kojence. Jednou ze základních úloh otce je rovněž ochrana rodiny a její finanční zajištění v době, kdy žena zůstává s dítětem doma v rámci své mateřské dovolené. Muž hraje v neposlední řadě důležitou roli i v péči o partnerský vztah, do nějž narození

⁴⁴ V anglickém jazyce je pro tento reflex používáno hned několik termínů, jimiž jsou „oxytocin reflex“, „let-down reflex“ či „milk ejection reflex“. (WHO. 2009, s. 12.)

⁴⁵ WHO. 2009, s. 12.

⁴⁶ MOHAMMADI Mohammad Mehdi a Roghayeh POURSAHERI. 2018, s. 161.

⁴⁷ MALEKI-SAGHOONI, Nahid et al. 2017, s. 6277.

nového potomka přináší nové výzvy, které jsou pro mnoho párů zkouškou jeho stability a dlouhodobé udržitelnosti.⁴⁸

6.3 Podvýživa matky

Tak jako se v průběhu života vyvíjí naše tělesná schránka, mění se také naše výživové potřeby a s nimi i množství a složení naší stravy. U žen je například spotřeba energie a živin výrazně zvýšena v období těhotenství a kojení, a proto je pro každou (nastávající) matku zcela zásadní zajistit si bohatou a nutričně vyváženou potravu. V těhotenství musí být ženské tělo dostatečně silné na to, aby dokázalo plod udržet a vytvořit ideální prostředí pro jeho správný růst a vývoj. Po porodu zase matka potřebuje dostatek energie na péči o dítě a správnou produkci výživného mateřského mléka.

Kojící ženy přirozeně potřebují přijímat vyšší množství kalorií a nutrientů, aby si udržely vlastní zásoby živin v těle a zároveň umožnily postupnou redukci těhotenského váhového přírůstku. Udává se, že matka, která výlučně kojí, by měla přijímat kromě vlastní energetické potřeby ještě přibližně 500 kalorií denně navíc, jež umožní produkci mateřského mléka. Nejlepším způsobem, jak toho docílit, je konzumovat zdravou a vyváženou stravu, která obsahuje dostatek ovoce, zeleniny, bílkovin, obilovin a přiměřené množství tuku, případně lze i některé nedostatkové vitamíny či minerály doplňovat ve formě suplementů.⁴⁹

V případě, že žena během dne nepokryje doporučené množství kalorií či nutrientů ve stravě, obvykle to neovlivní objem mléka ani jeho obsah makroživin (zejména tuků a bílkovin) či hlavních minerálů (například vápníku). Dlouhodobě nedostatečná výživa matky však může mít negativní dopad na obsah některých dalších vitamínů a minerálů v mateřském mléce – jde o vitamin A, thiamin, riboflavin, vitamin B6, vitamin B12, selen a jód. V případech vážnější podvýživy je však často ovlivněno jak množství mléka, tak i obsah makronutrientů v něm.⁵⁰

Pokud strava ženy během těhotenství postrádá klíčové živiny jako jód, železo, vápník, zinek či kyselinu listovou, dochází podle odborníků ke zvýšení rizika vzniku anémie, preeklampsie a krvácení v jejím těle. Tento problém pak může způsobit nízkou porodní

⁴⁸ FEBRUHARTANTY, Judhiastuty, Siti MUSLIMATUN a Andi MARIYASARI SEPTIARI. 2007, s. 94.

⁴⁹ BUTTE, Nancy F. a Alison STUEBE. *Patient education: Maternal health and nutrition during breastfeeding (Beyond the Basics)* [online].

⁵⁰ Tamtéž.

hmotnost novorozence, zpoždění jeho vývoje a v některých případech až smrt matky či ještě nenarozeného dítěte.⁵¹

Problémem mnoha rozvojových zemí světa je špatný nutriční stav žen, který má pak přímý negativní vliv i na zdraví jejich dětí. Běžný jídelníček v těchto oblastech často obsahuje pouze omezené množství ovoce, zeleniny, mléčných výrobků, ryb a masa, což automaticky vede k nedostatečnému příjmu makronutrientů i mikronutrientů, jež jsou zcela esenciální pro správnou funkci lidského organismu. Strava žen přitom může být všeobecně ovlivněna různými faktory, zejména přístupem k jídlu a jeho cenovou dostupností, nerovností mezi pohlavími či sociálními a kulturními normami v dané zemi.⁵²

6.4 Brzký návrat matky do práce

Míra a vzory zaměstnanosti žen se v průběhu historie neustále proměňovaly a vyvíjely. V minulosti byly připisovány ženám ve společnosti dvě základní role – výchova dětí a péče o domácnost. V posledních desetiletích se však situace významně změnila a ženy začaly pociťovat silnější potřebu nezávislosti na mužích. Poptávka po práci mezi ženským pohlavím v tom důsledku všeobecně vzrostla, a s ní se zvýšil i počet pracujících matek, jež najednou potřebovaly skloubit zaměstnání s kojením.⁵³ Z většiny mezinárodních vědeckých studií, především těch provedených v rozvojových zemích, vyplývá, že práce laktaci negativně ovlivňuje.⁵⁴

Důvodů, proč se žena rozhodne vrátit do práce během prvních měsíců po porodu, může být mnoho. Mezi ty nejčastější patří finanční omezení, kdy příjem otce není dostačující pro pokrytí všech rodinných výdajů, případně jde o matku samoživitelku. Stimulem pro předčasný návrat do zaměstnání však může být i naprosto dobrovolné rozhodnutí ženy. V tomto případě jsou hojně uváděnými důvody nedostatek sociálního kontaktu, potřeba seberealizace a kariérního růstu, politika na pracovišti a pracovní motivace.⁵⁵

Matky, které po návratu do práce chtějí pokračovat v kojení, se však mohou na pracovišti setkat s mnoha překážkami. Nejčastějším problémem, jemuž ženy v zaměstnání

⁵¹ UNICEF. *Maternal nutrition: Preventing malnutrition in pregnant and breastfeeding women*. [online].

⁵² Tamtéž.

⁵³ RIORDAN, Jan. 2005, s. 488.

⁵⁴ Tamtéž, s. 489.

⁵⁵ Tamtéž, s. 487.

čelí, jsou nevhodné podmínky pro laktaci, tedy absence potřebného vybavení či nízká časová flexibilita během pracovní doby.⁵⁶ Mnoho matek si také stěžuje na špatně nastavenou veřejnou politiku a nedostatečnou podporu ze strany zaměstnavatele.⁵⁷

Jelikož Indonésie nabízí ze zákona celkově pouze tři měsíce⁵⁸ placené mateřské dovolené, brzký návrat do zaměstnání není u indonéských pracovnic žádnou výjimkou. Ačkoliv nový zákon o kojení v Indonésii stanovuje zaměstnavateli povinnost poskytnout ženě na pracovišti podmínky vhodné pro laktaci, ne vždy jsou tato nařízení skutečně dodržována. Tento fakt pak může místní matky přinutit k přechodu na umělou dětskou výživu, jejíž konzumace s sebou pro kojence nese určitá zdravotní rizika.

6.5 Agresivní propagace umělé dětské výživy

Dalším důležitým faktorem, který v Indonésii často vede k předčasnému ukončení kojení, je agresivní propagace umělé dětské výživy. Jde o nejrůznější formy reklamy, jež vybízí matky k používání dudlíků a krmení dětí náhražkami mateřského mléka. V dnešní době je na trhu k dispozici již nepřeberné množství produktů, jež jsou navrženy tak, aby co nejvíce splňovaly výživové potřeby dětí různého věku. S umělou dětskou výživou se však pojí celá řada problémů, které podrobněji rozebírám v následujících kapitolách.

6.6 Další časté důvody

Kromě několika výše zmíněných důvodů může být nedostatečná laktace zapříčiněna i dalšími negativními okolnostmi. Jednou z velmi častých příčin předčasného odstavení dítěte v Indonésii je pocit matky, že její produkce mléka není dostatečná, a nedokáže proto svého potomka uživit pouze kojením. Žena tak může soudit například proto, že její dítě je neklidné a často pláče bez jakékoliv zjevné příčiny. V tomto případě je základním problémem neschopnost matky správně rozpoznat signály kojence, a ty pak mohou být automaticky vyhodnoceny jako projev hladu či strádání. Z toho důvodu se žena mnohdy uchýlí k zavedení doplňkových potravin včetně umělé mléčné výživy, a to ještě dříve, než dítě dosáhne šesti

⁵⁶ RIORDAN, Jan. 2005, s. 487.

⁵⁷ Tamtéž, s. 488.

⁵⁸ Konkrétně jde o 1,5 měsíce volna před odhadovaným termínem porodu a dalších 1,5 měsíce po narození dítěte.

měsíců života. Tato skutečnost však může mít negativní dopad jak na zdraví jeho, tak i na zdravotní stav samotné matky.⁵⁹

Dalším častým problémem, s nímž se (nejen) indonéske matky hojně setkávají, je neschopnost najít správnou techniku kojení. Je to přitom jeden z naprosto esenciálních předpokladů pro dosažení úspěšné dlouhodobé laktace.⁶⁰ Pokud žena neobjeví funkční techniku kojení, jež jí vyhovuje, v mnoha případech se raději uchýlí k jednoduššímu řešení, jímž je krmení potomka umělou dětskou výživou.

Jedním z častých přesvědčení, jemuž indonéske matky podléhají, je v neposlední řadě fakt, že mateřské mléko je pouze pro chudé, kteří nemají dostatek finančních prostředků na nákup mléčných formulí. Tato představa zřejmě vznikla na základě tlaku firem vyrábějících umělou dětskou výživu, jež o svých produktech mnohdy šíří zavádějící informace.⁶¹ Bohatí Indonésané si proto rádi najímají chůvy a nechávají své děti krmit mléčnými formulemi. Jelikož chůva i umělá dětská výživa stojí nemalé peníze, je tento zvyk považován za symbol vyššího postavení ve společnosti.⁶²

⁵⁹ AFIYANTI, Yati a Dyah JULIASTUTI. 2012.

⁶⁰ GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ. 2009, s. 14.

⁶¹ Problematice agresivní propagace umělé dětské výživy v Indonésii se podrobněji věnuji v kapitole č. 8.

⁶² COLEMAN, Jaclyn Cruz. 2018.

7 Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy

7.1 Vznik, cíle a doporučení kodexu

Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy je globální politikou, již představila v roce 1981 *Světová zdravotnická organizace* (WHO) v rámci 34. zasedání *Světového zdravotnického shromáždění* (WHA). Jejím hlavním cílem je zastavit agresivní marketing umělé kojenecké výživy a zároveň propagovat správný způsob stravování malých dětí. Jde tak o legislativu regulující všechny produkty nahrazující mateřské mléko a dětské lahve, které jsou v dané zemi uváděny na trh. Všem členským zemím *Světové zdravotnické organizace* je doporučeno, aby tento kodex začlenily do svých vlastních vnitrostátních předpisů, a zajistily tak na svém území vhodné používání náhrad mateřského mléka (tedy pouze v nezbytných případech) i optimální metody jejich propagace a distribuce.⁶³

Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy se vztahuje na všechny produkty nahrazující mateřské mléko, jež jsou určeny pro děti do tří let věku, včetně mlék růstových a pokračovacích. Dále zahrnuje i jiné potraviny a nápoje, například dětské čaje, džusy a vody, propagované jako vhodné pro děti do šesti měsíců věku, kondenzovaná mléka a v neposlední řadě i dětské lahve a jejich části.⁶⁴

Ve svém kodexu *Světová zdravotnická organizace* důrazně doporučuje, aby každá matka zahájila kojení svého potomka během první hodiny po porodu, a dítě následně exkluzivně kojila alespoň po dobu prvních šesti měsíců jeho života. Díky tomu je kojeneček schopen dosáhnout optimálního růstu a vývoje, a těžit se přitom pevnému zdraví. Po půl roce je pak matkám doporučováno zařadit do dětského jídelníčku také vhodnou a bezpečnou doplňkovou výživu, avšak s kojením by se mělo i nadále pokračovat minimálně do věku dvou let dítěte.⁶⁵

Schopnost dostatečně dlouho exkluzivně kojit by měla přirozeně mít každá žena, avšak ve skutečnosti toho ne všechny matky mohou z různých důvodů docílit. V ojedinělých případech může dokonce být exkluzivní kojení pro dítě nevhodné až nebezpečné, například pokud matka podstupuje medikaci radioaktivními látkami.⁶⁶ Za těchto výjimečných podmínek

⁶³ WHO. 2017, s. 2.

⁶⁴ Tamtéž, s. 8–9.

⁶⁵ Tamtéž, s. 3.

⁶⁶ Tamtéž, s. 3.

je proto nutné novorozence krmit jiným způsobem, a to buď mateřským mlékem dárkyně nebo umělými mléčnými formulemi.

7.2 Nařízení zahrnutá v kodexu

Na základě *Mezinárodního kodexu marketingu umělé dětské výživy* nesmí být žádný z výše zmíněných výrobků nabízen či jinak propagován veřejnosti skrz masová média, jako jsou televize, časopisy, billboardy a prostředí internetu. Výrobci a distributoři těchto produktů mají rovněž zakázáno poskytovat vzorky těhotným ženám, matkám či jejich rodinným příslušníkům, nebo propagovat své zboží pomocí speciálních tabulí, slevových kuponů či výhodných cenových nabídek. Zaměstnanci těchto společností navíc nesmí žádným způsobem poskytovat rady týkající se dětské výživy.⁶⁷

Kromě marketingu cíleného na širokou veřejnost stanovuje kodex také zákaz jakéhokoliv typu propagace produktů nahrazujících mateřské mléko a dětských lahví ve zdravotních zařízeních. To zahrnuje i bezplatné či dotované poskytování těchto výrobků nebo dary a vzorky zdravotnickému personálu. Tato nařízení platí dokonce i pro část systému lékařské péče zaměřující se na kojence, kteří nemohou být ze zdravotních důvodů kojeni.⁶⁸

Pokud jde o obaly náhražek mateřského mléka, podle *Světové zdravotnické organizace* nesmí vyobrazovat fotky kojenců či jiné náměty idealizující tuto umělou dětskou výživu. Naopak by měly obsahovat informace o možném nebezpečí konzumace těchto produktů a zdůrazňovat výhody, jež přináší přirozené kojení a mateřské mléko.⁶⁹

⁶⁷ WHO. 2017, s. 10.

⁶⁸ Tamtéž, s. 11.

⁶⁹ Tamtéž, s. 11.

8 Agresivní propagace umělé dětské výživy v Indonésii

Indonésie je v současné době čtvrtou nejlidnatější zemí světa se stále rostoucí populací čítající více než 272 milionů⁷⁰ obyvatel. Jde zároveň také o stát s velmi dynamicky se rozvíjející ekonomikou, což z něj činí ideální cíl firem vyrábějících mléčné formule. Trend propagace umělé dětské výživy v souostroví v dnešní době neustále vzrůstá, s čímž se pojí i celá řada problémů. Ačkoliv mají náhražky mateřského mléka v naší společnosti svůj nezpochybnitelný význam, je zřejmé, že jejich masivní produkce, agresivní marketing a nevhodný způsob použití s sebou přináší určitá rizika.⁷¹

Velmi alarmující je zejména fakt, že některé praktiky používané společnostmi k propagaci umělé dětské výživy jsou zcela neetické a někdy dokonce i porušují *Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy*.⁷²⁷³ Velké množství výrobků navíc obsahuje příliš vysoké množství cukru, které kojencům škodí, a další významnou nevýhodou jsou i vysoké výdaje rodiny za nákup mléčných formulí. I přesto však v Indonésii i nadále hojně probíhají agresivní marketingové kampaně šířící dezinformace spojené s kojením či konzumací umělé dětské výživy, jež mohou spotřebitele, který není v této oblasti dostatečně vzdělán, velmi jednoduše negativně ovlivnit.⁷⁴

8.1 Dělení náhrad mateřského mléka

V závislosti na věku, stupni vývoje a zdravotním stavu dítěte se umělá mléčná výživa dělí do čtyř základních kategorií, jimiž jsou mléka počáteční, pokračovací, batolecí a speciální. Tyto druhy se od sebe liší složením a jsou vždy přizpůsobeny nutričním potřebám dítěte v různém stádiu jeho vývoje.

Počáteční mléka jsou vhodná pro děti od narození a svým složením by se měla co nejvíce podobat mateřskému mléku. Jsou obvykle označovány číslicí „1“ a obsahují tzv.

⁷⁰ Jde o údaj z roku 2021.

⁷¹ Toto téma podrobněji rozvádím v kapitole č. 10 „Možné negativní dopady konzumace umělé dětské výživy“.

⁷² BESAR, Dien Sanyoto. 2004, s. 2.

⁷³ Toto téma podrobněji rozvádím v podkapitole č. 8.3 „Nejčastější způsoby propagace umělé dětské výživy v Indonésii“.

⁷⁴ CHAMPENY, Mary. 2020.

adaptovanou bílkovinu⁷⁵ kravského mléka. Kromě proteinu jsou tato mléka složena také z mléčného cukru (laktózy), tuku a přesně stanoveného množství mikronutrientů (vitaminů, minerálů a stopových prvků). Jsou rovněž obohacena o prebiotika (nestravitelnou složku), která jsou důležitá jako potrava pro střevní bakterie a pro celkové zdraví trávicího ústrojí dítěte.

Pokračovací mléka jsou určena pro děti od šesti do dvanácti měsíců a na obale jsou obvykle označována číslicí „2“. Jelikož jsou nutričně nedostatečná, nejsou pro dítě vhodná jako jediný zdroj výživy, a měla by tak být konzumována společně s příkrmy. Na rozdíl od počátečních mlék neobsahují adaptovanou bílkovinu a kromě laktózy v nich najdeme i sacharózu, jež jim dodává sladkou chuť. Pokračovací mléka jsou rovněž obohacena o minerály, jako jsou železo, jód a zinek, případně i vitaminy A, D, E a C.

Batolecí mléka jsou podávána dětem ve věku od jednoho roku do tří let a obvykle je poznáme podle označení číslicí „3“, „4“, „5“, případně symbolu „junior“. Jsou určena pro starší kojence a batolata, přičemž fungují jako doplněk stravy, jenž dítěti zajišťuje dostatečný příjem živin. Batolecí mléka obsahují řadu důležitých mikronutrientů a mohou již být obohacena o nejrůznější příchutě.

Poslední kategorií jsou speciální mléka, která jsou určena pro děti se specifickými potřebami, tedy například pro jedince s alergií na bílkovinu kravského mléka, nedonošené děti, děti trpící určitými zdravotními problémy atd. Konkrétně sem řadíme hypoalergenní mléka, antirefluxová mléka, mléka se sníženým obsahem laktózy či například mléka pro děti se zažívacími potížemi.

8.2 Výrobci umělé dětské výživy na indonéském trhu

Indonésie se svou velmi početnou populací tvoří atraktivní trh pro mnoho místních i nadnárodních společností produkujících umělou dětskou výživu. V současné době proto v zemi úspěšně působí již několik desítek značek mléčných formulí a jiných dětských doplňkových potravin.⁷⁶ Jedná se zejména o americké, nizozemské a novozélandské výrobce.

Mezi ty nejznámější a nejoblíbenější producenty umělé dětské výživy v Indonésii patří *Abbott Nutrition* (značky Similac, Pediasure atd.), *Mead Johnson Nutrition* (výrobek Enfamil

⁷⁵ Výrobky obsahující adaptovanou bílkovinu kravského mléka mají uměle upraven poměr mezi přítomnou syrovátkou a kaseinem.

⁷⁶ BESAR, Dien Sanyoto. 2004, s. 2.

atd.), *Danone* (mléko SGM atd.), *FrieslandCampina* (značky Frisian Flag, Friso atd.), *Nestlé* (produkty S-26, Dancow atd.), *Blédina* (mléko Nursie atd.), *Nutricia* (výrobky Bebelac, Nutrilon atd.), *Hipp* či například *Fonterra Co-operative Group Limited*. Spojením indonéské firmy *Kalbe Nutritionals* (známá též jako *Sanghiang Perkasa*) a japonské společnosti *Morinaga Milk Industry* v Indonésii také vznikla populární značka dětských mléčných formulí, *Moringa*.

Zvláštní pozornost jsem se v této podkapitole rozhodla věnovat nadnárodní potravinové firmě *Danone*, jež je často jednou z prvních asociací, která se většině lidí vybaví, mluví-li se o tématu výrobců umělé dětské výživy. Ta byla založena v roce 1919 ve Španělsku, přičemž v Indonésii zahájila svoji činnost v roce 1998 navázáním strategického spojení s indonéskou značkou AQUA. Toto partnerství značně posílilo pozici *Danone* na místním trhu, a to jak s balenou minerální vodou, tak od roku 2008 i s mléčnými formulemi. V dnešní době má společnost v souostroví více než 14 000 zaměstnanců, 24 továren a své produkty prodává ve více než 1 500 000 prodejnách napříč celým státem.⁷⁷

Danone v současnosti vlastní i společnosti jako *Nutricia* a *Blédina*, jež v Indonésii patří skutečně mezi hlavní hráče na trhu s náhražkami mateřského mléka. I tyto značky jsou však spojovány s agresivní formou propagace mléčných formulí a mediálními skandály kvůli obvinění z porušování *Mezinárodního kodexu marketingu umělé dětské výživy*. Firma dnes v zemi vede již propracované strategické marketingové kampaně a hojně využívá i online reklamu, do níž zapojuje i indonéskou veřejnost (viz podkapitolu č. 8.3.4 „Propagace v online prostředí“).

Kromě výše zmíněných zahraničních firem má velmi významné postavení na indonéském trhu s umělou dětskou výživou i místní společnost *Indofood CBP* (ICBP). Ta byla v zemi založena v roce 1982 a v dnešní době se zabývá produkcí různých druhů potravin, včetně mléčných výrobků, svačinek, ochucovadel, dětské výživy a speciálních potravin a nápojů. Její značky nudlí *Indomie*, *Sarimi*, *Supermi* a *Pop Mie* jsou již po mnoho let v souostroví skutečnou ikonou potravinářského průmyslu. Pokud jde konkrétně o kojeneckou výživu, značkami ICBP jsou *Promina* a *Sun*, jež nabízí zejména sušenky, instantní cereální kaše, pudinky a jiné dětské doplňkové potraviny (ne však mléčné kojenecké formule). V současnosti je společnost známá nejen v Indonésii, ale i v jiných zemích po celém světě, kam rovněž vyváží své produkty.

⁷⁷ HRASIAMEDIA. c2022.

8.3 Nejčastější způsoby propagace umělé dětské výživy v Indonésii

Firmy vyrábějící umělou dětskou výživu mají dnes již propracovaný systém propagace svých produktů, který zahrnuje i praktiky, jež jsou v rozporu s *Mezinárodním kodexem marketingu umělé dětské výživy*. Tím mohou tyto společnosti podkopat důvěru ženy ve vlastní schopnost naplňovat potřeby svého potomka přirozenou cestou, což může mít v konečném důsledku negativní dopad jak na zdraví samotných dětí, tak i na rodinný rozpočet a do jisté míry i celé národní hospodářství.

8.3.1 Propagace ve zdravotnických zařízeních

Některá zdravotnická zařízení v Indonésii jsou pravidelně navštěvována zástupci společností vyrábějících umělou dětskou výživu za účelem šíření povědomí o dané značce a tvorby nových zákazníků. Tyto vybrané osoby mají za úkol poskytnout přítomným zaměstnancům (nejčastěji samotným lékařům či například porodním asistentkám) informace o svých produktech a navrhnout jim zahájení oboustranně výhodné spolupráce. V rámci ní je většinou zdravotník vyzván k tomu, aby přítomným maminkám doporučil zavedení mléčných formulí do jídelníčku svého dítěte a zároveň jim navrhnul i koupi výrobků této konkrétní firmy. Některé ženy při tom obdrží i vzorek náhražek mateřského mléka (který zaměstnanec dostal jako dárek od zástupce společnosti) zdarma, což rodinu může ještě s větší pravděpodobností dostat do začarovaného kruhu konzumace umělé výživy, jak popisují v podkapitole č. 8.3.2 „Poskytování produktů zdarma“.

Pokud zdravotnický pracovník přistoupí na takovou formu spolupráce a splní určité předem stanovené podmínky (například se mu podaří prodat konkrétní předem stanovený počet formulí), získá hodnotnou odměnu, jíž může být mobilní telefon, počítač, motocykl, dovolená atd.⁷⁸ Kromě toho zástupce společnosti většinou zdravotnickému zařízení daruje i nejrůznější hmotné dárky, jež nesou logo dané firmy, například magnety na lednici, teploměry, růstové grafy, letáky, plakáty, kalendáře, tašky, pera, nástěnné hodiny, vzorky umělé výživy, lahve, dudlíky či další dětské vybavení.⁷⁹ Tyto předměty, zejména pokud je jich na daném

⁷⁸ WHO. 2014, s. 235.

⁷⁹ HIDAYANA, I., FEBRUHARTANTY, J., a V. PARADY. 2017, s. 169.

místě více najednou, přitom mohou spotřebitele klamat a vyvolávat v nich falešný dojem, že jsou mléčné formule prospěšné a dokonce i nezbytné pro správný růst a vývoj jedince.⁸⁰

Výzkumy dnes jasně ukazují, že rodiny, které ve zdravotnických zařízeních opětovaně vidají zástupce mléčných společností, mnohem častěji přemýšlí o zavedení náhražek mateřského mléka do jídelníčku svých potomků. Jejich pravidelná přítomnost totiž budí dojem, že jde o kvalifikované osoby, jež na místě zastávají podobnou funkci jako zdravotníci, a rodiče v ně proto automaticky mají větší důvěru. Tato skutečnost v nich pak vyvolává zmatení a znemožňuje jim správně interpretovat získané informace, a jednat tak skutečně ve prospěch svých dětí.⁸¹

8.3.2 Poskytování produktů zdarma

Jednou z běžných praxí společností produkujících umělou dětskou výživu je i poskytování vzorků svých výrobků zdarma za účelem propagace vlastní značky. Hlavními zprostředkovateli jsou v tomto případě zejména zdravotničtí pracovníci a zástupci firem, kromě toho mohou být tyto reklamní materiály ale nabízeny také v konkrétních obchodech či lékárnách.⁸²

Distribuce vzorků mléčných formulí zdarma je oblíbeným způsobem výrobců, jak rozšířit povědomí o svých produktech mezi širokou veřejnost, a získat tak nové potenciální zákazníky. Ve skutečnosti se však za touto marketingovou metodou skrývá mnohem více, než se na první pohled může zdát. Krmení dítěte umělou výživou totiž může s velkou pravděpodobností způsobit, že kojenec začne mít menší chuť na mateřské mléko, což má pak dále u matky za následek zpomalení jeho produkce, případně až její úplné zastavení. Ženy se tak dostávají do začarovaného kruhu, ze kterého se jen velmi těžko vystupuje, a proto jsou nakonec často nuceny uchýlit se k zavedení mléčných formulí do jídelníčku svého potomka.⁸³

Kromě vzorků samotné umělé dětské výživy tito výrobci poskytují veřejnosti i nejrůznější hmotné dárky, jako jsou například bryndáky, pleny, hračky, hrnky, trička, pera, tašky, lahve na vodu, kalendáře, hodinky, knihy, oblečení a jiné předměty pro dítě, ručníky,

⁸⁰ BEYTOUT, Colines. 2018, s. 10.

⁸¹ Tamtéž, s. 9.

⁸² HIDAYANA, I., FEBRUHARTANTY, J., a V. PARADY. 2017, s. 167.

⁸³ BEYTOUT, Colines. 2018, s. 8.

deštníky atd.⁸⁴ Důsledkem toho pak je, jak ukazují některé odborné studie, že matky, které obdrží takové propagační předměty zdarma, své děti kojí v průměru kratší dobu než ty, jež žádný podobný dar nikdy nedostaly.⁸⁵

Velmi komplikovaná situace nastala v roce 2020, kdy svět zasáhla globální pandemie nemoci Covid-19, jež s sebou přinesla nové výzvy. Mnoho místních obyvatel se v této době dostalo do velkých ekonomických problémů, které jim znemožnily nákup základních životních potřeb, včetně potravy. Někteří výrobci umělé výživy v tom uviděli příležitost a pod záminkou pomoci poskytli postiženým rodinám balení mléčných formulí zdarma. Na jednu stranu šlo o velmi štedrý a dobročinný krok, na stranu druhou však tento čin vytvořil nová nebezpečí. Objevily se navíc případy, kdy společnosti v období pandemie šířily dezinformace vztahující se k bezpečnosti kojení v situaci, kdy je matka pozitivně testována na přítomnost viru SARS-CoV-2, což je jasně v rozporu s *Mezinárodním kodexem marketingu umělé dětské výživy*.⁸⁶

Výzkumy ukazují, že dárcovství umělé výživy v nouzových situacích může způsobit více škody než užítku, jelikož snižuje míru výlučného kojení a zvyšuje výskyt problémů spojených s konzumací náhražek mateřského mléka (například průjmových onemocnění kojenců v důsledku nedostatečného přístupu k pitné vodě). Kojení se přitom během mimořádných událostí, jakými je i pandemie nemoci Covid-19, stává ještě důležitějším, jelikož za všech podmínek představuje pro dítě bezpečnou potravu a zároveň poskytuje i ochranu před infekcemi, matkám zase tělesný kontakt s potomkem pomáhá snižovat hladinu stresu a upevňovat pouto s dítětem.⁸⁷

8.3.3 Speciální design obalů umělé dětské výživy

Co se týká obalů umělé dětské výživy, častým prohřeškem výrobců je aplikace prohlášení či vizuálních prvků, které odrazují matky od kojení.⁸⁸ Společnosti tak například na obal produktů umísťují obrázky nebo texty, jež idealizují podávání mléčných formulí, a to bez jakékoliv zmínky, že by se žena měla vždy před jejich zavedením nejprve poradit s dětským

⁸⁴ HIDAYANA, I., FEBRUHARTANTY, J., a V. PARADY. 2017, s. 167.

⁸⁵ Tamtéž, s. 170.

⁸⁶ WIBAWA, Shierine Wangsa, ed. 2020.

⁸⁷ Tamtéž.

⁸⁸ BESAR, Dien Sanyoto. 2004, s. 3.

lékařem. Použití malého a hůře čitelného písma či nezohlednění místního klimatu ve vztahu k datu expirace také nejsou u náhražek mateřského mléka prodávaných v souostroví žádnou výjimkou.⁸⁹

V Indonésii rovněž můžeme narazit i na výrobky, jež jsou dovezeny ze zahraničí a nelze na nich nalézt informace v indonésckém jazyce (nýbrž například jen v angličtině nebo francouzštině). Tato skutečnost pak přináší vyšší riziko toho, že rodina nebude schopna správně porozumět pokynům na daném balení a umělé mléko dítěti připraví nevhodným způsobem (například ho nadměrně či nedostatečně zředí). Cizojazyčné popisky navíc mnohdy vzbuzují mylný dojem vyšší kvality, jež rodiče přiměje konkrétní produkt zakoupit, aniž by si o něm zjistili více informací – tím však dítě vystavují nemalému nebezpečí.⁹⁰

V Indonésii je v neposlední řadě využívána i tzv. *cross-promotion* „křížová propagace“, jež je nepřímou formou propagace mléčných formulí pomocí marketingu jiných výrobků s podobným označením nebo obalem, na něž se nevztahují nařízení zahrnutá v *Mezinárodním kodexu umělé dětské výživy*. Jejím největším úskalím je fakt, že balení různých výrobků si jsou podobná natolik, že je jen velmi obtížné mezi nimi rozlišovat. V důsledku toho se potom může jednoduše stát, že rodiče udělají při výběru umělého mléka chybu a například svému potomkovi podají nápoj, který není vhodný pro jeho věkovou kategorii, a nevědomky tak ohrozí jeho zdraví.⁹¹

Konkrétní případy křížové propagace v Indonésii byly zaznamenány například u pokračovací výživy značky *Nursie* a *Enfamil*, jež je vhodná pro kojence až od šesti měsíců věku. Tyto produkty měly svá balení nápadně podobná počátečním mlékům, jež mohou děti v případě potřeby konzumovat již od narození během prvních týdnů života. Problém pak nastal v případě, kdy rodiče sáhli po pokračovací výživě v domněn, že pořizují mléko počáteční. Ta je však v porovnání s počáteční výživou nutričně méně hodnotná, a její nesprávné užívání tak může přispět k podvýživě jedince a zdravotním komplikacím v jeho pozdějším věku.⁹²

⁸⁹ HIDAYANA, I., FEBRUHARTANTY, J., a V. PARADY. 2017, s. 170.

⁹⁰ BEYTOUT, Colines. 2018, s. 12.

⁹¹ Tamtéž, s. 12.

⁹² CHAMPENY, Mary. 2020.

8.3.4 Propagace v online prostředí

Nadnárodní společnosti vyrábějící kojeneckou výživu začaly v posledních několika letech využívat popularity sociálních médií a propagovat své produkty na známých platformách, jako jsou Instagram, WhatsApp a Facebook. V období celosvětové pandemie viru SARS-CoV-2, která na Zemi vypukla v roce 2020, poskytl internet výrobcům zcela nové marketingové příležitosti. Za účelem zastavení šíření nákazy bylo zakázáno pořádání veřejných akcí, a tudíž se stal přesun aktivit firem do online prostředí zcela logickým a strategickým krokem.

Mezi jednu z nejpoužívanějších sociálních sítí současnosti patří bezpochyby Facebook, jenž se rovněž postupem času stal oblíbenou platformou pro propagaci mléčných formulí. Je to místo, kde mohou společnosti sdílet informace o výživě kojenců a pochopitelně i o svých vlastních produktech, a to zcela neregulovaným způsobem. Mají zde příležitost bezprostředně komunikovat se spotřebiteli a nepřímou je vybízet ke komentování a šíření svých tematických příspěvků tak, aby se dostaly k co největšímu množství potenciálních zákazníků.

Tyto online aktivity jsou pro výrobce skvělým nástrojem k budování vztahů se širokou veřejností a zejména pak k upevňování spotřebitelské důvěry. Problémem této formy reklamy je, že se na ní ne vždy vztahují platná nařízení *Mezinárodního kodexu marketingu umělé dětské výživy*, a je tak jen velmi obtížné ji jakýmkoliv způsobem regulovat.⁹³

Některé nadnárodní společnosti působící v souostroví se v mnoha případech rozhodly přímo spolupracovat s indonéskou veřejností tak, že z místních žen učinily tzv. influencerky,⁹⁴ které pro firmy vytváří neplacené online marketingové materiály na svých sociálních sítích. Odborníci se shodují na tom, že jde o velmi závažný problém, jelikož tato agresivní nedostatečně regulovaná reklama znatelně podkopává snahy o výlučné kojení a způsobuje, že se matky mnohdy zbytečně rozhodnou zavést do jídelníčku svých potomků umělou výživu.⁹⁵

Příkladem tohoto způsobu propagace může být indonéská značka SGM společnosti *Danone*, která v roce 2014 v zemi zahájila svůj program „*mombassador*“, jenž povzbuzuje místní ženy ve věku 21–35 let k tomu, aby se staly ambasadorkami značky. Uchazečky jsou

⁹³ VINJE, Kristine et al. 2017, s. 7.

⁹⁴ Influencer, z anglického slova *influence* „ovlivnit“, je člověk, jenž svými názory, postoji a činy ovlivňuje lidi okolo sebe.

⁹⁵ FURNEAUX, Rosa. 2020.

přítom posuzovány na základě své aktivity na sociálních sítích a v případě úspěchu jsou pozvány na třídní výlet, v rámci nějž navštíví továrnu na výrobu mléčných formulí společnosti *Danone* a následně se zúčastní i přichystané slavnostní večeře. Po návratu domů jsou pak tyto nové ambasadorky značky vyzvány k tomu, aby pořádaly rodičovské akce a zveřejňovaly příspěvky propagující SGM na svých sociálních sítích.⁹⁶

Ačkoliv nejde o přímo placenou propagaci, ženám jsou v rámci programu „*mombassador*“ za odměnu slíbeny určité výhody. Ambasadorkám jsou například nabízena pravidelná školení, která přímo souvisí s marketingem mléčných formulí. Ženy tak dostanou příležitost navštěvovat kurzy o výživě a vývoji dítěte, lekce zaměřené na fotografování a úpravu fotografií či psaní obsahu na sociální sítě i například kurzy natáčení videí. Tato školení jsou sice zcela zdarma, náklady za dopravu na jednotlivé lekce si však každá účastnice musí hradit sama.⁹⁷

Posledním bodem, který v souvislosti s propagací v prostředí internetu zmíním, je organizování online webinářů. Tato aktivita se rovněž významně rozšířila v roce 2020 po příchodu celosvětové pandemie viru SARS-CoV-2, jež značně omezila osobní setkávání lidí. Příkladem takové společnosti byla *Frisian Flag Indonesia*, která se rozhodla uspořádat několik videokonferencí určených pro rodiče a učitele za účelem vzdělávání veřejnosti v oblasti zdravého životního stylu a výživy dětí. Pro firmu to přitom byl velmi strategický a promyšlený krok, jenž podstatně napomohl propagaci značky a budování důvěry mezi výrobcem a spotřebitelem.⁹⁸

8.3.5 Další způsoby propagace umělé dětské výživy

Způsobů, jakými se výrobci umělé dětské výživy snaží propagovat své výrobky, je v dnešní době již opravdu mnoho. Kromě výše zmíněných je v Indonésii běžná také reklama v obchodech nebo tradičních masových médiích, jako jsou televize, časopisy či knihy. Jsou to přitom místa, s nimiž veřejnost přichází do kontaktu velmi často a pravidelně, v některých případech až denně. Reklamní kampaně zde proto mají značný potenciál zasáhnout a ovlivnit skutečně velký počet lidí.

⁹⁶ FURNEAUX, Rosa. 2020.

⁹⁷ Tamtéž.

⁹⁸ JULHERI. 2020.

Mezi nejrozšířenější typy propagačních materiálů instalovaných v obchodech patří letáky, nejrůznější dárky, reklamní tabule, cenovky s logem firmy, akční ceny produktů, speciální kupóny nebo například plakáty. Některé společnosti rovněž v prodejnách využívají osoby na podporu prodeje, které přímo komunikují se zákazníky, a snaží se tak získat jejich důvěru. Touto cestou zástupci společnosti spotřebitelům poskytují rady a informace o dětské výživě s cílem přesvědčit je o prospěšnosti konzumace mléčných formulí. Často při tom rozdávají i vzorky výrobků konkrétní značky zdarma, jež mohou rodinu jednoduše přimět k zavedení náhražek mateřského mléka do každodenního jídelníčku dítěte – více o tomto problému píše v podkapitole č. 8.3.2 „Poskytování produktů zdarma“.

Propagace umělé dětské výživy v tradičních masových médiích je jednou z nejnebezpečnějších marketingových strategií firem, která již ze své podstaty dokáže zasáhnout a negativně ovlivnit opravdu velký počet lidí. Zvláště tomu tak je v případě, kdy mluvíme o reklamě v televizi, jelikož televizní vysílání sledují denně a pravidelně miliony obyvatel Indonésie. Opakující se reklamní spoty zařídí, že se mléčné formule konkrétní značky dostanou jednoduše do povědomí široké veřejnosti, jež si tak výrobek v budoucnu mnohem pravděpodobněji pořídí.

9 Regulace marketingu umělé dětské výživy v Indonésii

Indonésie částečně implementovala do svého právního systému tzv. *Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy*, a to v nařízení ministra zdravotnictví č. 39/2013, jež reguluje používání mléčných formulí a jiných dětských produktů v souostroví. Tato legislativa se vztahuje na všechny druhy náhražek mateřského mléka vhodné pro děti do šesti měsíců věku a dále i na ostatní výrobky určené pro kojence do jednoho roku věku, jako jsou umělá výživa, kojenecké lahve či dudlíky.⁹⁹

Zákon č. 39/2013 upravuje mimo jiné i propagaci umělé dětské výživy v Indonésii, přičemž zásadně nepovoluje žádnou formu reklamy, která by idealizovala použití mléčných formulí a doporučovala tyto výrobky ženám jako nejlepší způsob stravování dětí. Dále výrobcům zakazuje poskytování produktů či jejich vzorků spotřebitelům zdarma, pořádání speciálních slevových akcí, prodávání/nabízení výrobků prostřednictvím telefonu, e-mailu a jiných elektronických zařízení nebo za využití osob pro podporu prodeje a využívání zdravotnického personálu pro šíření informací o umělém mléce mezi širokou veřejnost.¹⁰⁰

Vyhláška č. 39/2013 se vztahuje rovněž na zdravotnické pracovníky a zdravotnická zařízení, jimž zakazuje v souostroví jakýmkoliv způsobem propagovat kojeneckou výživu a jiné výrobky určené pro děti.¹⁰¹ Nařízení potom reguluje v neposlední řadě i etikety na obalech mléčných formulí, jež tak musí vždy obsahovat dobře čitelné a pravdivé základní informace o daném produktu ve standardním indonéském jazyce.¹⁰² Balení by dále neměla idealizovat umělou dětskou výživu na úkor mateřského mléka a je zároveň nutné, aby spotřebitele upozorňovala na důležitost a nenahraditelnost kojení i rizika spojená s konzumací mléčných formulí.¹⁰³

Od roku 1999 je v Indonésii platné i nařízení prezidenta republiky č. 69, jež reguluje etikety a reklamu na výrobcích určených ke konzumaci. Jeho hlavním cílem je vytvořit poctivý a odpovědný obchod s potravinami (tuhého i tekutého typu) v zemi. Zákon vyžaduje, aby firmy veřejnosti předkládaly pouze pravdivé a nezavádějící informace o svých

⁹⁹ THE MINISTER OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF INDONESIA. 2013, s. 3–4.

¹⁰⁰ Tamtéž, s. 18.

¹⁰¹ Tamtéž, s. 19.

¹⁰² Tamtéž, s. 19.

¹⁰³ Tamtéž, s. 25–26.

produktech, zejména ty sdělované prostřednictvím etiket, a to v psané i obrazové formě.¹⁰⁴ Etikety musí být vždy nepoškozené a dobře viditelné i čitelné.¹⁰⁵

V roce 2017 provedla *Světová zdravotnická organizace* globální průzkum národních předpisů upravujících kojení, přičemž mezi hodnocenými zeměmi byla i Indonésie. K určení úrovně plnění závazků jednotlivých států při ochraně kojení sloužilo nejméně osm ukazatelů, včetně implementace *Mezinárodního kodexu marketingu umělé dětské výživy*.¹⁰⁶ Přestože má Indonésie ve svém právním systému oficiálně zákony, které podporují dostatečně dlouhé výlučné kojení, země z průzkumu nevyšla vůbec dobře. Zásadními zjištěními bylo, že v důsledku nedostatečného monitorování a vymáhání stávajících předpisů je v souostroví stále běžná agresivní propagace umělé dětské výživy a že místní pracoviště se i nadále vyznačují nevyhovujícími podmínkami pro kojení či odsávání mateřského mléka.¹⁰⁷

I přes platnou legislativu se můžeme v Indonésii stále setkat s případy, kdy mléčné společnosti výše uvedená nařízení různými způsoby obcházejí, a často tak nabádají místní matky k používání svých produktů namísto výlučného kojení. Typickým příkladem je křížová propagace,¹⁰⁸ při níž výrobci převážně využívají reklamy na pokračovací mléka, jež jsou vhodná pro děti od jednoho roku života, a tudíž se na ně nevztahují místní předpisy. Toto jednání je však současně v rozporu s *Mezinárodním kodexem marketingu umělé dětské výživy*, jenž zakazuje nabízení těchto výrobků dětem mladším tří let.¹⁰⁹ Dalším nedostatkem indonéských zákonů je také fakt, že ustanovení regulující propagaci mléčných formulí ve zdravotnických zařízeních se vztahují pouze na zdravotníky, nikoliv však na komunitní pracovníky či třeba zaměstnance tzv. *Posyandu*,¹¹⁰ kteří hrají velmi podstatnou roli při podpoře kojení v zemi.¹¹¹

Jak píší v podkapitole č. 8.3 „Nejčastější způsoby propagace umělé dětské výživy v Indonésii“, kvůli těmto mezerám v legislativě v souostroví i nadále dochází k neetickým

¹⁰⁴ PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA. 1999, s. 1.

¹⁰⁵ Tamtéž, s. 4.

¹⁰⁶ SAPUTRI, Nurmala Selly et al. 2020, s. 2.

¹⁰⁷ SIREGAR, Adiatma Y. M, Pipit PITRIYAN a Dylan WALTERS. 2018, s. 2.

¹⁰⁸ O fenoménu křížové propagace se podrobněji zmiňuji v podkapitole č. 8.3.3 „Speciální design obalů umělé dětské výživy“ (součást kapitoly č. 8.3 „Nejčastější způsoby propagace umělé dětské výživy v Indonésii“).

¹⁰⁹ WHO. 2014, s. 235.

¹¹⁰ O fenoménu *Posyandu* píší podrobněji v podkapitole č. 11.1.2.

¹¹¹ SAPUTRI, Nurmala Selly et al. 2020, s. 2.

způsobům marketingu náhrad mateřského mléka, jako jsou například uzavírání smluv se zdravotnickým personálem, poskytování vzorků produktů zdarma, využití osob pro podporu prodeje nebo použití špatně čitelných etiket či popisků v jiném než indonésckém jazyce. Tím vším Indonésie v konečném důsledku přispívá k rychlému nárůstu prodeje mléčných formulí ve východní a jihovýchodní Asii.¹¹²

¹¹² SIREGAR, Adiatma Y. M, Pipit PITRIYAN a Dylan WALTERS. 2018, s. 2.

10 Možné negativní dopady konzumace umělé dětské výživy

10.1 Negativní dopady konzumace umělé dětské výživy na zdraví dítěte

Umělá kojenecká výživa je nejčastěji vyrobena z průmyslově upraveného kravského mléka, jehož složení mnohdy dostatečně nesplňuje výživové potřeby dítěte. Živočišná mléka, jako je například právě kravské, se od toho lidského výrazně liší v poměru obsažených živin i v jejich celkové kvalitě a stravitelnosti.¹¹³ Během procesu výroby umělé dětské výživy se sice množství nutrientů upravuje tak, aby byla výživová hodnota konečného produktu srovnatelná s mlékem mateřským, výrobek však nikdy nemůže vykazovat důležité protiinfekční a bioaktivní vlastnosti a přizpůsobovat se svým složením aktuálním potřebám dítěte tak, jako je tomu u mléka tvořeného v prsu matky.¹¹⁴

Kromě kravského mléka může být umělá dětská výživa vyrobena i na rostlinné bázi, a to převážně ze sójových bobů. Je určena zejména pro kojence, kteří ze zdravotních důvodů nemohou konzumovat bílkovinu kravského mléka (například na ni mají alergii), či rodiny, jež se stravují vegansky, a zásadně tak nepřijímají žádné živočišné produkty. Výživové hodnoty a stravitelnost takového výrobku se však v porovnání s mateřským mlékem opět značně liší, což může při dlouhodobější konzumaci dítěti přivodit nepříjemné zdravotní problémy. Sója navíc přirozeně obsahuje fytoestrogeny, které se v těle chovají podobně jako lidský hormon estrogen, a jejich častá a pravidelná konzumace proto může potenciálně snížit plodnost u chlapců a přivodit ranou pubertu u dívek.¹¹⁵

Jedním z charakteristických znaků rozvojových zemí je špatná hygienická situace a nedostatek pitné vody, což je zároveň další z důvodů, proč může být konzumace umělé dětské výživy pro dítě život ohrožující. Pro přípravu mléčných formulí je nezbytná dostupnost nezávadné vody a čistá domácnost, avšak v některých chudších oblastech Indonésie je toho jen velmi obtížné docílit. V těchto podmínkách pak může poměrně jednoduše dojít ke

¹¹³ Umělá dětská výživa je na rozdíl od mateřského mléka pro kojence náročnější na trávení. (RIORDAN, Jan. 2005, s. 99.)

¹¹⁴ WHO. 2009, s. 10.

¹¹⁵ Tamtéž, s. 10.

kontaminaci dětské lahve či přímo samotného mléka nebezpečnými patogeny, jež mohou dítěti způsobit vážné zdravotní komplikace, v některých případech až dokonce smrt.¹¹⁶

Z důvodu rozdílných výživových vlastností živočišných a rostlinných mlék a nebezpečí kontaminace patogeny *Světová zdravotnická organizace* důrazně doporučuje zahrnovat umělou kojeneckou výživu do jídelníčku dítěte mladšího šesti měsíců jen ve zcela nezbytných a výjimečných případech. Jelikož však mléčné formule nikdy nemohou být rovnocennou dlouhodobou náhradou mateřského mléka, pokud je to možné, mělo by se i v takových případech jednat pouze o krátkodobý doplněk stravy dítěte.¹¹⁷

10.2 Negativní dopady konzumace umělé dětské výživy na ekonomiku

Základní podmínkou pro dlouhodobý růst každé společnosti je zdraví jejích členů. Jsou to právě děti, které vytvářejí budoucnost státu, a proto je jejich dobrý fyzický i psychický stav naprosto esenciálním předpokladem udržitelného ekonomického rozvoje. Primárním stavebním kamenem zdraví každého dítěte je přitom správná výživa. V Indonésii je podle aktuální statistiky exkluzivně krmeno mateřským mlékem zhruba 71 %¹¹⁸ (údaj z roku 2021) dětí mladších šesti měsíců, což poukazuje na výrazné zlepšení míry výlučného kojení v zemi v porovnání s předchozími několika lety.

Jestliže dítě není dostatečně dlouho exkluzivně kojeno, může se to postupem času nějakým způsobem podepsat jak na zdraví jeho, tak i na zdravotním stavu matky. Pokud by se tak stalo, oba by dříve nebo později potřebovali speciální zdravotní péči, což by přispělo k nárůstu výdajů zdravotního systému státu. S touto skutečností pak souvisí také další problémy, jež mají v dlouhodobém měřítku negativní dopad na ekonomickou úspěšnost dané země. Kvůli zdravotním komplikacím, které s sebou nedostatečné kojení přináší, může rovněž v extrémních případech dojít ke snížení produktivity občana, jenž tak nemusí být v pozdějším věku schopen plně přispívat k ekonomickému růstu svého domovského státu.¹¹⁹

¹¹⁶ WHO. 2017, s. 4.

¹¹⁷ WHO. 2009, s. 10.

¹¹⁸ BPS. c2022.

¹¹⁹ A&T. c2021.

Kromě potenciálních negativních dopadů na ekonomiku země má konzumace umělé dětské výživy značně nepříznivý vliv i na výdaje dané rodiny, jelikož pravidelný nákup mléčných formulí představuje velkou finanční zátěž.¹²⁰ Z důvodu peněžní úspory jsou pak tyto produkty častokrát přílišně ředěny, čímž se stávají ještě méně nutričně hodnotnými, a jejich konzumace tak může dítěti způsobit vážné zdravotní komplikace spojené s podvýživou.

10.3 Negativní dopady konzumace umělé dětské výživy na životní prostředí

Ačkoliv má umělá dětská výživa na trhu své důležité místo, její produkce se v dnešní moderní době stala masovou záležitostí, jež v mnoha směrech negativně ovlivňuje životní prostředí na planetě Zemi.¹²¹ Některé zdroje dokonce identifikují potravinový průmysl jako jednu z hlavních příčin globální změny klimatu.¹²²

Umělá kojenecká výživa je převážně vyráběna z kravského mléka, a pro její produkci je tudíž nutný chov početných stád skotu. Ten však vyžaduje spotřebu velkého objemu vody a pravidelné čištění pastvin, které snižuje biologickou rozmanitost místní krajiny a způsobuje úbytek lesů. To je z ekologického hlediska závažný problém, jelikož stromy za normálních podmínek spotřebovávají značné množství oxidu uhličitého z atmosféry, čímž pomáhají bránit změně klimatu. Stáda navíc produkují významný objem metanu, jenž je považován za jeden z nejškodlivějších skleníkových plynů a klíčového aktéra v procesu globálního oteplování.¹²³

Chov početného skotu není jediným problémem spojeným s výrobou umělé dětské výživy. Mezi další negativní důsledky tohoto průmyslu patří rovněž velká spotřeba vody a energií, zvýšená tvorba plastového či jiného odpadu, degradace půdy a znečištění okolních vodních toků.¹²⁴ Většina komerčních mléčných formulí se navíc vyrábí v zemích (mezi velké producenty distribuující do Asie patří například Austrálie a Nový Zéland), které jsou značně

¹²⁰ A&T. c2021.

¹²¹ SMITH, Julie P. 2019, s. 2.

¹²² Tamtéž, s. 3.

¹²³ Tamtéž, s. 2.

¹²⁴ Tamtéž, s. 2.

vzdáleny od místa jejich spotřeby, a přeprava těchto výrobků tak opět přispívá k uvolňování významného množství škodlivého oxidu uhličitého do atmosféry.¹²⁵

Se změnou klimatu souvisí i extrémní výkyvy počasí, jež mohou v některých regionech způsobovat pravidelné záplavy, sucha, požáry, bouře a další přírodní katastrofy. Tyto problémy pak s sebou automaticky přináší i nežádoucí úbytek místních zdrojů potravy, což vede k životní nejistotě a zvýšenému riziku hladu a podvýživy ve světě. I za těchto nepříznivých okolností je pak tou nejúčinnější ochranou zdraví dětí vždy dostatečné kojení, které výrazně zvyšuje sílu a odolnost lidského organismu.¹²⁶ Podpora a propagace kojení je proto naprosto klíčová pro to, abychom do budoucna dokázali ochránit zdraví nejen naše, ale i celé naší planety.

¹²⁵ SMITH, Julie P. 2019, s. 2.

¹²⁶ Tamtéž, s. 3.

11 Pomoc kojícím matkám a těhotným ženám v Indonésii

11.1 Vládní služby a programy

Úspěšné a dostatečně dlouhé kojení není pouze zodpovědností samotné matky, nýbrž k jeho docílení je nezbytná i podpora všech subjektů v okolí ženy, od rodiny přes místní komunitu, pracoviště, zdravotnický systém až po vládu. Dnes proto v Indonésii existují určité vládní služby, jež poskytují podporu rodinám, které se z jakéhokoliv důvodu dostaly do těžké životní situace, z níž je bez vnější pomoci jen velmi obtížné dostat se ven. Tyto programy místním obyvatelům pomáhají jak finančními příspěvky, tak i nepeněžními dary či formou vzdělávacích aktivit, díky nimž se daří snižovat riziko vzniku celé řady socioekonomických problémů v zemi.

11.1.1 Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan (známý také pod zkratkou PKH) je státní program podmíněné sociální pomoci, který byl zahájen v roce 2007 indonéskou vládou za účelem snižování chudoby v zemi. Je spravován Ministerstvem sociálních věcí (indonésy *Kementerian Sosial*, známé též pod akronymem Kemensos) pod přísným dohledem Národní agentury pro plánování rozvoje (indonésy *Badan Perencanaan Pembangunan Nasional*, známá též pod akronymem Bappenas). Hlavním cílem programu je zlepšit socioekonomické podmínky místních obyvatel, jejich zdravotní stav a zvýšit úroveň vzdělání v zemi. V roce 2020 Indonésie čítala zhruba 10 milionů příjemců této sociální pomoci s rozpočtovou alokací ve výši 36,9 bilionu IDR.¹²⁷¹²⁸

Program podmíněné sociální pomoci je celosvětově známý jako *Conditional Cash Transfers* (CCT) „Podmíněné finanční dávky“ a spočívá v poskytování finanční podpory chudým domácnostem, a to, jak už název napovídá, za splnění specifických předem určených

¹²⁷ Na základě kurzu ČNB (ze dne 14. 4. 2022) 36,9 bilionu IDR odpovídá částce 57 748 500 000 Kč.

¹²⁸ KEMENSOS. c2018.

podmínek. Těmi může být například podstupování pravidelných zdravotních prohlídek, udržování adekvátní školní docházky, imunizace¹²⁹ dětí atd.¹³⁰

PKH otevírá chudým rodinám přístup k využívání služeb zdravotnických a vzdělávacích zařízení a je zaměřen především na těhotné ženy a děti, dále na seniory či osoby se zdravotním postižením. Program pro těhotné ženy a ženy po porodu zahrnuje pravidelné kontroly zdravotního stavu matky i dítěte, novorozencům je pak poskytována imunizace, suplementace vitamínu A, kontrola tělesné váhy a pravidelné monitorování správného růstu. Matky dětí do jedenácti měsíců věku jsou přitom na základě doporučení *Světové zdravotnické organizace* podporovány v praktikování výlučného kojení alespoň po dobu prvních šesti měsíců života dítěte.¹³¹

11.1.2 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Pos Pelayanan Terpadu (známá také pod zkratkou *Posyandu*) neboli česky „Integrované servisní místo“ je komunitou organizovaná aktivita, prostřednictvím které je indonéským ženám s dětmi poskytována zdravotní péče. Jejím hlavním cílem je snížit úmrtnost matek a jejich potomků během těhotenství a porodu a rozvíjet účast komunit na aktivitách v oblasti lidského zdraví a plánování rodiny, čímž směřuje ke vzniku silné, odolné a prosperující společnosti.¹³²

Služby *Posyandu* jsou převážně určeny pro kojence, batolata, těhotné ženy, kojící matky a páry v plodném věku. Jejich program zahrnuje několik základních činností, mezi něž patří poskytování vzdělání v oblasti kojení, doplňkového krmení a prevence nemocí, monitorování růstu a správného vývoje dětí za účelem prevence podvýživy a zakrnění, rutinní vyšetření dětí, těhotných žen a kojících matek pro včasné odhalení abnormalit či zajištění úplné imunizace. Na místě jsou pak pro tyto úkony k dispozici vyškolení zdravotničtí pracovníci, kteří se při své činnosti rovněž snaží rodinám předávat odborné rady a informace.

¹²⁹ Imunizace je proces, při němž je člověku do těla aplikována látka, která posiluje činnost jeho imunitního systému, čímž se jedinec stává imunní vůči konkrétní nemoci.

¹³⁰ SON, Hyun Hwa. 2008, s. 2–3.

¹³¹ KEMENSOS. c2018.

¹³² PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG. 2018.

Kromě těchto hlavních aktivit navíc *Posyandu* umožňuje ženám společně se setkávat a sdílet své osobní zkušenosti s mateřstvím.¹³³

Služby zaměřující se na zdraví ženy zahrnují prenatální péči, monitorování správné výživy a důležité konzultace související s přípravou na porod a kojení. Po porodu dále *Posyandu* matkám poskytuje doplňky stravy, jež jsou nezbytné pro bezproblémovou laktaci – jde zejména o suplementy s obsahem vitamínu A, vitamínu B a železa. V neposlední řadě pak program ženám nabízí i podání vakcíny proti tetanu, žloutence či pneumokokům.¹³⁴

Služby zaměřující se na zdraví dětí obsahují prevenci průjmů i rutinní kontroly kojenců a batolat, které zahrnují měření výšky a vážení těla jedince, měření obvodu hlavičky atd.¹³⁵ Tato aktivita probíhá primárně za účelem vyhodnocení správného růstu a vývoje dítěte, aby u něj bylo možné včas odhalit případné vývojové poruchy. Pokud je potřeba, zdravotníci *Posyandu* rodičům poradí, jak výživu jejich potomka zlepšit, aby se jeho růst opět vrátil do normálu. V rámci programu může být dítě rovněž očkováno proti žloutence typu B, dětské obrně, tuberkulóze, záškrtu, černému kašli a tetanu.¹³⁶

Jako součást služby pro plánování rodiny *Posyandu* párům poskytuje mimo jiné i kondomy a antikoncepční pilulky/injekce. Pokud je k dispozici místnost s potřebným vybavením a vyškolenými zdravotnickými pracovníky, může žena požádat i o implementaci nitroděložního tělíška, které je další z oblíbených moderních forem antikoncepce.¹³⁷

11.2 Nadace, organizace, iniciativy

Kromě vládní pomoci v Indonésii působí i řada mezinárodních organizací a místních dobrovolníků, již se rozhodli vlastní silou přispět k řešení problému nedostatečného kojení v souostroví. Snaží se proto šířit dál myšlenku prospěšnosti a nenahraditelnosti mateřského mléka a vzdělávají indonéské obyvatelstvo o tématech správné a zdravé dětské výživy, včetně toho, jak jí úspěšně docílit v praxi.

¹³³ PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG. 2018.

¹³⁴ ADRIAN, Kevin. 2020.

¹³⁵ Tamtéž.

¹³⁶ PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG. 2018.

¹³⁷ ADRIAN, Kevin. 2020.

11.2.1 Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI)

Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) neboli česky „Asociace indonéských kojících matek“ je nezisková organizace založená 21. dubna 2007 skupinou několika místních žen. Jedním z jejích hlavních cílů je sdílet znalosti a ověřené informace o kojení s širokou veřejností. V současné době má AIMI sídlo v osmnácti oblastech napříč celým státem, na ostrovech Jáva, Sumatra, Kalimantan, Sulawesi, Bali a Západní Nusa Tenggara. Ústřední sekretariát organizace se nachází v hlavním městě Indonéské republiky, *Jakartě*.¹³⁸

AIMI se snaží být oporou všem čerstvým maminkám v souostroví tím, že v zemi pořádá nejrůznější reklamní, edukační a advokační aktivity týkající se kojení.¹³⁹ Při nich organizace zásadně odmítá jakékoliv formy produktové spolupráce, a tudíž nepraktikuje propagaci výrobků, které by mohly nějakým způsobem negativně ovlivnit proces kojení, tedy například reklamu na mléčné formule, instantní dětskou výživu, lahve či dudlíky.¹⁴⁰

Hlavní misí AIMI je zvýšit povědomí o důležitosti konzumace mateřského mléka nejméně po dobu prvních dvou let života dítěte, dále povzbuzovat indonéské ženy k tomu, aby své potomky kojily výlučně alespoň do jejich šesti měsíců věku, a zároveň je také informovat o rizicích užívání mléčných formulí. K tomu všemu se pak organizace snaží i posilovat spolupráci s místní vládou za účelem podpory kojení v zemi.¹⁴¹

Konkrétní činnosti AIMI zahrnují poradenské služby při kojení (včetně laktace na pracovišti), vzdělávací kurzy o kojení a zdravém doplňkovém krmení, prosazování politiky přátelské ke kojení či poskytování návrhů plánů laktačních místností na pracovišti. Dále jde o aktivity, jako jsou organizace školení laktačních poradců, seminářů, talk show a bazarů s kojícími potřebami či aktivní činnost v médiích všeho druhu.¹⁴² Na svých oficiálních webových stránkách AIMI v neposlední řadě nabízí i funkční doplňky pro ulehčení praxe kojení – jde například o nejrůznější zástěry, skleněné lahve na mléko, knihy s tematikou kojení atd.

¹³⁸ AIMI. c2017.

¹³⁹ Tamtéž.

¹⁴⁰ Tamtéž.

¹⁴¹ Tamtéž.

¹⁴² Tamtéž.

11.2.2 Ayah ASI

Ayah ASI (slovo *ayah* znamená v indonéštině „otec“; ASI neboli *air susu ibu* znamená v indonéštině „mateřské mléko“) je hnutí založené 21. dubna 2011 skupinou osmi Indonésanů. Jeho hlavním cílem je šířit informace týkající se významu mateřského mléka a zejména pak úlohy otce v procesu kojení. Základní myšlenkou *Ayah ASI* je fakt, že partner může být ženě velkou pomocí a oporou ve snaze o úspěšné dosažení laktace.

Svou činností se hnutí *Ayah ASI* snaží indonéské muže informovat o tom, jaká je jejich skutečná úloha v procesu kojení a jakými všemi způsoby mohou po narození dítěte své partnerce pomoci. Podle odborníků hraje otec například nezbytnou roli při utváření bezpečného prostředí v domácnosti, snižování stresu matky či iniciaci dostatečně dlouhé doby (výlučného) kojení. Dále se může muž podílet na domácích pracích, každodenní péči o potomka, tvorbě zábavy pro dítě atd.¹⁴³

Kromě své aktivity na sociálních sítích pořádá organizace také nejrůznější edukační kurzy a semináře pro muže, které se zabývají rozmanitými tématy z oblasti kojení – jeho důležitostí a výhodami, možnými problémy, s nimiž se mohou ženy při jeho praxi setkat, dále základy fyziologie laktace, kojením po návratu do práce, dárcovstvím mateřského mléka atd. Zakladatelé *Ayah ASI* v neposlední řadě vydali i knihu s názvem *Catatan Ayah ASI* (slovo *catatan* znamená v indonéštině „poznámky“), v níž s širokou veřejností sdílejí vlastní příběhy a zkušenosti s mateřstvím, své znalosti o správné výživě kojenců a další hodnotné informace, jež mohou ostatní otce pozitivně ovlivnit a inspirovat.

11.2.3 Kelompok pendukung Ibu Indonesia (KP Ibu)

Kelompok pendukung Ibu Indonesia (známá také pod zkratkou *KP Ibu*) neboli česky „Podpůrná skupina indonéských matek“ je komunitní skupina složená z místních matek, jež jsou vyškoleny v oblasti kojení a péče o dítě. Ty pořádají pravidelná měsíční setkání, na nichž s dalšími ženami sdílí důležité informace a vlastní zkušenosti spojené s mateřstvím. Vznik *KP Ibu* byl iniciován mezinárodní humanitární organizací *Mercy Corps* v Indonésii a jejím hlavním účelem je připravit indonéské ženy na porod, podpořit je ve včasném zahájení kojení a především je vést k dostatečně dlouhému exkluzivnímu kojení svých potomků.¹⁴⁴

¹⁴³ FEBRUHARTANTY, Judhiastuty, Siti MUSLIMATUN a Andi MARIYASARI SEPTIARI. 2007, s. 94.

¹⁴⁴ HANDAYANI, Novika. 2017.

Setkání *KP Ibu* jsou vždy vedena ženou, matkou, jež pod dozorem profesionálních lékařů a laktačních poradců v minulosti podstoupila zdravotní školení zaměřené na těhotenství, porod a kojení. Zapojení do programu pak mohou být i zdravotničtí pracovníci z komunitního zdravotního centra *Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)* či z komunitní organizace *Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK)*.¹⁴⁵ Hlavní cílovou skupinou *KP Ibu* jsou těhotné ženy a matky kojenců do šesti měsíců věku, avšak účastníkem se může stát i manžel či jiný rodinný příslušník těhotné/kojící ženy, pár, který potomka teprve plánuje, zdravotnický pracovník či kdokoliv, kdo si přeje rozšířit své znalosti v oblasti péče o dítě.¹⁴⁶

Základním tématem diskuze během pravidelných setkání *KP Ibu* jsou vždy otázky související s kojením a správnou výživou dítěte. V případě, že se diskuze dobře rozvine a zbývá nějaký čas navíc, může skupina pokrýt i jiná témata dle přání a potřeby konkrétních účastníků.¹⁴⁷

Program péče o matku skupiny *KP Ibu* podporuje články č. 128 a 129 indonéskeho zákona o zdraví č. 36 z roku 2009 i nařízení vlády č. 33 z roku 2012, jež reguluje mimo jiné i kojení na pracovišti. V neposlední řadě je rovněž naplněním posledního bodu iniciativy „Deset kroků k úspěšnému kojení“, již v roce 2004 zahájila bývalá indonéske ministryně zdravotnictví Endang Rahayu Sedyaningsih. Tento bod nabádá k tomu, aby zdravotníci v zemi povzbuzovali zakládání skupin pro podporu kojení a zároveň je doporučovali matkám po propuštění z nemocnice nebo kliniky.¹⁴⁸

¹⁴⁵ HANDAYANI, Novika. 2017.

¹⁴⁶ SUTRISMINAH, Emi a Febi SUKMA. *Pelaksanaan Kelompok Pendukung Ibu (Kp-Ibu) Dalam Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif* [online]. s. 5.

¹⁴⁷ Tamtéž.

¹⁴⁸ HANDAYANI, Novika. 2017.

12 Praktická část

12.1 Cíl výzkumu

Pro praktickou část své diplomové práce jsem stanovila celkem 21 výzkumných otázek, které jsem ve formě dotazníků rozšířila mezi obyvatele souostroví. Formuláře byly konkrétně určeny matkám alespoň jednoho dítěte původem z Indonésie a jejich cílem bylo zjistit osobní zkušenosti respondentek s výživou vlastních potomků a propagací umělé dětské výživy v Indonésii.

Strukturu vytvořeného dotazníku lze rozdělit na tři části. První obsahuje otázky zaměřující se na původ, současné místo bydliště, věk a vzdělání účastnic výzkumu. Druhá se snaží zjistit míru výlučného kojení (tedy zda respondentky krmily své děti výlučně mateřským mlékem alespoň po dobu prvních šesti měsíců jejich života, jak doporučuje *Světová zdravotnická organizace*) a nejčastější důvody předčasného přerušení výlučného kojení. Třetí část se dotazuje na osobní zkušenosti oslovených s marketingem umělé dětské výživy (tedy s jakými způsoby propagace těchto produktů se ve svém životě setkávají a jak často).

12.2 Metodika výzkumu

Výzkum probíhal od podzimu roku 2021 do jara roku 2022 online formou pomocí dotazníkového šetření. Vytvořila jsem formulář skládající se ze čtyř sociodemografických a sedmnácti informativních otázek, jež se týkaly výživy dětí a propagace umělých kojeneckých mlék. Dotazník jsem následně přeložila z českého do indonéského jazyka a u jednoho z rodilých mluvčích jsem si ověřila jeho gramatickou správnost.

Jelikož nebylo možné výzkum provést osobně přímo v Indonésii, formulář jsem mezi respondenty rozšířila elektronicky pomocí sociálních sítí, konkrétně platformou Facebook (šlo zejména o facebookové skupiny, které jsou určeny pro ženy, jež hledají inspiraci a rady v oblasti těhotenství, mateřství a péče o dítě) a Reddit, jež jsou v současné době v zemi skutečně velmi populární a hojně navštěvované. Dotazník jsem rovněž rozeslala všem svým indonéským přátelům a známým, jež jsem tak poprosila o jeho rozšíření, případně samotné vyplnění (v případě, že šlo o ženu, která je matkou alespoň jednoho dítěte).

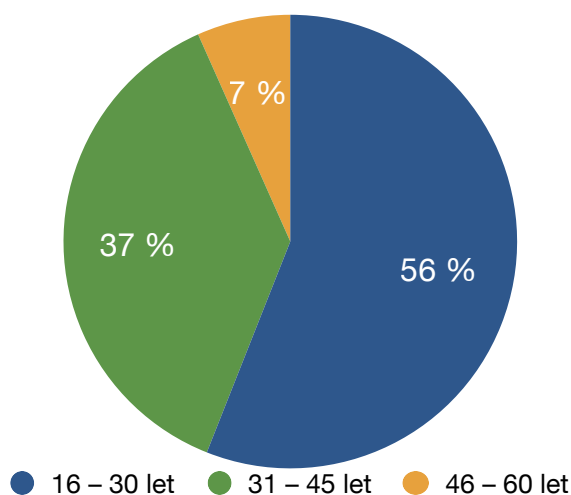
12.3 Výsledky výzkumu

Při svém výzkumu pomocí dotazníkového šetření se mi nakonec podařilo získat celkem 75 respondentů. Pro přehlednost a snazší pochopení jeho výsledků jsem k některým otázkám přidala graf shrnující počet jednotlivých odpovědí v procentech. Zejména v případě obsáhlejších reakcí respondentů jsem pak získaná data shrnula v jednoduché tabulce.

Otázka č. 1: Věk

Nejvíce odpovědí se mi podařilo získat od respondentů ve věku 16 – 30 let, a to celkem 42 (56 %). Zástupci střední generace ve věkovém rozmezí 31 – 45 let pak formulář vyplnili 28 krát (37 %) a výzkumu se zúčastnilo i pět žen z kategorie 46 – 60 let (7 %).

Graf č. 1: Věk



Otázka č. 2: Místo původu

Zcela nejčastěji mi na dotazník odpovídaly ženy pocházející z indonéského ostrova Jáva, konkrétně z provincií Yogyakarta (27 odpovědí), Východní Jáva (16 odpovědí), Střední Jáva (7 odpovědí), Jakarta (6 odpovědí), Západní Jáva (3 odpovědi) a Banten (3 odpovědi). Druhý největší počet respondentů byl původem z ostrova Sumatra, a to z provincie Severní Sumatra (3 odpovědi), Riau (2 odpovědi), Jižní Sumatra (1 odpověď) a Jambi (1 odpověď). Zbytek reakcí jsem získala od žen, jež se narodily na ostrově Bali (1 odpověď) a v provinciích Západní Nusa Tenggara (1 odpověď), Východní Kalimantan (1 odpověď) a Jižní Sulawesi (1

odpověď). Pouze jedna z dotázaných ve formuláři nevedla konkrétní oblast, a za místo svého původu tak označila Indonésii obecně.

Tabulka č. 1: Místo původu

Oblast	Konkrétní odpovědi	Četnost
Yogyakarta, Jáva	DIY / Bantul	27
Východní Jáva, Jáva	Jember / Malang / Sidoarjo Pasuruan / Batu / Blitar / Surabaya / Lamongan / Jombang / Mojokerto / Gresik / Madiun	16
Střední Jáva, Jáva	Semarang / Banyumas / Pekalongan / Surakarta / Sukoharjo / Purwokerto	7
Jakarta, Jáva	Západní Jakarta / Tambora	6
Západní Jáva, Jáva	Bandung / Garut	3
Banten, Jáva	Tangerang	3
Severní Sumatra, Sumatra	Medan	3
Riau, Sumatra	Batam / Bengkalis	2
Bali	–	2
Jižní Sumatra, Sumatra	–	1
Jambi, Sumatra	–	1
Západní Nusa Tenggara	–	1
Východní Kalimantan, Kalimantan	–	1
Jižní Sulawesi, Sulawesi	Makassar	1
Indonésie	–	1

Otázka č. 3: Současné místo bydliště

Převážná část účastnic mého výzkumu v současné době žije na indonéském ostrově Jáva, a to v provinciích Yogyakarta (26 odpovědí), Východní Jáva (14 odpovědí), Západní Jáva (7 odpovědí), Jakarta (6 odpovědí), Banten (4 odpovědi) a Střední Jáva (4 odpovědi). Druhý největší počet žen, které vyplnily můj dotazník, uvedlo jako své aktuální místo bydliště Bali (5 odpovědí) a Sumatru, konkrétně provincie Riau (3 odpovědi), Lampung (1 odpověď) a Severní Sumatra (1 odpověď). Zbytek odpovědí jsem získala od respondentek žijících na ostrově Lombok (1 odpověď) a v provinciích Jižní Kalimantan (1 odpověď), Východní Kalimantan (1 odpověď) a Jižní Sulawesi (1 odpověď).

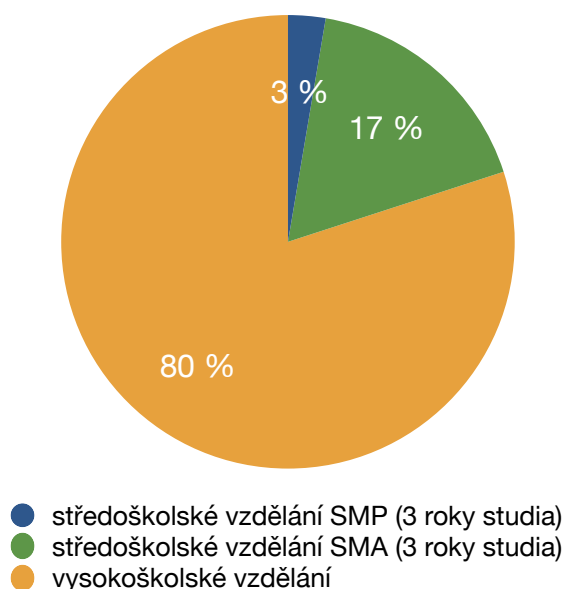
Tabulka č. 2: Současné místo bydliště

Oblast	Konkrétní odpovědi	Četnost
Yogyakarta, Jáva	Yogyakarta / Bantul / Jalan Gendeng / Sewon / Sleman	26
Východní Jáva, Jáva	Jember / Malang / Sidoarjo / Pasuruan / Batu / Blitar / Surabaya / Lamongan / Jombang / Madiun	14
Západní Jáva, Jáva	Bogor / Bekasi / Garut / Bandung / Sumedang / Karawang / Tasikmalaya	7
Jakarta, Jáva	DKI	6
Bali	Bangli / Tabanan	5
Banten, Jáva	Tangerang / Jižní Tangerang	4
Střední Jáva, Jáva	Banyumas / Sukoharjo / Pekalongan / Purwokerto	4
Riau, Sumatra	Duri, simpang garoga / Batam	3
Lampung, Sumatra	–	1
Severní Sumatra, Sumatra	Binjai	1
Lombok	–	1
Jižní Kalimantan, Kalimantan	–	1
Východní Kalimantan, Kalimantan	–	1
Jižní Sulawesi, Sulawesi	Makassar	1

Otázka č. 4: Dosažené vzdělání

Převážná většina mých respondentek dosáhla vysokoškolského titulu – 60 osob, tedy 80 %. Jak jsem vysvětlila v podkapitole č. 6.1 „Nedostatečná vzdělanost matky“ (součást kapitoly č. 6 „Důvody nedostatečného kojení v Indonésii“), průběh praxe kojení je značně individuální a přímo závisí na míře vzdělanosti ženy. Skutečnost, že většina účastnic mého výzkumu absolvovala vysokoškolské studium, proto může mít vliv na zjištění popsána v následující části této práce. Dále na dotazník odpovědělo 13 matek (17 %) s vyšším středoškolským vzděláním (SMA) a dvě respondentky (3 %) s nižším středoškolským vzděláním (SMP).

Graf č. 2: Dosažené vzdělání



Otázka č. 5: Kolik máte dětí?

Většina mých respondentek má pouze jedno dítě, a to celkem 41. Druhý největší počet žen, jež participovaly v mém výzkumu, má potomky dva – konkrétně 29 osob. Čtyři účastnice jsou pak matkou tří dětí a pouze jedna z dotázaných má potomků pět.

Tabulka č. 3: Počet dětí

Počet dětí	Četnost
1	41
2	29
3	4
5	1

Otázka č. 6: Kde hledáte informace o správné dětské výživě?

Otázka č. 6 byla uzavřená a nabízela respondentkám několik odpovědí, z nichž mohly označit jednu či více. Jako zcela nejoblíbenější zdroj informací o správné dětské výživě v Indonésii vyšel na základě mého výzkumu internet, případně konkrétně sociální média, jež jsou v dnešní době velmi populární zejména u mladší generace naší společnosti. Tuto možnost v dotazníku zvolilo celkem 58 osob, tedy více než 3/4 oslovených. Druhým nejčastějším místem, kde ženy získávají své znalosti a vědomosti na toto téma, jsou zdravotnická zařízení jako nemocnice, ordinace praktických lékařů či střediska *Posyandu*. Odpovědělo tak celkem 49 účastnic výzkumu, tedy zhruba 2/3 dotázaných. 33 žen (méně než 1/2) pak uvedlo, že tyto informace hledají v knihách či časopisech, 28 (více než 1/3) u vlastních rodinných příslušníků či přátel a 27 (více než 1/3) u odborníka na dětskou výživu. Jedna matka rovněž využila možnosti psaní vlastní odpovědi a zmínila, že se za účelem vzdělávání v oblasti dětské výživy a rodičovství účastní speciálních odborných seminářů.

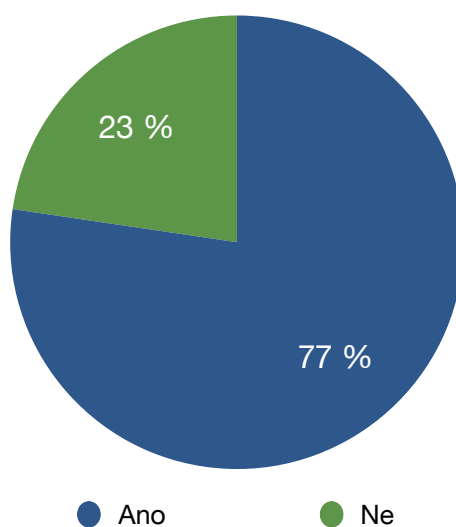
Tabulka č. 4: Nejpoužívanější zdroje informací o správné dětské výživě

Zdroj informací	Četnost
internet / sociální média	58
nemocnice / praktický lékař / <i>Posyandu</i>	49
knihy / časopisy	33
rodinní příslušníci / přátelé	28
odborník na dětskou výživu	27
účast na odborných seminářích o rodičovství a výživě dětí	1

Otázka č. 7: Kojila jste všechny své děti výlučně (tzn. Vaše děti byly krmeny pouze mateřským mlékem, bez přidání doplňkové dětské výživy) alespoň po dobu prvních šesti měsíců jejich života?

Z mého výzkumu vyplývá, že celkem 77 % (58 osob) respondentek krmilo všechny své potomky výlučně mateřským mlékem alespoň po dobu prvních šesti měsíců jejich života. Podařilo se jim tak splnit minimální doporučenou délku výlučného kojení, kterou stanovila Světová zdravotnická organizace pro udržení dlouhodobého zdraví a vitality dítěte i matky. Zbytek oslovených žen, tedy celkem 23 % (17 osob), své potomky z různých důvodů nekrmilo alespoň půl roku po porodu pouze mateřským mlékem, nýbrž muselo pro své děti zvolit alternativní způsob výživy. Co tyto matky k takovému rozhodnutí vedlo a jaké konkrétní potraviny do jídelníčku svých potomků zařadily zkoumám v otázce č. 8 a 9.

Graf č. 3: Kojila jste všechny své děti výlučně alespoň po dobu prvních 6 měsíců jejich života?



Otázka č. 8 (navazuje na otázku č. 7): Pokud ne, z jakého důvodu?

Otázka č. 8 byla uzavřená a nabízela respondentkám několik odpovědí, z nichž si mohly vybrat jednu či více. Byla určena pouze ženám, které na dotaz č. 7 odpověděly „ne“, tedy těm, jež přerušily výlučné krmení mateřským mlékem alespoň u jednoho ze svých dětí ještě před dosažením prvních šesti měsíců jeho života. Přichází se zjištěním, že naprostá většina matek přestala svého potomka kojit výlučně kvůli nedostatečné produkci mateřského mléka, což je skutečně jeden z nejčastějších důvodů uváděných v odborných studiích na toto téma (sama

tento fenomén popisují v kapitole č. 6 „Důvody nedostatečného kojení v Indonésii“ v teoretické části této práce). Odpovědělo tak celkem 13 osob, tedy téměř 3/4 respondentek (z oslovených, které zvolily u otázky č. 7 možnost „ne“). Druhou nejzmiňovanější příčinou je v případě mého výzkumu nedostatek času na praktikování výlučného kojení (4 odpovědi), což může souviset například s nutností brzkého návratu ženy do zaměstnání. Dalšími méně častými důvody jsou potom přijetí rady od jiné osoby k zavedení doplňkové výživy do jídelníčku dítěte (3 odpovědi) a zdravotní důvody matky (1 odpověď). Jedna matka rovněž využila možnosti psaní vlastní odpovědi a zmínila, že ji k předčasnému přerušení výlučného krmení potomka mateřským mlékem vedla bolest prsních bradavek.

Tabulka č. 5: Nejčastější důvody předčasného přerušení výlučného kojení

Důvod	Četnost
nedostatečná produkce mateřského mléka	13
nedostatek času na praktikování výlučného kojení	4
přijetí rady k zavedení doplňkové dětské výživy	3
zdravotní důvody matky	1
bolest prsních bradavek	1

Otázka č. 9 (navazuje na otázku č. 7): Pokud ne, jaké doplňkové potraviny jste dítěti (dětém) podávala v průběhu prvních 6 měsíců jeho života?

Otázka č. 9 byla otevřená, a nabízela tak respondentkám možnost vepsání jakékoliv vlastní odpovědi. Byla pochopitelně určena pouze ženám, jež na dotaz č. 7 odpověděly „ne“, tedy těm, jež přerušily výlučné krmení mateřským mlékem alespoň jednoho ze svých potomků ještě před dosažením prvních šesti měsíců jeho života. Jako nejoblíbenější doplňková dětská potravina se na základě mého výzkumu ukázalo být sušené mléko, které v dotazníku uvedlo celkem osm matek. Dále Indonésanky svým potomkům nejčastěji podávají dětskou kaši (4 odpovědi), například rýžovou, nejrůznější druhy ovoce či ovocného pyré (3 odpovědi) nebo indonéský pokrm *nasi tim* (2 odpovědi), který se skládá z rýže s masem a dušenou zeleninou. Zbytek respondentek pak uvedl zeleninu (1 odpověď), mléko (1 odpověď), živočišnou bílkovinu (1 odpověď) a dětské potraviny značky Promina (1 odpověď).

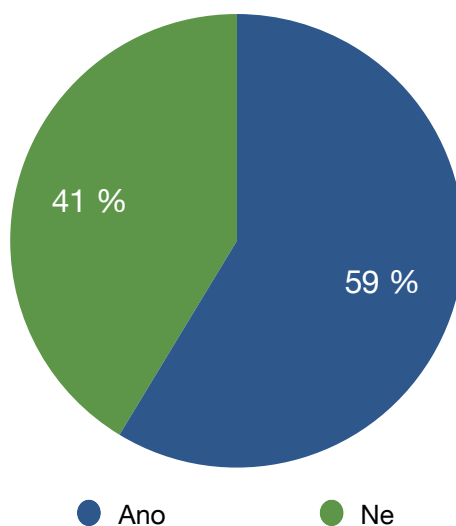
Tabulka č. 6: Nejčastěji podávané dětské doplňkové potraviny

Potravina	Četnost
mléčné formule	8
dětská kaše	4
ovoce / ovocné pyré	3
<i>nasi tim</i> (rýže s masem a dušenou zeleninou)	2
zelenina	1
mléko	1
živočišná bílkovina	1
dětské potraviny značky Promina	1

Otázka č. 10: Rozhodla jste se podávat alespoň jednomu z Vašich dětí umělé mléčné formule?

Z výzkumu vyplývá, že většina dotázaných, celkem 44 osob (59 %), se rozhodla do jídelníčku alespoň jednoho ze svých potomků zařadit mléčné formule. V jakém věku dítěte, proč a jakou značku těchto výrobků respondentky zvolily, zkoumám v otázce č. 11, 12 a 13. 31 (41 %) žen, tedy méně než polovina, pak uvedlo, že mléčné formule svým potomkům nikdy nepodávalo – proč tak učinily, se ptám v otázce č. 14.

Graf č. 4: Rozhodla jste se podávat alespoň jednomu z Vašich dětí umělé mléčné formule?



Otázka č. 11 (navazuje na otázku č. 10): Pokud ano, od kolika let začalo Vaše dítě (dětí) konzumovat umělé mléčné formule?

Otázka č. 11 byla určena pouze ženám, které u dotazu č. 10 zvolily možnost „ano“, tedy těm, jež se rozhodly alespoň jednomu ze svých dětí podávat umělé mléčné formule. Odpovědi na tento dotaz se různí v závislosti na konkrétní rodině, i přesto se však některá získaná data shodují. Nejvíce matek (celkem 28 osob) uvedlo, že tyto výrobky zavedlo do jídelníčku svého potomka až po uplynutí šesti měsíců jeho života – v těchto případech tedy bylo jednáno v souladu s doporučením *Světové zdravotnické organizace*. Z výzkumu dále vyplývá, že pouze 12 dotázaných začalo svého potomka krmit mléčnými formulami dříve, než dítě dosáhlo věku šesti měsíců. Na základě otázky č. 12 lze přitom tvrdit, že tomu tak bylo převážně z důvodů, jimiž jsou nedostatečná produkce mateřského mléka, brzký návrat do zaměstnání, zdravotní důvody a domněnky okolí, že žena neprodukuje dostatečné množství mateřského mléka.

Tabulka č. 7: Věk, ve kterém byly do jídelníčku dítěte zavedeny umělé mléčné formule

Věk	Četnost
od narození	4
2 týdny	1
1 měsíc	1
2 měsíce	1
3 měsíce	2
4 měsíce	3
6 měsíců	3
7 měsíců	4
8 měsíců	3
1 rok	7
13 měsíců	1
14 měsíců	1
16 měsíců	2
18 měsíců	1
2 roky	6
33 měsíců	1

Otázka č. 12 (navazuje na otázku č. 10): Pokud ano, proč jste se rozhodla Vašemu dítěti (Vašim dětem) umělé mléčné formule podávat?

Otázka č. 12 byla rovněž určena pouze ženám, jež u dotazu č. 10 zvolily možnost „ano“, tedy těm, které se rozhodly alespoň jednomu ze svých dětí podávat mléčné formule. Důvody, proč tak učinily, se různí v závislosti na konkrétní rodině, avšak i přesto se některé odpovědi shodují. Nejvíce respondentek jako příčinu uvedlo vlastní nedostatečnou produkci mateřského mléka či její úplné zastavení (12 osob), o něco méně pak brzký návrat do zaměstnání (9 odpovědí) a zdravotní potíže (7 odpovědí). Pět účastnic výzkumu dále zavedlo umělou dětskou výživu až po tom, co se přiblížily k době, kdy dítě potřebuje pro svůj správný růst a vývoj začít pomalu přijímat kromě mateřského mléka i jiné doplňkové potraviny (tedy po dosažení věku šesti měsíců). Zbylé ženy zmínily následující důvody k zahájení užívání mléčných formulí – doporučení jiné osoby, ozvláštnění jídelníčku dítěte, přesvědčení okolí o tom, že matka produkuje nedostatečné množství mléka, návrat do zaměstnání a neschopnost dítěte pít odsáté mléko, zdravotní důvody kojence či jeho podprůměrný růst a další těhotenství (jež může způsobit snížení produkce mateřského mléka). Výzkum rovněž ukázal, že žádná z dotázaných nevěří, že konzumace umělé výživy je pro dítě zdravější než sání mléka matky a ani jedna z žen nepřerušila výlučné kojení za účelem vlastního pohodlí.

Tabulka č. 8: Důvody zavedení umělých mléčných formulí do jídelníčku dítěte

Důvod	Četnost
Protože má produkce mateřského mléka poklesla / byla nedostatečná / se zastavila.	12
Protože jsem se musela brzy vrátit do práce a přestat kojit.	9
Protože mi osobní zdravotní důvody kojit nedovolily.	7
Jako doplněk stravy po ukončení doporučené doby výlučného kojení mateřským mlékem / před odstavením.	5
Protože mi někdo doporučil, abych začala svému dítěti (svým dětem) podávat umělé mléčné formule.	1
Pro ozvláštnění jídelníčku dítěte.	1
Protože okolí si myslí, že má produkce mateřského mléka není dostatečná.	1
Protože pracuji a mé dítě nemá rádo odstříkané a ohřáté mateřské mléko.	1

Váha mého dítěte se zastavila kolem 5 měsíců věku, přidaly se také alergie, proto mi bylo lékařem doporučeno zařadit umělé mléko.	1
Dítě nechtělo jíst, jeho váha se nezvyšovala, proto mi bylo lékařem doporučeno zařadit umělé mléko.	1
Znovu jsem otěhotněla.	1
Protože věřím, že umělé mléčné formule jsou pro dítě zdravější než mateřské mléko.	0
Protože je to pro mě jednodušší/pohodlnější než kojení.	0

Otázka č. 13 (navazuje na otázku č. 10): Pokud ano, jakou značku umělých mléčných formulí jste zvolila a proč?

Otázka č. 13 byla rovněž určena pouze ženám, jež u dotazu č. 10 zvolily možnost „ano“, tedy těm, které se rozhodly alespoň jednomu ze svých dětí podávat mléčné formule. Nejoblíbenější společností produkující umělou dětskou výživu se v mém průzkumu ukázala být *Nutricia* (13 odpovědí) a její čtyři značky – *Bebelac* (7 odpovědí), *Nutrilon* (2 odpovědi), *Nutribaby* (2 odpovědi) a *Bebelove* (1 odpověď). Druhými nejzmiňovanějšími firmami v dotazníku byly *Nestlé* (7 odpovědí) se svými výrobky *S-26* (6 odpovědi) a *Dancow* (1 odpověď) a *Moringa* (7 odpovědí) s produktem *Chilkid* (2 odpovědi). Dále respondentky uváděly mléčné formule společností *Danone* (5 odpovědi), *Abbott Nutrition* (3 odpovědi), *Mead Johnson Nutrition* (2 odpovědi), *FrieslandCampina* (2 odpovědi) a *Tempo Scan Group* (1 odpověď). Tři matky rovněž přiznaly, že svým potomkům podávaly trvanlivá mléka od firmy *Utrajaya* (2 odpovědi) a *Greenfields* (1 odpověď). Důvody (pokud byly uvedeny), které účastnice výzkumu vedly k výběru těchto konkrétních značek, jsou sepsány níže v tabulce č. 9 „Oblíbené značky umělých mléčných formulí“.

Tabulka č. 9: Oblíbené značky umělých mléčných formulí

Značka/společnost	Četnost	Uváděné důvody
<i>Bebelac (Nutricia)</i>	7	dobrá (nízká) cena / dítěti chutná / bezpečný při alergiích
<i>S-26 (Nestlé)</i>	6	doporučení rodinného příslušníka pro posílení růstu dítěte / hodnotný nutriční obsah / jeho aroma se blíží mateřskému mléku

<i>Moringa</i>		5	docela dobrý obsah živin / dítěti chutná / dítěti nezpůsobuje žádné potíže
SGM (<i>Danone</i>)		5	přijatelná cena a snadná dostupnost
Pediasure (<i>Abbott Nutrition</i>)		3	vhodný pro navýšení váhy dítěte / nízký obsah cukru
Nutrilon (<i>Nutricia</i>)		2	dobrá kvalita / zajímavá reklama / dítěti vyhovuje
Chilkid (<i>Moringa</i>)		2	dobré složení
Nutribaby (<i>Nutricia</i>)		2	kompletní obsah živin / vhodný pro dětský žaludek / dítěti chutná / dostupná cena
Enfamil (<i>Mead Johnson Nutrition</i>)		2	vhodný pro děti / dobrý obsah živin / bezpečný při alergiích
Frisian Flag (<i>FrieslandCampina</i>)		2	přijatelná cena
Ultra Mimi (<i>Ultrajaya</i>) – trvanlivé mléko		2	dobrá cena
Vidoran (<i>Tempo Scan Group</i>)		1	dítěti chutná / vhodná velikost do kapsy / dlouho vydrží
Bebelove (<i>Nutricia</i>)		1	dítěti se po něm hladce vyprazdňuje
Dancow (<i>Nestlé</i>)		1	–
<i>Greenfields</i> – trvanlivé mléko		1	dobrá cena
<i>Nutricia</i>		1	–

Otázka č. 14: Pokud jste své dítě (děti) umělými mléčnými formulemi nekrmila, proč?

Otázka č. 14 byla určena pouze ženám, které u dotazu č. 10 zvolily možnost „ne“, tedy těm, jež ani jednomu ze svých dětí nepodávaly mléčné formule. Důvody, proč tak učinily, se různí v závislosti na konkrétní rodině, avšak i přesto se některé odpovědi shodují. Zcela nejvíce matek se tak rozhodlo, protože si myslí, že umělé mléko není pro kojence zdravé (12 odpovědí), o něco méně pak díky tomu, že produkovalo správné množství mateřského mléka, které bylo pro dítě dostačující výživou (9 odpovědí). Další respondentky svým potomkům umělou výživu nepodávaly, jelikož jim to jejich finanční situace nedovolila (6 odpovědí), poradila jim to tak jiná osoba (6 odpovědí) či se domnívají, že mléko od matky je pro kojence nejlepší, protože se jeho obsah neustále přizpůsobuje jeho individuálním nutričním potřebám (4 odpovědi). Zbylé ženy se rozhodly pro mateřské mléko kvůli jeho pozitivním účinkům na

imunitu jedince (1 odpověď) a pak také proto, že ho dítě upřednostňovalo před umělými formulemi (1 odpověď).

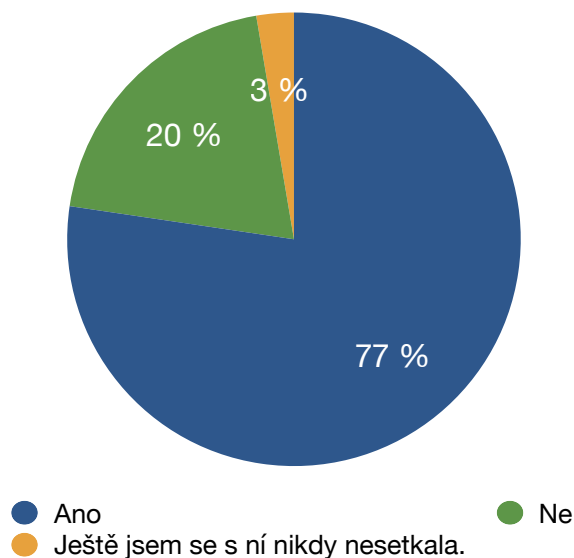
Tabulka č. 10: Důvody nezavedení umělých mléčných formulí do jídelníčku dítěte

Důvod	Četnost
Protože si myslím, že umělé mléko není pro děti zdravé.	12
Protože jsem měla dostatek mateřského mléka / mateřské mléko bylo pro dítě dostačující.	9
Protože mi má finanční situace nedovolila umělá mléka kupovat.	6
Protože mi někdo poradil, abych své dítě (děti) umělým mlékem nekrmila.	6
Protože je pro dítě nejlepší mateřské mléko, jeho obsah se přizpůsobuje potřebám dítěte.	4
Protože mateřské mléko přirozeně posiluje imunitu dítěte.	1
Protože mému dítěti chutná mateřské mléko více než mléčné formule.	1

Otázka č. 15: Zdalipak se s propagací umělých mléčných formulí setkáváte alespoň jednou týdně (například v masových médiích, obchodech, lékárnách atd.)?

Naprostá většina respondentek, konkrétně 58 osob (77 %), vypověděla, že se s propagací umělých mléčných formulí setkává alespoň jednou týdně. Zbylé ženy buď uvedly, že tento fenomén vidají méně často (odpovědělo tak 15 osob, tedy 20 %), a nebo v případě pouhých dvou účastnic (3 %), že se s ním dokonce ještě nikdy neseťkaly. Můj výzkum tedy potvrzuje předpoklad, že marketing umělé dětské výživy je v Indonésii i nadále skutečně častý a hojně rozšířený.

Graf č. 5: Zdalipak se s propagací umělých mléčných formulí setkáváte alespoň jednou týdně?



Otázka č. 16: Kde všude se s propagací umělých mléčných formulí setkáváte?

Otázka č. 16 byla uzavřená a nabízela matkám několik odpovědí, z nichž mohly označit jednu či více. Většina účastnic výzkumu (50 osob) uvedla, že se s propagací umělých mléčných formulí setkává v masových médiích, tedy na internetu, v televizi, rádiu, knihách, časopisech, novinách atd. Druhým nejčastějším místem marketingu umělé dětské výživy jsou dle respondentek obchody – tak odpovědělo celkem 44 jedinců. Zbylé ženy pak vypověděly, že reklamu na tyto výrobky vidají ve zdravotnických zařízeních či lékárnách (21 odpovědí), na speciálních propagačních akcích (21 odpovědí) a v ulicích (1 odpověď), pravděpodobně ve formě billboardů. Na otázku reagovalo i 16 dotázaných, které konkrétní místo setkání s propagací umělých mléčných formulí neuvěděly (či zvolily více odpovědí) – tyto matky zmínily, že jim byly produkty přímo doporučeny nějakou konkrétní osobou.

Tabulka č. 11: Nejčastější způsoby propagace umělých mléčných formulí

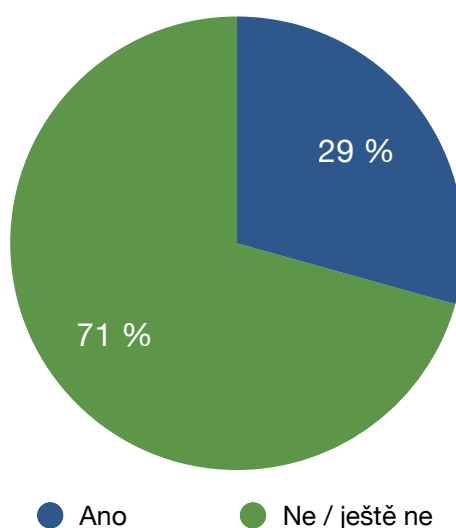
Místo	Četnost
v masových médiích	50
v obchodech	44
ve zdravotnických zařízeních / lékárnách	21

na propagačních akcích	21
Někdo mi je doporučil.	16
na ulici	1

Otázka č. 17: Už jste někdy obdržela vzorek umělých mléčných formulí zdarma?

Ze získaných dat vyplývá, že přibližně 1/3 žen, konkrétně 22 (29 %), někdy během svého života obdržela vzorek umělých mléčných formulí zdarma. 53 respondentek (71 %) se s touto formou propagace ještě nikdy osobně nesetkalo. I přesto je však můj výzkum důkazem toho, že je v Indonésii tento fenomén (o kterém rovněž píše v kapitole č. 8 v praktické části této práce) stále aktuální.

Graf č. 6: Už jste někdy obdržela vzorek umělých mléčných formulí zdarma?



Otázka č. 18 (navazuje na otázku č. 17): Pokud ano, od koho?

Otázka č. 18 byla uzavřená a nabízela matkám několik odpovědí, z nichž si mohly vybrat jednu či více. Byla určena pouze ženám, jež u dotazu č. 17 zvolily možnost „ano“, tedy těm, které alespoň jednou během svého života obdržely vzorek mléčných formulí zdarma. Nejvíce účastnic výzkumu dostalo tento reklamní materiál od zástupce konkrétní společnosti (15 odpovědí), o poznání méně potom od zdravotníka (4 odpovědi) a rodinného příslušníka či přítele (3 odpovědi). Dvě matky rovněž využily možnosti psaní vlastní odpovědi a zmínily, že

vzorek umělé dětské výživy dostaly v obchodě, nevedly k tomu však žádné další konkrétní informace.

Tabulka č. 12: Nejčastější zdroje vzorků umělého mléka zdarma

Zdroj	Četnost
od zástupce společnosti	15
od zdravotníka	4
od rodinných příslušníků / přátel	3
v obchodě	2

Otázka č. 19 (navazuje na otázku č. 17): Pokud ano, jaké značky byl vzorek umělých mléčných formulí, který jste obdržela?

Otázka č. 18 byla rovněž určena pouze ženám, jež u dotazu č. 17 zvolily možnost „ano“, tedy těm, jež alespoň jednou během svého života obdržely vzorek umělých mléčných formulí zdarma. Odpovědi na ní se různí v závislosti na zkušenostech konkrétní rodiny, avšak i přesto se nakonec některé respondentky shodují. Značkou, která je zcela nejčastěji propagována formou poskytování vzorků produktů zdarma, je na základě mého výzkumu SGM (6 odpovědí) od společnosti *Danone*, jež v Indonésii z marketingových důvodů hojně (a úspěšně) spolupracuje s veřejností, jak popisuji v kapitole č. 8 v teoretické části této práce. Druhým nejzmiňovanějším výrobcem byla firma *Moringa* (celkem 6 odpovědí) a její dva konkrétní produkty – *Chilkid* (4 odpovědi) a *Chil Go* (1 odpověď). Dále se v dotazníku několikrát objevila společnost *Nestlé* (4 odpovědi) a její značky *Dancow* (2 odpovědi), *Sustagen* (1 odpověď) a *S-26* (1 odpověď) a firma *Nutricia* s produktem *Bebelac* (4 odpovědi). Jako poslední tři matky uvedly, že obdržely vzorky formulí od výrobce *FrieslandCampina* (3 odpovědi), přičemž šlo konkrétně o značky *Friso* (2 odpovědi) a *Frisian Flag* (1 odpověď).

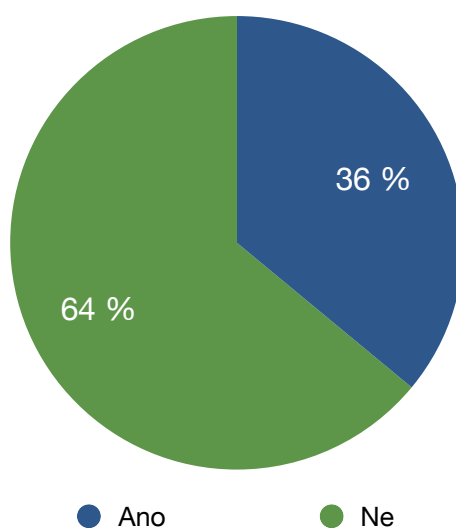
Tabulka č. 13: Značky nejčastěji poskytovaných vzorků umělého mléka zdarma

Značka/společnost	Četnost
SGM (Danone)	6
Bebelac (Nutricia)	4
Chilkid (Moringa)	4
Dancow (Nestlé)	2
Friso (FrieslandCampina)	2
Sustagen (Nestlé)	1
S-26 (Nestlé)	1
Frisian Flag (FrieslandCampina)	1
Chil Go (Moringa)	1
Moringa	1

Otázka č. 20: Zdalipak podle Vás konzumace umělých mléčných formulí dítěti přináší nějaká zdravotní rizika?

Většina respondentek, konkrétně 48 osob (64 %), se domnívá, že konzumace mléčných formulí dítěti nepřináší žádná zdravotní rizika. Zbytek, tedy 27 dotázaných (36 %), si myslí, že umělá dětská výživa může být za určitých podmínek pro zdraví jedince nebezpečná.

Graf č. 7: Zdalipak podle Vás konzumace umělých mléčných formulí dítěti přináší nějaká zdravotní rizika?



Otázka č. 21 (navazuje na otázku č. 20): Pokud ano, jaká rizika podle Vás konzumace umělých mléčných formulí dítěti přináší?

Otázka č. 21 byla určena pouze ženám, jež u dotazu č. 20 zvolily možnost „ano“, tedy těm, jež se domnívají, že konzumace mléčných formulí může dítěti přinášet určitá zdravotní rizika. Nejvíce účastnic výzkumu uvedlo jako možnou komplikaci zažívací potíže (6 odpovědí) a alergii (6 odpovědí), která se však vyskytuje vždy pouze u některých vybraných jedinců. Druhým nejzmiňovanějším problémem je pak obezita (4 odpovědi) a snížená imunita (4 odpovědi), případně s tím související vyšší riziko vzniku nejrůznějších onemocnění. Dále ženy uváděly jako rizikový faktor nadbytečný příjem cukrů (3 odpovědi), podvýživu (2 odpovědi), vyšší kazivost zubů (2 odpovědi), poškození trávicího traktu (1 odpověď), zvýšení agresivity dítěte (1 odpověď), negativní efekt přítomných chemických látek (1 odpověď), vyšší riziko vzniku duševních chorob (1 odpověď) a zrod závislosti (1 odpověď). Většina těchto výše zmíněných zdravotních komplikací je skutečně na základě odborných studií spojována s nevhodnou konzumací umělé dětské výživy, viz kapitolu č. 10 v teoretické části této práce.

Tabulka č. 14: Nejčastěji uváděná rizika konzumace umělých mléčných formulí

Riziko	Četnost
zažívací potíže	6
alergie	6
obezita	4
snížená imunita / vyšší riziko nemoci	4
nadbytečný příjem cukrů	3
podvýživa	2
vyšší kazivost zubů (kvůli vysokému obsahu cukrů)	2
poškození trávicího traktu	1
zvýšení agresivity dítěte	1
negativní efekt přítomných chemických látek	1
vyšší riziko vzniku duševních poruch	1
vznik závislosti	1

13 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo vysvětlit význam a důležitost kojení se zaměřením na souostroví Indonésie a následně analyzovat fenomén agresivní propagace umělé dětské výživy v této rozvojové zemi.

V úvodu teoretické části jsem čtenáře obecně seznámila s mateřským mlékem, jež je tou nejlepší, nejpřirozenější a nejprospěšnější potravou každého novorozence. Jeho složení je u každé ženy značně individuální a vždy se přizpůsobuje aktuálním potřebám dítěte, čímž zajišťuje jeho celkové zdraví, správný růst a vývoj. Kromě výživové složky, tedy základních makronutrientů (tuků, cukrů a bílkovin) a širokého spektra důležitých vitaminů a minerálů, tato tekutina obsahuje i velké množství ochranných látek, které zajišťují imunitu kojence v době, kdy je jeho vlastní imunitní systém ještě nedostatečně vyvinut. Rozlišujeme tři základní fáze lidského mateřského mléka, jimiž jsou mlezivo (kolostrum), přechodné mléko a zralé mléko, z nichž každá se vyznačuje specifickým poměrem obsažených živin vhodných vždy pro konkrétní stádium vývoje jedince.

V další části práce jsem se zabývala procesem kojení s cílem představit jeho důležitost a výhody nejen pro samotného kojence, ale i pro jeho matku. Jak ukazují mnohé výzkumy, díky látkám obsaženým v mateřském mléce kojení dítě chrání před celou řadou zdravotních problémů, od infekčních chorob přes potravinové alergie až po psychická onemocnění. V pozdějším věku pak hraje významnou roli v prevenci osteoporózy, chudokrevnosti, obezity či dokonce cukrovky. Mezi nejdůležitější benefity kojení pro matku pak patří rychlejší návrat těla do stavu před otěhotněním, nižší riziko vzniku osteoporózy i některých druhů rakoviny a v neposlední řadě nelze opomenout ani jeho výhody ekonomické.

Následující část diplomové práce se již konkrétně zaměřila na oblast Indonésie a problematiku kojení v této zemi. Jako první jsem čtenáře seznámila s místní legislativou upravující kojení, která přímo vychází z doporučení vydaných *Světovou zdravotnickou organizací*. Zde jsem zmínila zákon o zdraví č. 36/2009, který chrání právo dítěte být výlučně krmeno mateřským mlékem alespoň po dobu prvních šesti měsíců jeho života, dále zákon č. 33/2012, jenž reguluje mimo jiné i laktaci na pracovišti a ve veřejných zařízeních, a nakonec i vyhlášku ministra zdravotnictví z roku 2004, která nařizuje zdravotnickému personálu každou ženu podporovat v praxi dostatečně dlouhého výlučného kojení. V další kapitole jsem pak

popsala specifika kojení ve vztahu k islámu, který je v Indonésii v současné době nejrozšířenějším a nejvýznamnějším náboženstvím.

Následně jsem vysvětlila nejčastější důvody, proč Indonésanky přestávají své potomky výlučně krmit mateřským mlékem předčasně, s výjimkou případů přímo způsobených zdravotními problémy ženy. Mezi ty základní patří nedostatečná vzdělanost, psychosociální faktory, podvýživa či brzký návrat matky do zaměstnání a agresivní propagace umělé dětské výživy, již jsem v následujících kapitolách rozebrala podrobněji. Kromě těchto základních příčin může být předčasné přerušování exkluzivního kojení v Indonésii způsobeno i dalšími okolnostmi, jako jsou pocit ženy, že její produkce mléka není dostatečná, neschopnost najít správnou techniku kojení či přesvědčení, že mateřské mléko je pouze pro chudé, kteří nemají finanční prostředky na nákup mléčných formulí. Všechny tyto faktory pak mohou vést k příliš brzkému zavedení umělé dětské výživy do jídelníčku dítěte, což s sebou za určitých okolností může nést jistá rizika.

Za účelem ochrany kojení vydala *Světová zdravotnická organizace* v roce 1981 tzv. *Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy*, jehož hlavním cílem je zastavit agresivní propagaci umělé kojenecké výživy a šířit informace o zdravém způsobu stravování dětí. Tato legislativa reguluje uvádění produktů, jako jsou náhražky mateřského mléka, dětské čaje, džusy a vody, kondenzovaná mléka či kojenecké lahve a jejich části, na trh, aby nedocházelo k jejich nevhodnému použití, které by mohlo ohrozit zdraví dítěte. Kodex také současně doporučuje, aby každá matka svého potomka exkluzivně kojila alespoň po dobu prvních šesti měsíců jeho života a s kojením i nadále pokračovala minimálně do dvou let jeho věku.

V další kapitole jsem podrobněji rozebrala jednu z hlavních příčin předčasného přerušování exkluzivního kojení v souostroví, již je agresivní propagace umělé dětské výživy. Uvedla jsem, jaký je rozdíl mezi mléky počátečními, pokračovacími, batolecími a speciálními a jaké společnosti vyrábějící tyto produkty na místním trhu působí. Jelikož je Indonésie stát s velmi početnou populací, je velice atraktivním cílem firem produkujících umělou dětskou výživu. Jde převážně o známé americké, nizozemské a novozélandské výrobce, jako jsou například *Mead Johnson Nutrition*, *Danone*, *FrieslandCampina*, *Nestlé* a *Nutricia*.

Způsobů, jakých mléčné společnosti v Indonésii využívají pro propagaci svých produktů, je v dnešní době již skutečně celá řada. Často však jde o praktiky zcela nepoctivé a neetické, jež jsou v rozporu s *Mezinárodním kodexem marketingu umělé dětské výživy*. Mezi ty nejběžnější v souostroví patří uzavírání smluv se zdravotníky, poskytování výrobků

zdarma, speciální design obalů mléčných formulí, použití osob na podporu prodeje, využití sociálních sítí k zapojení veřejnosti do propagace a reklamní kampaně v obchodech či tradičních masových médiích.

V Indonésii je v současnosti rozvinut jistý systém regulace marketingu náhražek mateřského mléka, jenž přímo vychází z obsahu *Mezinárodního kodexu marketingu umělé dětské výživy*. Konkrétně jde především o nařízení ministra zdravotnictví č. 39 z roku 2013, které upravuje uvádění těchto výrobků na místní trh. Zásadním negativem však je, že země přijala předpisy stanovené *Světovou zdravotnickou organizací* pouze částečně, a proto dnes v indonéském zákoníku existují určité mezery, jichž společnosti produkující mléčné formule rády beztretně využívají. Nařízení jsou tak v souostroví obcházena různými strategiemi, jako jsou například křížová propagace či využití sociálních sítí pro vlastní reklamu, která nespadá pod národní legislativu. V kombinaci s nedostatečnou kontrolou plnění místních předpisů pak vzniká problém, jenž je jednou z hlavních příčin předčasného přerušení výlučného kojení v Indonésii.

V další části práce jsem čtenáře seznámila s negativními dopady konzumace umělé dětské výživy v souostroví, konkrétně s jejím vlivem na zdraví dítěte, ekonomiku země a jednotlivců i na životní prostředí. Ačkoliv existuje mnoho případů, kdy je zavedení mléčných formulí do jídelníčku kojence zcela nezbytné, tyto výrobky nikdy nemohou být plnohodnotnou náhradou mateřského mléka. Je tomu tak převážně proto, že dítěti neposkytují přirozenou imunitu a jejich složení se nedokáže automaticky přizpůsobovat jeho aktuálním výživovým potřebám. V rozvojových zemích jako je Indonésie navíc z hygienických důvodů hrozí nebezpečí kontaminace kojenecké lahve či přímo umělého mléka patogeny, které mohou ohrozit zdraví nebo dokonce i život dítěte.

Nedostatečné kojení dále zvyšuje výdaje rodiny za nákup umělé dětské výživy i náklady na zdravotní péči v zemi, což může v konečném důsledku negativně ovlivnit celkovou ekonomickou situaci státu. Průmyslová výroba umělých mléčných formulí (stejně jako jiných potravin) pak v neposlední řadě přispívá ke globální změně klimatu, extrémním výkyvům počasí a s tím souvisejícímu riziku hladu a podvýživy ve světě.

K docílení dostatečně vysoké úrovně výlučného kojení v Indonésii je mimo jiné zapotřebí i systematicky vzdělávat obyvatelstvo o tomto tématu, ideálně s odkazem na *Mezinárodní kodex marketingu umělé dětské výživy*. V souostroví proto dnes existuje několik vládních programů a působí celá řada organizací i dobrovolníků, kteří šíří informace o správném způsobu stravování dětí, a pomáhají tak místním ženám dosáhnout úspěšné praxe

kojení. Mezi ty nejznámější a nejnvlivnější patří například služba *Program Keluarga Harapan* (PKH), aktivita *Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)*, nezisková organizace *Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia* (AIMI), hnutí *Ayah ASI* či komunitní skupina *Kelompok pendukung Ibu Indonesia* (KP Ibu).

Praktická část diplomové práce je založena na dotazníkovém šetření, jež bylo provedeno online formou prostřednictvím soukromých zpráv a populárních sociálních sítí. Jeho hlavním cílem bylo zjistit zkušenosti respondentek s výživou vlastních potomků a s propagací umělé dětské výživy v zemi. Výzkumu se zúčastnilo celkem 75 indonéských žen, matek alespoň jednoho dítěte, jež pocházely z různých oblastí Indonésie. Většina z nich měla 16–30 let, druhou nejpočetnější věkovou kategorií byly osoby v rozmezí 31–45 let. Zcela nejvíce dotázaných dosáhlo vysokoškolského titulu, o poznání méně pak vyššího středoškolského (SMA) či ještě o stupeň nižšího vzdělání. Převážná část oslovených měla jednoho nebo dva potomky.

Z výsledků šetření vyplývá, že Indonésanky se inspirují v oblasti péče o dítě nejčastěji na internetu a sociálních médiích, která jsou však mnohdy plná dezinformací a jen obtížně regulovatelné reklamy na umělá mléka. Druhým nejoblíbenějším místem, kde respondentky hledají rady ohledně správné dětské výživy, jsou ordinace lékařů, nemocnice či střediska *Posyandu*. Mezi další zdroje informací ohledně mateřství patří u indonéských matek knihy a časopisy, rodinní příslušníci či přátelé a odborník na zdravou stravu dětí.

Výzkum dále ukázal, že většina dotázaných kojila své potomky výlučně alespoň po dobu prvních šesti měsíců jejich života, jak důrazně doporučuje *Světová zdravotnická organizace*. Menšina žen, která tak neučinila, jednala převážně z důvodu snížené produkce mateřského mléka, což je problém, jemuž by bylo možné v mnoha případech předcházet dostatečným vzděláním matky v oblasti péče o dítě a praxe kojení. Doplnkovými potravinami, které tyto ženy svým potomkům podávaly nejčastěji, jsou mléčné formule, dále pak různé druhy kaší, ovoce či dětská verze indonéského pokrmu *nasi tim*.

Více než polovina respondentek uvedla, že alespoň jednomu ze svých dětí do jídelníčku zavedla umělou kojeneckou výživu, nejčastěji od společností *Nutricia*, *Nestlé* a *Danone*. Většina tak učinila až po dosažení šesti měsíců jeho života, tedy v souladu s doporučením *Světové zdravotnické organizace*. Mezi nejčastější důvody, jež k tomu tyto matky vedly, patří nízká produkce mateřského mléka, brzký návrat do zaměstnání a zdravotní příčiny. Ženy, které se rozhodly svým potomkům mléčné formule nepodávat, tak jednaly

převážně z přesvědčení, že umělé mléko není pro děti zdravé, nebo protože jejich produkce mateřského mléka byla dostačující.

Fakt, že se většina oslovených setkává s propagací umělé dětské výživy alespoň jednou za týden, dokazuje, že jde v souostroví o problém stále velmi aktuální. Nejrozšířenějšími místy této reklamy jsou masová média a obchody, s nimiž je převážná část obyvatel v kontaktu denně, a mohou mít tedy na spotřebitele skutečně velký vliv. Přibližně pouhá třetina dotázaných uvedla, že někdy v životě dostala vzorek mléčných formulí zdarma, a to nejčastěji od zástupce konkrétní společnosti. Šlo přitom o výrobky firmy *Danone*, *Moringa*, *Nestlé*, *Nutricia* a *FrieslandCampina*.

Nakonec výzkum ukázal, že zhruba dvě třetiny respondentek si nejsou vědomy žádných možných negativních dopadů konzumace mléčných formulí na zdraví dítěte. Zbytek oslovených žen si myslí, že umělá dětská výživa může být za určitých podmínek pro kojence nebezpečná. Jako její potenciální rizika tyto dotázané nejčastěji uváděly vznik zažívacích potíží, alergií, obezity a snížení imunity jedince.

Je zřejmé, že ke zlepšení praxe kojení v Indonésii je zapotřebí víceúrovňový přístup. Prvním nezbytným krokem je posílení stávajících místních předpisů, které se zaměřují na ochranu kojení, a také zavedení systematického a efektivního monitorovacího systému. Zároveň je třeba výrazně zvýšit regulaci marketingu umělé dětské výživy v zemi, zejména s ohledem na vysoce manipulativní reklamu v online prostředí, která v posledních letech značně nabyla na popularitě. Namísto náhražek mateřského mléka by měly být v masových médiích více šířeny informace o správném způsobu stravování dětí a především o důležitosti dostatečně dlouhého výlučného kojení. V neposlední řadě je nutné zintenzivnit školení zdravotnických pracovníků a připomenout jejich význam při snahách o vzdělávání veřejnosti v oblasti dětské výživy a přirozené laktace.

Vzhledem k tomu, že Indonésie je velmi rozmanitý stát složený z několika tisíců ostrovů, práce nepodává zcela kompletní obraz problematiky kojení a propagace umělých mléčných formulí na celém jeho území. To je také důvod, proč by tento výzkum mohl být přínosem jako základ pro hlubší rozbor tohoto fenoménu v zemi.

Resumé

Tato diplomová práce pojednává o problematice kojení a agresivní propagace umělé dětské výživy v Indonésii. Přichází se zjištěním, že ačkoliv se míra výlučného kojení v souostroví za poslední roky výrazně zvýšila, i nadále v zemi žije velké množství žen, jimž se z různých důvodů nedaří dosáhnout dostatečně dlouhého exkluzivního kojení svých potomků. Mateřské mléko je tou nejpřirozenější a zdraví nejprospěšnější výživou každého novorozence, a proto by měly být všechny matky podporovány v úspěšném dlouhodobém udržení laktace. V Indonésii se však ženy v tomto směru mohou setkat hned s několika překážkami, jako jsou velmi krátká doba mateřské dovolené, nevhodné podmínky pro odsávání mléka na pracovišti či například podvýživa. Jednou z hlavních příčin nedostatečného kojení v souostroví jsou rovněž agresivní reklamní strategie výrobců mléčných formulí. Ačkoliv mohou být tyto produkty v konkrétních případech pro život jedince naprosto nezbytné, jejich nesprávné použití s sebou přináší jistá nebezpečí. V zemi sice existuje určitá regulace jejich marketingu, ne vždy však jsou tyto předpisy dostatečně vymáhány a společnosti navíc přišly i na způsoby, jak je obcházet. V posledních letech se v Indonésii čím dál tím více šíří osvěta v oblasti dětské výživy, ať už jde o aktivity iniciované samotným státem či řadou místních dobrovolnických organizací.

Summary

This diploma thesis discusses the problem of insufficient breastfeeding and aggressive promotion of infant formulas in Indonesia. The research shows that although the rate of exclusive breastfeeding in the archipelago has increased in the past few years, a large number of women in the country are, for various reasons, still not able to exclusively breastfeed their offspring for a meaningful amount of time. Breastmilk is the most natural and the healthiest food for the human baby, and therefore all mothers should get support in their efforts to successfully maintain long-term lactation. In Indonesia, however, women may face several obstacles in this regard, such as very short maternity leave, unsuitable conditions for milk extraction in the workplace, or even, malnutrition. One of the main causes of insufficient breastfeeding in the archipelago is also the aggressive advertising strategy undertaken by infant formula producers. Although, in specific cases, these products may be absolutely necessary for the baby, their improper use carries certain dangers. While there are some regulations regarding their marketing in the country, these regulations are not always sufficiently enforced and companies have also come up with ways to circumvent them. In recent years, education in the field of child nutrition has become increasingly widespread in Indonesia, whether it is through activities initiated by the state itself or by a number of local volunteer organisations.

Seznam použité literatury

A&T. *In Indonesia, breastfeeding impacts families, communities, and the economy*. Alive and Thrive [online]. c2021 [cit. 2021-9-2]. Dostupné z: https://www.aliveandthrive.org/en/country-stat/indonesia#ec__mothers

ADRIAN, Kevin. *Ini Kegiatan Posyandu dan Manfaatnya bagi Ibu dan Anak* [online]. 2020 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: <https://www.alodokter.com/ini-kegiatan-posyandu-dan-manfaatnya-bagi-ibu-dan-anak>

AFIYANTI, Yati a Dyah JULIASTUTI. *Exclusive breastfeeding practice in Indonesia*. British Journal of Midwifery [online]. 2012, 20(7) [cit. 2021-10-8]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/270375535_Exclusive_breastfeeding_practice_in_Indonesia

AIMI. *Kenali AIMI*. Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) [online]. c2017 [cit. 2021-8-24]. Dostupné z: <https://aimi-asi.org/layanan/lihat/kenali-aimi>

AIMI. *Organisasi*. Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) [online]. c2017 [cit. 2021-8-24]. Dostupné z: <https://aimi-asi.org/organisasi>

BESAR, Dien Sanyoto. *Indonesia Code Violations: A survey of the state of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA Resolutions*. IBFAN protecting breastfeeding [online]. Malaysia: IBFAN-ICDC, 2004 [cit. 2021-9-30]. Dostupné z: <https://ibfan.org/art/298-4.pdf>

BETTER WORK INDONESIA. *Law And Regulations On Breastfeeding* [online]. [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: <https://aimi-asi.org/storage/app/media/pustaka/Better%20Work%20Indonesia%20Breastfeeding%20Campaigns/BFW%20Guideline%20-%20Law%20and%20Regulation.pdf>

BEYTOUT, Coline. *Irresponsible marketing of formula milk: Overview of corporate practices* [online]. ACF International, 2018 [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: https://www.actioncontrelafaim.org/wp-content/uploads/2018/05/ACF_Rapport_BMS_Anglais_web.pdf

BPS. *Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Yang Mendapatkan Asi Eksklusif Menurut Provinsi (Persen), 2015* [online]. c2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <https://www.bps.go.id/indicator/30/1340/3/persentase-bayi-usia-kurang-dari-6-bulan-yang-mendapatkan-asi-eksklusif-menurut-provinsi.html>

BPS. *Persentase Bayi Usia Kurang Dari 6 Bulan Yang Mendapatkan Asi Eksklusif Menurut Provinsi (Persen), 2019-2021* [online]. c2022 [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <https://www.bps.go.id/indicator/30/1340/1/persentase-bayi-usia-kurang-dari-6-bulan-yang-mendapatkan-asi-eksklusif-menurut-provinsi.html>

BUTTE, Nancy F. a Alison STUEBE. *Patient education: Maternal health and nutrition during breastfeeding (Beyond the Basics)* [online]. [cit. 2021-8-31]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/maternal-health-and-nutrition-during-breastfeeding-beyond-the-basics>

COLEMAN, Jaclyn Cruz. *Breastfeeding in the Big Durian* [online]. 2018 [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://whatsnewindonesia.com/jakarta/breastfeeding-in-the-big-durian/>

DOWLING, Michaela. *A Comparative Analysis of Breastfeeding Policies in Indonesia, the United Arab Emirates, and the Philippines* [online]. 2018 [cit. 2021-9-1]. Worcester Polytechnic Institute. Vedoucí práce Professor Elisabeth Stoddard and Professor Patricia Stapleton. Dostupné z: https://web.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-012318-115054/unrestricted/MQP_-_Society,_Technology,_and_Policy.pdf

FARADILAH, Andi a AKBAR. *Religious Knowledge and Breastfeeding Mothers Status in Indonesia*. Alami Journal [online]. 2017, **1**(1), 101–106 [cit. 2021-9-9]. Dostupné z: <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/alami/article/view/6272>

FEBRUHARTANTY, Judhiastuty, Siti MUSLIMATUN a Andi MARIYASARI SEPTIARI. *Fathers help to improve breastfeeding practice: can Indonesian fathers provide the same help?*. *Universa Medicina* [online]. 2007, 26(2), 90–100 [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/271842748_Fathers_help_to_improve_breastfeeding_practice_can_Indonesian_fathers_provide_the_same_help

FURNEAUX, Rosa. *The baby brands turning Indonesian Instagram into free formula ads* [online]. *The Bureau of Investigative Journalism*, 2020 [cit. 2021-10-14]. Dostupné z: <https://www.thebureauinvestigates.com/stories/2020-07-30/the-baby-brands-turning-indonesian-instagram-into-free-formula-milk-ads>

GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ. *Jídelníček kojenců a malých dětí: kojení a umělé mléko, nemléčné příkrmy, dětská obezita, vegetariánské stravování*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2716-5. Dostupné z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:ba48e2e0-e928-11e4-9c07-001018b5eb5c>.

HANDAYANI, Novika. *Peran Regulasi dan Puskesmas dalam Upaya Peningkatan Keberhasilan ASI Eksklusif Melalui Kelompok Pendukung (KP) Ibu di Masyarakat* [online]. 2017 [cit. 2021-10-19]. Dostupné z: <https://www.mutupelayanankesehatan.net/19-headline/2415-peran-regulasi-dan-puskesmas-dalam-upaya-peningkatan-keberhasilan-asi-ekslusif-melalui-kelompok-pendukung-kp-ibu-di-masyarakat>

HIDAYANA, I., FEBRUHARTANTY, J., a V. PARADY. *Violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Indonesia context*. *Public Health Nutrition*, 2017. 20(1), s. 165–173. doi:10.1017/S1368980016001567.

HRASIAMEDIA. *Danone in Indonesia* [online]. ©2022 [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <https://hrasiamedia.com/companys-write/up-2019/indonesia/id-danone/>

CHAMPENY, Mary. *“Growing-up milk” marketing in Indonesia signals need for strengthened regulations*. *ARCH* [online]. 2020 [cit. 2021-9-14]. Dostupné z: <https://archnutrition.org/gum-marketing-in-indonesia/>

IRACH, Hilda. *Hukum Donor ASI Menurut Islam, Berapa Banyak ASI yang Dianggap Sepersusuan?*. HaiBunda [online]. 2021 [cit. 2021-9-14]. Dostupné z: <https://www.haibunda.com/menyusui/20201218180523-54-185206/hukum-donor-asi-menurut-islam-berapa-banyak-asi-yang-dianggap-sepersusuan>

JULHERI. *Frisian Flag Indonesia Gelar Webinar Gerakan Nusantara 2020*. Sumeks [online]. 2020 [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <https://sumeks.co/frisian-flag-indonesia-gelar-webinar-gerakan-nusantara-2020/>

KEMENSOS. *Apa Itu Program Keluarga Harapan* [online]. Kementarian Sosial Republik Indonesia, c2018 [cit. 2021-9-8]. Dostupné z: <https://pkh.kemensos.go.id/?pg=tentangpkh-1>

KEMENSOS. *Kewajiban Anggota Keluarga Penerima Manfaat PKH Komponen Kesejahteraan Sosial* [online]. Kementarian Sosial Republik Indonesia, c2018 [cit. 2021-9-8]. Dostupné z: <https://pkh.kemensos.go.id/?pg=tentangpkh-4>

LI, J. et al. *Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration*. Acta Pædiatrica, 2008. 97(2), 221-225. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00602.x>

MALEKI-SAGHOONI, Nahid et al. *Investigating the Breastfeeding Self-Efficacy and its Related Factors in Primiparous Breastfeeding Mothers*. International Journal of Pediatrics. 2017, 5(12):6275-6283. doi:10.22038/ijp.2017.25656.2182.

MOHAMMADI Mohammad Mehdi a Roghayeh POURSABERI. *The Effect of Stress Inoculation Training on Breastfeeding Self-Efficacy and Perceived Stress of Mothers With Low Birth Weight Infants: A Clinical Trial*. Journal of Family and Reproductive Health, 2018. 12(3), 160-168.

MOTEE, Ashmika a Rajesh JEEWON. *Importance of Exclusive Breastfeeding and Complementary Feeding among Infants*. Current Research in Nutrition and Food Science Journal, 2014. 2(2), 56-72. 10.12944/CRNFSJ.2.2.02.

PEMERINTAH KABUPATEN BULELENG. *Pengertian posyandu, kegiatan, definisi, tujuan, fungsi, manfaat dan pelaksanaan posyandu* [online]. 2018 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: https://dispmd.bulelengkab.go.id/informasi/detail/bank_data/pengertian-posyandu-kegiatan-definisi-tujuan-fungsi-manfaat-dan-pelaksanaan-posyandu-33

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 1999 Tentang Label Dan Iklan Pangan* [online]. 1999 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: <https://peraturan.go.id/common/dokumen/ln/1999/pp69-1999.pdf>

RIORDAN, Jan. *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed. USA: Jones and Bartlett Publishers, 2005. ISBN 0-7637-4585-5.

SAPUTRI, Nurmala Selly et al. *Progress towards reducing sociodemographic disparities in breastfeeding outcomes in Indonesia: a trend analysis from 2002 to 2017*. BMC Public Health. 2020, 20:1112. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09194-3>.

SIREGAR, Adiatma Y. M, Pipit PITRIYAN a Dylan WALTERS. *The annual cost of not breastfeeding in Indonesia: the economic burden of treating diarrhea and respiratory disease among children (< 24mo) due to not breastfeeding according to recommendation*. International Breastfeeding Journal [online]. 2018, 13(10) [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-018-0152-2.pdf>

SMITH, Julie P. *A commentary on the carbon footprint of milk formula: harms to planetary health and policy implications*. International Breastfeeding Journal [online]. 2019, 14(49) [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-019-0243-8.pdf>

SON, Hyun Hwa. *Conditional Cash Transfer Programs: An Effective Tool for Poverty Alleviation?* [online]. Asian Development Bank, 2008 [cit. 2021-9-8]. Dostupné z: <https://www.adb.org/publications/conditional-cash-transfer-programs-effective-tool-poverty-alleviation>

SUTRISMINAH, Emi a Febi SUKMA. *Pelaksanaan Kelompok Pendukung Ibu (Kp-Ibu) Dalam Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif* [online]. [cit. 2021-10-20]. Dostupné z: http://research.unissula.ac.id/file/publikasi/210104088/2250artikel_KP_ibu-Emi-Febi.pdf

THE MINISTER OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF INDONESIA. *Decree of the Ministry of Health No 39 Year 2013* [online]. 2013 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: http://apiyca.org/wp-content/uploads/2014/01/Indonesia_-Decree-of-the-Ministry-of-Health-No-39-Year-2013.pdf

UNICEF. *Maternal nutrition: Preventing malnutrition in pregnant and breastfeeding women*. [online]. [cit. 2021-8-31]. Dostupné z: <https://www.unicef.org/nutrition/maternal>

VINJE, Kristine et al. *Media audit reveals inappropriate promotion of products under the scope of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes in South-East Asia* [online]. Public Health Nutrition. 2017 [cit. 2022-01-17]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/315115174_Media_audit_reveals_inappropriate_promotion_of_products_under_the_scope_of_the_International_Code_of_Marketing_of_Breast-milk_Substitutes_in_South-East_Asia

VON STUMM, Sophie a Robert PLOMIN. *Breastfeeding and IQ Growth from Toddlerhood through Adolescence*. PLoS One. 2015 Sep 25;10(9):e0138676. doi: 10.1371/journal.pone.0138676. PMID: 26406251; PMCID: PMC4583278.

WHO. *Indonesia's breastfeeding challenge is echoed the world over*. Bulletin of the World Health Organization, 2014. 92(4), s. 234–235. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.020414>.

WHO. *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. France, 2009. ISBN 978-92-4-159749-4. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf;jsessionid=C8BA4848C3EEA27E83B0305A8CD0C96F?sequence=1.

WHO. *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions (2017 Update)*. Geneva, 2017. Licence: CC BY-NC- SA 3.0 IGO.

WIBAWA, Shierine Wangsa, ed. *Mengapa Donasi Susu Formula Saat Pandemi Covid-19 Berbahaya?*. Kompas [online]. 2020 [cit. 2022-01-17]. Dostupné z: <https://www.kompas.com/sains/read/2020/08/10/100400523/mengapa-donasi-susu-formula-saat-pandemi-covid-19-berbahaya-?page=all>

YASHMIN, Shaheda. *Islamic and Cultural Practices in Breastfeeding*. La Leche League International [online]. 2015 [cit. 2021-10-18]. Dostupné z: <https://www.llli.org/islamic-cultural-practices-breastfeeding-2/>