

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

2010

Bc.Jana Kilbergerová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

VYPRACOVÁNÍ STANDARDU VÝŽIVY DĚTÍ DO TŘÍ LET

Diplomová práce

Bc.Jana Kilbergerová

Vedoucí práce: prof. MUDr.Miloš Velemínský, CSc., Dr.h.c.

2010

ABSTRACT

The issue of the child nutrition is a permanently topical subject. The nutrition recommendations concerning the suitability of individual kinds of food for the given age, time of their introduction into the nutrition and the size of portions is changing during the years. This thesis treats the topical recommendations in the nutrition of children up to the age of three years in the primary care. The healthy alimentation has also an important preventive role in the fight against civilization diseases in adulthood. In the term of the first three years of life, the correct nutrition is the most important thing which shall be assured for the good development of the child. In this thesis the theory is connected with practice.

The target of the thesis was to find out the way of alimentation of the child up to the age of three years in the family, if the nurses inform the mothers of the children up to the age of three years about the principles of the correct alimentation of their child and to create the education and information in the field of principles of correct nutrition of the child up to the age of three years. These targets were achieved.

In the quantitative research examination, the research complex consisted of a general and children nurse, and mothers of children up to the age of three years from all 123 consulting rooms of physicians for the children and young people (pediatrists) in the South Bohemian Region. 123 questionnaires for nurses and 1230 questionnaires for mothers of children up to three years of age were distributed. 85 questionnaires for nurses and 360 questionnaires for mothers were used for the research.

It follows from the results of the research examination that mothers are well informed about the correct way of alimentation of their child in the consulting rooms of practical physicians for children and young people and they observe the recommended principles of the correct nutrition of their child. It follows from the research examination of nurses that there are not unified opinions in introducing some kinds of food into the nutrition of sucklings and toddlers, first of all concerning the pasteurised cow milk, fat and cholesterol. The answers of nurses and mothers in the research examination were the base for elaboration of the educational manual for the parents – especially for mothers and a standard for the nutrition of children up to there years of

age for the non-medical employees in medicine pursuant the Act No. 96/2004 Coll. The usage of this thesis will serve also for the teaching of non-medical jobs in health service.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum.....

.....

Poděkování:

Děkuji prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., Dr.h.c. za pomoc, cenné rady, připomínky, podněty, trpělivost a za odborné vedení práce. Dále děkuji personálu ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a všem rodičům za spolupráci při realizaci výzkumného šetření.

OBSAH

Úvod	3
1 Současný stav	4
1.1 Výživa novorozenců	4
1.1.1 Složení mateřského mléka.....	7
1.1.2 Fyziologie laktace.....	10
1.1.3 Technika kojení.....	12
1.1.4 Nejčastější problémy při kojení.....	14
1.1.5 Kojení za zvláštní situace.....	15
1.1.6 Kojení nedonošených dětí.....	16
1.1.7 Kontraindikace kojení.....	20
1.1.8 Léky a kojení.....	21
1.1.9 Banky mateřského mléka.....	22
1.1.10 Umělá výživa novorozenců.....	24
1.2 Výživa kojenců	31
1.2.1 Nemléčný příkrm.....	32
1.3 Výživa batolat	36
1.4 Edukační proces	50
1.5 Ošetrovatelský standard	56
1.6 Ošetrovatelský proces	58
2 Cíl práce a hypotézy	63
2.1 Cíl práce.....	63
2.2 Hypotézy.....	63
3 Metodika	64
3.1 Výzkumné metody a techniky.....	64
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	64
4 Výsledky	66
4.1 Dotazník-sestry v ordinaci dětského lékaře pro děti a dorost JK..	66

<i>4.2 Dotazník-maminky v ordinaci dětského lékaře pro děti a dorost JK..</i>	<i>77</i>
5 Diskuse.....	98
6 Závěr.....	108
7 Seznam použitých zdrojů.....	110
8 Klíčová slova.....	114
9 Přílohy.....	115

ÚVOD

Téma výživy dětí do tří let je stále aktuální, jak pro zdravotníky, tak pro rodiče. Dosud nebyla vydána ucelená česká publikace týkající se ošetrovatelských postupů výživy dětí do věku tří let, v níž by autoři uceleně zpracovali praktické otázky problematiky kojení a jak mají rodiče postupovat při zavádění jednotlivých potravin do výživy dítěte včetně batolecí stravy. Tato diplomová práce zmapuje aktuální ošetrovatelské problémy ve výživě dítěte od narození do tří let věku.

Výživa dítěte musí vytvářet předpoklady pro optimální tělesný a psychický vývoj organismu nejen v tomto období, ale i v následných obdobích života. Vznik civilizačních nemocí je jednoznačně spojen se stravovacími zvyklostmi populace. Je důležité, aby si děti osvojily správné stravovací návyky, aby tak byly chráněny před zdravotními obtížemi z nesprávné výživy v dospělosti.

Ve své práci předkládám komplexní pohled na problematiku výživy novorozenců, kojenců a batolat všem zdravotníkům zájímající se o ošetrovatelskou péči v pediatrii.

1. Současný stav

1.1 Výživa novorozenců

Novorozenecký věk trvá od narození do ukončeného 28. dne života. Výživa v tomto období je dělena na přirozenou a tou je kojení a umělou tzv. formule. Pro novorozence je přirozený způsob výživy kojení. „Kojení – dítě dostává mateřské mléko přímo z prsu nebo odstříkané (26, s. 9)“.

Optimální je, je – li novorozenec plně kojeno, další skupinu tvoří novorozenci částečně kojeno a částečně příkrmovaní umělou výživou, a poslední skupinou jsou novorozenci na umělé výživě (42).

Mateřské mléko poskytuje dítěti vše, co potřebuje ke zdravému růstu a vývoji do šesti měsíců věku. Mateřské mléko je jedinečně vyváženo svým obsahem bílkovin, sacharidů, tuků a minerálních látek, a proto je snadno a dokonale stravitelné. Mateřské mléko je tím nejlepším zdrojem potravy pro novorozence (20).

Mimo mateřského mléka zdravý novorozenec potřebuje jen suplementaci vitamínem K a vitamínem D. Vitamin D je podáván v dávce 600 – 800 IU denně od čtrnáctého dne života do dvanácti měsíců života jako prevence rachitidy nejčastěji perorální formou léku pod firemním názvem Vigantol. Vitamin K v doporučení v prevenci krvácení novorozenců u dětí bez rizika a donošených novorozenců stačí podat mezi druhou a šestou hodinou života 1 mg léku pod firemním názvem Kanavit nitrosvalově. Další podání u dětí bez rizika není nutné. Děti, které se narodí v porodnicích, kde se nitrosvalová injekce běžně nedává, tak se aplikují dvě kapky Kanavitu do úst mezi druhou a šestou hodinou života, a dále jednou týdně do tří měsíců života u kojených dětí. U dětí na umělé výživě další podání není nutné. U nedonošených dětí dávkování a frekvenci podání musí posoudit neonatolog (10).

Z doby 3000 let před naším letopočtem jsou k dispozici první dokumenty o výživě dětí. V historii výživy novorozenců byl zpravidla první potravou med a následně mateřské mléko. Mateřské mléko mělo i v historii velký význam pro výživu novorozence (44).

Výživa dítěte byla v popředí zájmu matriarchální společnosti. Symbolem mateřství byla egyptská soška Isis, která kojila své dítě. Z 16. století před našim letopočtem jsou zachovány dva lékařské papyrasy. Jeden z nich zdůrazňuje vysokou hodnotu mateřského mléka, a to především pro nemocné dítě. Mateřské mléko bylo doporučováno pro přípravu četných léků k léčbě popálenin a ekzémů. Řešení nedostatku mateřského mléka v bohatých rodinách spočívalo v nájmu kojné (13, 44).

V 17. století si matky najímaly kojné vedeny snahou zachovat si hezkou postavu. Následkem toho bylo, že v 18. století stoupla úmrtnost námezně kojících a uměle živených dětí nad 60 %, proto byl v 18. století ve Francii návrat k propagaci kojení. Nájemné kojení ustupuje a postupně mizí teprve až po první světové válce (44).

V současné době platí, že všechny děti by měly být výlučně kojeny šest měsíců věku a v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem dvou roků věku dítěte i déle (32).

„Výlučné kojení – kojeneček dostává pouze mateřské mléko své matky nebo dárkyně nebo odstříkané mateřské mléko a žádné jiné tekutiny nebo potraviny s výjimkou vitaminů, minerálů nebo léků (26, s. 9)“ (26).

Uvádí se, že 98% žen je schopno kojit své dítě. Většina žen se rozhoduje o způsobu výživy svého budoucího dítěte již v době těhotenství. Tedy podmínky pro dobrou laktaci se vytvářejí už v průběhu těhotenství. Pojem laktace je tvorba a vylučování mléka (22, 34).

Důležitá je také psychologická příprava těhotné ženy ke kojení a v tom spočívá nejen úloha zdravotníků, ale celé společnosti, aby podporovala ženy kojit své dítě. Podpora a ochrana kojení je opravdu nutná, protože čím více kojících dětí bude, tím větší pozitivní dopad to bude mít na celkový zdravotní stav společnosti. Každá žena po porodu by měla od zdravotníků odcházet s informací, na koho se obrátit v případě potíží s kojením, měla by být lepší informovanost o terénních laktačních poradcích, o kvalitních informacích na internetu a podobně. Nezapomenout i na negativní vliv stresu v souvislosti s kojením. Zástava laktace může být způsobena fyzickým nebo psychickým stresem a toho by si zdravotníci měli být vědomi, proto je tak důležité vytvořit ženám optimální podmínky pro kojení. Po porodu je ideální bezprostřední

kontakt matky s novorozencem a podpora kojení podle individuálních požadavků dítěte, pokud se jedná o zdravého donošeného novorozence (22).

Mateřské mléko a kojení jsou pro zdravý vývoj jedince nenahraditelné, a to nejen z hlediska nutričního, ale i imunologického a psychologického. Navíc se ukazuje, že kojení patří mezi faktory pozitivně ovlivňující nejen zdraví dítěte, ale i jeho matky. Seriózní výzkumy prokázaly, že ženy, které kojily své dítě několik měsíců, významně u nich klesla pravděpodobnost nádorových onemocnění ženských orgánů (4, 36, 62).

Kojení by mělo být prezentováno jako vhodná výživa ve veřejném životě a o podporu kojení se snaží Světová zdravotnická organizace Globální strategií, kde dokazuje, že kojením se dá snížit úmrtnost dětí na celém světě (32).

Do výživy dítěte často zasahuje nejen pediatr, ale také rodina, známí, sdělovací prostředky, léčitelé a odborní lékaři jiných oborů než pediatrie. Tito lidé by ženu měli podporovat a povzbuzovat ke kojení kdykoliv a kdekoliv je to nutné. Podpora kojení by se měla týkat i legislativy, aby matky měly zajištěnou odpovídající placenou mateřskou dovolenou a v případě, že pracují, tak jim zajistit placené přestávky na kojení bez diskriminace v zaměstnání (14, 33).

Organizace a aktivity na podporu kojení v ČR:

- Český výbor UNICEF do roku 2001, v roce 2001 předal MZ
- Národní program na podporu kojení, 1989
- ANIMA pražská skupina IBFAN, 1990
- Baby-Friendly Hospital Initiative, 1991
- Dokumentační centrum na podporu kojení při 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy Praha, 1993
- Národní výbor na podporu kojení při Českém výboru UNICEF, 1993
- Laktační liga, 1998
- Národní laktační centrum, 2001
- Národní linka kojení, 2001
- Koalice laktačních poradců
- Laktační poradny, centra
- Podpůrné skupiny kojících matek

- Světový týden kojení (1.-7.8.), WABA – Světová aliance na podporu kojení
- Odborné a tiskové konference zaměřené na výživu kojenců a malých dětí včetně laktačního poradenství
- Akční plán na podporu kojení v ČR (41, s. 34)“

1.1.1 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko má zcela unikátní složení, jaké dítě pro svůj vývoj potřebuje. Složení mateřského mléka odpovídá potřebám adaptujícího se novorozence a mění se i v průběhu jednoho jediného kojení. První až pátý den se tvoří tzv. počáteční mléko nazývané kolostrum neboli mlezivo. Kolostrum má zvýšený obsah bílkovin, imunoglobulinů a tuků, ale má snížený obsah cukrů. Kolostra se denně vytvoří 50 – 170 ml, které je velmi husté a má žlutavou barvu. Kolostrum začíná tvořit mléčná žláza již mezi šestým až sedmým měsícem těhotenství. Hlavními bílkovinami kolostra je laktalbumin a kasein, jejichž poměr v kolostru je 90 : 10, tím kolostrum napomáhá k vyprázdnění mekonia. Kolostrum obsahuje také zvýšené množství sekrečního imunoglobulinu, který chrání novorozence před infekcí. Mezi pátým dnem až dvěma týdny po porodu se tvoří přechodné mléko a přibližně po patnáctém dni nastane tvorba zralého mléka, které je řidší, než kolostrum. Kolostrum navíc podporuje příznivé prostředí pro růst *Lactobacillus bifidus*, který je řazen mezi probiotika, zabraňuje usídlení patogenních bakterií ve střevě, protože střevní mikroflóra má vliv na zdraví dítěte. Zvýšená obranyschopnost proti infekci a výrazná protizánětlivá aktivita probiotik jsou pokládány za hlavní pozitivní vlastnosti těchto bakterií. Probiotika jsou živé mikroorganismy, pozitivně ovlivňující zdraví hostitele tím, že upravují složení jeho střevní mikroflóry. Nejčastěji se jedná o laktobacily a bifidobakterie (34).

Probiotika také stimulují střevní motilitu a pozitivně zasahují do fyziologických procesů v trávicím traktu. Probiotika navíc pomáhají hydrolyzovat a vstřebávat bílkovinu. „Synbiotika jsou kombinací prebiotik a probiotik (34, s. 209)“ (34).

Kombinace prebiotika a probiotika přispívá k prodloužení přežití probiotika. Specifickým probiotikem je bifidobakterium, které tvoří až 95% bakterií ve střevě kojených novorozenců a je významné pro tvorbu vitaminů skupiny B. Bifidobakterie

produkuje silné kyseliny, které snižují pH a to je opět ochrana před patogenními mikroorganismy (29, 34).

Složení zralého mléka se mění nejen v průběhu jednoho kojení, ale i v průběhu dne, kdy ráno je tučnější a večer řidší. Je rozeznáváno mléko přední a zadní. Přední mléko, které obsahuje více vody a mléčného cukru slouží k uhasení žízně na rozdíl od zadního mléka, které obsahuje více bílkovin a tuků, a tím slouží k zasycení hladu (34).

Kalorická hodnota kolostra je přibližně 56 kcal/100 ml a zralého mateřského mléka 69 kcal/100 ml. Cukry odpovídají 40% kalorické hodnoty, tuky odpovídají 50% a zbytek kalorické hodnoty mateřského mléka tvoří bílkoviny 10% (3).

Mateřské mléko obsahuje vodu asi z 90%, dále bílkoviny a dusíkaté látky, cukry, tuky, vitaminy a minerální látky, buněčné elementy a stopové prvky. Plně kojenému dítěti není potřeba podávat vodu v jakékoli formě. Je zajímavostí, že složení mateřského mléka se liší i podle gestačního věku v době porodu (3, 13).

Bílkoviny jsou nejstálější složkou mateřského mléka a mají vliv na obranyschopnost novorozence, což odpovídá 7-10% kalorické hodnoty. Hlavní bílkovinou je alfa laktalbumin, dále laktoferin, IgA, lysozym, glykoproteiny a složky komplementu C3 a C4. V bílkovinách mateřského mléka na rozdíl od kravského mléka je taurin, který má význam jako neurotransmitter. Vzhledem k poměru laktalbuminu ku kaseinu 80:20 je mateřské mléko snadno stravitelné. Kasein má vliv na vstřebávání železa, kterého se z mateřského mléka vstřebává až z 80%. Relativně nízký obsah bílkovin v mateřském mléce postačuje pro optimální růst kojených dětí a zároveň představuje nízkou zátěž pro nezralé ledviny (34, 3, 42).

Tuky jsou nejvariabilnější složkou mateřského mléka. Množství tuku se mění i v průběhu jednoho kojení. Tuky tvoří 2g/100 ml v kolostru a 3,8-4,5 g ve zralém mléce. Tzv. zadní mléko obsahuje až pětkrát více tuku než mléko přední na začátku pití. Většina tuků je tvořena kapénkami triglyceridů. Z mastných kyselin je 42% nasycených a 57% nenasycených. Významné jsou mastné kyseliny s dlouhým řetězcem tzv. LC – PUFA, které jsou z mateřského mléka dobře vstřebávány. Zastoupena je především kyselina linolenová, linolová, arachidonová a dokosaheptaenová. Nenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem jsou nezbytné pro myelinizaci a vývoj centrální nervové

soustavy a sítnice. Tuk mateřského mléka je tráven hlavně lipázou přítomnou v mateřském mléce. Lipáza je však termolabilní, což má velký význam ve výživě nezralých dětí při manipulaci s mateřským mlékem. Tuky jsou také zdrojem energie. Je zajímavostí, že mateřské mléko obsahuje velké množství cholesterolu. Cholesterol se podílí na vývoji mozku, hormonů a syntéze žlučových kyselin. Vysoký obsah cholesterolu v mateřském mléce je určitou prevencí aterosklerózy pro pozdější věk (34).

Cukry jsou v mateřském mléce zastoupeny především laktózou. Z cukrů mateřské mléko dále obsahuje galaktózu, fruktózu a malé množství oligosacharidů. Obsah laktózy je v kolostru 4%, ve zralém mléce 7%. Laktóza se metabolizuje na glukózu a galaktózu, nezbytnou pro tvorbu galaktolipidů, které jsou důležité pro vývoj centrální nervové soustavy. Laktóza usnadňuje resorpci vápníku, hořčíku, fosforu a železa. Laktóza dává mléku přijatelnou chuť. Další význam laktózy je v tom, že nepřímo podporuje kolonizaci gastrointestinálního traktu laktobacilem (34, 42).

Oligosacharidy také příznivě ovlivňují složení střevní mikroflóry tím, že podporují růst laktobacilů a jsou řazena mezi tzv. prebiotika (34).

„Prebiotika jsou nestravitelné součásti potravy, které slouží jako substrát selektivní pro růst, eventuálně pro metabolickou aktivitu omezeného počtu potenciálně prospěšných komensálních bakterií osidlujících tlusté střevo (34, s. 209)“.

Obsah vitaminů v mateřském mléce kolísá podle výživy matky. Obsah vitaminů rozpustných v tucích tvoří nejvariabilnější složku vitaminů obsažených v mateřském mléce, proto obsah vitaminů rozpustných v tucích může kolísat. Množství vitaminu A je v kolostru dokonce dvakrát více než ve zralém mléce. Bohužel, obsah vitaminu D je v našich podmínkách v mateřském mléce nízký, a proto je všem kojeným dětem doporučována dávka 400 IU denně, ačkoliv plně kojené děti trpí křivicí výjimečně. Vitaminu K je v kolostru více než ve zralém mléce, ale přesto je doporučeno podávat k prevenci krvácivého onemocnění všem novorozencům po porodu 1 mg vitaminu K. Vitamin E je závislý na příjmu nenasycených mastných kyselin ve stravě kojící ženy. Vitamin B12 je nedostatkový u matek vegetariánek, kde je nutná jeho suplementace (34, 3).

Minerální látky a stopové prvky (sodík, vápník, železo, magnezium, fosfor, měď a fluor) obsahuje mateřské mléko třikrát méně než kravské mléko. Poměr kalcia a fosforu je v mateřském mléce v poměru 2:1. Vstřebávání vápníku je podporováno laktózou a vitamínem D, ovlivněno také fosforem (34, 42).

Mateřské mléko obsahuje také hormony a enzymy. V mateřském mléce je obsaženo větší množství oxytocinu, prolaktinu, nadledvinových steroidů, prostaglandinů, hormonů štítné žlázy a erythropoetinu. Mateřské mléko obsahuje i růstové faktory. Z enzymů jsou v mateřském mléce obsaženy především proteolytické enzymy a lysozym (34, 3).

Další složkou mateřského mléka jsou obranné látky. V kolostru je nejvíce obranných látek v prvních hodinách po narození. Množství vypitého mléka trvale stoupá, proto je novorozenec zabezpečen obrannými látkami v dostatečném množství po celé období kojení. Imunologicky aktivní složky v mateřském mléce tvoří složku celulární a humorální. V celulární složce jsou makrofágy, lymfocyty, neutrofilní granulocyty a epiteliální buňky. Humorální složku tvoří především sekreční IgA. Sekreční IgA chrání sliznici střev proti invazi patogenů. Dále lysozym, který je faktorem nespecifické imunity, který má proteolytické účinky na grampozitivní bakterie i některé viry. Mateřské mléko obsahuje mnoho faktorů s antibakteriální a antivirovou aktivitou, ale značná část těchto faktorů je termolabilních a tento fakt je třeba mít na paměti při manipulaci s mateřským mlékem pro výživu extrémně nezralých dětí (34, 35).

1.1.2 Fyziologie laktace

V těhotenství obvykle není potřeba žádné přípravy pro matku kromě objektivních informací o kojení a přednostech kojení, sloužících ke zvýšení motivace matky i okolí podporujících kojit své dítě. Ve výjimečných případech v tzv. vpáčených bradavkách je vhodné provést korekci pomocí formovače bradavek, které se vkládají do podprsenky v posledních dvou měsících těhotenství. Podstatou formovače bradavky je pružná membrána s otvorem, která využívá zvláštního spirálovitého uspořádání svaloviny bradavky a tlakem na dvorec působí její erekci. Každá jiná příprava bradavek

je zbytečná nebo dokonce i škodlivá. Jediným skutečně preventivním přístupem poranění bradavek je správná technika kojení (34, 19).

Proces přípravy mléčné žlázy na tvorbu mateřského mléka probíhá po celou dobu těhotenství. Tato příprava mléčné žlázy je zajišťována souhrou mnoha hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou vedle estrogenů a gestagenů, lactogen, hormony štítné žlázy, kortikoidy, růstový hormon. Prolaktin a oxytocin je zapojen nejen do růstu a vývoje mléčné žlázy, prolaktin řídí tvorbu mléka v lalůčkách mléčné žlázy a oxytocin ovlivňuje pasáž již vytvořeného mléka vývody do sinusů pod dvorcem prsu. Nervová zakončení na dvorcí i na bradavce jsou stimulována sáním dítěte, na který reaguje nervový systém matky opět tvorbou hormonů prolaktinu a oxytocinu. Čím více dítě sají, tím více mateřského mléka se tvoří. Oxytocin působí kontrakci myoepiteliálních buněk podél lalůček a vývodů mléčné žlázy a toto je nazýváno ejekční neboli let-down reflex. Kontrakce myoepiteliálních buněk je nezbytná k tomu, aby se mateřské mléko dostalo do sinusů v dostatečném množství. Nové poznatky svědčí, že právě oxytocin je hormon odpovídající za vznik vazby mezi matkou a dítětem tzv. Bonding Hormone. Zajímavostí je, že při jednom kojení se uvolní až 100 IU oxytocinu. Význam oxytocinového reflexu je velký, protože značná část mléka se uvolňuje až v průběhu kojení. Tento reflex je snadno ovlivnitelný zevními vlivy, zvláště stresem a bolestí. Pokud matka skutečně věří, že je schopna kojit své dítě, snadno překoná určité obtíže, které mohou provázet začátek laktace. Když je žena přesvědčena, že k modernímu způsobu života kojení nepatří je již jen otázkou času, aby laktace skutečně selhala (34).

Porodem placenty končí inhibice tvorby mateřského mléka placentárními hormony a mléko se začne tvořit v mnohem větším množství, zvláště je-li celý proces vhodně stimulován časným přiložením novorozence do půl hodiny po fyziologickém porodu a umožnit kojit kdykoliv a jakkoliv dlouhou dobu ve dne i v noci. Podmínkou je, aby kojení probíhalo správnou technikou. Většinou v prvních dnech pije dítě z obou prsů při jednom kojení. Ve druhém týdnu, kdy se tvorba mléka již stabilizuje, je možno kojit jen z jednoho prsu tak dlouho, až se dítě nasytí. Každé omezování délky sání se projeví nepříznivě. Když dítě sají dlouho a neefektivně, je u prsu neklidné a kojení pro ženu bývá bolestivé, tak technika kojení je chybná (34, 21).

1.1.3 Technika kojení

Technika kojení spolu s kojením podle potřeb dítěte je základem úspěšné laktace. Kojení je sice proces přirozený, založený na přítomnosti vrozených reflexů a instinktech matky a dítěte, ale je potřeba se naučit vzájemné souhře mezi matkou a dítětem. Ze strany zdravotníků je nutný dostatek vědomostí a praktických zkušeností, aby se tento fyziologický proces mohl zdárně rozvinout (34, 21).

Poloha při kojení záleží na pohyblivosti matky, zpočátku zpravidla vleže, později vsedě. Jsou možné různé modifikace základních poloh (Příloha 1), užitečné ve speciálních situacích jako je porod císařským řezem a kojení předčasně narozených dětí. Zásadou však je, aby tělo dítěte bylo přitisknuté k tělu matky zásadně vždy bříškem, ústa v úrovni bradavky, hlava dítěte spočívala v ohybu paže matky, matka ležela uvolněně na boku a loktem se neopírala o podložku (34, 40).

Pro správnou techniku kojení je nezbytné dodržovat zásady správného přísátí k prsu. Správná poloha bradavky v ústech dítěte je jedinou možností, jak předcházet bolestivosti a poškození povrchu bradavek i neefektivnímu sání. Je prokázáno, že délka kojení nemá vliv na frekvenci poškození bradavek. Dásně by měly objímat značnou část dvorce, aby bradavka byla vždy až za čelisti v ústní dutině a směřovala vzhůru k patru. Dítěti při kojení není třeba uvolňovat nos odtahováním tkáně prsu prstem (34, 21, 40).

Další podmínkou je, aby matka měla klidné ohleduplné a stimulující prostředí. Je nezbytná také vhodná výživa, která by měla být plnohodnotná smíšená strava respektující zásady zdravé výživy. Výživu není nutné zásadním způsobem měnit. Není ani prokázáno, že by zvýšený přívod tekutin ovlivňoval produkci mateřského mléka. V rozumné míře je však třeba užívat nápoje obsahující kofein. Ve stravě matky by nemělo chybět maso, mléko a vejce. Spotřeba vápníku pro kojící ženu je asi 1200 mg denně a vitamínu D 400 IU denně. Výlučná vegetariánská strava a kojících žen vyžaduje suplementaci vitamínem B12. Běžná horečnatá onemocnění matky nejsou důvodem k přerušení kojení. Matky by měly vědět, že kromě běžné denní hygieny není nutná žádná jiná péče o prsy ani bradavky. Dezinfekce bradavek před kojením, časté mytí mýdlem a používání kosmetických krémů neprospívá dítěti (34, 40).

Zdravý novorozenec je vybaven reflexy a jejich vzájemnou koordinací již od 32. týdne těhotenství, ale přesto se musí společně učit s matkou efektivnímu způsobu sání. Novorozenec, který byl bezprostředně po porodu přiložen k prsu, se sám budí a vyžaduje další přiložení různými signály, které se matka naučí brzy rozeznávat. V prvním dnu po porodu novorozenec vyžaduje zpravidla třikrát až čtyřikrát denně kojení, od druhého dne častěji, obvykle již po dvou až třech hodinách. Zpravidla se kojení postupně ustálí na 8 – 11 denních dávek. Kojení by mělo být zcela individuální podle potřeb a chuti dítěte, a proto ani vyšší frekvence pití není na závadu, naopak zvyšuje produkci mateřského mléka. Když se dítě samo nebudí, je třeba zjistit příčinu. Dítě může být spavé po nadměrné medikaci matky, po pozdním prvním přiložení po porodu nebo při silnější žloutence. V těchto případech je nutné dítě k pití budít a přikládat k prsu, protože by skutečně mohlo mít nedostatek mateřského mléka a nízká intenzita sání by nedostatečně stimulovala mléčnou žlázu k tvorbě mateřského mléka (34, 3, 26).

Když dítě pije správnou technikou, není délku ani frekvenci jednotlivých kojení třeba omezovat z obav o poškození bradavky. Hlavně, nezapomínat na zásadu, že kojení nesmí matku bolet, pokud kojení bolí, tak příčinou bývá chybná technika kojení. Fyziologický novorozenec skutečně nepotřebuje žádné jiné tekutiny mimo kojení. Kolostrum se tvoří v dostatečném množství 50-170 ml denně, avšak novorozenec musí mít možnost a umět vše vypít. Po kojení je nutné dítě podržet ve vertikální poloze do odříhnutí nebo po dobu patnácti až dvaceti minut (34, 3).

Váhový úbytek po porodu zpravidla nepřesáhne 10%, ale může být za fyziologických okolností i vyšší. Hmotnostní úbytek se většinou vyrovná do týdne. Zásadou je, že hmotnostní úbytek se má vyrovnat do dvou týdnů. Šest až osm pomočených plen od čtvrtého dne života je známkou dostatečného přívodu tekutin. Přírůstky na váze jsou první a druhý měsíc průměrně osmnáct až dvacet gramů za den. Ve zdravotním a očkovacím průkazu jsou růstové a váhové křivky kojenců a batolat tzv. percentilové grafy, které ukazují, zda dítě správně roste a má odpovídající hmotnost. Stolička kojeného dítěte je po přechodu ze smolky žlutá, mléčného zápachu a může být i s vodnatým lemem. Na vzduchu, zvláště u ikterického novorozence může mít stolička

nazelenalou barvu, ale nejedná se o hladovou stoličku. Hladová stolička je málo častá, s hlenem a má tmavší barvu. Častá zelená stolička může i znamenat, pokud je plochá váhová křivka, nadměrné množství laktózy v mléce. Stává se to, kojí-li matka příliš krátce nebo vždy z obou prsou a dítě tak nemá dostatek zadního mléka, které je bohaté na tuky (34, 26, 3).

V prvních týdnech po narození jsou období, kdy dítě vyžaduje náhle častější kojení. Je to obvykle mezi sedmým až desátým dnem po narození, pak ve třetím, šestém a dvanáctém týdnu života. V této době je nutné dítě častěji přikládat, aby se tvorba mléka zvýšila přes osu hypotalamo-hypofyzární. Tato tzv. růstová zrychlení jsou spolu s chybnou technikou kojení a malou sebedůvěrou matky častější chybou selhání laktace. Další častou chybou je podávání čaje nebo jiné tekutiny dítěti mezi jednotlivými kojeními v domnění, že dítě musí kromě kojení i pít. Je to zbytečný a škodlivý zvyk. Navíc podání tekutiny savičkou, která vyžaduje jinou techniku sání, dítě mate, sání z láhve je snadnější a následkem může být, že dítě začne prs odmítat. Stejně nepříznivě ovlivňuje začátek laktace a souhru matky s dítětem v nabídce a spotřebě mléka používáním dudlíku (34, 26).

1.1.4 Nejčastější problémy při kojení

Problémy při kojení bývají obecně vzácné, pokud jsou dodržována správná a přirozená režimová opatření a dítě i matka se spolu naučí správné technice kojení od počátku. Nezávažné komplikace jsou časté a jsou-li správně řešeny zpravidla laktaci neohroží (34, 26, 10).

Z nejčastějších problémů se objevuje nalití prsou, které vzniká neplynulým odběrem ze strany dítěte a špatnou technikou kojení. Obvykle se vyskytuje ve druhém až čtvrtém dnu po porodu. Úlevu přinášejí studené obklady, reflexní masáž a odstříkání mateřského mléka před kojením tak, aby se dítě mohlo efektivně přisát. Oxytocinové kapky nemají v první fázi nalití prakticky žádný význam, neboť do tkáně prsu neproniknou (34, 26).

Z dalších problémů, které se mohou vyskytnout je pozdní nástup laktace, kdy u některých matek se zvýšené množství mléka objeví později, někdy kolem pátého až

šestého dne. V tomto případě je třeba podpořit sebevědomí matky a překlenout toto období podáním mateřského mléka dítěti alternativními způsoby jako lžičkou nebo kádinkou, ale vždy až po přiložení k prsu. Skutečná hypogalaktie je vzácná (34, 26, 16).

Z problémů, které kojení často provází je také retence mléka. Je to bolestivé zarudnutí a ztuhnutí části prsu odpovídající rozsahu segmentu mléčné žlázy. Retence může být provázena horečkou, bolestmi svalů a kloubů. Podstatou retence mléka je blokáda jednoho z vývodů mléčné žlázy buněčnou drtí a zaschlým mlékem s následným otokem. Retence mléka se řeší studenými obklady mezi kojením, masáží a antipyretiky, teplými obklady těsně před kojením. Je nutné pamatovat na to, že retence není důvodem k přerušení kojení. Někdy bývá retence zaměňována s mastitidou. Mastitida bývá vzácná a léčí se protistafylokokovými antibiotiky a antipyretiky. Zdravého novorozence není nutné odstavovat od kojení za předpokladu, že zdravotní stav dítěte je sledován (34, 3).

Výsledkem špatné techniky kojení bývají ragády a odřené bradavky. Dokonce k poškození bradavek stačí jen jedno špatné kojení. Čistá ragáda se zpravidla zhojí během několika dní i bez léčby. Je vhodná epitelizační mast. Infekce kandidou může přispívat ke vzniku nehojících se ragád. U infekce kandidou je třeba pamatovat, že současně s dítětem musí být léčena i matka (2, 21, 3).

Další překážkou kojení, která bývá někdy zaznamenána již v prenatalní poradně jsou ploché a vpáčené bradavky, které lze zpravidla korigovat už v těhotenství nošením speciálních vložek v podprsence. V ojedinělých případech je nutné použít tzv. klobouček ze silikonu při kojení (Příloha 2). Není-li možné kojit z prsu ani s pomůckou, lze dítě krmit vlastním odstříkaným mlékem (34, 26).

1.1.5 Kojení za zvláštní situace

Je nutné se zmínit, že způsob porodu tvorbu mateřského mléka příliš neovlivňuje a to platí i pro císařský řez. (34)

Do této oblasti patří především: ikterické dítě, kojení dvojčat, kojení dítěte s rozštěpem patra. (34, 3)

Ikterický novorozenec je často spavý a méně se hlásí k pití a někdy je třeba ho k pití stimulovat. Ikterický novorozenec bývá léčen fototerapií vyžaduje zvýšenou spotřebu tekutin, přesto ani takové dítě není nutné dokrmovat glukózou ani mlékem. Stačí mu dát možnost kojení kdykoliv, stejně jako před léčbou. (34, 26)

Z další této oblasti je kojení dvojčat. U kojení dvojčat je ideální kojit obě děti současně vzhledem k tomu, že matce uniká část mléka z druhého prsu z důvodu ejekčního reflexu a střídavé kojení by bylo pro matku časově příliš náročné. Každé z dětí by mělo mít svůj prs. Ke kojení je vhodná poloha boční fotbalové držení nebo kojení vleže (34).

Kojení dítěte s rozštěpem patra je velmi obtížné, ale je možné. Prs musí být před kojením zformován odstříkáním mateřského mléka a poloha zvolena tak, aby tkáň prsu zakryla dítěti defekt. Dítě je zpravidla kojeno ve vertikální poloze (34, 3).

1.1.6 Kojení nedonošených dětí

V současné době se zvyšuje počet přežívajících dětí stále nižšího gestačního věku a četné studie potvrzují význam mateřského mléka ve výživě těchto dětí. Příznivý preventivní vliv výživy mateřským mlékem je ještě významnější u dětí nedonošených, u kterých snižuje riziko nekrotizující enterokolitidy a i v následujících měsících snižuje frekvenci závažných infekcí, zejména střevních a respiračních (35).

Mateřské mléko vlastní matky je mnohem vhodnější stravou než odstříkané mléko matek, které rodily v termínu. Matce je důležité názorně ukázat techniku odstříkávání mateřského mléka a možnosti uchovávání mateřského mléka. Matka by měla začít odstříkávat mateřské mléko za šest hodin po porodu umožňuje-li to její zdravotní stav, nejlépe šestkrát až osmkrát za den, z toho jednou až dvakrát v noci. Přednost by mělo mít odstříkávání mateřského mléka rukou před mechanickou nebo elektrickou odsávačkou. Časté odstříkávání je účinnější k větší tvorbě mateřského mléka než dlouhá odsávání s většími intervaly. Matka by měla být poučena o postupu při odstříkávání rukou, kdy by si nejprve měla matka umýt ruce, než začne

s odstříkáváním mléka. Postup je následující, kdy špičku palce je nutno položit nad dvorec a špičku ukazováku pod dvorec, tak aby prsty tvořily písmeno C. Dbát na zásadu, že prsy a bradavka musí být v jedné linii, celý prs je nutné přitisknout zbývajícimi prsty a dlaní k hrudníku, rytmicky stlačovat bradavku, až mateřské mléko začne odkapávat. Tento trojdobý pohyb musí matka opakovat, a přitom měnit pozice prstů na dvorcí. Zásadou je, že prsty nesmějí bradavku vytahovat dopředu a nesmějí opouštět kůži. Při odstříkávání rukou je vhodné prsa několikrát vystřídat. Jiný postup je při odstříkávání elektrickou odsávačkou. Matka musí být opět poučena o mytí rukou. Je nutné zvolit nejvhodnější velikost nástavce a zkontrolovat, zda dobře přiléhá k prsu. Vhodná je sprcha, teplé obklady, masáže prsů k uvolnění toku mléka. Je vhodné odsávačku nastavit na nejnižší tlak a tlak odsávání postupně zvyšovat a během odsávání prsy několikrát vystřídat (34).

S odstříkáváním mateřského mléka souvisí skladování a manipulace. Odstříkané mateřské mléko, pokud není ihned použito, je uchováváno v chladničce 24 hodin. Před použitím se mateřské mléko ohřeje ve vodní lázni a podá se dítěti některým z alternativních způsobů krmení. Pro možnost delšího skladování lze mateřské mléko uchovat v ledničce při $-18\text{ }^{\circ}\text{C}$, kde mateřské mléko vydrží až tři měsíce. Před podáním zmrazené mateřské mléko se nechá rozmrazit při pokojové teplotě, a poté se ohřeje ve vodní lázni. Jednou rozmrazené mateřské mléko se nesmí znovu zmrazit (2, 40). K rozmrazování a ohřevu mateřského mléka se nikdy nesmí používat mikrovlnná trouba pro nerovnoměrné ohřátí a ochuzení o IgA a lysozymu (34, 38).

V prvních čtyřech týdnech po předčasném porodu obsahuje mateřské mléko více bílkovin, železa, IgA a tuků než mléko matek, které porodily své dítě v termínu. Mléko dárkyň z banky mateřského mléka má poněkud jiné složení a také pasterizace částečně mléko ochuzuje o obranné látky a lipázu. Mateřské mléko obsahuje faktory chránící dítě před infekcí, látky důležité pro růst dítěte a nezbytné mastné kyseliny (34, 3).

Pro hodnocení zralosti ke kojení neexistují pevná pravidla. Před zahájením kojení je vhodné zkontrolovat koordinaci polykání s dýcháním. Prst se vloží do úst dítěte bříškem k tvrdému patru, aby se vyvolalo nenutritivní sání. Při sání prstu se lehce zvýší srdeční frekvence a dýchání je nepravidelné. Ošetřovatelský personál by si měl

všimnout počtu sání v jedné epizodě, zda jsou sání rytmická a polyká-li dítě sliny, což může být hodnoceno vizuálně nebo poslechem fonendoskopem na krku. Dítě k sání nezralé vykazuje tachykardii o více než 20 pulzů nad bazální hranici nebo bradykardii a apnoické pauzy během polykání jsou varovným signálem, kdy kojení by mělo být odloženo (34, 35).

Optimální doba pro započetí enterální výživy u nedonošených dětí není přesně stanovena (4).

Synchronizovaná aktivita jícnu umožňující efektivní sání je ukončena ve 34. týdnu gestace (34, 3, 35).

U nedonošeného dítěte nemusí být velký enterální příjem tolerován a predisponuje k refluxu, aspiraci, apnoei, ileu, nekrotizující enterokolitidě. Distenze žaludku může vést k poruše plicních funkcí. Je zde nutná opatrnost, ale v každém případě i při převaze výživy parenterální je malé množství enterální výživy prospěšné. Časně krmené děti mateřským mlékem dosahují dříve své porodní hmotnosti, mají menší váhový úbytek, nižší hladinu bilirubinu a nemají symptomatické hypoglykémie. Nedonošené dítě je možno přiložit k prsu i se zavedenou infuzí, jsou-li stabilizovány vitální funkce. Dítě je také možné přiložit i se zavedenou sondou, protože se tím zlepšuje vyprazdňování žaludku a je lepší váhový přírůstek. Novorozenci s nízkou porodní hmotností nad 1500 g mohou být pouze kojeni od narození. Novorozence pod 1500 g nelze kojit od počátku a základem výživy je parenterální výživa doplňovaná malými dávkami mléka vlastní matky. Mateřské mléko bývá podáváno sondou nebo kádinkou. Je důležité kojenému dítěti nepodávat dudlík, protože znesnadňuje techniku kojení. (34, 35)

U dítěte pod 1000 g, pokud vyžaduje ventilační podporu a není do osmi týdnů přiloženo k prsu, je obtížné pro matku udržet tvorbu mateřského mléka jen odstříkáváním. V těchto případech je možné podporovat kojení pomocí relaxační pomůcky tzv. suplementoru, což je nádoba s mlékem, zavěšená na krku matky dnem vzhůru, ze které saje dítě mléko dvěma sondičkami připevněnými k prsům (Příloha 2). Modifikací této pomůcky je krmení pomocí výživové cévky, kdy jeden konec cévky je připevněn ke stříkačce a druhý konec cévky je připojen k prsu (34).

Novorozence přikládáme k prsu, jakmile to jeho zdravotní stav dovolí. Novorozenec může mít přechodně nižší dechovou rezervu. Pití u prsu může být z tohoto důvodu zdlouhavější, vypité dávky nižší a počet krmení vyšší. K dosažení dostatečně vypitého objemu mléka je někdy vhodné kombinovat kojení s alternativním dokrmováním mateřským mlékem (35).

Stimulace bradavky sáním je nejlepší způsob podpory laktace. Pro úspěch kojení je rozhodující také vzájemná poloha matky a dítěte. Nejvhodnější polohy pro kojení nedonošeného dítěte jsou tyto: poloha tanečnicka, poloha fotbalového držení a poloha vzpřímená-vertikální (Příloha 1) (34, 26, 35).

Sledování chování dítěte a vitálních funkcí je nutné během kojení. Je možné použít i monitor. Přejít od počátečních pokusů na pravidelné kojení je individuální, a závisí spíše na odpovědi dítěte než na jeho gestačním věku a porodní hmotnosti. Když dítě vypije více než 5 ml na jedno kojení, svědčí to i o dobře fungujícím ejekčním reflexu u matky. Každé novorozenecké oddělení by mělo mít vypracovanou strategii kojení, aby kojení nedonošených dětí bylo běžné a přirozené (34, 26).

U dětí s porodní hmotností pod 1500 g je možné použít fortifikátory mateřského mléka, kde kromě bílkovin jsou doplňovány sacharidy, minerály, vitaminy a stopové prvky. Fortifikátory umožňují pokrýt požadavky rostoucího organismu nedonošeného dítěte. Fortifikační přípravek obohatí odstříkané mateřské mléko, které tak přizpůsobí zvláštním potřebám novorozence. Příklady fortifikačních přípravků jsou Breast milk fortifier, Enfamil human milk, Eoprotin, FM 85 (34, 35).

Fortifikátory zpravidla bývají vyrobeny z kravského mléka, ale jsou již dostupné fortifikátory z mateřského mléka, které jsou mnohem lepší než obohacené fortifikátory z kravského mléka. Fortifikátory z mateřského mléka jsou vhodné zejména pro nedonošené a vážně nemocné novorozence. Výživa založená výlučně na mateřském mléce je spojena se zřetelným snížením počtu nekrotizujících enterokolitid, bronchopulmonální dysplazie, sepse ve srovnání s nedonošenými dětmi s nízkou porodní hmotností, které dostávaly výživu, jejímž základem byly produkty z kravského mléka (34).

K hodnocení dostatečného příjmu výživy u nedonošených dětí slouží především růstové grafy pro nedonošené děti, denní sledování hmotnosti, možnost měření délky dítěte a obvodu hlavy, měření tloušťky podkožní řasy, obvodu paže a hustoty kostí. Dále je biochemické monitorování výživy, které spočívá v odběru hematokritu, celkové bílkoviny, albuminu, elektrolytů, iontů, jaterních testů, urey, kreatininu a osmolarity (2).

Stav výživy je nutno posoudit před propuštěním do domácí péče. Některé děti jsou při propuštění z nemocnice kojené částečně, v kombinaci s některým přípravkem umělé výživy. Praktický lékař pro děti a dorost (PLDD) by měl individuálně posoudit situaci a, pokud se zdá, že kojení je ve fázi rozvoje a matka má zájem dosáhnout plného kojení, je možné dokrm co nejrychleji vysazovat, za častých kontrol váhy a účinné podpory kojení. Váhové přírůstky po propuštění do domácí péče by měly být 150 – 250 g/týden. Při váhovém přírůstku po 100 g/týden by měl PLDD pátrat po příčině (38).

Matky v kojení je vhodné podporovat i z důvodu, že u kojených dětí je nižší výskyt syndromu náhlého úmrtí kojence (38, 40, 61), který je dvakrát až třikrát vyšší u nedonošených dětí (35).

1.1.7 Kontraindikace kojení

Existují situace, kdy je kontraindikováno kojení, ale je možná výživa mateřským mlékem nebo je zakázáno obojí. Situace, kdy je zakázáno obojí jsou nejčastěji vrozené metabolické vady. Z vrozených metabolických vad je příkladem galaktosemie, fenylylketonurie a nemoc javorového sirupu. Galaktosemie je porucha, při které musí být z diety eliminována laktóza. Novorozenec nesmí být kojen ani krmen mateřským mlékem nebo jiným mlékem obsahujícím laktózu (34, 3).

Dalším příkladem je fenylylketonurie, která je charakterizována defektem metabolismu aminokyseliny fenylylalaninu, protože chybí jaterní enzym fenylylalaninhydroxyláza. Novorozenec musí být živen dietou s nízkým obsahem fenylylalaninu. Novorozenci s fenylylketonurií mohou být kojeni, protože mateřské mléko obsahuje malé množství fenylylalaninu, avšak hladina fenylylalaninu musí být monitorována (34, 26).

Nemoc javorového sirupu je stav, jehož podstatou je defektní metabolismus některých aminokyselin, které jsou součástí všech bílkovin. Novorozenec může být částečně kojen a dokrmen speciální dietou za stálého monitorování hladin aminokyselin (34, 26,42).

Kojení může být kontraindikováno také v případě těžkého onemocnění matky. Nejčastěji je uváděno srdeční selhání, vážné onemocnění ledvin nebo jater či plic anebo z příčin psychiatrického onemocnění. U infekčních chorob matky není kojení vždy kontraindikováno za splnění preventivních opatření. Co se týče aktivní formy tuberkulózy (TBC) matky dítě by mělo být léčeno profylakticky antituberkulotikem po dobu šesti až dvanácti měsíců a zároveň by mělo být očkováno proti TBC, kdy za splnění těchto podmínek kojení je možné (34).

Virové infekce zpravidla nebývají kontraindikací kojení nebo výživy mateřským mlékem, výjimkou je HIV infekce, kde ve vyspělých zemích je kontraindikací kojení. U herpesvirové infekce, pokud se objeví léze na prsu, musí být při kojení kryta. Osoby s oparem by se neměly dotýkat prsou kojící ženy. Hepatitida typu B nebo nosičství HbsAg u matky umožňuje kojení, pokud novorozenec dostane ihned po porodu anti-HbS globulin a je zahájeno očkování (34, 3).

1.1.8 Léky a kojení

Většina léků se do mateřského mléka dostává ve velmi malém množství a jen některé léky mohou mít vliv na dítě. Matka by měla vždy konzultovat s lékařem užívání léků při kojení. Zpravidla je možné vybrat z alternativních možností léčby tu nejméně rizikovou pro dítě. Léky podle účinku lze rozdělit na: léky kontraindikované při kojení, léky relativně kontraindikované a léky zcela bezpečné (34).

Léky kontraindikované při kojení přecházejí do mateřského mléka v nebezpečném množství pro novorozence. Do této skupiny patří cytostatika, radiofarmaka, některá tyreostatika, lithium a námelové preparáty. Při nutnosti užívat léky této skupiny se kojení dočasně nahrazuje cizím ošetřeným mateřským mlékem nebo umělou výživou (34, 3, 44).

U léků relativně kontraindikovaných při kojení nebyla neškodnost dostatečně prokázána a jejichž účinek na dítě je možný při delším podávání a vyšším dávkování. Léky z této skupiny jsou to sulfonamidy, z antibiotik chloramfenikol, estrogeny, diuretika, antiepileptika a sedativa ve vysokých dávkách (34, 44).

Za léky bezpečné v obvyklých dávkách, ale s možnými vedlejšími účinky je považována většina léků. Jsou to bronchodilatancia, vitaminy, železo, většina antihistaminik, dioxin, inzulín, většina antibiotik a analgetik (34).

Kojící žena by měla užívat skutečně pro ni nezbytné léky a vyvarovat se jakéhokoliv nadužívání léků. Doporučuje se užití léků před nejdelsí pauzou v kojení nebo těsně o něm, aby organismus matky mohl část léků metabolizovat. Po dobu užívání kontraindikovaných léků je nutné kojení přerušit a tvorbu mléka udržovat pravidelným odstříkáváním, aby matka mohla začít znovu kojit po dobrání kontraindikovaného léku (34, 26).

1.1.9 Banky mateřského mléka

Mateřské mléko je jedinou fyziologickou potravou novorozence a kojence, pokud dítě nemůže být z jakýkoli důvodů kojeno, měla by mu být poskytnuta plnohodnotná náhrada. Z těchto důvodů začaly ve světě při nemocnicích vznikat banky mateřského mléka (21).

První, kdo vyslovil myšlenku o konzervaci mateřského mléka byl pražský pediatr Epstein v roce 1907 a na to za dva roky vznikla banka mateřského mléka ve Vídni (13).

Od roku 1987 je v ČR zakázáno kojit dítě cizí matkou nebo krmit dítě cizím neošetřeným mateřským mlékem, vzhledem k možnému přenosu HIV. V těchto případech je nutné cizí mateřské mléko před podáním pasterizovat. V roce 1981 byla pasterizační teplota stanovena na 62,5°C po dobu 30 minut. Tato teplota bezpečně inaktivuje HIV a ničí jiné termolabilní viry. Výhodou je, že tato teplota zachovává imunoglobuliny, laktoferin a lysozym v mateřském mléce (41).

Nemocnice, ve které se nachází banka mateřského mléka musí mít vypracovanou strategii pro manipulaci a skladování mateřského mléka. Je nutné také pravidelně školit zdravotnický personál v této problematice (26).

Dárkyně mateřského mléka se získávají v porodnicích nebo ve spolupráci s praktickými lékaři pro děti a dorost. Musí se jednat o zdravou kojící ženu, která má nadbytek mléka a nemá dítě starší šesti měsíců. Tento věk je stanoven proto, že po šesti měsících věku dítěte se mění kvalita mateřského mléka a toto mléko již nevyhovuje potřebám bank. Dárkyně musí být zdravá a laboratorně vyšetřena na HIV, HBsAg, BWR, AST, ALT a musí jí být provedeny výtěry z krku a rekta, vyšetřena moč. Žena nesmí trpět alergii ani chronickým či systémovým onemocněním a nesmí dlouhodobě užívat léky. Z dalších podmínek je, že dárkyně by měla být nekuřačka a neměla by požívat alkohol ani omamné látky. Prodělání hepatitidy typu B a typu C vylučuje dárčovství mateřského mléka. Dále dárkyně by neměla dostat transfuzi krve během posledního roku a neměla by být léčena růstovými hormony před rokem 1985. Když dojde během dárčovství ke vzniku akutní infekce, tak se příjem mléka bankou na tuto dobu zastavuje. V době užívání antibiotik nesmí dárkyně odevzdávat své mléko, a to ještě dva týdny po dobrání antibiotik (26).

Žena, která se rozhodne darovat nadbytečné mateřské mléko pro další děti, musí mít k dispozici mrazničku oddělenou od ostatních potravin. Od zdravotnického personálu obdrží sterilní lahve na odstříkané mléko spolu s pokyny na odstříkávání mléka a jeho uchovávání. Dárkyně by měla být také poučena ohledně dodržování základních hygienických požadavků jako je čistota rukou a osobní hygiena. Měla by mít možnost telefonické konzultace v případě potřeby rady či podpory. Upřednostňuje se ruční odstříkávání, které redukuje bakteriální kontaminaci. Když matka používá ruční nebo elektrickou odsávačku, musí dostat napsanou instrukci, jak odsávačku čistit a sterilizovat. Aerosolové částice z mléka mohou kontaminovat odsávačku. Mléko se odstříkává do plastických či skleněných, vyvařených lahví k tomuto účelu určených a vydávaných přímo bankou. Láhev nemusí být sterilní, ale před použitím musí být vypláchnuta horkou vodou, při umývání v myčce se volí jeden cyklus s teplotou nad 80°C. Prvních 10 ml odstříkaného mléka se odstříká mimo sběrnou láhev, protože

prvních 10 ml je nejvíce kontaminováno bakteriemi. Láhev nesmí být úplně plná, je nutné ponechat 2,5 cm od víčka, protože mrazením se rozpíná. Mateřské mléko by mělo být uchováváno při teplotě do -18°C . Předání do banky probíhá v dohodnutý den, nejčastěji jednou týdně. Motivací jistě také je, že banky platí dárkyním určitou sumu peněz za odevzdané mateřské mléko (13).

Když žena odevzdá odstříkané mléko, zdravotníci banky mateřského mléka ho rozmrazí a rozlijí do kojeneckých lahviček zpravidla po 200 ml, na nichž je uvedeno jméno dárkyně a doba pasterizace. Vyšetří se náhodný vzorek mateřského mléka od každé dárkyně z nové dodávky na mikrobiologické vyšetření, vyšetření tučnosti mléka a vyšetření na bílkovinu kravského mléka. Nesmí být přítomny žádné potencionální patogeny a počet bakterií nesmí překročit 105/ml. Poté následuje vlastní pasterizace v pasterizátoru. Po pasterizaci následuje rychlé ochlazení ve vodní lázni, která má teplotu 10°C během deseti minut. Po ochlazení se provede znovu odběr mateřského mléka na bakteriologické vyšetření. Pasterizované mateřské mléko se skladuje v mrazničce při -20°C po dobu tří měsíců. Rozmražené pasterizované mateřské mléko je možno skladovat v ledničce po dobu 24 hodin. Je nutné dodržovat zásadu, že jednou rozmražené mléko se nesmí znovu mrazit. Zmražené mléko z banky je možno transportovat pouze v přenosných mrazicích boxech (13, 26).

Matky je nutné poučit, že mikrovlnnou troubu nikdy nesmí používat k rozmrazení, pasterizaci nebo ohřívání mateřského mléka z několika důvodů: nerovnoměrné rozložení teplot při ohřívání, při rozmrazování v mikrovlnné troubě se snižuje vitamin C, při ohřívání v mikrovlnné troubě v mateřském mléce klesá lysozym a IgA (38).

1.1.10 Umělá výživa novorozenců

Optimální způsob výživy prvních šest měsíců života dítěte je kojení. Měla by platit zásady, že umělá výživa je indikována až po selhání všech snah o zahájení a udržení kojení (34, 3).

Umělou výživu dítěte musí určovat a řídit pediatr. V případě, že novorozenec nemůže být kojen, dostane preparáty umělé výživy odpovídající jeho věku a zdravotnímu stavu (14).

V historii podrobné recepty umělé výživy jsou shrnuty v první české učebnici pediatrie akademika Teyschla. Jde o receptury přípravy kojenecké výživy z kravského mléka. Kravské mléko má třikrát více bílkovin a solí, proto je vůči mateřskému mléku hůře stravitelné a kravské mléko se upravovalo nejen ředěním, ale i okyselením. Okyselení se provádělo kyselinou mléčnou nebo kyselinou citronovou. Okyselená mléka mají v umělé výživě nejdelší tradici. Hojně se používalo mléko jíškové nebo sucharová kaše, při poruchách výživy mléko sójové nebo mandlové. Koncem padesátých let minulého století byly u nás v umělé výživě kromě kondenzovaného i sušená mléka od firmy Nestlé. Byla to sušená okyselená mléka Elderon – podmáslí určené pro novorozence a Pelargon – okyselené mléko pro kojence do jednoho roku. Jejich průmyslová výroba byla u nás zavedena koncem padesátých let minulého století pod názvem Lakton a Relakton. Bohužel, během padesátých let minulého století vlivem propagace umělé kojenecké výživy došlo k poklesu kojených dětí. Poté, náš průmysl dětské výživy vyvinul Sunar – sušené národní plnotučné mléko a další sušené dietní polotučné mléko Eviko a sucharovou kaši Sunarka. V ČSSR byl zaveden systém jednotné kojenecké výživy, tím došlo k významnému poklesu novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. V šedesátých letech minulého století byl tento systém zdokonalen o výrobu humanizovaného, adaptovaného a fortifikovaného mléka, které se složením blížilo mléku mateřskému pod názvem Feminar. Pro novorozence byl určen Feminar I, pro výživu kojenců od druhého do šestého měsíce Feminar II (44).

V současné době pro umělou výživu novorozenců jsou určeny formule, které se připravují adaptací kravského mléka, která je v současnosti na vysoké úrovni. Bohužel, formule ani v současné době neobsahují řadu antiinfekčních, imunologických, hormonálních a růstových faktorů, které obsahuje mateřské mléko (26).

Adaptace kravského mléka je v následujících úpravách:

„snížení obsahu bílkovin, změna poměru syrovátky a kaseinu na 60 : 40 (v kravském mléce je poměr obrácený), zvýšení obsahu laktózy, mléčný tuk je nahrazen rostlinným,

tj. obohacení o esenciální nenasycené mastné kyseliny, snížení obsahu solí, fortifikace vitaminy, vápníkem, železem a stopovými prvky (3, s. 23)“.

Formule je označení pro sušené formy adaptovaného kravského mléka (34).

V některých počátečních mlécích je vyšší obsah kaseinu k docílení vyššího sytícího účinku a tato formule bývá označována Forte nebo Plus (11).

Novorozenci se podává formule iniciální neboli počáteční mléka nebo se také užívá synonymum počáteční mléčná výživa určena pro novorozence a kojence od narození do dvanácti měsíců věku dítěte, pokud nemohou být kojeni (36).

Je možné se setkat i s názvem startovací formule (11, 36).

Energetický obsah se pohybuje mezi 60 – 75 kcal na 100 ml. Od narození do šestého měsíce denní množství přijatého mléka by mělo být 150 až 180 ml na kg/den. To platí pro zdravého kojence a to je 1/5 až 1/6 hmotnosti kojence. Denní množství přijatého mléka by se každý den mělo zvyšovat o 50 – 70 ml až na celkový příjem 500 až 600 ml mléka za den v desátém dnu života dítěte (14).

Značení počáteční a pokračovací kojenecké výživy je podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č.54/2004 Sb. Výrobky kojenecké výživy musí odpovídat současným požadavkům na složení a splnit přísné hygienické normy. Potraviny pro děti do tří let musí projít složitým procesem a schvalování Českou pediatrikou společností, Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem zemědělství. Tato kontrola je mnohem přísnější než u běžných potravin. Dále existuje zákaz reklamy náhrad mateřského mléka, aby nedošlo k úpadku kojení. WHO vypracovala Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a Evropská unie přijala tuto legislativu o regulaci marketingu náhrad mateřského mléka (26).

Počáteční mléka mají specifické požadavky na obsah bílkoviny, sacharidů, tuků a minerálů. Pro počáteční mléka se nejčastěji používá bílkovina kravského mléka. Použit je však možno také bílkovinu sóji nebo hydrolyzovanou bílkovinu kravského mléka. Bílkovina kravského mléka může být neadaptovaná, kdy poměr syrovátky ke kazeinu je 20 : 80 nebo adaptovaná se změněným poměrem bílkovin syrovátky ke kazeinu a to poměrem syrovátky ke kazeinu vyšší nebo roven jedna. V případě, že počáteční mléko obsahuje neadaptovanou bílkovinu, tak má být obsah bílkovin 2,25 –

3,0 g/100 kcal. Mléko s obsahem adaptované bílkoviny kravského mléka se pohybuje s obsahem bílkoviny v rozmezí 1,8 – 3,0 g/100 kcal. Většina počátečních mlék obsahuje v současné době adaptovanou bílkovinu kravského mléka v množství na dolní hranici doporučeného rozmezí. Tedy, nebylo prokázáno, že by kojenecká mléka s adaptovanou bílkovinou byla pro zralé novorozence z výživově fyziologického hlediska výhodnější než mléka s neadaptovanou bílkovinou. Naopak pro nedonošené děti je adaptovaná bílkovina stravitelnější (36).

U obsahu cukrů současná legislativa umožňuje kromě laktózy zařadit do počátečních mlék i jiné typy cukrů jako je například sacharóza, avšak přídavek sacharózy přináší dítěti sladkou chuť, na kterou si snadno zvyká a přináší riziko kazivosti zubů (11).

Obsah sacharidů v počátečním mléce je v rozmezí 7 – 14 g/100 kcal. Laktózy musí být minimálně 3,5 g/100 kcal. Sacharózy nesmí být více než 20% celkového obsahu sacharidů. Tato skutečnost v legislativě je některými odborníky kritizována z důvodu, že kojeneček v prvních čtyř až šesti měsících věku by neměl dostávat mléko, které obsahuje sacharózu. Škroby přidávané do počáteční výživy mohou být pouze bezlepkové (34).

Na počáteční mléka je také požadavek obsahu tuků. Obsah tuků v počátečním mléce může být 3,3 – 6,5/100 kcal. Není doporučeno, aby tuky kryly více než 55% celkového množství kalorií v mléce. Počáteční mléko musí obsahovat 30 – 1200 mg/100 kcal kyseliny linolové a více než 50 mg kyseliny alfa – linolenové. Počáteční mléka určená pro zralé novorozence nemusí obsahovat vícenenasycené mastné kyseliny s dlouhými řetězci (36).

Co se týká obsahu minerálů, tak je stanoven poměr vápníku k fosforu, který se má pohybovat v rozmezí 1,2 – 2,0. Doporučené je také stanovené množství stopových prvků jako je železo, měď, zinek a jód. Mléka pro kojence obsahují také jód a vitaminy v doporučeném množství (34).

Počáteční mléčná výživa má firemní název, k jejímuž firemnímu názvu je obvykle připojena číslice jedna. Názvy těchto formulí jsou například Nutrilon premium, NAN 1, Beba 1, Sunar baby (3).

Při různých patologických stavech jsou používány speciální formule: antirefluxní mléko, formule s hydrolyzovanou bílkovinou, formule pro nezralé děti a sójové preparáty, mléka se sníženým obsahem laktózy nebo bezlaktózová (19, 3).

Antirefluxní mléko je zahuštěno rýžovým škrobem nebo vlákninou karubinem ze svatojanského chleba a je používáno při gastroezofageálním reflexu (16, 36).

Formule s hydrolyzovanou bílkovinou jsou děleny podle stupně štěpení bílkoviny na formule s nízkým stupněm hydrolyzy a na formule s vysokým stupněm hydrolyzy. Formule s nízkým stupněm hydrolyzy jsou hypoalergenní mléka pro prevenci alergie u rizikových dětí z rodin s pozitivní anamnézou alergického onemocnění v případě, že dítě nemůže být kojeno. Tyto přípravky mají zbytkovou antigenicitu, proto jsou kontraindikovány u dětí s manifestní alergií na bílkovinu kravského mléka. Příkladem těchto formulí je Beba H.A., Nutrilon Pepti H.A., Sunar H.A., Hipp H.A. (36).

Formule s vysokým stupněm hydrolyzy obsahují silně hydrolyzovanou bílkovinu, cukry ve formě polymerů glukózy jako je maltodextrin. Tyto formule jsou bez sacharózy, tuky jsou zastoupeny triglyceridy se středním řetězcem. Formule s vysokým stupněm hydrolyzy jsou indikovány při malabsorpčních syndromech, deficitu laktázy, alergii na kravské mléko a při galaktosemii. Jsou to hypoantigenní přípravky pro léčebné použití s vysokým stupněm hydrolyzy většinou bílkoviny kravského mléka. Většina těchto bílkovinných štěpů má molekulovou hmotnost odpovídající peptidům. Jejich zbytková antigenicita je nízká. Hydrolyzát s vysokým stupněm štěpení musí chránit více než 95% dětí před alergickou reakcí na bílkovinu kravského mléka. Příkladem je Nutrilon Pepti, MCT, Alfare, Neocate (36).

V této souvislosti je vhodné upozornit, že neexistují důkazy, že krmení hydrolyzovanou formulí je lepší v prevenci alergie než mateřské mléko (5).

Formule pro nedonošené děti a děti s nízkou porodní hmotností mají zvýšený energetický obsah a vyšší obsah bílkovin. Tyto formule jsou doporučeny pro novorozence s porodní hmotností pod 1500 g. Nedonošené děti a děti s nízkou porodní hmotností potřebují více energie v rozmezí 120 – 150 kcal/kg, a více bílkovin v rozmezí 2,2 – 2,4 g/100 kcal. Poměr syrovátky a kazeinu má být 60 : 40. Tyto mléka obsahují

tuky s radikály mastných kyselin o středně dlouhém řetězci, které tvoří 10 – 50% celkových tuků v těchto mlécích. Ve formuli pro nedonošené děti a děti s nízkou porodní hmotností tvoří část cukrů polymery glukózy. Laktóza tvoří jen 40 – 50% celkových sacharidů. Dále jsou obsaženy ve zvýšeném množství vitaminy, stopové prvky, kostní minerály, esenciální mastné kyseliny a vícenenasycené mastné kyseliny s dlouhým řetězcem. Formule pro nezralé děti mají zachovanou nízkou osmolaritu (34, 36).

Příkladem formule pro nedonošené děti a pro děti s nízkou porodní hmotností je Nenatal, Prematil s Milupanem (36).

Sójové preparáty neobsahují bílkovinu kravského mléka a mléčný cukr. Kojenecká výživa ze sóji není určena k běžné výživě zdravých novorozenců a kojenců. Sójové preparáty jsou užívány při galaktosemii jako bezlaktózové mléko, deficitu laktázy, vegetariánský způsob života u veganů, alergii na kravské mléko. Počáteční výživa ze sóji je užívána při alergii na bílkovinu kravského mléka zprostředkovaná IgE, protože většina těchto dětí toleruje bílkovinu sóji. Počáteční výživa ze sóji z důvodu obsahu rostlinné bílkoviny, musí být obohacena metioninem, karnitinem, taurinem, cystinem, vápníkem, železem, stopovými prvky a vitaminy (3).

Doporučené množství bílkovin kojenecké výživy ze sóji je vyšší než preparáty obsahující mléčnou bílkovinu 2,5 – 3,0 g/100 kcal. Za zcela nevhodné pro výživu kojenců lze považovat různá sójová mléka nabízena běžně v potravinářských obchodech (36).

Mléka se sníženým obsahem laktózy nebo bezlaktózová jsou mléka dietní, vhodná pro děti s vrozenou poruchou trávení laktózy nebo jako přechodný léčebný přípravek při průjmech. Obecně jsou určena pro děti, které netolerují laktózu. Příkladem je AL 110, Nutrilon low lactose, Sunar Alidiar (19).

V nemocničních podmínkách se mléčná strava připravuje několikrát denně za přísně aseptických podmínek. Připravené umělé mléko je podáváno z lahve pomocí savičky u dětí, které nejsou kojeny a je kontraindikace kojení nebo nezájem matky kojit. V případě, kdy umělá výživa nahrazuje kojení pouze na přechodnou dobu, tak je umělé mléko podáváno alternativními způsoby, kdy dítě saje přes sondu, ze stříkačky nebo

z kádinky. Patologičtí a nezralí novorozenci vyžadují často krmení nazogastrickou sondou, kdy se nejčastěji využívá aplikace samospádem nebo infuzní pumpou (38).

Při přípravě umělé výživy pro novorozence a kojence je nutné se přesně řídit návodem na obalu. Zásadou je, že voda musí být vždy převařená a hygienicky nezávadná s odpovídajícím množstvím obsažených dusičnanů, musí odpovídat vodě vhodné pro kojence. Vhodnější je voda přímo určená pro kojence, která musí odpovídat přísným parametrům. Vodu poté, co přejde varem, je nutno nechat vychladnout na teplotu kolem 45°C. Není vhodné připravovat umělou výživu do horké vody a navíc výživa s probiotiky by při vyšší teplotě byla znehodnocena. Lahve a dudlíky vždy po použití je nutné vyvařit. Naprasklé dudlíky a savičky je nutno vyřadit z mikrobiologického hlediska. Mléko je ohříváno vždy těsně před použitím a potom je zchlazeno na teplotu těla. Před podáním dítěti je vhodné kápnout pár kapek mléka na vnitřní stranu svého předloktí ke kontrole teploty, protože mléko nesmí být horké ani studené a zkontrolovat, zda v savičce není příliš velká díra, protože dítě by pilo hltavě a spolykalo by velké množství vzduchu, které by mu způsobilo nadýmání a bolesti břicha. Rovněž malý otvor v savičce je nežádoucí z důvodu, protože dítě vypije méně mléka než potřebuje. Krmení dítěte z lahve probíhá tak, že osoba, která dítě krmí, má dítě opřené o předloktí ve zvýšené poloze a udržuje s ním zrakový kontakt. Při krmení dítěte z lahve je nutné dbát, aby v savičce nebyl vzduch, proto krmení by mělo být občas přerušeno, aby unikl vzduch ze savičky. Ohřívání mléka v lahvičce, ze které již dítě pilo se z hygienických důvodů nedoporučuje. Ohřívání mléka v mikrovlnné troubě je nevhodné pro jeho nerovnoměrné prohřátí. Lepší je mléko ohřát ve vodní lázni, avšak optimální je ohřátí v ohříváči kontrolovaném termostatem na 37°C (11).

Jak píše MUDr. Anna Mydlilová ve svém e-mailu z 9.7.2010: „Evropský úřad pro bezpečnost potravin doporučuje následující pravidla při přípravě umělé kojenecké výživy v nemocnicích: strava ze sušených přípravků by se měla nejlépe připravovat v centrálních přípravnách, používat správná hygienická opatření k zamezení kontaminace (čistota prostředí a rukou, sterilní pomůcky), při přípravě umělé výživy používat teplotu vody nad 70°C, připravenou směs umělé výživy rychle zchlazit na teplotu 5 až 4°C a uchovat v chladničce maximálně 24 hodin. Pro noční krmení uchovat

jen 8 hodin a to ve vyčleněné chladničce při teplotě do 4°C. Ohřev má být prováděn v lahvičkách bezprostředně před krmením do teploty 37°C rovnoměrně v celém objemu stravy. Problémem je, že na novorozeneckých a dětských odděleních často neexistuje směrnice pro přípravu umělé kojenecké výživy. Kontaminace umělé kojenecké výživy může mít za následek invazivní infekce jako jsou meningitidy, sepse, nekrotizující enterokolitidy. Správná hygienická opatření nejsou často dodržována.“

1.3 Výživa kojenců

Je to období, kdy se výrazně mění výživa dítěte. Výživová doporučení řadí kojence do jednoho roku do skupiny dětí, které mají zvláštní výživové požadavky uvedené ve vyhlášce Ministerstva zemědělství č.23/2001 Sb. (34).

Výživu kojence je možno rozdělit na tři období, která postupně do sebe přecházejí a každé z nich trvá přibližně čtyři až šest měsíců. V případě, že dítě nemůže být kojeno, dostává průmyslově vyráběný preparát počáteční výživy (34).

Pro děti od ukončeného čtvrtého měsíce do tří let věku je možno užít pokračovací mléka místo preparátů počáteční výživy. Pokračovací mléka je možno podat jako součást smíšené stravy od okamžiku, kdy dítě dostává příkrm. Poměr syrovátky a kaseinu v pokračovacích mlécích je 20 : 80. Zásadou je, že pokračovací mléko nesmí obsahovat lepek, ale může obsahovat již přísávek jiných sacharidů. Tato mléka bývají obohaceny železem, jódem a zinkem, a často jsou obohacena i o vitaminy. Všechna pokračovací mléka mají ve srovnání s neupraveným kravským mlékem nižší obsah bílkovin, z důvodu, že starší kojenci v rozvinutých evropských zemích dostávají příkrmy s vysokým obsahem bílkovin (34, 14).

První období je výhradně mléčné, kdy je dítě plně kojeno nebo dostává preparát počátečního mléka umělé kojenecké výživy. V dnešní době je doporučeno výlučné kojení do konce šestého měsíce věku (34, 10, 26).

„Množství mléka pro zdravého kojence odpovídá 1/6 jeho hmotnosti, tj. 150 – 180 ml/kg/den, maximálně jeden litr mléka denně (34, s. 105)“.

Druhé období je přechodné období, kdy dítě dostává k mateřskému mléku nebo k mléku umělé výživy kašovitě příkrmy. Třetí období je období smíšené stravy. V tomto

období je postupně do jídelníčku zařazována upravená strava dospělých vhodná pro dítě. Po celý první rok života může dítě dostávat mateřské mléko, počáteční mléko a od druhého období je možné dítěti dát pokračovací mléko, které je určeno pro děti od ukončeného čtvrtého měsíce do tří let věku (34, 26).

Je vhodné stále pokračovat s kojením až do dvou let věku dítěte podle doporučení WHO i po zavedení příkrmu (26).

1.2.1 Nemléčný příkrm

Minimálně první čtyři měsíce života má být dítě živeno jen mlékem a je – li to možné, výlučně mateřským mlékem. Dítě dobře prospívající může být plně kojeno až do konce šestého měsíce života. Je nutné varovat před časným zaváděním příkrmu, které nepřináší dítěti žádné výhody, naopak zvyšuje osmotickou zátěž ledvin a možnost vzniku potravinových alergií. Dříve se doporučovalo začít s příkrmy u nekojených dětí o dva měsíce dříve, ale v současnosti je doba zavádění příkrmů u kojených dětí a nekojených dětí stejná (26).

Období, kdy kromě mléčné stravy začíná kojeneček dostávat i stravu nemléčnou, se nazývá strava komplementární (2).

„Příkrm se doporučuje začít podávat nejdříve na konci čtvrtého měsíce a nejpozději na konci šestého měsíce (34, s. 115)“. Zavedení příkrmů je doporučeno nejdříve po 16. týdnu a nejpozději po 24. týdnu života.

Příkrm se začíná podávat v době, kdy dítě obvykle přesáhne 6000 g, je hladové po osmi až deseti kojeních. Je nutno krýt zvýšený požadavek na energii, bílkovin, železa a zinku. Příkrm lze zavést do jídelníčku v době, kdy dítě již dobře kontroluje pohyby hlavy, sedí s oporou a je schopné polykat stravu, která není tekutá. Čas podání prvního nemléčného příkrmu není dán jen vývojem funkce trávicího ústrojí, ale také dosaženým stupněm neuropsychického vývoje (34).

Zavedení nemléčného příkrmu má následující postup, kdy je nejprve zaveden zeleninový příkrm, posléze masozeleninový příkrm, dále ovocný, respektive ovocnomléčný příkrm a nakonec zavedení cereálních kaší. Příkrm se podává lžičkou. Poloha dítěte při krmení má odpovídat potřebě dítěte, nejlepší je poloha vsedě. Žáda

mají být rovná, dolní končetiny ohnuté v kyčlích, chodidla ba měla být na podložce. Kojenci s nejistým sezením by měli nejlépe sedět na klíně dospělého. Pro krmení kojence je vhodná lžička kávová nebo čajová, plošší se hodí pro první pokusy o krmení, hlubší je výhodnější pro pokusy dítěte jíst samostatně, držadlo má být kratší a silnější. Strava by měla být nabízena v zorném poli dítěte. Osoba, kdo krmí dítě by měla postupovat tak, že vloží lžičku na střed jazyka a lehce zatlačí a to přiměje dítě k posunu sousta horním rtem ze lžičky. Lžička by měla být nejlépe z nezávadné umělé hmoty. Dítě musí sedět, protože vleže nemůže bezpečně polykat. U teplých příkrmů nezapomenout zkontrolovat teplotu před podáním dítěti. Nádobí pro podávání příkrmů by mělo být nerozbitné (10, 26).

Doporučený první nemléčný příkrm je jemné monokomponentní zeleninové pyré, obvykle vařené a mixované, a to obvykle v poledne. Zeleninový příkrm se podává před kojením nebo podáním umělé výživy. Obvykle se začíná mrkvovým pyré, které lze zamíchat do mléka. Stačí jednu až dvě lžičky příkrmu jednou až dvakrát denně, a pak dítě dokojit nebo podat umělé mléko. Není doporučeno příkrm ochucovat. Tedy, nekořenit, nepřislažovat a nesolit kojeneckou stravu! Po dvou až čtyřech dnech je vhodné přidat další druh zeleniny jako je brambor, brokolici nebo květák. Vždy začít přidávat pouze jeden druh potraviny s odstupem nejlépe tří až čtyř dnů. Vhodná zelenina pro kojence jsou brambory, mrkev, okurka, cuketa, dýně, pastináček, petržel, tuřín, kedlubna, hlávkový salát, červená řepa, pórek, květák, brukev, bílé zelí, červené zelí, čínské zelí, lilek, růžičková kapusta, brokolice. Zeleninu je ideální podusit v páře, aby si zachovala co největší množství vitaminů, případně povařit do měkka v nesolené kojenecké vodě (11).

V průběhu jednoho měsíce je možné zařadit vícesložkové příkrmy, zeleninové a masozeleninové. Maso je vhodné důkladně uvařené a velmi jemně nakrájené libové jako je kuře, krůta, hovězí, jehněčí, králík zpočátku jednu polévkovou lžici na dávku takto názorně sdělit pro představu maminek. Příkladem je zelenina s kuřetem, telecí maso se zeleninou a bramborem, maso s rýží. Strava by měla být rozmačkaná nebo mletá. Doporučené množství vařeného libového masa je zpočátku 20 g na jednu porci, od sedmého měsíce věku až 35 g na porci. Kojenec obdrží postupně příkrm obsahující

maso až šestkrát týdně a jedenkrát týdně místo masa je doporučen jeden vařený slepičí žloutek. Vhodné maso je přidáváno do polévek, maso – zeleninových kaší a později jako hrubě mleté či jemně nakrájené s přílohou jako jsou brambory, rýže a bezvaječné těstoviny. V současné době je na trhu dětské výživy celá řada masozeleninových příkrmů, jejich výhodou je nízký obsah dusičnanů a prakticky žádný obsah pesticidů, který by měl být nižší než 0,01 mg/kg. Během dvou až tří týdnů by měla být jedna mléčná porce zcela nahrazena tímto příkrmem. Teprve po masozeleninovém příkrmu je vhodné do jídelníčku zavést ovocné pyré od šestého měsíce věku. Ovocné pyré by se nemělo přislažovat a obsah sacharidů by neměl přesahovat 20 g/100 g. Nový druh ovoce by měl být zaváděn do jídelníčku kojence s odstupem tří až čtyř dnů z důvodu rozpoznání případné nesnášenlivosti. Doporučeno je začít s banánem nebo jablkem. Je lépe se vyvarovat exotických potravin a jahod, které často vyvolávají alergické reakce. Vhodné ovoce pro kojence jsou sladká jablka, hrušky, meloun, třešně, borůvky, švestky, meruňky, broskve. Ze začátku zavádění ovocného příkrmu je vhodné ovoce oloupat a krátce podusit ve vodě kromě banánu a melounu. Je důležité vybírat ovoce a zeleninu čerstvou, bez konzervačních látek. Nejvhodnější jsou biopotraviny, kde nejsou užívány chemické postřiky a umělá hnojiva. U zeleniny dát pozor na vyšší obsah dusíku a dusičnanů než jsou povolené normy. V tomto směru je rizikový špenát, červená řepa, hlávkový salát, zelí, celer, fenykl a cukety. Ovocné pyré lze smíchat s neslazeným jogurtem. Jogurt je vhodný pro kojence, protože je to v podstatě lehce stravitelné mléko, avšak tvaroh není doporučován pro dítě do jednoho roku života pro vysoký obsah bíkovin (34, 10).

Během pátého až sedmého měsíce života podle posledních doporučení by měl být do stravy zaveden lepek. Je vhodné, pokud je dítě v průběhu zavedení lepku do stravy kojeno ke snížení rizika vzniku celiakie. Dále je doporučeno v kojení pokračovat minimálně dva až tři měsíce po zavedení lepku (2).

V průběhu šestého měsíce života dítěte je obvykle doporučováno do stravy zavádět další příkrm ve formě mléčné obilné kaše na noc, což je v podstatě zavedení lepku. Komerční obilné kaše bývají samostatně nebo v kombinaci s ovocem nebo zeleninou. Buď je k přípravě komerční kaše nutné mléko nebo jsou to výrobky, které již

mléko obsahují, a proto se připravují pouze naředěním vodou. Zdravé kojené dítě by mělo dostávat příkrm dvakrát až třikrát denně ve věku šest až osm měsíců, třikrát až čtyřikrát denně ve věku devět až jedenáct měsíců. Zelený hrášek v nemléčných příkrmech je povolen již od sedmého měsíce věku. Zkusit nechat dítě, aby se krmilo samo, ale je nutné mu pomáhat. Zásadně dítě do jídla nenutit a nechat dítě, aby si samo určilo, množství jídla, které sní. Doba krmení nemá přesáhnout půl hodiny, a pokud dítě stále není syté, je vhodné dítě nakojit (11).

Kojení podle potřeby dítěte je vhodné do věku dvou let i déle (26).

V osmém měsíci věku může většina dětí dostat stravu do ruky například chléb, pečivo. Kolem osmého měsíce kojenci sami sedí, mají první zuby a dostatečnou flexibilitu, která jim umožňuje polykat kousky stravy, které musí být dostatečně změkčené z důvodu prevence aspirace. Mezi osmým až dvanáctým měsícem věku je vhodné zařadit do jídelníčku další druhy příkrmů s využitím těstovin jako jsou špagety, vaječné nudle a makaróny. Příkrmy je doporučeno podávat dítěti, které již má první mléčné zuby ve formě hruběji nasekaných kousků nutící dítě ke žvýkání. Samozřejmě nepodávat pevné kousky, které jsou špatně rozpustné slinami jako jsou bobule hroznového vína nebo kousky syrové zeleniny. Je vhodné denně podávat dítěti potraviny ze všech hlavních skupin jako jsou obiloviny, ovoce, zelenina, maso, vaječný žloutek, plnotučné mléčné výrobky kromě tvarohu. Je možno začít podávat i luštěniny mezi devátým až dvanáctým měsícem věku v tomto pořadí: červená čočka, hrách, čočka, fazole. Po desátém měsíci věku dítě je vhodné postupně zapojit do stolování s rodinou (34, 16).

Při výlučně mléčné výživě mateřským mlékem nebo počátečním mlékem v prvních šesti měsících života nepotřebuje zdravý kojenec čaj ani jiný přírůdek tekutin navíc. Výjimkou je horečnaté onemocnění, pocení, ztráta chuti k jídlu. Od desátého měsíce je doporučeno zavést pravidelné podávání tekutin přibližně 200 ml denně. Dítěti začít podávat tekutiny v hrnečku a ne v kojenecké lahvi. Pro dítě je vhodný hrneček se dvěma oušky a nenaplňovat hrneček více než do poloviny. Nejlepší nápojem pro kojence je kojenecká voda, která musí splňovat nejpřísnější kritéria ze všech balených vod. Kojenecká voda je jedinou balenou vodou, u které je zaručena původní přírodní

kvalita. Je to ideální nápoj pro děti do tří let věku, protože zdravé dítě ji může pít v jakémkoli množství, dlouhodobě a bez převařování (34, 10).

Plně kojené děti nebo děti živené počátečním mlékem jsou dostatečně zásobeny vitamínem C. Mléko nemá být nahrazováno příjmem ovocných šťáv a tyto ovocné šťávy jsou doporučovány až v době, kdy dítě je již schopné pít z hrnečku. Ovocné šťávy by neměly obsahovat více sacharidů než 15 g/100 ml. Dávka tekutin mezi šestým a dvanáctým měsícem věku by měla být mezi 120-130 ml/kg/den. Do příjmu tekutin je nutné započítávat kojení nebo mléčnou formuli, veškeré příkrmy. Dítě může vypít kolem 300 ml čaje, nejlépe bylinkového nebo ovocného čaje. Čaj není doporučován přislazovat (26).

Ve správné výživě kojenců je vhodné zdůraznit, že dítěti by se neměly podávat sladké potraviny jako jsou sušenky, sladké pečivo, cukrovinky, šlehačka, zmrzlina a čokoláda. Dále dítěti nepodávat uzeniny mimo libové dušené šunky, tučné maso, paštiky, majonézu, vaječný bílek, tvaroh (26).

Na preventivní podávání fluoridů u kojenců nejsou jednotné názory. Někteří autoři doporučují podávání fluoridů od šestého měsíce věku v dávce 0,25 mg iontů fluoru v tabletové formě. Preventivní podávání fluoridu snižuje kazivost zubů (35).

Novorozencům a kojencům je podáván vitamin K jako prevence krvácivé choroby. Dávkování vitaminu K je jiné u novorozenců a u dětí kojeneckého věku. Po prvním měsíci věku je podáván jednou týdně do tří měsíců věku u kojených dětí (44).

Dále je podáván vitamin D v dávce 600 – 800 IU denně od čtrnáctého dne života do dvanácti měsíců života. U dětí, které dovrší dvanáctý měsíc v zimě, je doporučeno pokračovat až do léta, tedy do věku osmnácti měsíců jako prevence rachitidy (36, 44).

1.3 Výživa batolat

Od jednoho roku života dítěte se zcela mění způsob výživy na rozdíl od novorozeneckého a kojeneckého období. Kojení je stále doporučeno do věku dvou let dítěte a déle. Je to období, kdy dítě by si mělo osvojit správné stravovací návyky a v tomto období se dítě poprvé začíná podílet na rozhodování při výběru potravin.

Správná výživa batolat je zásadní pro zajištění růstu a dalšího vývoje dítěte. Stravovací režim batolat se snaží dodržet pravidelnost pěti jídel v těchto dávkách: snídaně 25%, dopolední svačina 10%, oběd 35%, odpolední svačina 10% a večeře 20%. K snídani je zpravidla podáváno mléko, krajíček chleba nebo pečivo s máslem anebo zavařeninou. V této souvislosti je vhodné upozornit na nevhodnost podávání kaka a u dětí do tří let a nevhodnost medu do dvou let věku dítěte, protože tyto potraviny jsou častým alergenem. Svačina bývá podobná snídani, podává se kousek ovoce, sýra, tvarohu nebo jiného mléčného výrobku. Oběd by měl obsahovat dvakrát až třikrát týdně maso. K večeři jsou vhodné těstoviny, rýže nebo brambory případně míchané se zeleninou. Pokrm by měl být doplněn mlékem. Je vhodné se vyvarovat podávání pamlsků mezi jídly, protože mohou vést k obezitě v pozdějším věku a k závislosti na sladkém jídle a sladkých tekutinách. Nikdy nepodávat jídlo za odměnu (28, 48).

Měl by být dodržován pravidelný čas hlavních jídel a svačin. Zásadou je, aby strava byla pestrá a dítě mělo na jídlo dostatek času. Energetický příjem pro jednoleté dítě by měl být 900 kcal za den, pro dvouleté a tříleté dítě je denní energetický příjem 1000 kcal. Po prvním roce života by dítě nemělo být krmeno z lahve. Batole si osvojuje již některé zásady správného stolování, hygienické návyky jako mytí rukou před každým jídlem. V této souvislosti je důležité upozornit, že jídlo by nemělo být podáváno při sledování televize nebo při hře dítěte a jídlo končí, když dítě odmítá jíst nebo zlobí (10).

Batole by mělo jíst u stolu, zpočátku s dopomocí dospělého, přibližně od dvou let samostatně pod dohledem dospělých. Vhodné jsou stolky a židličky odpovídající věku dítěte. V případě, že jí dítě u stolu s ostatními členy rodiny, mělo by mít zvýšenou židli, aby mohlo jíst pohodlně. Batole si při systematickém vedení a vhodném vzoru vytváří správnou představu o chování při jídle. Rodiče své stravovací návyky a způsob výživy přenášejí na dítě. Rodiče jsou vzorem dítěti a dítě si z nich bere příklad. Dítě zpočátku jí z misky, postupně z hlubokého a mělkého talíře. Nádobí pro batole je vhodné nerozbitné a dostatečně těžké, bránící převrnutí a rozbití. K jídlu se používá krátká lžice a vidlička, která umožňuje snadnější úchop. Batole zpravidla kolem 15-18 měsíců se již samo zvládá najíst. Tekutiny jsou podávány vždy z hrnečku. Je vhodné

zdůraznit, že jídlo by nikdy nemělo být rodiči považováno jako výchovný prostředek. Pro batole je typické, že objem jídla se mění, někdy dítě sní velké množství, druhý den naopak velmi malé množství. Batole má spíše zájem o okolní svět než o jídlo, což mnohdy vyvolává u rodičů mylný dojem ztráty chuti k jídlu. Mají-li rodiče obavy z toho, že dítě málo jí, je vhodné vést si potravinový deník, kde je zaznamenáno vše, co dítě sní a vypije. V žádném případě by nemělo být dítě k jídlu nuceno a neměla by se dítěti slibovat odměna za to, že svou porci jídla sní (23).

Rodičům je vhodné vysvětlit, pokud batole odmítá stravu a prospívá, že se jedná o přechodné období, které souvisí s vývojem dítěte. Dětem by měla být nabízena rozmanitá jídla s různou chutí, konzistencí a teplotou. Batole má rádo tuhé kousky jídla, které je schopno rozžvýkat a strávit pevnější stravu. Je doporučováno nabízet dítěti jednu polévkovou lžici od každého jídla na každý rok věku. Dítě by mělo jíst pravidelně a svačiny by měly být stejně významnou součástí jídelníčku jako hlavní jídla. Interval mezi jednotlivými jídly by měl být 3-3,5 hodiny, aby předchozí jídlo bylo již stráveno a zvýšila se chuť na další stolování. Doba jednotlivého krmení by neměla přesáhnout třicet minut. Energeticky vydatná jídla by měla být podávána v dopoledních hodinách a je doporučeno vyvarovat se stravovacích návyků s maximem jídla večer, které znamenají přísun energie v době, kdy ji vlastně již nepotřebujeme (20, 34, 19, 10).

Ve stravě batolat je nutné se vyvarovat většině konzervačních látek, které patří do skupiny tzv. aditiv a bývají označovány písmenem E ve složení výrobku uvedeném na obalu. Naštěstí, že omezení rizikových aditiv pro výživu dětí do tří let věku, mezi něž patří umělá barviva a konzervanty a další látky je předepsána zákonem č.4/2008 Sb. z těchto aditiv je zpravidla možné použít v potravinách pro batolata jen kyselinu propionovou, kyselinu askorbovou, tokoferoly a lecitin (10, 43).

Je vhodné upozornit také na to, že náhradní sladidla se nemají přidávat do dětské výživy (10).

Potraviny pro batolata je možno rozdělit do několika následujících skupin:

1) mléčné výrobky 2) maso, ryby, drůbež, vajíčka, luštěniny 3) zelenina 4) ovoce

5) cereálie. Dítě si při systematickém vedení a vhodném vzoru vytváří správnou představu o chování při jídle. Je všeobecně uznáváno doporučení, že dětem první dva roky života nemá být omezován tuk a cholesterol (10, 11).

Cholesterol se dělí na LDL, který je rizikový pro vznik kardiovaskulárních nemocí, a pak HDL cholesterol, který organismus chrání. Ke zvýšení LDL cholesterolu přispívají především živočišné tuky, které by se neměly vyskytovat ve stravě. Příkladem živočišných tuků jsou uzeniny, hamburgery, hranolky, tučné sýry (30).

Neomezení tuku sice neznamena, že by dítě mělo jíst tučné maso nebo krajice chleba silně namazané máslem, ale rozhodně nejsou vhodná odtučněná mléka nebo mléčné výrobky, a proto není doporučeno podávat mléko se sníženým obsahem tuků do dvou let života dítěte. Nekoženému dítěti je možno od jednoho roku věku začít podávat mléka určená pro batolata, která bývají na obalu nejčastěji označena číslicí tři nebo slovem junior. Jsou to pokračovací mléka s přidavkem vitaminů, minerálů, stopových prvků a esenciálních mastných kyselin, které kravské mléko neobsahuje vůbec, nebo jen v malém množství. Mléčné výrobky jsou pro dítě nejlepším zdrojem vápníku. Dostatečný přísun vápníku pro batole pokrývá příjem 500 ml upraveného mléka denně, avšak část porce je možno nahradit mléčnými výrobky. Probiotika také zvyšují vstřebávání vápníku a chrání před obtížemi jako je průjem, nadýmání, zácpa (10).

Probiotika mají kladný vliv na funkci střevní slizniční bariéry. Důkazy Evidence-based medicine poukazují na účinnost *Lactobacillus reuteri*, *Enterococcus faecium* a *Saccharomyces boulardii*. Probiotika pomáhají nejen v ochraně, ale i v léčbě trávicího traktu při infekci, která vyvolává průjmové onemocnění. Probiotické mikroorganismy mají úlohu i v prevenci rozvoje alergických onemocnění (8).

Zaživací trakt potřebuje kontakt s probiotickými bakteriemi, aby se rozvinuly jeho imunitní obranné mechanismy a přiměřená imunitní odpověď, která posiluje zdraví (2).

Probiotika jsou často podávána s prebiotiky. Prebiotika jsou nestravitelné látky jejichž konzumace má příznivý fyziologický účinek na hostitele selektivní stimulací růstu nebo aktivity některých kmenů střevní mikroflóry (34).

Mezi prebiotika je například řazena laktulóza, inulin, fruktooligosacharidy, galakto-oligosacharidy. Z potravin obsahující prebiotika jsou v dětském věku nejčastěji podávány banány. Ve významném množství jsou také prebiotika a probiotika obsaženy v mateřském mléce. Kombinace prebiotik a probiotik v jedné potravine je označena názvem synbiotika (45).

Náhrada mléka sladkými nápoji má negativní vliv na zdravotní stav batolete jako je neprospívání, chronický průjem, rozvoj zubního kazu a nízký příjem vápníku (20).

Z mléčných výrobků jsou zvláště vhodné zakysané produkty, jako je bílý jogurt, acidofilní mléko, podmáslí a kefir. Nevhodné jsou slazené jogurty a tvarohy, které zatěžují organismus dětí vysokým obsahem řepného cukru. Od roka do dvou let věku dítěte je doporučeno plnotučné konzumní mléko (11).

U dítěte staršího dva roky je možné podat polotučné konzumní mléko. V případě alergie na bílkovinu kravského mléka, která je u dětí do tří let věku hlavním potravinovým alergenem, je třeba zdůraznit, že náhrada kozím nebo kobyším mlékem není správná, protože bílkoviny kozího a kobyšího mléka jsou strukturou prakticky totožné s bílkovinou kravského mléka. Bohužel, prevalence potravinové alergie u dětí do věku tří let je až 8%. Alergie na kravské mléko, především non-IgE, může se vyskytovat i u plně kojeného dítěte. Důvodem je přechod bílkoviny syrovátky kravského mléka a to beta-laktoglobulinu v naprosto nezměněné podobě až do mléka mateřského. „V případě tvorby většího množství izotopu IgE hovoříme o IgE alergické přecitlivělosti (tj. atopii), v případě aktivity buněčné řady bez vyšší tvorby izotopu IgE hovoříme o non-IgE alergické přecitlivělosti (26, s.21)“. Alergie na bílkovinu kravského mléka je v tomto věku následována v četnosti výskytu alergií na vaječné bílkoviny, následuje alergie na moučné bílkoviny včetně gliadinu, sóji, ryb a ovoce a zeleniny. U potravinové alergie je obvyklá kombinace nesnášenlivosti. Naštěstí, že potravinová alergie v prvních letech života vyhasíná až z 95%. Tato skutečnost se vysvětluje díky opožděnému nástupu harmonizujících mechanismů orální tolerance vůči potravinovým bílkovinám. Jedinou příčinou léčbou potravinové alergie je eliminační dieta potravin vyvolávajících alergickou reakci (11, 26).

V této souvislosti je také vhodné upozornit na to, že mléčná a zeleninová jídla by měla být podávána odděleně, protože vápník brání vstřebávání železa. Sýry označované jako tzv. tvrdé jsou hůře stravitelné než sýry termizované jako jsou tvarohy a žervé, proto tvrdé sýry nejsou vhodné pro batolata. Rovněž nejsou doporučeny tavené sýry pro vysoký obsah solí a fosforu. Plísňové a zrající sýry také nelze doporučit do jídelníčku batolat. Pro batolata jsou vhodné sýry bez příchuti typu cottage (10).

Přidávání soli do stravy by mělo být omezené, stejně jako pití limonád a konzumování cukrovinek. Rovněž slané a kořeněné pokrmy jsou pro batole nevhodné (12).

Strava by měla obsahovat také dostatečné množství vlákniny. Přiměřené množství vlákniny snižuje vhodným způsobem energetický obsah stravy, ovlivňuje absorpci živin a antigenů, přispívá k objemu stolice a urychluje pasáž tračníkem. Vlákna snižuje vstřebávací schopnost především pro nasycené mastné kyseliny, přispívá k vyššímu vylučování cholesterolu, tím působí jako významný ochranný faktor před onemocněním srdce a cév. Nejvýznamnějšími zdroji vlákniny jsou celozrnné obiloviny a výrobky z nich jako jsou dalaňky, celozrnný chléb, vločky, rýže natural, luštěniny, ovoce a zelenina. Celkový příjem vlákniny u kojence a dítěte ve věku dvou let má být 5g / den. Tříleté dítě má mít 8g / den (34).

Nepostradatelná ve výživě batolat je zelenina, která společně s cereáliemi by měla tvořit základ jídelníčku batolat. Pro batolata je třeba většinu druhů zeleniny tepelně upravit vařením nebo dušením, aby byla dobře stravitelná a nenadýmala. Orientační denní množství zeleniny pro roční dítě by mělo být 100 g syrové zeleniny ve dvou až třech porcích. Dítě dvouleté a tříleté by mělo denně přijmout 180 g syrové zeleniny ve dvou až třech porcích. Zelenina obsahuje hojně vody a je chudá na kalorie, ale naproti tomu má mnoho nerostných látek jako je vápník, draslík, železo a hojnost vitamínu C a beta karotenu. Vitamin C je hojně obsažen v kapustě, pažitce, petrželce, paprikách, špenátu, ředkvičkách, hrášku, kopru, křenu a rajčatech. Zdrojem beta karotenu, provitaminu A, je mrkev, špenát, pažitka, ale také kapusta, rajčata a hlávkový salát. Vitaminy skupiny B jsou nejvíce obsaženy v luštěninách, ve fazolích a hrášku. Vitaminy, zejména vitamin C, jsou velmi choulostivé a při tepelném zpracování

zeleniny obsah vitamínu C výrazně klesá. Vhodná tepelná úprava zeleniny je dušením. Postupně je možno přidat dítěti od batolecího věku i syrovou zeleninu, která je nutričně nejvhodnější pro obsah vitamínů a minerálů. Rutinní suplementace vitamínů od farmaceutických firem není nutná u zdravých batolat s pestrou dietou (11, 34).

Nevhodná pro batolata je zelenina ze skleníku, protože obsahuje vyšší obsah dusičnanů. Jednou tepelně upravená zelenina by neměla být pro děti opakovaně ohřívána a tato zásada by měla být dodržována. V zimě, kdy je na našem trhu nedostatek čerstvé syrové zeleniny, je možná náhrada zeleninou hluboce zmrazenou. Technologie jejího zpracování zajišťuje zachování velkého množství vitamínů a minerálů. Po rozmrazení je nutno hluboce zmrazenou zeleninu ihned zpracovat (14).

Od 18-ti měsíců je možno postupně přidávat do jídelníčku malé množství loupaných a mixovaných luštěnin. Nejvhodnější je začít se žlutou púlenou a loupanou čočkou, která nenadýmá a má velmi jemnou chuť. Pro dítě do dvou let není vhodný syrový hrášek, který může aspirovat. Orientační denní množství luštěnin je $\frac{1}{2}$ až $\frac{3}{4}$ hrnku vařených luštěnin (10, 16).

Zavádění nových druhů ovoce a zeleniny může být spojené s rizikem alergické reakce, proto je vhodné zavádět nové druhy potravin, zejména ovoce a zeleniny postupně vždy s odstupem dvou až tří dnů, aby se dala rozpoznat případná nesnášenlivost některé z nich. Co se týče podávání ovoce, tak nikdy by nemělo být podáváno ovoce nahnilé nebo plesnivé. Nestáčí odkrojit měkká místa, protože i ta část ovoce, která je vzhledem nepoškozena, již obsahuje jedovaté látky způsobené kvašením, bakterie nebo zárodky plísní. Pecky z ovoce obsahují také škodlivé látky a to především kyselinu kyanovodíkovou, proto dítě nesmí konzumovat jádra peckovin (19).

Syrové čerstvé ovoce by mělo dostat batole pokud možno každý den, zpočátku oloupané a nastrohané, nejlépe v bio kvalitě, protože při jeho pěstování se nepoužívají chemické postřiky a hnojiva. Označení bio znamená, že potravina byla získána ze zdrojů ekologicky a především hygienicky velmi přísně testovaných jako jsou zahrady, pole, sady, drůbež a dobytek. Tyto potraviny musí splňovat nejpřísnější požadavky chemické a biologické čistoty. Potraviny s tímto atestem jsou obvykle dražší (8).

Pro batolata z těchto důvodů nelze než doporučit dětskou výživu od renomovaných firem, které jsou sice drahé, ale cena je vykoupena jistotou nezávadných surovin a kvalitního zpracování. Batole by mělo přijmout ve stravě 100 g ovoce denně, kdy jedna porce by měla obsahovat 50 g. Pro dítě, které zeleninu občas odmítá, je hojnost ovoce vynikající náhražkou zeleniny. Dětem ovoce chutná pro svou sladkou chuť. Ovoce se hodí ke svačině nebo jako moučník po hlavním jídle a je vhodná náhrada sladkostí. Na stole může být stále mísa s čerstvým ovocem. Důkladné omytí pod proudem vody před podáním dítěti je podmínkou (10).

Denní dávka sacharidů pro batolata je doporučována ve výši 10 g/kg hmotnosti. Sacharidy kryjí více než polovinu energetické potřeby člověka. Sacharidy mají řadu synonym: glycidy, uhlovodany, uhlohydráty nebo cukry. Sacharidy jsou děleny na monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Jednotlivé typy jsou zastoupeny v potravě nerovnoměrně. Nejvýznamnější jsou pro výživu škrob a sacharóza, v menší míře laktóza. V ovoci, medu jsou zastoupeny monosacharidy, glukóza a fruktóza. Oligosacharidy jsou přítomny v luštěninách, škrob obsahují brambory a obiloviny. Zatímco monosacharidy se vstřebávají přímo v tenkém střevě, ostatní sacharidy musejí být předtím rozštěpeny na monosacharidové jednotky: glukózu, galaktózu a fruktózu. Ovoce poskytuje dostatečný zdroj sacharidů. Naproti tomu řepný cukr, neboli sacharóza, z něhož se vyrábějí sladkosti, je pouze zdrojem energie a neobsahuje žádné organismu prospěšné látky. Z těchto důvodů denní dávky sacharózy by měli být u batolat kontrolovány. Většinou děti přijímají mnohem více cukru, než potřebují. Čokoláda, sladké bonbony a sušenky jsou pro batolata nevhodná a zvyšují riziko vzniku zubního kazu a následně i výskyt obezity (10).

Obezita je celosvětově nejrozšířenější metabolické onemocnění a WHO ji nazvala epidemií globální. Prevalence obezity se zvyšuje ve všech kategoriích, nejrychleji však u dětí a mladistvých (17).

V souvislosti s konzumací sacharidů se objevila teorie tzv. glykemického indexu. Různé druhy potravin ovlivňují hladinu glykemie. Je to dáno složením potravin, obsahem a druhem sacharidů, ale i technologickým zpracováním. Potraviny mohou být děleny podle toho, jakou mají schopnost zvyšovat glykemii. Číselné hodnoty jsou

označeny jako glykemický index. Čím větší je číslo, tím rychleji bude vzestup glykemie. Glukóza má číslo 100. Je vhodné se vyvarovat ve stravě potravinám blízcím se číslu 100 glykemického indexu. Konzumace potravin s nízkým glykemickým indexem jako je zelenina, těstoviny, rýže má vliv na prevenci civilizačních chorob v dospělosti (38).

Pro batolata není většina exotického ovoce přínosem a na toto ovoce děti často reagují alergickou reakcí. Potřebné množství vitamínu C je možno získat z ovoce a zeleniny, která se u nás pěstuje. Výjimkou u exotického ovoce je banán, protože téměř výjimečně po něm vznikají alergické reakce a je výhodnou součástí různých diet při průjmových onemocněních batolat. Banán nesmí být nikdy nahnílý nebo naopak nedozrálý. Nahnílý banán obnáší riziko plísní a toxinu, nezralý banán je špatně stravitelný. V této souvislosti je vhodné upozornit, že kandované ovoce není doporučeno pro stravu batolat z důvodu vysokého obsahu cukru a barviv. Totéž platí pro marmelády, kompoty a sušené ovoce, které nemůže nahradit čerstvé ovoce z hlediska vitaminů (10).

Obiloviny, neboli cereálie jsou hlavní složkou naší stravy. Při výběru cereálií pro batolata je třeba vycházet z předpokladu, že jejich trávicí trakt potřebuje stále ještě lépe stravitelnou potravu než dospělý. U podávání cereálií je nutné zdůraznit, že syrové cereálie do dvou let věku dítěte jsou hůře stravitelné a nevhodné i pro nebezpečí aspirace. Do dvou let věku dítěte se nepodává běžné müsli nebo směsi s celými zrny obilí. Pozor na celozrnný chléb s vysokým podílem otrub, který je pro stravu batolat naprosto nevhodný. Dítěti celozrnné pečivo může způsobit nadýmání. Bílé pečivo je pro batole lépe stravitelné, ale je nutné vybírat pečivo, o němž je známo, z čeho je upečeno. V chlebu a pečivu pro batolata by neměl být nadbytek kvasnic, protože přemíra kvasnic může dítěti způsobit trávicí potíže a to platí také pro teplé pečivo. Pro batole je vhodné pečivo s pomazánkou s podílem tvarohu, nikdy batolatům nepodávat pomazánku s majonézou nebo sádlem (10, 14).

Běžný chléb ze žitnopšeničné mouky je pro batole vhodnější, než chléb sedmizrnný nebo vícezrnný. Chléb lze nahradit ovesnými vločkami. V batolecím věku je možno podávat ovesné vločky výhradně povařené. Orientační denní množství chleba

nebo ovesných vloček je pro roční dítě 60-80 g a pro dvou až tříleté dítě 120 g. Chléb, ovesné vločky, rýže, teplé obilné přílohy a brambory dodávají energii, protože obsahují škrob. V průběhu dne je nutno tyto potraviny rozdělit na tři hlavní jídla a svačinu, aby dítě nemělo pocit hladu v důsledku nepravidelného přísunu energie (14).

Součástí každého hlavního jídla jsou přílohy. Orientační množství příloh pro roční dítě je 80 g a pro dítě ve věku dvou až tří let 100 g (10).

Rýže je považována za ideální potravinu a nízký obsah bílkovin ji činí dobře stravitelnou. Rýže má nízký obsah tuku a škrob v ní obsažený je dobře stravitelný. Oproti tomu bílá rýže pro kuchyňské použití se upravuje mletím a leštěním, avšak není hodnotná z hlediska vitaminů, minerálů a vlákniny. Rýže neobsahuje lepek a u dětí také často podává jako zavářka do polévek (14).

V oblasti pitného režimu narůstá spotřeba ovocných šťáv, které by v jídelníčku neměly nahrazovat vodu a mléko. Příjem většího množství džusů vede k nespecifickému průjmovému onemocnění. Nadměrná spotřeba džusů v množství 400-900 ml / den je považována za faktor, který v některých případech zhoršuje prospívání batolat. Ovocné šťávy a džusy obsahují velké množství cukru, proto jejich dávka pro batolata by měla být do 250 ml denně a měla by být ředěna vodou v poměru 1:1 vzhledem ke značnému množství cukrů. Některé práce také ukazují, že nadměrný příjem džusů vede k malému růstu a obezitě. Džusy mívají vysoký obsah fosforu a narušují vstřebávání vápníku. V žádném případě by ovocné šťávy neměly nahrazovat příjem vody a mléka! Nejvhodnějším nápojem pro batolata je kojenecká voda a neslazený bylinkový či ovocný čaj. Čaj by neměl být příliš silně louhován (8, 10).

Vyhláška č.23/2001 Sb. cituje nápoje komerčně vyrobené pro děti do věku tří let jako „nápoje na ovocném, zeleninovém, bylinném základě nebo na základě jejich směsí, čajové nápoje na bylinném nebo ovocném základě a ovocné nebo zeleninové koncentráty (10).

Je vhodné omezit pití neředěných džusů, zcela vyloučit příliš sladké a kolové nápoje, kávu a tonik. Nejsou také vhodné nápoje sycené oxidem uhličitým. Roční a dvouleté dítě by mělo přijmout přibližně 1200 ml tekutin za 24 hodin. Dítě ve věku tří

let by mělo mít příjem 1500 ml tekutin/24 hodin. Batole má potřebu tekutin 120 ml/kg/den (34).

Samozřejmě v letním období je potřeba tekutin pro organismus vyšší a při průjmu. Tekutiny musí být podávány po každé vodnaté stolici v množství 50-100 ml do dvou let věku a 100-200 ml u dítěte staršího než dva roky. Matky by měly být poučeny o tom, že vysoký obsah cukru v nápojích průjem zhoršuje. Při průjmu je možné také podávat rehydratační roztok s obsahem minerálů a glukózy, který je v lékárnách prodáván pod názvem Kulíšek. Tekutiny při průjmovém onemocnění je vhodné podávat po lžičkách nebo po doušcích. Matky by také měly znát, které potraviny jsou vhodné při průjmovém onemocnění u batolat. Při průjmu je doporučována například bílá loupaná rýže, brambory, mrkev, přezrálé banány, nastrohaná syrová jablka, vejce natvrdo, maso (15).

Naopak při zácpě mírně projímavě působí: sklenice vlažné vody nalačno, dodržování pitného režimu, oves, celozrnné obiloviny s výjimkou rýže, čerstvé ovoce, zelenina a ovocné šťávy (14).

V souvislosti s výživou dětí do tří let věku je nutné upozornit na riziko aspirace. Rizikové potraviny z hlediska aspirace jsou oříšky, syrová zelenina, popcorn, tvrdé kandované ovoce, avšak i jiné potraviny mohou vyvolat dušení, jestliže jsou ve velkém množství v ústech, pokud dítě při jídle běhá nebo je bez dozoru. Zásadou je, že dítě v batolecím věku by nikdy nemělo jíst samo, bez dozoru dospělé osoby! Dítě do věku tří let by nemělo samo jíst ani v autě za přítomnosti řidiče, který nemůže dítěti sám rychle pomoci. Nevhodné je také používání lokálních anestetik pro bezbolestné prořezávání zubů, která mohou znecitlivět zadní larynx a dítě je následně ohroženo aspirací při jídle (34).

Maso je nenahraditelným zdrojem aminokyselin a zajišťuje přísun železa a vitaminů skupiny B. Maso je možno nahradit dvakrát týdně jedním vajíčkem, které přináší do stravy dítěte bílkovinu, železo, minerály a vitaminy skupiny A a B. Vejce obsahují kvalitní bílkoviny nejen v bílku, ale i ve žloutku a mohou nahradit maso. Problém u dětí může způsobit vaječný bílek, proto bílek je doporučován až dítěti od jednoho roku věku. Alergikům se bílek nedoporučuje do věku dvou let. U dětí

s atopickým ekzémem je vhodné vyřadit vejce z jídelníčku až do tří let věku dítěte. Žloutek obsahuje železo, vápník a má v sobě mnoho tuku a v něm rozpuštěný vitamin A a vitamin D. Vejce obsahují také cholesterol, který je důležitý pro stavbu buněk a je doporučován ve stravě dětí do věku dvou let. Cholesterol je součástí buněčných membrán a je důležitý zejména v době maximálního růstu organismu, především pro mozek. Toto období je právě od narození do batolecího věku (10, 19).

Zásadou v přípravě vajec je, že vejce musí být dobře tepelně zpracovaná při teplotě 70°C jako prevence salmonelové nákazy. Krémy a majonézy obsahují syrová vejce, proto jsou pro batolata nevhodná. Vejce je lépe kupovat čerstvá a co nejdříve zpracovat. Dáváme přednost telecímu a hovězímu masu, drůbeži, králičímu, jehněčímu a rybímu masu. V této souvislosti je vhodné upozornit, že vnitřnosti a mleté maso jako jsou salámy a uzeniny jsou pro batolata naprosto nevhodná. Maso by mělo pocházet z biologického hospodářství, kde je zaručeno, že krmné směsi neobsahují látky na podporu růstu. Zásadou při přípravě masa je dostatečně dlouhá tepelná úprava, protože nedostatečně tepelně zpracované maso může být zdrojem nákazy tasemnicí a zdrojem bakterií způsobujících průjemová onemocnění. Při přípravě masa také nezapomenout, že kuchyňské nádoby, které přišlo do kontaktu se syrovým masem, je nutné důkladně omýt horkou vodou. Dát pozor, aby při tání zmrazeného kuřete v lednici z něho nevytekla voda a krev na jiné potraviny, obzvláště ty, které se konzumují syrové. Pro batolata je nejvhodnější úprava masa dušením a vařením. Když dítě nejí maso krátkou dobu, rozhodně nestrádá (14).

Postoj zdravotníků k alternativní výživě dětí je spíše negativní s obavou z rizik nutriční insuficience. Přísné odmítání živočišné bílkoviny tzv. veganství je zvláště u rodičů, kteří nejsou dostatečně vzděláni v problematice výživy, pro růst a vývoj dítěte nebezpečné. U vegetariánských diet se vyskytuje u dětí nižší růstová rychlost (28).

Podobné směry jako vitariánství a makrobiotika jsou pro výživu batolat naprosto nevhodné (16).

Rodiče, kteří vedou k vegetariánství své dítě by měli vědět, jak nahradit tyto živočišné bílkoviny, aby dítě neohrozili ve svém vývoji. Bílkoviny tzv. proteiny jsou nezbytné pro růst a vývoj lidského organismu, nenahraditelné pro stavbu svaloviny.

Bílkoviny navíc obsahují pro organismus dusík, který není dodán cukry, ani tuky. Tyto bílkoviny jsou obsaženy také ve vejcích, rybách, mléčných výrobcích, luštěninách. Důležitost bílkovin spočívá v tom, že jsou základní stavební strukturou všech buněk. Organismus k tvorbě svaloviny a ostatních tkání potřebuje biologicky hodnotnou bílkovinu. Maso obsahuje nejen důležité bílkoviny, ale také železo. Rostlinná strava obvykle obsahuje dostatečné množství železa, ale problémem je to, že existuje několik faktorů, které jeho vstřebávání zhoršují jako je kyselina šťavelová, vejce, čaj, káva, vápník, mléko a mléčné výrobky. Malé množství masa v pokrmech zlepší vstřebávání železa v zelenině nebo v obilí. Železo obsažené v maso se dobře vstřebává oproti nehemovému železu, které je obsažené v potravinách rostlinného původu. Maso sladkovodních i mořských ryb je možno začít podávat již kolem roku věku. Sladkovodní ryby vzhledem k obsahu malých kostí nejsou zpravidla v našich podmínkách do jídelníčku batolat zařazovány. Je nutno vybrat takové druhy ryb, jejichž kosti lze dobře odstranit. Nejčastěji je podáváno z mořských ryb filé, ale je možné dát batoleti do jídelníčku také lososa a tuňáka. U ryb je potřeba dát pozor na možnost vyvolání alergické reakce, protože mořské ryby jsou bohaté na histamin. U batolat bez alergické anamnézy je vhodné zařadit filé do jídelníčku jednou za dva týdny (26).

U dětí s alergickou anamnézou je doporučeno zařadit rybí maso do jídelníčku až po třetím roce věku. Bohužel, počet alergiků stále narůstá. Orientační množství masa v jedné porci pro tříleté dítě je 40 g (10).

Vhodné je klasické rybí filé připravené místo na pánvi v troubě, aby maso nebylo připravené na přepálených tucích. Mořské ryby jsou také významným zdrojem jódu, který je důležitý zejména pro vývoj mozku. Nedostatek jódu v minulosti byl častou příčinou vzniku mentální retardace u dětí. Jód je navíc nezbytný pro činnost štítné žlázy. Přírodním zdrojem jódu je také zelenina a obilí vypěstované v půdě, ve které je jódu dostatek (16).

Průmyslově ztužené tuky a margaríny, které obsahují trans mastné kyseliny jsou pro výživu dětí nevhodné a jsou nebezpečné tím, že mohou iniciovat proces poškozování cévní výstelky. Místo margarínu je vhodné raději použít máslo, které na rozdíl od margarínů neobsahuje různé stabilizátory, emulgátory a konzervanty (19).

Zdrojem trans mastných kyselin jsou také živočišné tuky, proto jejich konzumace by měla být omezována. Bohužel, v našem jídelníčku převládá živočišná strava a s její větší konzumací s nedostatečným příjmem ovoce a zeleniny jsou spojeny tzv. civilizační choroby, plynoucí ze zvýšeného příjmu živočišných tuků a bílkovin. Do skupiny tzv. civilizačních chorob jsou zahrnovány hypertenze, ateroskleróza, obezita spojená s vysokou hladinou cholesterolu a diabetem mellitem 2. typu. Na prevenci civilizačních chorob již je nutno myslet v batolecím věku dítěte, kdy dítě přebírá vzor výživy svých rodičů. Tato dietní strategie týkající se prevence obezity a aterosklerózy se uplatňuje u dětí nad dva roky věku. Ve správné výživě jsou rovněž nezastupitelné hlavně nenasycené mastné kyseliny, které si organismus neumí syntetizovat tzv. esenciální mastné kyseliny, které mají význam pro růst a vývoj dítěte. Nenasycené mastné kyseliny jsou obsaženy zejména v rostlinných olejích a v rybím mase. Příjem tuků pro dítě od roku věku do dvou let by se neměl snižovat pod 30% celkového denního energetického příjmu. Oproti tomu od dvou let by energetický podíl tuků již neměl přesahovat 30% (10, 14, 16).

Nelze opomenout, že tuky jsou důležitým zdrojem energie a jsou nezbytné pro správný průběh metabolických procesů. Tuky také plní funkci energetických zásob, aktivovaných při nedostatku cukrů. Jsou stavební složkou membrán buněk a jsou rozpouštědly pro různé látky jako jsou vitaminy rozpustné v tucích (příloha 3). Tyto vitaminy jsou důležité pro stavbu kostí, kůže a pro srážlivost krve (48).

V souvislosti s výživou batolat existuje onemocnění, které se nejčastěji vyskytuje v batolecím věku a je nazýváno pica. „Pica je onemocnění, kdy dítě nejčastěji v batolecím období pojídá různé předměty (47, s.56)“. Pica se projevuje tím, že dítě pojídá například zeď, písek, uhlí apod. Toto onemocnění se často vyskytuje při nedostatku vápníku nebo železa. Po zavedení těchto prvků zpravidla dojde k úpravě (47).

Zásadně je nutné v přípravě jídelníčku batolat vyhýbat se tučným pokrmům, smaženým jídlům a uzeninám. Pro dětský jídelníček vybírat potraviny jen se známým původem a s dostatečně dlouhou záruční lhůtou. Vést celou rodinu k tomu, aby se naučila zásady správné výživy a osvojila si vhodné stravovací návyky (10, 16).

1.4 Edukační proces

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educio, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (18, s. 9)“.

Je to činnost, při které dochází k učení. Vzdělávání jedince probíhá po celý jeho život. Úkolem zdravotníka je poskytnout pacientovi/klientovi získání takových znalostí a dovedností, které mu pomohou obnovit zdraví či udržet zdraví na přijatelné úrovni (18).

V ošetrovatelství bývá edukační proces definován jako výuka pacienta/klienta umožňující zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby. Edukační proces pomáhá naplňovat preventivní cíle moderního ošetrovatelství. Moderní ošetrovatelství klade důraz na edukační roli sestry (39).

Mezi edukačním procesem a ošetrovatelským procesem je určitá shoda, podobnost fází. Počáteční pedagogická diagnostika odpovídá v ošetrovatelském procesu zhodnocení/posouzení, ve fázi projektování je shrnuto stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánování ošetrovatelské péče v ošetrovatelském procesu, v realizaci je shoda v edukačním procesu a ošetrovatelském procesu, a navíc v této fázi má edukační proces upevňování a prohlubování učiva, fáze zpětné vazby v edukačním procesu odpovídá v ošetrovatelském procesu hodnocení. Edukační proces je také chápán jako jeden z druhů sociální interakce (49).

U dětí do tří let věku jsou edukováni především rodiče – zejména matka o správné výživě svého dítěte, a tím rozhodují o jeho současném a budoucím zdraví. Právě edukace o výživě dítěte do tří let věku je zaměřena především na primární prevenci (39).

„Primární prevence – edukace je zaměřena na zdravé jedince, především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života (18, s. 11)“.

Sestry by měly edukaci dětí a dorostu za nedílnou součást své náplně práce (39).

Cílem edukace není jen pasivní předání informací, ale především ovlivnění postojů pacienta/klienta k volbě správných rozhodnutí. V edukaci by měly být stanoveny edukační cíle sloužící ke změně ve vědomostech, dovednostech, postojích a hodnotové orientaci. Cíle se formulují vždy ze strany edukanta, nikoliv edukátora, protože pozitivní změna má nastat u edukanta. Cíle lze dělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobý cíl je výsledkem jednotlivé edukační lekce, dlouhodobý cíl bývá například cíl celé edukace u jednotlivého klienta (18).

Cestou k naplňování stanovených cílů slouží edukační metody. Edukační metodu lze chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. Stanovená metoda by měla být použitelná v praxi, přirozená a zajímavá jak pro edukátora, tak pro edukanta. Nejčastější metody používané ve zdravotnictví jsou přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuse, konzultace, brainstorming, brainwriting, práce s textem, e-learning. Metodou přednášky jsou předávány vědomosti v uceleném souvislém projevu. V první části přednášky je úvod, ve kterém jsou edukaci seznámeni s určitým problémem a cílem a cílem samotné přednášky. Po úvodu následuje vlastní výklad a poslední část přednášky tvoří závěr. Na závěr by měly být shrnuty nejdůležitější body přednášky. Z dalších metod je vysvětlování. Vysvětlování je používáno v případě, pokud se nelze opřít o předcházející zkušenosti a vědomosti edukanta. Instruktáž a praktické cvičení seznamuje edukanty s určitým pracovním postupem, aby získali psychomotorickou dovednost. Mezi edukační metody patří také rozhovor. Základem edukační metody rozhovoru je kladení otázek mezi edukátorem a jedním nebo více edukanty, kdy dochází k vzájemné výměně informací. Rozhovor slouží ke sběru informací o edukantovi, ke sdělení nových poznatků, k upevnění a opakování získaných vědomostí. Metoda diskuse je vhodná k upevnění vědomostí edukanta. Během diskuse musí edukátor sledovat její průběh a snažit se usměrňovat diskutující, aby se neodchýlili od tématu nebo nedošlo k vzájemnému napadání účastníků diskuse. Konzultace je jedna z nejvíce používaných metod ve zdravotnictví. Konzultace je setkání s odborníkem, se kterým může edukant prodiskutovat svůj problém a ujasnit si případné nejasnosti. Brainstorming je metoda, při které je snaha

v určitém časovém limitu získat co nejvíce nápadů a představ k řešení stanoveného problému. Obdobou brainstormingu je brainwriting, kdy si každý účastník zapisuje nápady na papír. Z dalších edukačních metod je známa práce s textem v podobě letáku, brožury, plakátu, článku v časopise, knihy. Poslední uvedenou edukační metodou je e-learning (18).

„Metoda e-learningu nemá jednotnou definici. E-learning můžeme vymezit jako vzdělávací proces, který používá multimediální technologie ke zvýšení kvality edukace (18, s. 46)“.

Výuka zpravidla probíhá pomocí počítačových kurzů, které jsou rozděleny do jednotlivých lekcí (18).

Výsledkem edukace je změna chování rodičů a jejich dětí. Edukace musí být individualizovaná a odpovídat skutečným potřebám dětského pacienta/klienta a jeho rodičů. Sestra poskytuje edukaci jen v rámci svých profesních kompetencí. Kompetence sestry při edukaci v péči o děti jsou stanoveny Vyhláškou č.424/2004 Sb. (39).

V edukaci by měly být dodržovány didaktické zásady. Didaktické zásady jsou prostředkem, který pozitivně ovlivňuje kvalitu výuky, nikoliv cílem edukace. První didaktické zásady u nás formuloval J.A. Komenský. Mezi didaktické zásady patří zásada názornosti, zásada spojení teorie s praxí, zásada vědeckosti, zásada přiměřenosti, zásada aktuálnosti, zásada zpětné vazby, zásada uvědomělosti, zásada individuálního přístupu, zásada soustavnosti, zásada trvalosti, zásada kulturního kontextu (18).

K úspěšné edukaci je důležitá také komunikace. Komunikace v edukačním procesu je řazena do sociální komunikace (18).

„Komunikace je základní společenský proces, který můžeme charakterizovat jako odevzdávání významů mezi lidmi (29, s. 80)“.

Komunikace je obecně dorozumívání a je neoddělitelnou součástí edukace. Je jednoznačný vztah mezi úrovní komunikace a efektivitou edukačního procesu. Edukátor vysílá určité sdělení edukantovi. Edukant musí zprávu určitým způsobem dekodovat a případně přiměřeným způsobem reagovat. V průběhu komunikace se mohou objevit i komunikační šumy, kdy dochází ke zkreslení informací. Komunikační šumy mohou mít řadu příčin například v únavě klienta, prožívání bolesti. Komunikace je nejčastěji dělena

na verbální a nonverbální. Verbální komunikace je komunikace slovem a písmem tzv. symbolů. Nonverbální komunikace je komunikace beze slov. Verbální komunikace je spojena s myšlenkovými procesy a emocemi člověka. 7% veškerých informací je sděleno slovy (49).

Při vedení vzájemné komunikace je nutno dbát na to, aby komunikace byla jednoduchá, výstižná, vhodně načasovaná, přizpůsobená schopnostem a znalostem jedince, se kterým je vedena. Při komunikaci s klientem je vhodné dát přednost českým výrazům před odbornými termíny. Při komunikaci je nutné neodbíhat od tématu a respektovat vyhrazený časový limit. Předávání informací prostřednictvím verbální komunikace by mělo být logicky uspořádané, srozumitelné a zajímavé. Edukátor by měl mít přiměřenou hlasitost a spíše hlubší tón hlasu, přiměřenou rychlost řeči a v průběhu slovního projevu měnit tempo řeči. Pomlky jsou součástí verbálního projevu. Délku projevu je nutno přizpůsobit edukantovi a obsahu sdělení. Edukant by měl mít možnost nejen naslouchat, ale také se do komunikačního procesu zapojit. Nonverbální komunikace často probíhá na neuvědomělé úrovni. Na nonverbální komunikaci má vliv kultura člověka. Pomocí nonverbální komunikace jsou vyjádřeny postoje, prožívání, emoce. K nonverbální komunikaci je řazena proxemika, mimika, gestika, haptika, kinetika, pohled z očí do očí, posturologie a úprava zevnějšku (18).

„Proxemika – je komunikace prostřednictvím vzdálenosti mezi dvěma subjekty, kdy vzdálenost (přiblížení, oddálení) jednotlivých subjektů mezi sebou určuje jejich vzájemný vztah (49).

Vzdálenost mezi subjekty lze rozdělit do čtyř zón, které se mohou lišit i podle etnika a národnosti. Při dodržování osobní zóny platí pro různé národy různé zvyky a pravidla. Je nutné znát prostorové požadavky určené jinou kulturou. Blízkou vzdálenost preferují Arabové, Japonci, Jihoameričané, Francouzi, Italové a Španělé. Střední odstup při prvním setkání upřednostňují Britové, Švédové, Švýcaři, Němci, Rakušané. Velká vzdálenost při prvním setkání v osobní zóně je typická pro Australany, Novozélandčany (29).

Tyto zóny jsou děleny na: veřejnou, společenskou, osobní a intimní. Veřejná zóna je v tělesné vzdálenosti od 360 do 760 cm. Vzdálenost veřejné zóny je zcela

neosobní a je využívána při skupinové výuce. Společenská zóna je ve vzdálenosti od 120 do 360 cm. Společenská zóna je využívána pro projednávání neosobních věcí. Osobní zóna je ve vzdálenosti od 30 do 120 cm. Je to zóna pro blízké přátele či spolupracovníky. Tato vzdálenost je vhodná pro vedení rozhovoru s klientem. Intimní zóna je přibližně 10 až 30 cm od těla člověka. Do této zóny nechává člověk vstoupit své intimní přátele či rodiče bez nepříjemných pocitů. Zdravotníci často vstupují do intimní zóny pacienta/klienta. Při vstupu do intimní zóny zdravotníci by pacientovi/klientovi měli vysvětlit důvod svého počínání, jinak mohou očekávat nespolupráci a odmítání ze strany pacienta/klienta (29, 49).

„Mimika – jedná se o komunikaci prostřednictvím výrazu obličeje (pohyby obličejových svalů) (49, s. 18)“.

Mimikou lze dobře sdělit emoce, značně odráží psychický stav člověka jako je radost, smutek, překvapení, štěstí (29, 49).

„Gestika – jedná se o komunikaci zejména prostřednictvím horních končetin (49, s. 18)“.

Gesta doplňují nebo nahrazují slova. Haptika – je komunikace prostřednictvím dotyků (49).

Jedním z nejčastějších haptických dotyků je podání ruky. Podání ruky by mělo být součástí běžného kontaktu s klientem ve zdravotnictví. Pro tělesný dotyk jsou popsány doteková pásma. První pásmo je pásmo společenské, které představuje nejčastěji oblast ruky. Druhé pásmo je osobní či přátelské, do kterého patří oblast paže, ramena, vlasy. Poslední pásmo je intimní, které je neomezené (29).

„Kinetika – komunikace prostřednictvím pohybů těla, kdy si všímáme rychlosti pohybů a napětí těla (46, s. 19)“.

Pohledy jsou jedním z druhů nonverbální komunikace. Zrakový kontakt je důležitý při vedení rozhovoru (49).

U rozdílných kultur jsou velké odlišnosti v míře zrakového kontaktu pokládáné za přijatelné. Příliš mnoho pohledů u obyvatel Afriky a Asie je projevem nadřazenosti, neúcty nebo urážky. Naopak u Arabů a Severoameričanů příliš málo pohledů je vykládáno jako nezdvořilost (29).

„Posturologie – jedná se o komunikaci prostřednictvím postoje a polohy těla (49, s. 20)“.

Z postoje a polohy těla je možno předpokládat, jak jedinec bude reagovat za okamžik (49).

Úprava zevnějšku je také důležitá pro komunikaci, protože zevnějšek zanechává v druhé osobě dlouhodobý dojem (49).

„Rozsah, způsob a struktura komunikace v edukačním procesu jsou ovlivněny počtem účastníků edukace, zvolenou metodou a formou edukace. Řídící úlohu v komunikaci v edukačním procesu má ve většině případů edukátor, který řídí činnost edukanta v souladu se stanovenými cíli (18, s. 20)“.

První fáze edukačního procesu je fáze počáteční pedagogické diagnostiky. Sestra jako edukátor se snaží v první fázi odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta a zjišťuje jeho edukační potřeby. K získání potřebných informací sestra využívá především pozorování a rozhovor. První fáze je důležitá pro stanovení budoucích cílů a edukace (18).

Sestra by měla zjistit úroveň vědomostí rodičů, převážně matky o výživě dítěte, a zda je ochotna a schopna se něčemu učit. Významná je také motivace matky k edukaci. Druhá fáze je nazvána projektování. Edukátor – sestra se snaží naplánovat cíle, zvolit metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob evaluace edukace Sestra naplánuje vlastní proces edukace s individuálním přístupem k rodičům a dítěti. Fáze následující je realizace. Prvním krokem v této třetí fázi je motivace, na kterou navazuje expozice. Expozice edukantům rodičům zprostředkovává nové poznatky. Edukant- rodič by se měl na získávání poznatků aktivně podílet a zapojit se do procesu edukace. Na expozici navazuje fixace. Je nutné, aby byly získané vědomosti či dovednosti procvičovány a opakovány v návaznosti na předchozí vědomosti a dovednosti. Na fixaci navazuje průběžná diagnostika, která spočívá v diagnostice, prověřování a testování pochopení. Po průběžné diagnostice následuje aplikace. Při aplikaci je snaha, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti použít. Individuální edukace je jednou z nejčastěji užívaných forem edukace ve zdravotnictví (18).

Individuální edukace přináší vysokou efektivitu učení, protože rodič - nejčastěji matka je přímo zapojena do edukačního procesu a má možnost si ihned ujasnit případné nesrovnalosti. Sestra by vždy měla dát rodičům prostor pro kladení otázek a diskusi.

4. fáze je fáze upevnění a prohlubování učiva, která slouží k uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Je nutné osvojené poznatky opakovat a procvičovat, aby docházelo k jejich fixaci. Je to fáze dost často opomíjená. Poslední fází je fáze zpětné vazby. V této fázi jsou hodnoceny nejen výsledky edukanta, ale také edukátora. V této fázi si sestra klade otázku, zda její činnost byla úspěšná? Kvalitně prováděná edukace motivuje, je srozumitelná, názorná a prováděná dlouhodobě je nejlepší investicí k ovlivnění zdravého životního stylu (18).

1.5 Ošetřovatelský standard

Standard znamená poskytnutí minimální úrovně přijatelné péče. Je to dohoda normy a stanovuje nezbytnou a základní normu pro kvalitní ošetřovatelskou péči. Je to vodítko ke stanovení hodnocení, zda ošetřovatelské činnosti jsou na požadované úrovni (17).

Ve své podstatě první standardy sestavila už v letech 1860 Florence Nightingalová. Tyto standardy byly zaměřeny na prostředí nemocného, prevenci nákaz a ošetřovatelskou péči. Standardizaci péče ve zdravotnictví se dlouhodobě zabýval profesor Donabedian ve Spojených státech Amerických. Teprve, v sedmdesátých letech minulého století byly vypracovány Americkou asociací sester ošetřovatelské standardy. Tyto standardy konkrétně stanovily, na jakou ošetřovatelskou péči mají pacienti právo. Všechny země s vyspělým zdravotnictvím mají standardy pro ošetřovatelskou péči a jejich účel slouží ke kontrole poskytnuté ošetřovatelské péče. Ošetřovatelské standardy je možno třídit na centrální a lokální standardy. Centrální standardy vydává ministerstvo zdravotnictví jako zákonné normy nejčastěji v podobě vyhlášek nebo nařízení, obvykle jsou označeny jako cíle oboru. Lokální standardy jsou vypracované jednotlivými pracovišti a slouží jen pro účely daného pracoviště. Lokální standardy nesmí být v rozporu s centrálními standardy. Vypracované standardy jsou pro dané pracoviště

závazné a zabezpečují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče s její zpětnou vazbou hodnocení a možnosti měření (24).

Cílem standardu je neposkytovat služby pod stanovenou minimální úrovní kvality jako prevence poškození zdraví pacienta, a tím zajištění bezpečnosti pacienta.

Standard ošetrovatelské péče se skládá ze sedmi částí, kdy je nejprve stanovena konkrétné oblast ošetrovatelské péče a je zpravidla uvedena v názvu standardu, pro koho je standard určen a kdo má povinnost dodržovat tento standard. Cíl standardu musí být jasný, měřitelný a reálný. Dále musí být určen výčet kritérií. Ve standardu ošetrovatelského postupu musí být uveden kontrolní mechanismus a případné sankce za porušení dodržování standardu. Na konci standardu je uveden zdroj literatury a kdo zpracoval standard (17).

Standard je nejčastěji tvořen metodou DYSSSY. Je to dynamický systém, jehož autorkou je profesorka Kitsonová. DYSSSY znamená Dynamic Standard Setting System. V praxi před vlastní tvorbou standardu bývá sestavena komise. Musí být stanoveny cíle, výsledná kvalita péče a kontrolní mechanismy. Ve druhé části tvorby standardu jsou stanoveny strukturální kritéria. Strukturální kritéria zahrnují potřebné pomůcky k výkonu, ošetrovatelskou dokumentaci, teoretické znalosti a praktické dovednosti sester. V další části tvorby standardu probíhá diskuse v pracovním týmu o přijatelnosti standardu a následně standard je vyzkoušen v praxi, kdy případné nedostatky standardu slouží k nápravě daného standardu, a poté je standard definitivně schválen jako závazný pro dané pracoviště. V další části je vyhlášení platnosti standardu. K hodnocení všech kritérií standardu slouží ošetrovatelský audit, kdy musí být vypracována schémata kontrol a hodnocení. Cílem auditu je hledání nedostatků v systému a jejich následné řešení. Poslední částí tvorby je aktualizace standardu. Po jednom až tří letech by měla proběhnout revize standardu (24).

1.6 Ošetrovatelský proces

Větší orientace na výkony než na potřeby člověka vedly v různých zemích k naléhavější potřebě přeměny stávajících zdravotnických systémů, v systémy, které by byly humánní a v jejich středu by byl člověk se svými potřebami, od nichž by se odvíjela veškerá zdravotní péče. Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces (17).

„Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti (25, s. 162)“.

Termín ošetrovatelský proces jako první použila v roce 1955 Hallová. V roce 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání WICHE uvedla pět kroků ošetrovatelského procesu: percepci, komunikaci, interpretaci, intervenci a vyhodnocení. Komise označila ošetrovatelský proces za vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí. To zahrnuje chování pacienta a sestry a jejich výsledná interakce. V roce 1973 Sdružení amerických sester (ANA) zveřejnilo normy ošetrovatelské praxe a uvedlo pět částí ošetrovatelského procesu: pozorování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Postupně s teoretickým a klinickým rozvojem ošetrovatelského procesu se začal používat termín sesterská diagnóza. Pojem sesterská diagnóza se vyvíjel v 50. a 60. letech minulého století a používal se k označení pacientových problémů nebo potřeb. V roce 1982 byla založena organizace Severoamerického sdružení pro sesterské diagnózy (NANDA) (25).

Ošetrovatelský proces je cyklický, jeho složky následují v logickém pořadí (25).

To znamená způsob, jakým sestra péči o člověka vykonává. Tato péče je založená na uváženém a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů pacienta/klienta. V současné době je několik definic ošetrovatelského procesu. Samotný proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Pojem ošetrovatelský proces má souvislost s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetrovatelství. Práce metodou ošetrovatelského procesu přináší výhody jak pacientovi/klientovi, tak i sestře. Pozitivita ošetrovatelského procesu pro nemocného je kvalitní a plánovaná ošetrovatelská péče, návaznost a kontinuita péče, účast pacienta/klienta na péči. Pozitivita ošetrovatelského procesu pro sestru je důsledné

a systematické ošetrovateľské vzdelání, spokojenosť v zameštnaní, odborný rúst, vyhnutie sa rozporu se zákonom, plnenie ošetrovateľských norem, splnenie norem akreditovaných pracovísk (46).

Ciele ošetrovateľského procesu je zhodnotiť zdravotný stav, skutočné či potenciálne problémy o zdraví, stanoviť plány na zhodnocenie potrieb a poskytnúť špecifické ošetrovateľské zásahy na uspokojenie týchto potrieb. K neefektívnejšiemu realizácii ošetrovateľského procesu sestra musí individualizovať prístup ku každému pacientovi/klientovi a musí s pacientom/klientom spolupracovať. Pacientom/klientom sa rozumí jednotliviec, rodina alebo komunita (25).

V Českej republike je do ošetrovateľskej praxe zaveden päťfázový proces, jehož jednotlivé fázy majú nasledujúce označenie: zhodnocenie/posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia, vyhodnocenie (46).

Prvá fáza je zhodnocenie zdravotného stavu pacienta/klienta, ktoré je prvým krokom k zahájeniu ošetrovateľského procesu (25, 46).

V prvej fáze sestra získava o pacientovi/klientovi potrebné informácie, ktoré sú nutné pre efektívnu a plánovanú starostlivosť. Sestra sa musí presvedčiť, či má k dispozícii všetky potrebné informácie. Ďalej si sestru musí byť vedomá možnosťou zhrnutia informácií, pretože musí oddelovať domnienky od skutočností. Prvá fáza má dve časti: a) získavanie ošetrovateľskej anamnézy b) zhodnocenie súčasného stavu pacienta/klienta. Sestra používa holistický prístup k nemocnému, a znamená, že sestru získava informácie z oblasti biologických, emocionálnych, duchovných, sociálnych a kognitívnych potrieb. Keď správne rozpozná problém musí byť realizované päť hlavných činností: zber dát, kontrola platnosti údajov, usporiadanie údajov, kontrola správnosti prvého dojmu, hlásenie a zaznamenávanie údajov. Zber dát musí byť systematický a nepretržitý, inak nelze zabezpečiť aktuálnosť údajov vzhľadom na meniaci sa zdravotný stav pacienta/klienta. Ve všetkých fázach ošetrovateľského procesu je zber dát a posudzovanie stavu pacienta/klienta súčasťou všetkých činností. Zber dát začína prvým stretnutím sestry s pacientom/klientom, pokračuje každým ďalším kontaktom a trvá až do prepustenia pacienta/klienta (46).

Primární údaje poskytuje sám pacient/klient. Sekundárním pramenem údajů o pacientovi/klientovi jsou jiné osoby, záznamy, zprávy, rodinní příslušníci a přátelé pacienta/klienta (25).

K vytvoření databáze jsou potřebné všechny informace o pacientovi/klientovi, které poskytuje sesterská anamnéza, fyzikální posouzení, lékařská anamnéza, fyzikální vyšetření, výsledky laboratorních a diagnostických testů. Ošetřovatelskou anamnézu je vhodné provést co nejdříve po přijetí pacienta/klienta. Cílem ošetřovatelské anamnézy je nalezení problémů a potřeb pacienta/klienta. Metody k získávání informací jsou pozorování a rozhovor. Sestra provádí v první fázi ošetřovatelského procesu také fyzikální vyšetření zaměřené na somatický stav jedince, kdy sestra získává další informace k objasnění problémů pacienta/klienta. Po sběru dat a jejich potvrzení následuje uspořádání údajů a jejich záznam do ošetřovatelské dokumentace (46).

Diagnostika je druhou fází ošetřovatelského procesu, která je druhým krokem a následuje po zhodnocení zdravotního stavu pacienta/klienta (25, 46).

„Diagnostika je proces vyúsťující do diagnostického závěru či sesterské diagnózy (25, s. 169)“.

Ve druhé fázi probíhá analýza a syntéza údajů s cílem určit zdravotní problémy pacienta/klienta. Stanovení ošetřovatelské diagnózy je výsledkem diagnostického procesu. Za vypracování ošetřovatelských diagnóz jsou zodpovědné registrované sestry. Do procesu diagnostiky přispívá údaj i ostatní ošetřovatelský personál, ovšem formulace diagnostického závěru je výlučně v kompetenci registrované sestry. Ošetřovatelské diagnózy udávají skutečné zdravotní problémy jedince, tak potenciální problémy, neboli rizikové faktory k určitým zdravotním problémům oproti lékařské diagnóze, která popisuje specifickou patologickou odpověď (25, 46).

Ošetřovatelská diagnóza vyjadřuje odpověď jedince na chorobný proces, stav či situaci, kterou sestra identifikovala na základě zhodnocení zdravotního stavu, a kterou může řešit v rámci profesionálních kompetencí. Ošetřovatelská diagnóza je zaměřená na jednotlivce a mění se podle odpovědi jedince na chorobný proces. Ošetřovatelská diagnóza zahrnuje problém a etiologii nebo zahrnuje problém, etiologii a projevy. Jsou rozlišovány tyto typy ošetřovatelských diagnóz: aktuální, rizikové/potenciální,

pravděpodobné, „wellness“ diagnózy a syndrom diagnóza. Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v taxonomii NANDA. Aktuální ošetřovatelská diagnóza odráží aktuální problém pacienta/klienta. Riziková/potenciální ošetřovatelská diagnóza znamená, že databáze pacienta/klienta obsahuje rizikové faktory k náchylnosti jedince nebo skupiny. Pravděpodobné ošetřovatelské diagnózy znamenají sdělení určitého podezřelého problému, který vyžaduje další sběr dat. „Wellness“ diagnózy jsou ošetřovatelské diagnózy vztahující se ke zlepšení zdraví. Tyto diagnózy formuluje sestra tehdy, zjistí-li, že pacient/klient chce mít v určité oblasti lepší vědomosti, dovednosti a schopnosti. Ošetřovatelské diagnózy vztahující se ke skupině příznaků – syndromu sestra používá v případě, sdružuje-li se určitá diagnóza se skupinou jiných diagnóz. Při formulování ošetřovatelských diagnóz se nejběžněji používá metoda PES. Tato zkratka znamená problém, etiologie, symptomy. Užívání PES systému vyžaduje v první složce uvedení problému, ve druhé složce vyvolávající nebo související faktory a ve třetí složce uvedení znaků a příznaků, které dokazují aktuální ošetřovatelskou diagnózu. Každá ošetřovatelská diagnóza vyjadřuje jeden problém pacienta/klienta. V USA byla vytvořena standardní terminologie ošetřovatelských diagnóz. V současnosti je využívána diagnostická klasifikace NANDA taxonomie II (46).

Třetí fáze ošetřovatelského procesu je plánování (25, 46).

Plánování zahrnuje sérii kroků, v kterých si sestra a pacient/klient vytyčují priority, zaznamenávají cíle a očekávané výsledky, zakládají písemný plán na odstranění zjištěných problémů pacienta/klienta a koordinaci péče poskytované členy zdravotnického týmu (25).

V této fázi je plánována ošetřovatelská strategie, která vede k dosažení plánovaných cílů. Sestra nejprve určí priority, cíle a výsledná kritéria, a poté formuluje plán péče. Plán ošetřovatelské péče je výsledkem plánování. Písemný plán ošetřovatelské péče vychází z potřeb pacienta/klienta a obsahuje ošetřovatelské diagnózy podle jejich priorit, během plánování stanoven cíle a výsledná kritéria, ošetřovatelské intervence a vyhodnocení. Plán ošetřovatelské péče by měl být součástí chorobopisu (46).

Čtvrtá fáze ošetřovatelského procesu je realizace (25, 46).

„Realizácia znamená vykonanie ošetrovateľského plánu (25, s. 169)“.

Během čtvrté fáze dochází k realizaci ošetrovateľských strategií, které byly zaznamenány v plánu ošetrovateľské péče. Vhodné je, pokud je to možné, aby pacient/klient byl aktivním účastníkem v realizaci plánu ošetrovateľské péče. Veškeré ošetrovateľské zásahy a reakce pacienta/klienta sestra okamžitě zaznamená do dokumentace (57).

Pátá fáze ošetrovateľského procesu je vyhodnocení (25).

„Vyhodnotenie je posúdenie pacientovej odpovede (reakcie) na ošetrovateľské zásahy a jej porovnanie so stanovenými normami (25, s. 169)“.

Tato fáze je velmi významná, protože sestra provádí hodnocení účinnosti péče, která byla poskytnuta podle individuálního plánu pacienta/klienta. Vyhodnocení znamená zjištění, zda a do jak míry byly cíle splněny. Hodnocení poskytuje zpětnou vazbu, kterou je možno využít i v identifikaci dalších potřeb jedince. Nepříznivé hodnocení nebo nežádoucí výsledky upozorňují sestru, že nedošlo k vyřešení problému. V případě, že některé výsledky nebyly dosaženy, sestra zjišťuje a hledá důvody, které zabránily v jejich dosažení. Dochází ke znovuposouzení zdravotního stavu pacienta/klienta, které znamená opětovné zahájení ošetrovateľského procesu. Opětovné posouzení vyžaduje kritické myšlení sestry. Sestra všechny nové informace, vztahující se ke stavu pacienta/klienta, srovnává s údaji, které získala při předcházejícím hodnocení. Následně sestra modifikuje ošetrovateľské diagnózy a provádí revizi plánu péče. Nástroje hodnocení jsou získané informace od pacienta/klienta dotazováním, měření, pozorování. Zdroji informací mohou být také členové rodiny nebo členové ošetrovateľského týmu. Podle toho, kdy se hodnocení provádí, je rozlišováno termínované, průběžné a závěrečné hodnocení (46).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit způsob stravování dítěte v rodině do věku tří let

Cíl 2: Vytvořit edukaci v oblasti zásad správné výživy dítěte do věku tří let

Cíl 3: Zjistit, zda sestry informují matky dětí do věku tří let o zásadách správné výživy jejich dítěte

2.2 Hypotézy

H 1: Matky dodržují zásady správné výživy u svého dítěte

H 2: Matky nejsou informovány o rizicích nesprávného stravování pro zdraví svého dítěte

H 3: Sestry informují matky dětí do věku tří let o zásadách správné výživy jejich dítěte

3. Metodika

3.1 Výzkumné metody a techniky

Ke zpracování praktické části diplomové práce bylo použito kvantitativního šetření. Technikou sběru dat byl dotazník pro všeobecné a dětské sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji, a dotazník pro maminky dětí do věku tří let jejich dítěte, který byl sestaven na základě prostudování odborné literatury. Dotazník pro všeobecné a dětské sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (dále PLDD) obsahoval 15 otázek. Úvodní otázky byly zaměřeny na věk, vzdělání, praxi. Následující otázky byly zaměřeny na poskytování informací maminkám dětí do věku tří let v oblasti správné výživy. Na většinu otázek byla možnost volby více odpovědí. Sestrám-respondentkám byly položeny otázky polootevřené 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a otázky uzavřené 8, 9. Dále byl použit dotazník pro maminky do věku tří let dítěte, který obsahoval 27 otázek. Úvodní otázky byly zaměřeny na základní informace o maminkách-respondentkách a následovaly otázky v oblasti kojení a vhodné volbě potravin pro děti dané věkové kategorie (Příloha 1,2). Respondentkám-maminkám byly položeny polootevřené otázky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22,23,24 a otázky uzavřené 7, 10, 13. Otázky 1-14 byly určeny pro všechny respondentky-maminky, otázky 15-19 pro maminky dítěte staršího 6 měsíců a otázky určené jen pro maminky batolat byly 20-27. Maminky-respondentky batolat odpověděly na všechny otázky v dotazníku týkající se výživy dítěte od narození do věku tří let.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Téma bylo zpracováno na základě dostupné odborné literatury a informací získaných formou dotazníků. Výzkumný soubor tvořily všeobecné a dětské sestry, a maminky dětí do věku tří let ve všech 123 ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen PLDD) v Jihočeském kraji. Dotazníky byly rozesílány Českou poštou do ordinací PLDD v okresech České Budějovice, Tábor, Písek, Jindřichův Hradec, Český Krumlov, Strakonice a Prachatice. Výzkumné šetření probíhalo od začátku března do konce května roku 2010.

Celkem bylo rozdáno 123 dotazníků pro všeobecné sestry v ordinacích PLDD, z nichž návratnost Českou poštou byla 90 dotazníků (73,17%), z nichž správně vyplněných bylo 85 (69,10%). 5 dotazníků (4,06%) bylo vyřazeno pro neúplnost vyplněných údajů a 33 dotazníků (26,82%) se nevrátilo vůbec.

Pro maminky dětí do věku tří let bylo celkem rozdáno prostřednictvím České pošty v ordinacích PLDD 1230 (100%) dotazníků, vrátilo se 369 (30,00%) dotazníků a vyřazeno pro neúplnost bylo 9 (0,73%) dotazníků. Celkem bylo správně vyplněno 360 (29,27%) dotazníků.

K vyhodnocení výsledků kvantitativního šetření byl použit statistický program SPSS a program Microsoft Office Excel.

4. Výsledky

4.1 Dotazník-sestry v ordinaci dětského lékaře pro děti a dorost Jihočeský kraj

Tabulka 1 Věk sester

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	19-29	4	4,7	4,7
	30-39	26	30,6	30,6
	40-49	42	49,4	49,4
	50-59	12	14,1	14,1
	60 a více	1	1,2	1,2
	Total	85	100,0	100,0

První otázka dotazníku se týkala věku sester. Z celkového počtu 85 (100%) sester byly 4 (4,7%) ve věku 19-29 let, 26 (30,6 %) ve věku 30-39 let, 42 (49,4%) ve věku 40-49 let, 12 (14,1%) ve věku 50-59 let a 1 sestra (1,2 %) ve věku 60 a více let.

Tabulka 2 Nejvyšší ukončené vzdělání

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ARIP	11	12,9	12,9
	SOŠ-DS	33	38,8	38,8
	SOŠ-VS	32	37,6	37,6
	VOŠ	4	4,7	4,7
	Vš-Bc.	5	5,9	5,9
	Total	85	100,0	100,0

Druhá otázka se týkala nejvyššího ukončeného vzdělání sester. Z celkového souboru 85 (100%) sester mělo 11 (12,9%) specializaci ARIP, 33 (38,8%) střední odborné vzdělání-dětská sestra, 32 (37,6%) střední odborné vzdělání-všeobecná sestra, 4 (4,7 %) vyšší odborné vzdělání a 5 (5,9 %) vysokoškolské bakalářské vzdělání.

Tabulka 3 Praxe ve zdravotnictví

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 1-5 let	15	17,6	17,6
11-15 let	18	21,2	21,2
16-20 let	19	22,4	22,4
21-25 let	7	8,2	8,2
26-30 let	6	7,1	7,1
31 let a více	4	4,7	4,7
6-10 let	15	17,6	17,6
Méně než 1 rok	1	1,2	1,2
Total	85	100,0	100,0

Třetí otázka se týkala praxe ve zdravotnictví. Z celkového souboru 85 sester (100%) má 1 sestra (1,18%) praxi méně než 1 rok, 15 sester (17,6%) 1-5 let, 15 sester (17,6%) 6-10 let, 18 sester (21,2%) 11-15 let, 19 sester (22,4%) 16-20 let, 7 sester (8,2%) 21-25 let, 6 sester (7,1%) 26-30 let a 4 sestry (4,7%) 31 a více let.

Tabulka 4 Doporučené výlučné kojení

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Do 4 měsíců věku dítěte	1	1,2	1,2
Do 5 měsíců věku dítěte	1	1,2	1,2
Do 6 měsíců věku dítěte	81	95,3	95,3
Do 7 měsíců věku dítěte	1	1,2	1,2
Do 8 měsíců věku dítěte	1	1,2	1,2
Total	85	100,0	100,0

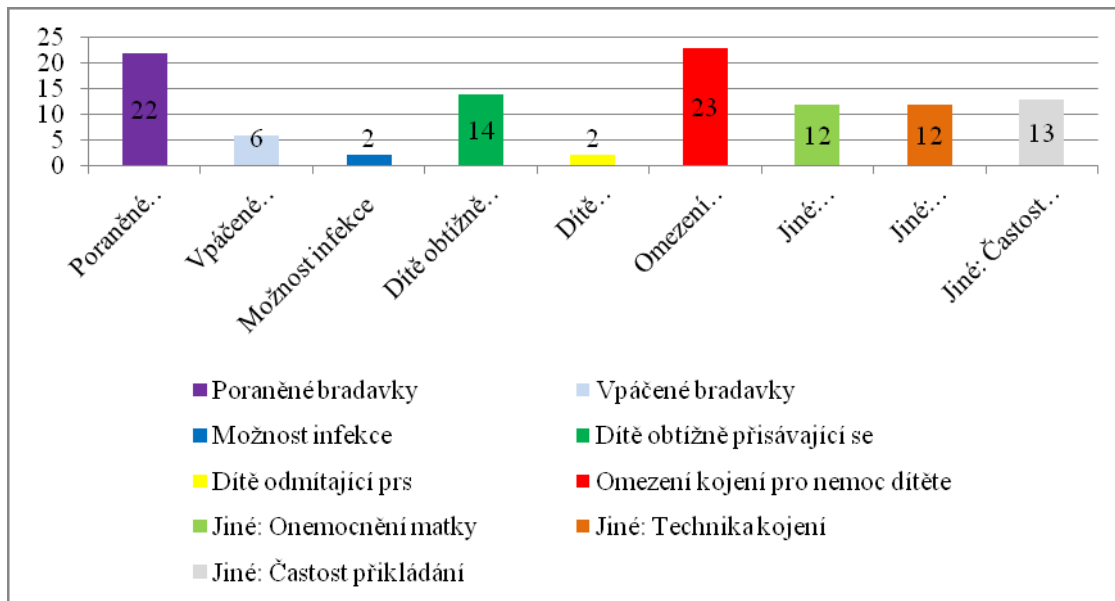
Na otázku číslo čtyři z celkového souboru 85 sester (100%) doporučuje matkám výlučné kojení do věku 4 měsíců, 5-ti, 7-mi a 8-mi měsíců věku dítěte vždy 1 sestra (1,2%) sester-respondentek. 81 sester (95,3%) doporučuje výlučné kojení do věku 6-ti měsíců dítěte.

Tabulka 5 Poskytování informací o kojení

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Aktivně všem matkám po porodu	69	81,2	81,2
Jen na základě dotazu matek	6	7,1	7,1
Nechávám poskytování informací spíše na lékaři	10	11,8	11,8
Total	85	100,0	100,0

Otázka číslo pět znázorňuje poskytované informace matkám o kojení. Ze souboru 85 sester (100%) 69 sester (81,2%) poskytuje informace aktivně všem matkám po porodu, 6 sester (7,1%) poskytuje informace jen na základě dotazu matek a 10 sester (11,8%) nechává poskytování informací o kojení spíše na lékaři/lékařce.

Graf 1 Problémy s kojením



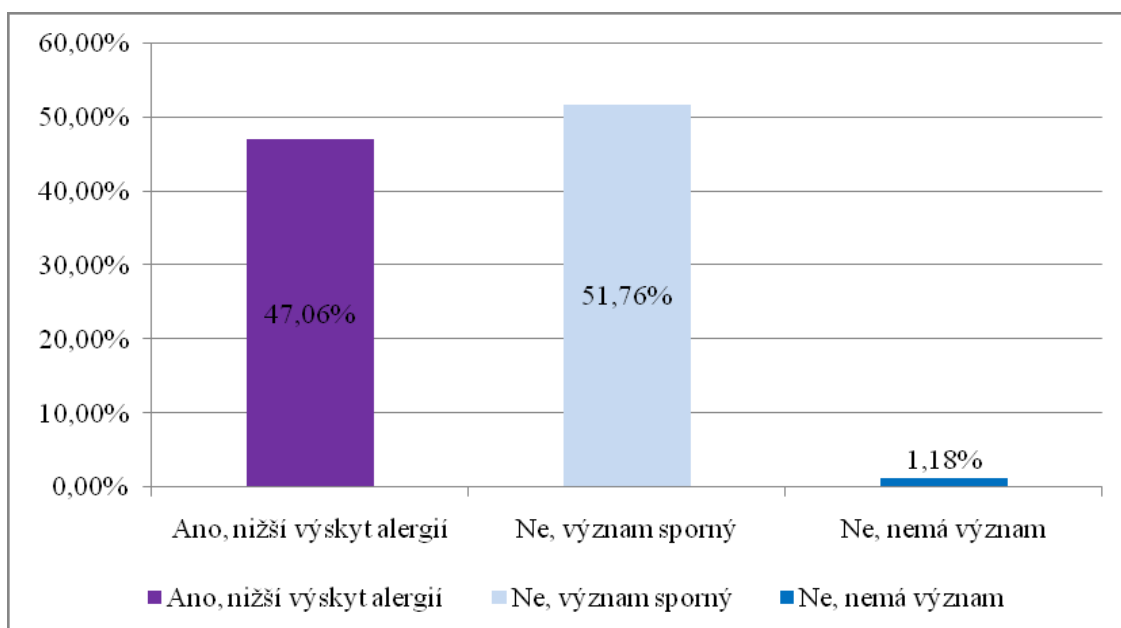
Otázka číslo šest pojednává o nejčastějších problémech v souvislosti s kojením, které jsou řešeny v ambulancích praktického lékaře pro děti a dorost z celkového souboru 85 sester (100% sester-respondentek). U této otázky sestry-respondentky označily více odpovědí. 22 krát byla zvolena odpověď poraněné bradavky, 6 krát vpáčené bradavky, 1 krát možnost infekce prsní žlázy, 14 krát dítě obtížně přisávající se k prsu, 2 krát dítě odmítající prs, 23 krát překážky a omezení kojení v souvislosti s onemocněním dítěte, odpověď jiné byla doplněna 12 krát o onemocnění matky, 12 krát techniku kojení a 13 krát častost přikládání.

Tabulka 6 Poskytování následujících informací

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Kojení snižuje pravděpodobnost všech uvedených chorob v této otázce	30	35,3	35,3
Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu průměrných onemocnění	15	17,6	17,6
Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu ušních infekcí	10	11,8	11,8
Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu zápalu plic	2	2,4	2,4
Kojení snižuje riziko cukrovky, obezity a anémie	9	10,6	10,6
Výše uvedené informace u nás neposkytujeme	19	22,4	22,4
Total	85	100,0	100,0

Otázka číslo sedm sleduje z celkového souboru 85 sester (100%), zda jsou matkám poskytovány následující informace o významu kojení: 30 sester (35,3%) uvedlo snížení rizika všech uvedených chorob v této otázce, 15 sester (17,6%) snížení pravděpodobnosti průměrných onemocnění, 10 sester (11,8%) zvolilo nižší výskyt ušních infekcí, 2 sestry (2,4%) nižší výskyt zápalu plic, 9 sester (10,6%) snížení rizika cukrovky, obezity a anémie a 19 sester (22,4%) zvolilo odpověď, že uvedené informace nejsou poskytovány.

Graf 2 Kojení snižuje riziko alergií



V této otázce je řešeno, zda matkám je v ordinaci sdělováno, že kojení snižuje riziko alergií u dítěte? Z celkového souboru 85 sester (100%) uvedlo: 40 sester (47,06%) ano, 44 sester (51,76%) význam je považován za sporný a 1 sestra (1,18%) uvádí, že kojení nemá význam pro prevenci alergií.

Tabulka 7 Kozí mléko náhrada za kravské mléko

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Ano, je vhodné jako náhrada kravského mléka	1	1,2	1,2
Ne, není vhodné, obsahuje víceméně stejné bílkoviny	54	63,5	63,5
Nevím, neumím posoudit	30	35,3	35,3
Total	85	100,0	100,0

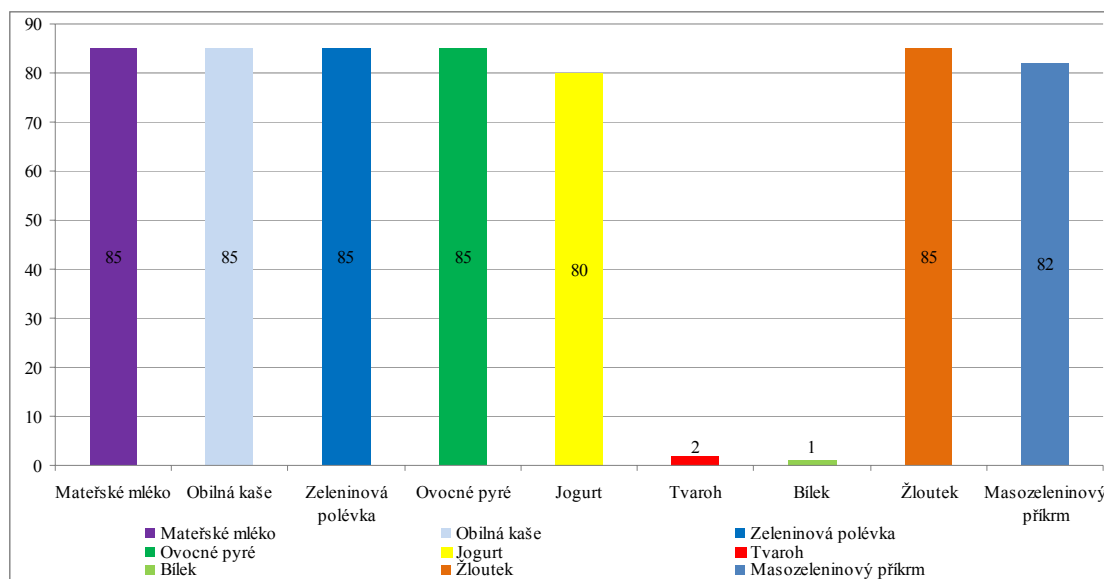
V otázce číslo devět kozí mléko jako vhodnou náhradu v případě alergie na bílkovinu kravského mléka považuje 1 sestra (1,2%) ze souboru 85 sester (100%), 54 sester (63,53%) považuje za nevhodné a 30 sester (35,3%) nedokáže posoudit.

Tabulka 8 První nemléčný příkrm

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Jednodruhové zeleninové pyré	69	81,2	81,2
Jogurt	1	1,2	1,2
Masozeleninový příkrm	10	11,8	11,8
Obilná kaše	3	3,5	3,5
Ovocné pyré	2	2,4	2,4
Total	85	100,0	100,0

Otázka číslo deset se týká zavedení prvního nemléčného příkrmu u kojeného dítěte staršího šesti měsíců. Z celkového počtu 85 sester (100%) dotazovaných 69 sester (81,2%) odpovědělo jednodruhové zeleninové pyré, 10 sester (11,8%) masozeleninový příkrm, 2 sestry (2,4%) ovocné pyré, 3 sestry (3,5%) obilnou kaši. Odpověď jogurt 1 sestra (1,2%) a možnost jiné nebyla zvolena.

Graf 3 Doporučené potraviny pro dítě 12 měsíců věku



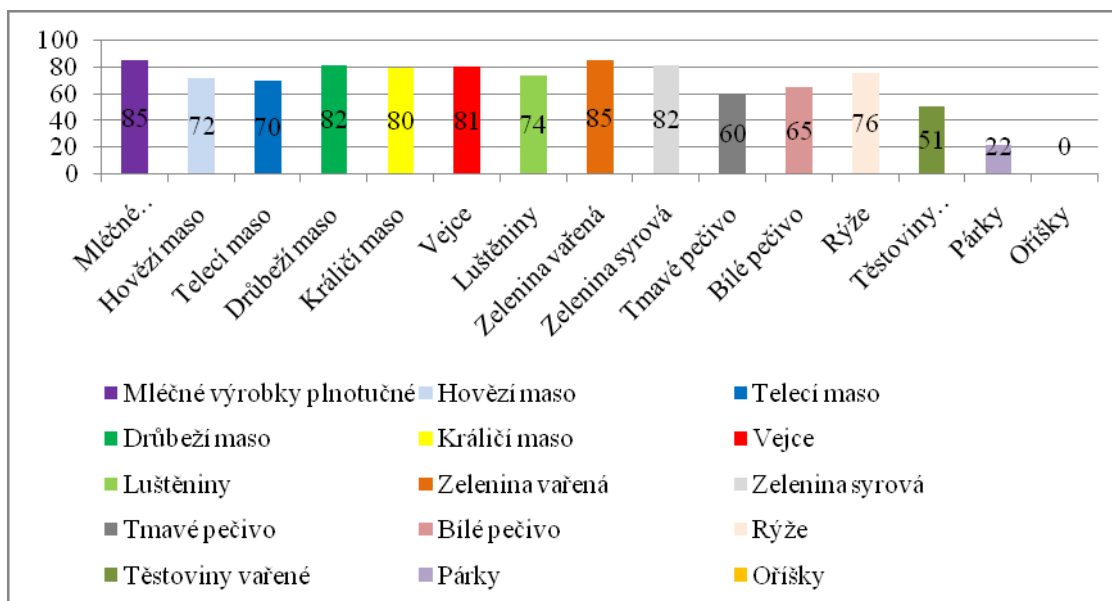
Otázka číslo jedenáct se týká volby doporučených potravin matkám pro dítě 12 měsíců věku. Sestry-respondentky označily více odpovědí. Z celkového počtu 85 sester (100%) byla zvolena odpověď 85 krát mateřské mléko, 85 krát obilná kaše, 85 krát zeleninová polévka, 85 krát ovocné pyré, 80 krát jogurt, 2 krát tvaroh, 1 krát bílek, 85 krát žloutek, 82 krát masozeleninový příkrm.

Tabulka 9 Plnotučné kravské mléko

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Od 10-ti měsíců	6	7,1	7,1
	Od 12-ti měsíců	20	23,5	23,5
	Od 2 let	21	24,7	24,7
	Od 3 let	37	43,5	43,5
	Od 8-mi měsíců	1	1,2	1,2
	Total	85	100,0	100,0

Na otázku číslo dvanáct, která se dotazovala na to, od jakého věku doporučujete matkám podat dítěti plnotučné kravské mléko odpovědělo z celkového počtu 85 (100%) sester-respondentek 6 (7,1%) od deseti měsíců, 20 sester (23,5%) od dvanácti měsíců, 21 (24,7%) od dvou let, 37 (43,5%) od tří let, od osmi měsíců 1 (1,2%) sestry.

Graf 4 Potraviny pro dvouleté dítě



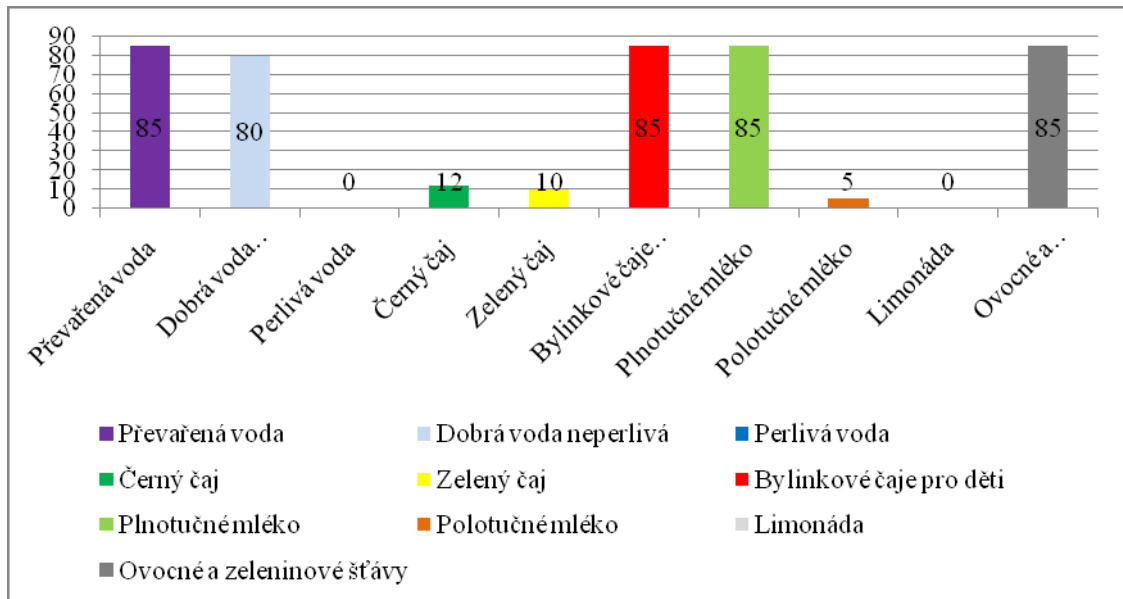
Sestry-respondentky na otázku číslo třináct jaké potraviny doporučují matkám pro dvouleté dítě z celkového počtu 85 (100%) sester zvolily 85 krát mléčné výrobky plnotučné, 72 krát hovězí maso, 70 krát telecí maso, 82 krát drůbeží maso, 80 krát králíčí maso, 81 krát vejce, 74 krát luštěniny, 85 krát vařená zelenina, 82 krát syrová zelenina, 60 krát tmavé pečivo, 65 krát bílé pečivo, 76 krát rýže, 51 krát vařené těstoviny, 22 krát párky a odpověď oříšky nebyla ani jednou zvolena.

Tabulka 10 Omezení konzumace tuku a cholesterolu

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Od 1 roku	1	1,2	1,2
	Od 2 let	3	3,5	3,5
	Od 3 let	81	95,3	95,3
	Total	85	100,0	100,0

Čtrnáctá otázka se týkala omezení konzumace tuku a cholesterolu v závislosti na věku dítěte. Z celkového počtu 85 (100%) sester-respondentek 1 sestra (1,2%) uvedla od jednoho roku, dále 2 sestry (3,5%) od dvou let věku dítěte a 81 sester (95,3%) od tří let věku dítěte.

Graf 5 Doporučené nápoje pro batolata



Patnáctá otázka dotazníku se týkala jaké nápoje doporučujete pro batolata. Z celkového počtu 85 (100%) sester-respondentek uvedlo volbu odpovědi 85 krát převařená voda hygienicky nezávadná, 80 krát Dobrá Voda neperlivá, 12 krát černý čaj, 10 krát zelený čaj, 85 krát bylinkové čaje určené pro děti, 85 krát plnotučné mléko, 5 krát polotučné mléko, 85 krát ovocné a zeleninové šťávy omezeně a volba odpovědi perlivá voda a limonáda nebyla zvolena.

4.2 Dotazník-maminky v ordinaci dětského lékaře pro děti a dorost Jihočeský kraj

Tabulka 1 Věk maminek

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 16-19 let	28	7,8	7,8
20-23 let	34	9,4	9,4
24-27 let	102	28,3	28,3
28-31 let	149	41,4	41,4
32-35 let	26	7,2	7,2
36 a více let	20	5,6	5,6
méně než 16 let	1	,3	,3
Total	360	100,0	100,0

První otázka určená maminkám se týkala věku maminek-respondentek. Z celkového počtu 360 (100%) maminek bylo 28 (7,8%) ve věku 16-19 let, 34 (9,4%) ve věku 20-23 let, 102 (28,3%) ve věku 24-27 let, 149 (41,4%) ve věku 28-31 let, 26 (7,2%) ve věku 32-35 let, 20 (5,6%) 36 a více let, 1 (0,3%) méně než 16 let.

Tabulka 2 Nejvyšší ukončené vzdělání

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid střední odborné	174	48,3	48,3
vysokoškolské	40	11,1	11,1
vyšší odborné	29	8,1	8,1
vyučena	93	25,8	25,8
základní	24	6,7	6,7
Total	360	100,0	100,0

Druhá otázka určená maminkám se týkala nejvyššího ukončeného vzdělání respondentů. Z celkového souboru 360 (100%) maminek mělo 24 (6,7%) základní

vzdělání, 93 (25,8%) bylo vyučeno, 174 (48,3%) mělo střední odborné, 29 (8,1%) vyšší odborné a 40 (11,1%) získalo vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 3 Věk dítěte

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	od 13.měsíce do 23.měsíce života	93	25,8	25,8
	od 2 do 3 let	94	26,1	26,1
	od 29.dne do 2.měsíce života	22	6,1	6,1
	od 3.měsíce do 4.měsíce života	20	5,6	5,6
	od 5.měsíce do 6. měsíce života	23	6,4	6,4
	od 7.měsíce do 8.měsíce života	27	7,5	7,5
	od 9.měsíce do 10.měsíce života	24	6,7	6,7
	od narození do 28.dne života	26	7,2	7,2
	od 11.měsíce do 12.měsíce života	31	8,6	8,6
	Total	360	100,0	100,0

V otázce číslo tři je uveden věk dítěte maminek-respondentek. Z celkového počtu 360 (100%) dotazovaných uvedlo 26 (7,2%) od narození do 28.dne života, 22 (6,1%) od 29.dne do 2.měsíce života, 20 (5,6%) od 3. do 4.měsíce života, 23 (6,4%) od 5. do 6.měsíce života, 27 (7,5%) od 7. do 8.měsíce, 24 (6,7%) od 9. do 10. měsíce, 31 (8,6%) od 11. do 12. měsíce života, 93 (25,8%) od 13. do 23. měsíce života, 94 (26,1%) od 2 do 3 let.

Tabulka 4 Týden narození dítěte

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid			
24.-30. týden	12	3,3	3,3
31.-32. týden	16	4,4	4,4
33.-35.týden	28	7,8	7,8
36.-37.týden	50	13,9	13,9
38.-40.týden	102	28,3	28,3
nad 40. týden	152	42,2	42,2
Total	360	100,0	100,0

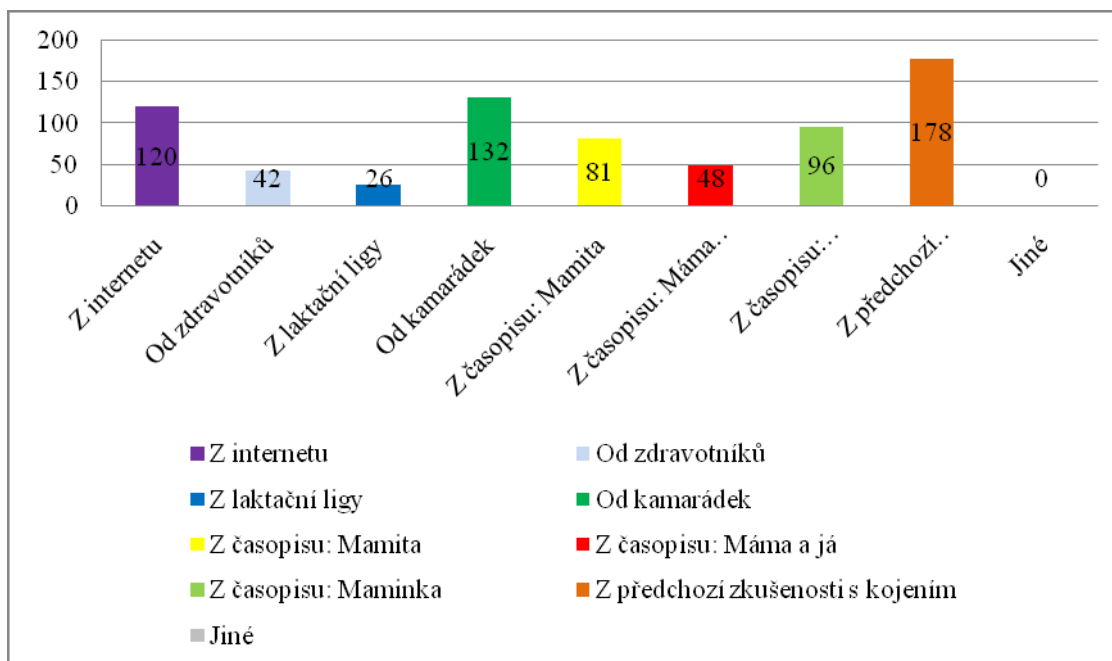
Z celkového počtu 360 (100%) maminek-respondentek uvedlo, že jejich dítě se narodilo mezi 24.-30.týdnem gestace 12 (3,3%) respondentek, mezi 31.-32.týdnem gestace 16 (4,4%) respondentek, mezi 33.-35.týdnem gestace 28 (7,8%) respondentek, mezi 36.-37.týdnem gestace 50 (13,9%) respondentek, mezi 38.-40.týdnem gestace 102 (28,3%) respondentek a nad 40. týden gestace porodilo 152 (42,2%) respondentek.

Tabulka 5 Kolikáté dítě

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid			
1 dítě	180	50,0	50,0
2 děti	121	33,6	33,6
3 děti	36	10,0	10,0
4 děti a více	23	6,4	6,4
Total	360	100,0	100,0

Ve výzkumném šetření o rozsahu 360 (100%) maminek-respondentek uvedlo, že má první dítě 180 (50%) respondentek, druhé dítě 121(33,6%) respondentek, třetí dítě uvedlo 36 (10%) respondentek a 4 a více dětí 23 (6,4%) respondentek.

Graf 1 Informace v oblasti kojení před porodem



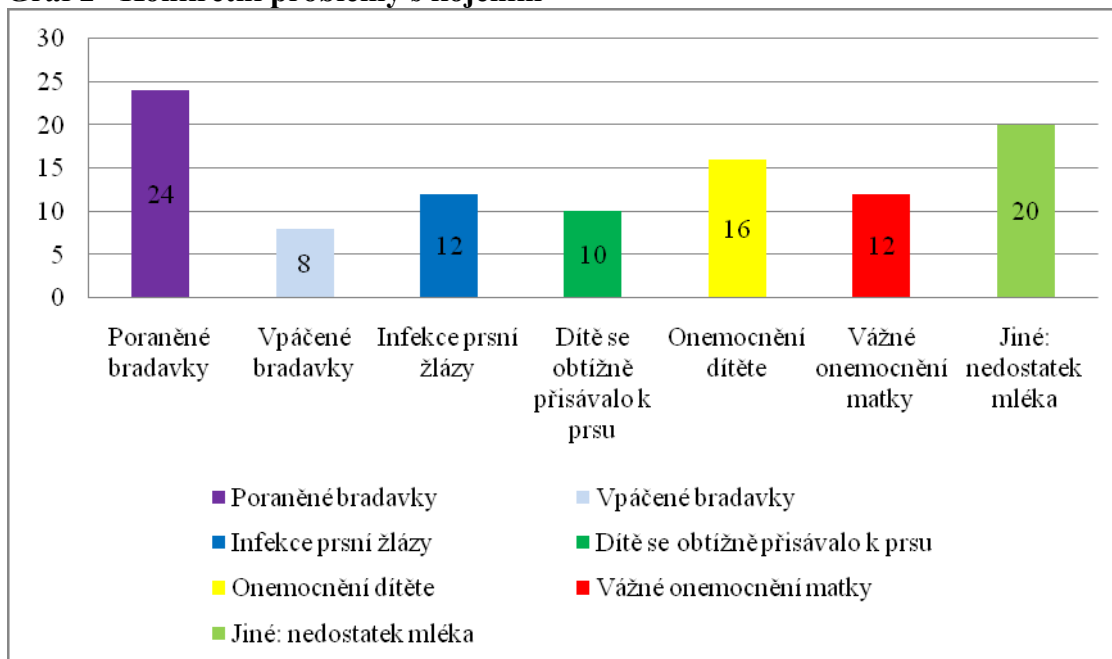
U této otázky mohly označit maminky-respondentky více odpovědí. Z celkového počtu 360 maminek-respondentek (100%) nejvíce získalo informace v oblasti kojení před porodem na základě předchozí zkušenosti s kojením, které označilo 178 krát, od kamarádek 132 krát, informace z internetu 120 krát, časopisy: Mamita 81krát, Máma a já 48 krát, Maminka 96 krát. Informace od zdravotníků byly uvedeny 42 krát a z laktační ligy 26 krát. Odpověď jiné nebyla zvolena.

Tabulka 6 Výskyt problémů s kojením

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ANO	71	19,7	19,7
	NE	289	80,3	80,3
	Total	360	100,0	100,0

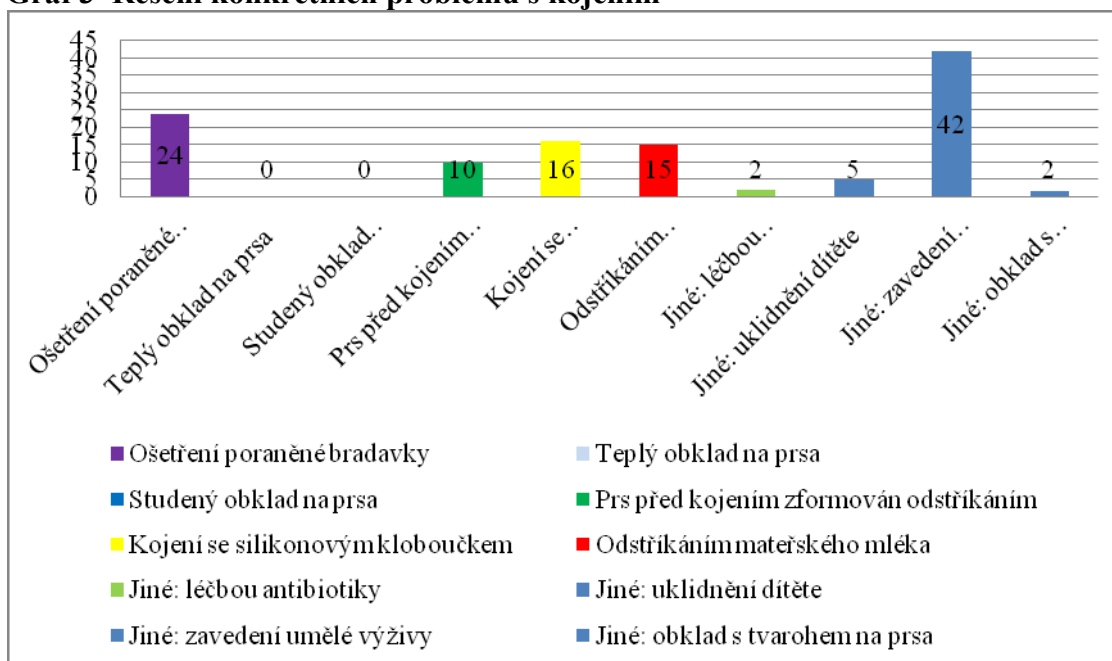
Sedmá otázka se týká výskytu problémů s kojením. Z celkového souboru 360 maminek-respondentek (100%) uvedlo 71 respondentek (19,7%) výskyt problémů s kojením a 289 respondentek (80,3%) uvedlo, že se nevyskytly problémy s kojením.

Graf 2 Konkrétní problémy s kojením



Tento graf znázorňuje výskyt konkrétních problémů s kojením u maminek-respondentek. Z celkového počtu 360 (100%) dotazovaných maminek-respondentek na tuto otázku odpovědělo 71(19,7%) respondentek, které udávaly výskyt problémů s kojením. Maminky-respondentky mohly označit více odpovědí. Nejčastěji byla zvolena odpověď poranění bradavky 24 krát, z odpovědi jiné byla doplněna nedostatek mléka 20 krát, překážky a omezení kojení v souvislosti s onemocněním dítěte bylo voleno 16 krát, infekce prsní žlázy a vážné onemocnění matky bylo zvoleno 12 krát, dítě se obtížně přisávalo k prsu 10 krát a vpáčené bradavky 8 krát.

Graf 3 Řešení konkrétních problémů s kojením



Z celkového počtu 360 (100%) maminek-respondentek odpovědělo na tuto otázku 71 (19,7%) respondentek, které udávaly výskyt problémů s kojením. Maminky-respondentky mohly označit více odpovědí. Ošetření poraněné bradavky maminky-respondentky uvedly 24 krát, odpověď teplý obklad na prsa a studený obklad na prsa nebyla zvolena, prs před kojením zformován odšťikáním byl uveden 10 krát, kojení se silikonovým kloboučkem 16 krát, odšťikání mateřského mléka a alternativní kojení respondentky uvedly 15 krát. Odpověď jiné byla doplněna: o léčbu antibiotiky 2 krát, uklidnění dítěte 5 krát, zavedením umělé výživy 42 krát a obklad s tvarohem na prsa byl uveden 2 krát.

Tabulka 7 Kojení v současné době

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid ANO, částečně (dávám příkrm)	71	19,7	19,7
ANO, částečně (dokrmuji formulí)	11	3,1	3,1
ANO, plně	74	20,6	20,6
NE, nekojím	204	56,7	56,7
Total	360	100,0	100,0

Otázka číslo deset se týká kojení dítěte v současné době. Z celkového počtu 360 (100%) maminek-respondentek uvedlo Ano, částečně (dávám příkrm) 71 (19,7%) respondentek. Ano, částečně (dokrmuji formulí) 11 (3,1%) respondentek. Ano, plně kojím odpovědělo 74 (20,6%) respondentek. Ne, nekojím uvedlo 204 (56,7%) respondentek.

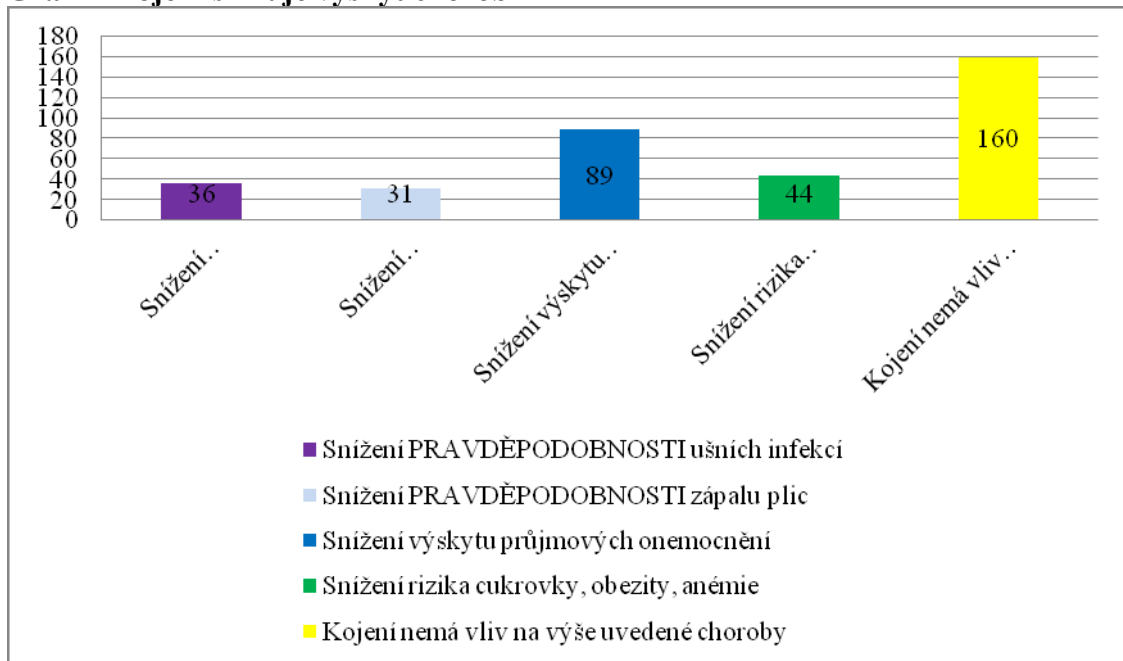
Tabulka 8 Délka kojení

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Nekojí v současnosti	201	55,8	55,8
	1 měsíc	26	7,2	7,2
	2 měsíce	22	6,1	6,1
	3 měsíce	10	2,8	2,8
	4 měsíce	10	2,8	2,8
	5 měsíců	13	3,6	3,6
	6 měsíců	10	2,8	2,8
	7 měsíců	17	4,7	4,7
	8 měsíců	10	2,8	2,8
	9 měsíců	16	4,4	4,4
	10 měsíců	8	2,2	2,2
	11 měsíců	12	3,3	3,3
	12 měsíců	5	1,4	1,4
	Total	360	100,0	100,0

U otázky, která se týkala délky kojení, v současné době nekojí 201 maminek-respondentek (55,8%). Bohužel, tyto maminky-respondentky neodpověděly na předchozí délku jejich kojení. V současné době kojí: 26 (7,2%) respondentek 1 měsíc, 22 (6,1%) kojí 2 měsíce, 10 (2,8%) respondentek má délku kojení 3 měsíce a dalších 10 (2,8%) respondentek udává délku kojení 4 měsíce, 13 (3,6%) označilo délku kojení 5 měsíců, 10 (2,8%) respondentek zvolilo odpověď 6 měsíců, 17 (4,7%) respondentek kojí své dítě 7 měsíců, 10 respondentek (2,8%) kojí 8 měsíců, 16 (4,4%) respondentek

zvolilo odpověď 9 měsíců, 8 (2,2%) respondentek kojí 10 měsíců, 12 respondentek (3,3%) označilo odpověď 11 měsíců a 5 (1,4%) respondentek kojí své dítě 12 měsíců.

Graf 4 Kojení snižuje výskyt chorob



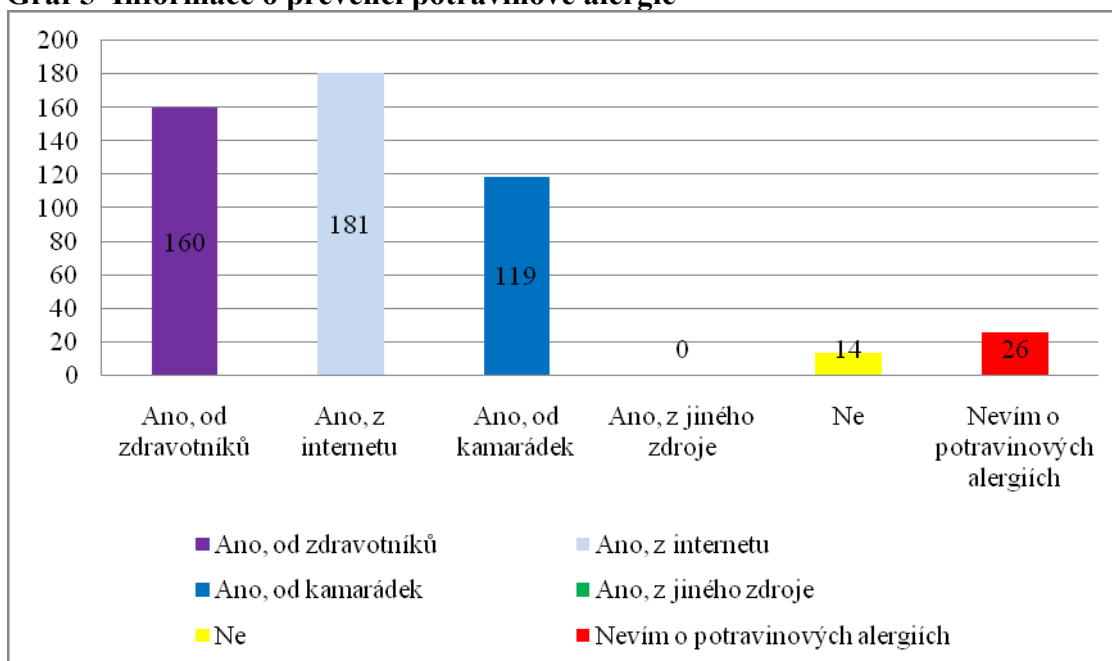
Z celkového počtu 360 (100%) maminek-respondentek zvolilo odpověď: Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu ušních infekcí 36 krát, kojení snižuje pravděpodobnost výskytu zápalu plic 31 krát, kojení snižuje pravděpodobnost výskytu průjemových onemocnění 89 krát, kojení snižuje riziko cukrovky, obezity a anémie 44 krát, kojení nemá vliv na výskyt výše uvedených chorob 160 krát.

Tabulka 9 Význam kojení pro prevenci alergií

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Ano	290	80,6	80,6
	Ne	41	11,4	11,4
	Nevím	29	8,1	8,1
	Total	360	100,0	100,0

Z celkového počtu 360 (100%) maminek-respondentek uvedlo 290 (80,6%), že kojení má význam pro prevenci alergického onemocnění. 41(11,4%) respondentek se domnívá, že kojení nemá význam pro prevenci alergického onemocnění a 29 (8,1%) respondentek neví, zda kojení má význam pro prevenci alergického onemocnění.

Graf 5 Informace o prevenci potravinové alergie

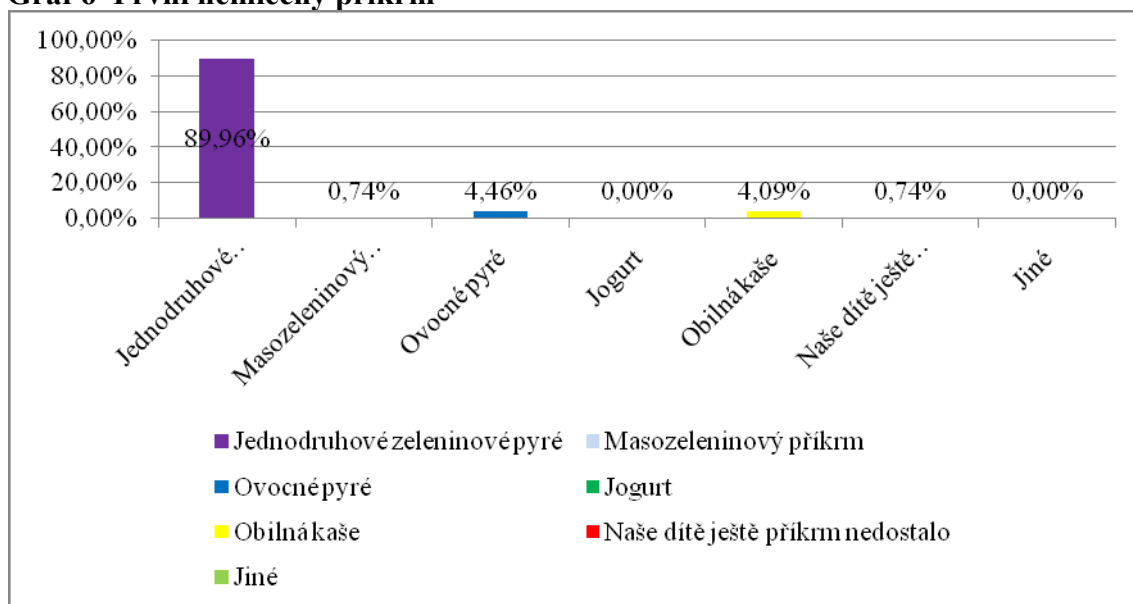


U otázky, která se týkala poskytnutých informací o prevenci potravinové alergie mohly respondentky označit více odpovědí. Tento graf znázorňuje informace o prevenci potravinové alergie, kdy z celkového počtu 360 (100%) maminek-repondentek zvolilo odpověď o získání informace: Od zdravotníků 160 krát, z internetu 181 krát, od

kamarádek 119 krát, nezískalo informaci 14 krát, neví o potravinových alergiích 26 krát a odpověď z jiného zdroje nebyla zvolena.

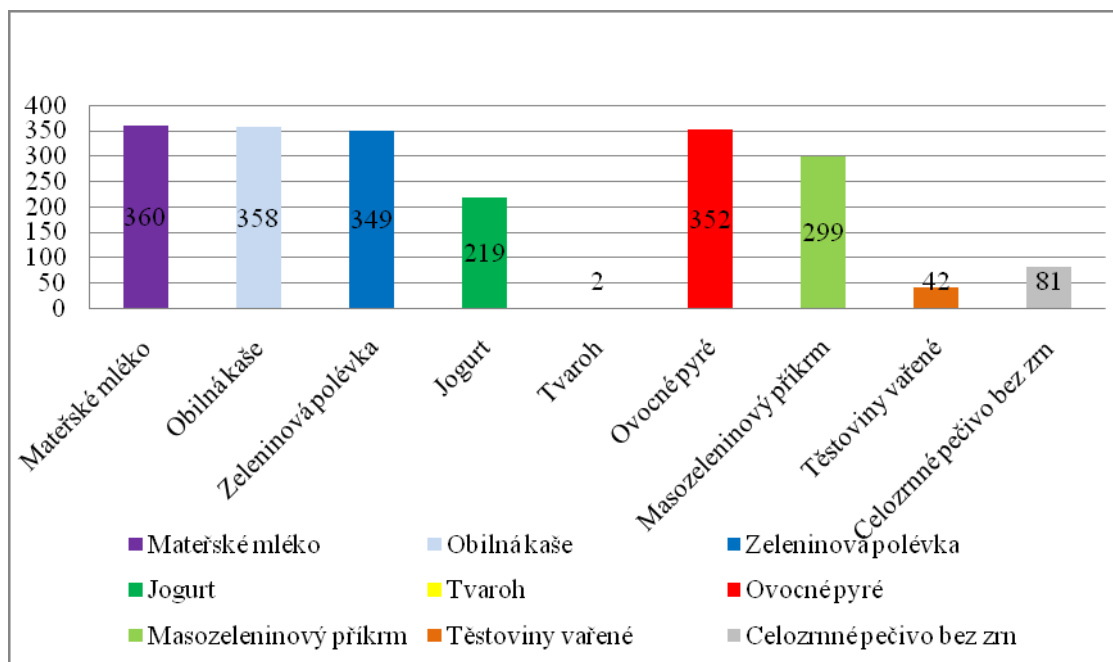
Otázka pro maminky dítěte staršího 6 měsíců:

Graf 6 První nemléčný příkrm



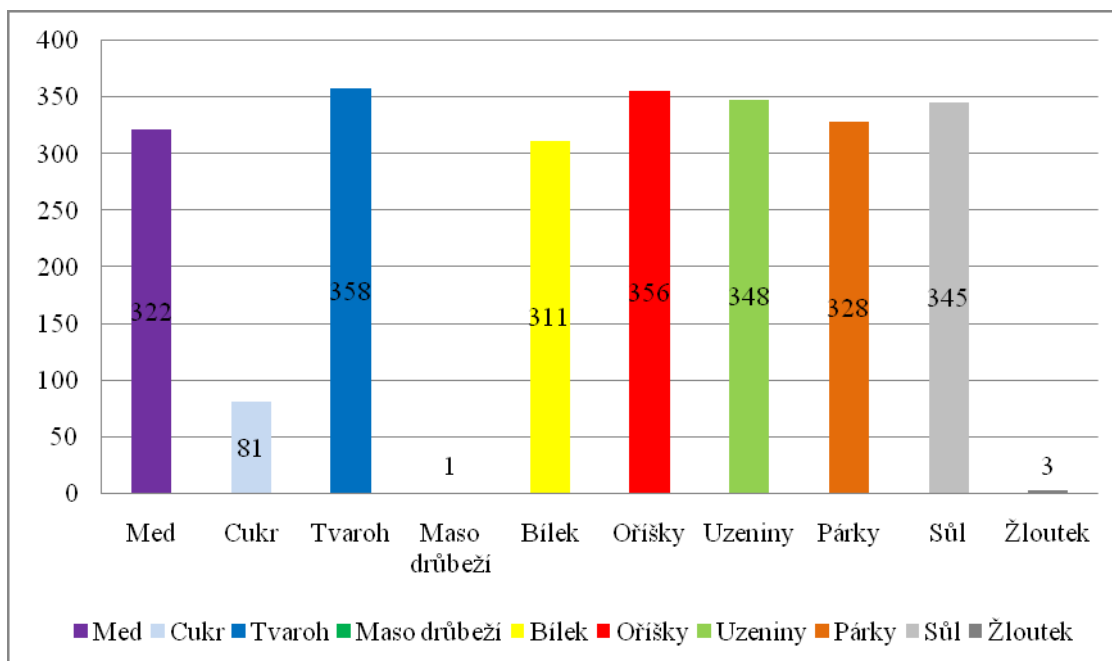
Graf 6 znázorňuje první nemléčný příkrm dítěte staršího 6 měsíců. Z počtu 269 maminek-respondentek, které měly dítě starší 6 měsíců zvolilo odpověď: jednoduché zeleninové pyré 242 (89,96%) respondentek, masozeleninový příkrm 2 (0,74%) respondentky, ovocné pyré 12 (4,46%) respondentek, obilná kaše 11 (4,09%) respondentek, naše dítě ještě příkrm nedostalo označily 2 (0,74%) respondentky, odpověď jogurt a jiné nebyla zvolena.

Graf 7 Potraviny vhodné pro dítě 12 měsíců věku



Z celkového počtu 360 (100%) maminek-respondentek byla zvolena odpověď: mateřské mléko 360 krát, obilná kaše 358 krát, zeleninová polévka 349 krát, jogurt 219 krát, tvaroh 2 krát, ovocné pyré 352 krát, masozeleninový příkrm 299 krát, těstoviny vařené 42 krát, celozrnné pečivo bez zrn 81 krát. V této otázce maminky-respondentky označily více odpovědí.

Graf 8 Nevhodné potraviny pro dítě 12 měsíců věku



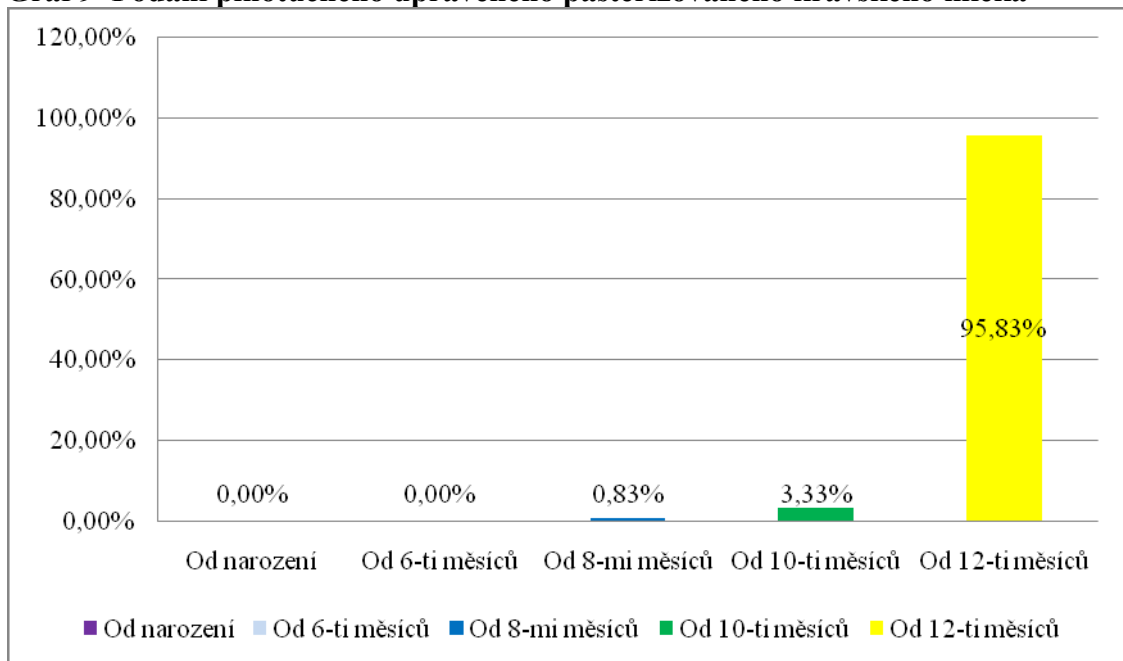
Tento graf znázorňuje nevhodné potraviny pro dítě 12 měsíců věku, kdy z celkového počtu 360 (100%) dotazovaných maminek-respondentek zvolilo více odpovědí: med 322 krát, cukr 81 krát, tvaroh a tvarohové krémy 358 krát, maso drůbeží 1 krát, bílek 311 krát, ořišky 356 krát, uzeniny 348 krát, párky 328 krát, sůl 345 krát, žloutek 3 krát.

Tabulka 10 Množství tekutin pro roční dítě

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 1000 ml	48	13,3	13,3
200 ml	4	1,1	1,1
500 ml	26	7,2	7,2
Není nutné měřit	282	78,3	78,3
Total	360	100,0	100,0

Z celkového počtu 360 (100%) maminek-respondentek 48 (13,3%) maminek uvedlo potřebné množství tekutin pro roční dítě za 24 hodin 1000 ml, 4 (1,1%) matky množství 200 ml, 26 (7,2%) matek množství 500 ml a 282 (78,3%) uvedlo, že množství tekutin pro roční dítě za 24 hodin není nutné měřit.

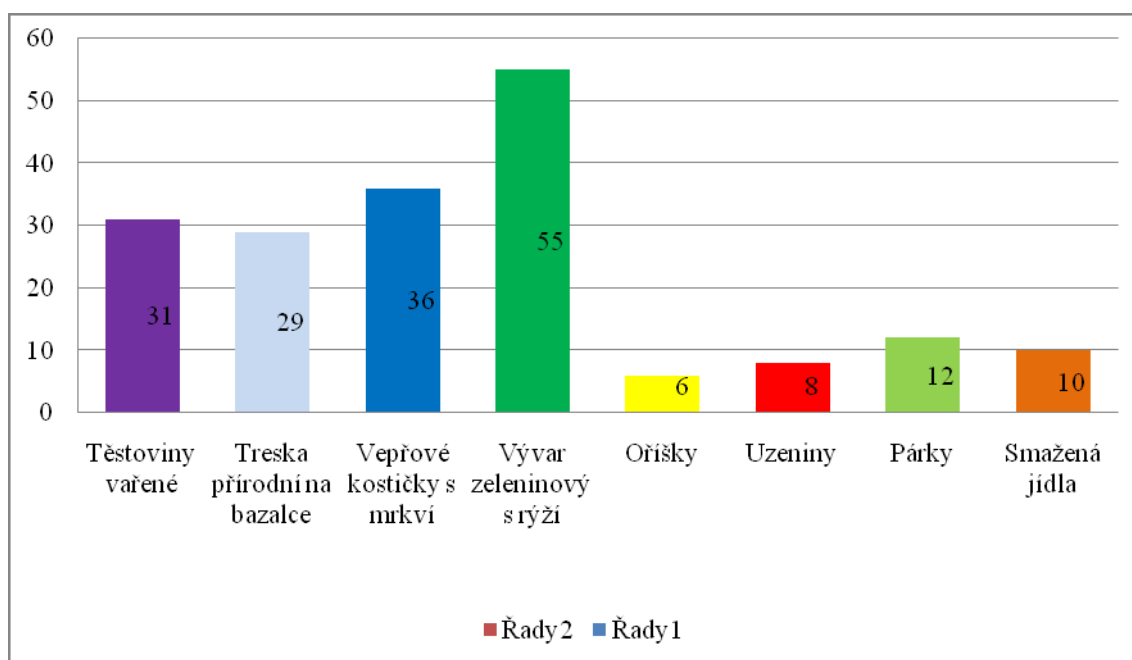
Graf 9 Podání plnotučného upraveného pasterizovaného kravského mléka



Na otázku, od jakého věku je možné podat dítěti plnotučné upravené pasterizované kravské mléko odpověděly maminky-respondentky takto: Odpověď od 12-ti měsíců věku zvolilo nejvíce respondentek – 345 (95,83%), od 10-ti měsíců věku 12 (3,33%) respondentek, od 8-mi měsíců věku 3 (0,83%) respondentek. Odpověď od narození a od šesti měsíců nebyla zvolena.

Otázky pro maminky batolat (dítě od 1-3 let):

Graf 10 Vhodné potraviny pro dvouleté dítě



U otázky, která se týkala výběru vhodných potravin pro dvouleté dítě, mohly dotázané matky označit více odpovědí. Z počtu 187 respondentek – maminek batolat nejvíce byla zvolena odpověď zeleninový vývar s rýží 55 krát, vepřové kostičky s mrkví 36 krát, těstoviny vařené 31 krát, treska přírodní na bazalce 29 krát. Maminky-respondentky zvolily odpověď i smažená jídla 10 krát, párky 12 krát, uzeniny 8 krát, oříšky 6 krát.

Tabulka 11 Potíže se sestavením zdravého jídelníčku pro dítě

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Mám dost nejasností, co mé dítě může jíst	8	4,3	4,3
Nemám potíže	131	70,0	70,0
Občas, nejsem si jistá s vhodností volby některých potravin	48	25,7	25,7
Total	187	100,0	100,0

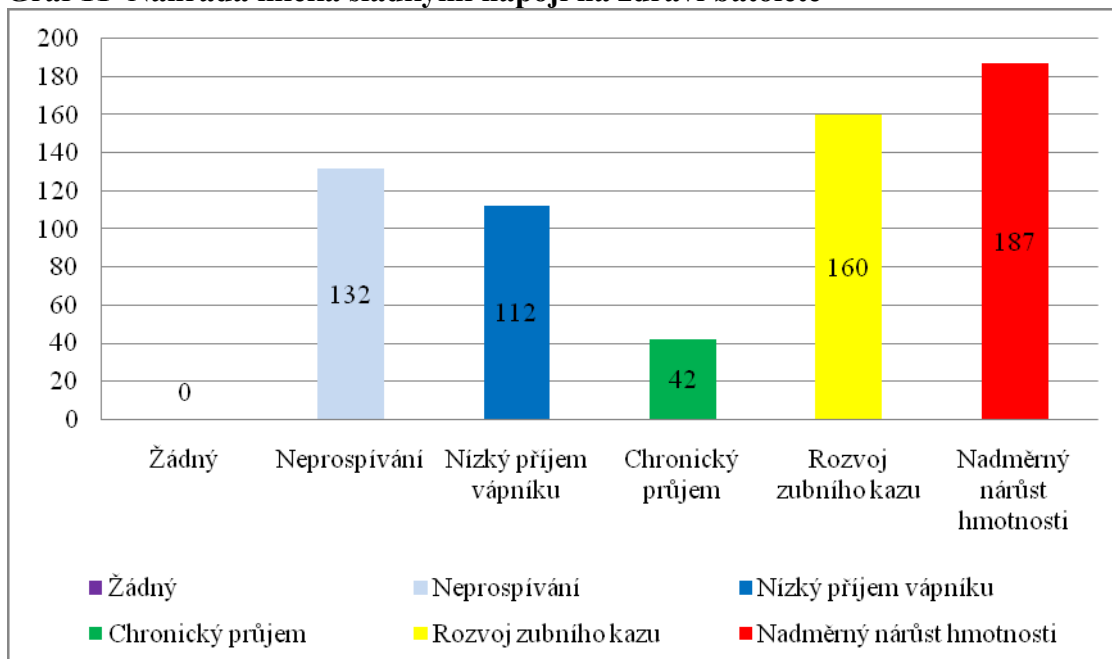
Z počtu 187 respondentek – maminek batolat jich 131 odpovědělo, že nemá potíže se sestavením jídelníčku pro své dítě. 48 maminek-respondentek označilo odpověď: „Občas si nejsem jistá s vhodností volby některých potravin“ a 8 maminek-respondentek uvedlo, že má dost nejasností, co dítě může jíst.

Tabulka 12 Omezení konzumace tuku a cholesterolu

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid Od 1 roku	6	3,2	3,2
Od 2 let	48	25,7	25,7
Od 3 let	133	71,1	71,1
Total	187	100,0	100,0

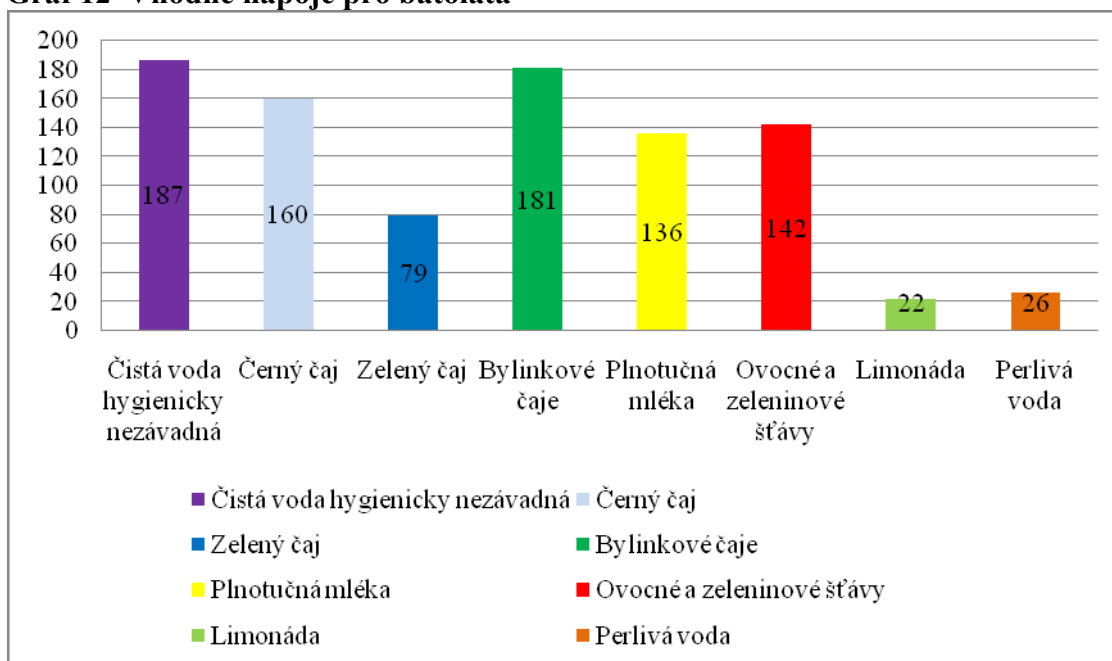
Na tuto otázku odpovídalo 187 respondentek – maminek batolat, které nejčastěji označily odpověď omezení konzumace tuku a cholesterolu do tří let věku dítěte, která byla zvolena 133 krát. Omezení konzumace tuku a cholesterolu od dvou let věku dítěte se přiklonilo 48 maminek-respondentek. Odpověď omezení konzumace tuku a cholesterolu od jednoho roku zvolilo 6 dotazovaných matek.

Graf 11 Náhrada mléka sladkými nápoji na zdraví batolete



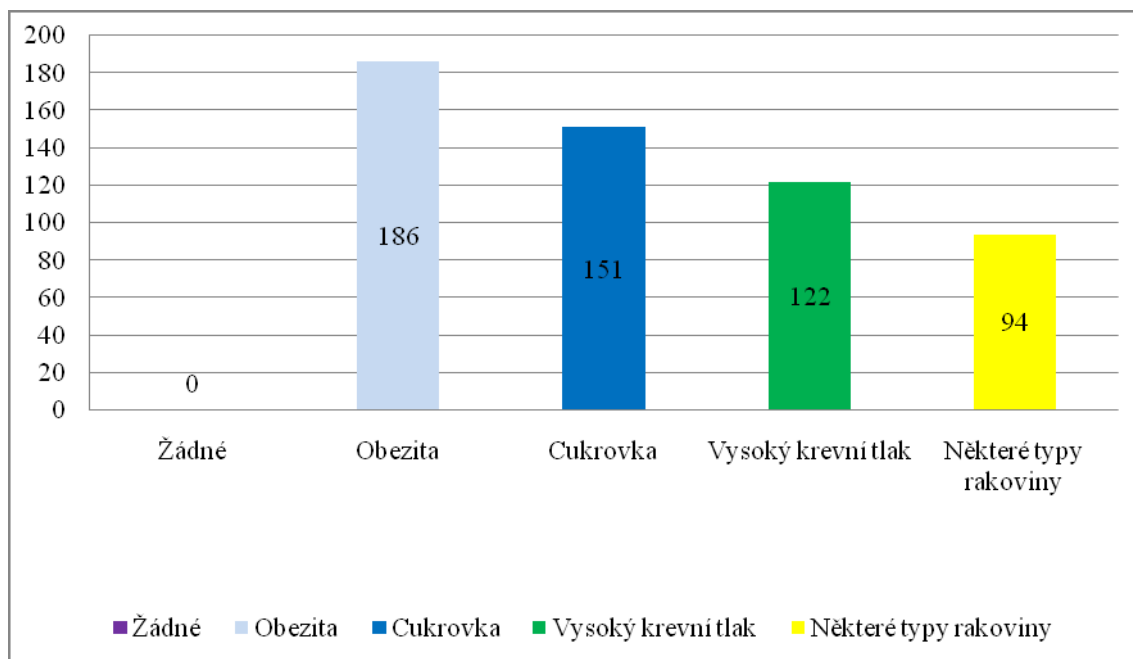
V otázce náhrady mléka sladkými nápoji na zdravotní stav batolete odpovídalo 187 respondentek – maminek batolat, které označily více odpovědí: Nejvíce byla zvolena odpověď nadměrný nárůst hmotnosti, kterou označily všechny maminky-respondentky (187 krát). Rozvoj zubního kazu byl uveden 160 krát, chronický průjem 42 krát, nízký příjem vápníku 112 krát a neprospívání 132 krát. Odpověď žádný vliv náhrady mléka sladkými nápoji na zdravotní stav batolete nebyla zvolena.

Graf 12 Vhodné nápoje pro batolata



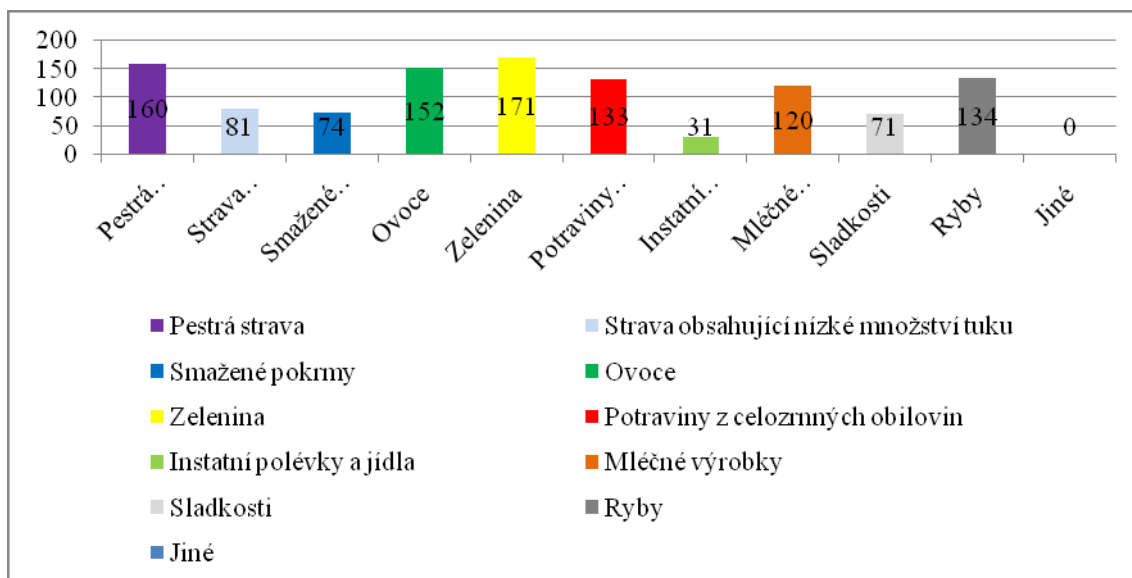
Vhodné nápoje pro batolata respondentky – maminek batolat vybíraly z nabízených možností, kde označily více odpovědí. Na otázku odpovídalo 187 maminek-respondentek. Z nabízených možností odpovědí čistá voda hygienicky nezávadná byla zvolena 187 krát, černý čaj 160 krát, zelený čaj 79 krát, bylinkové čaje 181 krát, ovocné a zeleninové šťávy 142 krát. Dokonce byla uvedena také odpověď limonáda 22 krát a perlivá voda 26 krát.

Graf 13 Stravovací návyky



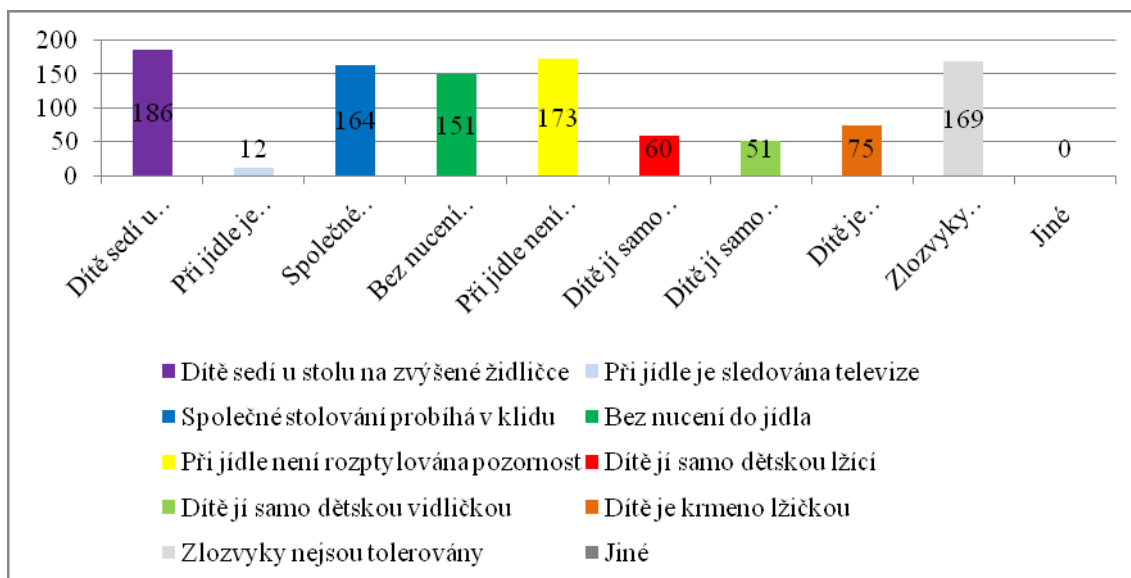
Graf 13 znázorňuje riziko nesprávných stravovacích návyků rodiny. Matky-respondentky označily z více nabízených možností. Z počtu 187 respondentek-matek batolat byla zvolena odpověď obezita 186 krát, cukrovka 151 krát, vysoký krevní tlak 122 krát a některé typy rakoviny 94 krát.

Graf 14 Skladba stravy rodiny



Graf 14 prezentuje volbu odpovědí v otázce jídelníčku rodiny u 187 respondentek-maminek batolat. Bylo zvoleno více odpovědí: Pestrá strava 160 krát, strava obsahující nízké množství tuku 81 krát, smažené pokrmy 74 krát, ovoce 152 krát, zelenina 171 krát, potraviny z celozrnných obilovin 133 krát, instantní polévky a jídla 31 krát, mléčné výrobky 120 krát, sladkosti 71 krát, ryby 134 krát a odpověď jiné nebyla zvolena.

Graf 15 Stolování v rodině



U otázky, která se týkala průběhu stolování v rodině, mohly respondentky-maminky batolat označit více odpovědí. Z počtu 187 maminek-respondentek byla označena odpověď dítě sedí u stolu na zvýšené židličce s ostatními členy rodiny 186 krát, při jídle je sledována televize 12 krát, společné stolování v klidu bylo zvoleno 164 krát, stolování bez nucení do jídla respondentky-maminky označily 151 krát, při jídle není rozptylována pozornost 173 krát, dítě jí samo dětskou lžící tato odpověď byla uvedena 60 krát, dítě jí samo dětskou vidličkou bylo označeno 75 krát, zlozvyky při stolování nejsou u nás tolerovány bylo zvoleno 169 krát a odpověď jiné nebyla označena.

5. Diskuse

Cílem práce bylo zjistit způsob stravování dítěte v rodině do věku tří let a vytvořit edukaci v oblasti zásad správné výživy dítěte v rodině do věku tří let. Všechny tyto cíle byly splněny. Kvantitativní výzkum byl založen na dotazníkovém šetření. Jednalo se o dva druhy dotazníků, kdy jeden dotazník byl určen pro maminky dětí do věku tří let v ordinacích praktických ordinací pro děti a dorost (dále jen PLDD) a další dotazník byl směřován k všeobecným a dětským sestřím v ordinacích PLDD. Dotazníkové šetření bylo prováděno na území Jihočeského kraje. Dotazník pro všeobecné a dětské sestry byl rozeslán do všech ordinací PLDD Jihočeského kraje v počtu 123 dotazníků (100%). Návratnost těchto dotazníků byla 90 (73,1%), z nichž 85 (69,1%) bylo možno použít pro výsledky výzkumného šetření, protože 5 dotazníků (4,0%) bylo nutno vyřadit pro neúplnost vyplněných údajů. Tato vysoká návratnost byla jistě ovlivněna volbou tématu pro pediatrické ošetřovatelství.

Tento výzkumný soubor tvořilo 85 sester (100%). První tři otázky byly zaměřeny na strukturu souboru dotazovaných všeobecných a dětských sester PLDD. Všeobecné a dětské sestry byly tázány na věk, nejvyšší ukončené vzdělání a na praxi ve zdravotnictví. Soubor sester byl různého věku, vzdělání a s různou délkou praxe ve zdravotnictví. Nejpočetnější skupinu sester tvoří 42 sester (49,4%) ve věku 40-49 let. Tento výzkumný soubor je především zastoupen nelékařskými zdravotnickými pracovníky s dlouholetou praxí. Většina sester má nejvyšší ukončené vzdělání v oboru dětská sestra 33 sester (38,8%). Tedy, ve studijním oboru, který je přímo určen k ošetřovatelské péči o děti a dorost. Následující skupinu tvoří 32 sester (37,6%) ve vzdělání v oboru všeobecná sestra. Specializační studium Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče uvedlo 11 sester (12,9%), které absolvovalo postgraduální vzdělání. Vyšší odborné zdravotnické vzdělání uvedly 4 sestry (4,7%) a vysokoškolské bakalářské vzdělání dosáhlo 5 sester (5,9%) ze souboru 85 sester (100%). Bohužel, všeobecných a dětských sester s vysokoškolským vzděláním je v souboru nízký počet. Třetí otázka se týkala délky praxe ve zdravotnictví. Nejvíce byla zastoupena věková skupina 16-20 let praxe ve zdravotnictví, kterou tvořilo 19 sester (22,4%). Z uvedeného souboru vyplývá, že v ordinacích PLDD pracují všeobecné a dětské sestry převážně

s celoživotní praxí. Čtvrtá otázka se týkala doporučeného výlučného kojení. 81 sester (95,3%) doporučuje výlučné kojení do šesti měsíců věku dítěte a to také doporučuje Kudlová a Mydlilová v souhrnu doporučení Světové zdravotnické organizace o výživě malých dětí (26). Tedy, problematice kojení v ordinacích PLDD by měla být věnována i nadále zvýšená pozornost. Tabulka 5 ukazuje, jak sestry v ordinacích PLDD poskytují matkám informace týkající se kojení. Aktivně poskytuje matkám informace o kojení 69 sester (81,2%). Za zamyšlení stojí, proč 10 sester (11,8%) nechává poskytování informací jen na základě dotazu matek, což není v souladu se standardními praktickými pokyny pro kojení v ČR, jak uvádí Mydlilová (33). Graf 1 uvádí problémy s kojením, které jsou nejčastěji řešeny v ordinacích PLDD. V této otázce byla možnost označení více odpovědí. Všeobecné a dětské sestry v ordinacích PLDD nejčastěji označily možnost překážky a omezení v souvislosti s onemocněním dítěte. Byla to odpověď, která mne překvapila nejčastější četností volby, avšak není uvedeno, o jaké onemocnění se jednalo a kontraindikaci kojení stanovuje lékař, avšak většina onemocnění dítěte není kontraindikací kojení podle Schneidrové (34). Další nejčastější odpovědi byly poraněné bradavky. Poranění bradavky bývá výsledkem špatné techniky kojení, ať již nesprávné polohy matky a dítěte, špatného přisávání dítěte nebo nešetrného vyjímání bradavky z úst dítěte. Kejvalová doporučuje zkontrolovat techniku kojení k řešení problému v ordinaci PLDD (19). Dítě obtížně přisávající se k prsu také souvisí s technikou kojení. Je třeba zkontrolovat techniku přisávání, a pokud jsou prsy nalité, lze použít některou z uvolňovacích technik, jak doporučuje Paulová (40). U odpovědi onemocnění matky není jasné, o jaké onemocnění se jednalo. Vážné onemocnění matky může znamenat nutnost odstavení od kojení, jak uvádí Mydlilová a Kudlová (26). Problematika vpáčených bradavek by měla být řešena již v průběhu těhotenství, kdy by těhotná žena měla nosit tzv. formovače bradavek, jak doporučuje Černá (22). Dítě odmítající prs je rozsáhlá problematika v oblasti kojení. Z uvedených odpovědí výzkumného šetření vyplývá, že sestry nepodceňují problematiku kojení a jsou si vědomy významu kojení pro budoucí zdraví národa. Následující otázka se dotazovala na poskytování informací matkám v ordinaci PLDD o vlivu kojení na snížení pravděpodobnosti výskytu ušních infekcí, zápalu plic, průjmových onemocnění, snížení rizika cukrovky, obezity a

anémie. Je potěšující, že 30 sester (35,3%) uvedlo, že matky jsou informovány, že kojení snižuje výskyt všech uvedených chorob. Bohužel, 19 sester (22,4%) odpovědělo, že uvedené informace se neposkytují v ordinaci PLDD, kde pracují. Domnívám se, že informace o snížení výskytu uvedených chorob v souvislosti s kojením by více motivovalo matky kojit své dítě. Na snížení výskytu v této otázce poukazuje také Kudlová a Mydlilová (26). Další otázkou jsem se dotazovala na to, zda je matkám v ordinaci PLDD sdělováno, že kojení snižuje riziko výskytu alergií u dítěte. Graf 2 znázorňuje, že 40 sester (47,6%) odpovědělo ano a 44 sester (51,8%) uvedlo, že význam kojení pro snížení rizika alergií je sporný. Nejlepší prevencí časného rozvoje alergického onemocnění je kojení, na které poukazuje Nevoral (34). Otázka číslo devět se záměrně dotazovala, zda sestry v ordinaci PLDD považují kozí mléko za vhodnou náhradu kravského mléka v případě alergie na bílkovinu kravského mléka. 54 sester (63,5%) považuje kozí mléko za nevhodnou náhradu a 30 sester (35,3%) nedokáže posoudit. Kozí mléko se nehodí k léčbě alergie na kravské mléko, jak uvádí Gregora (10) a Nevoral (34). Tato odpověď mne překvapila, protože jsem předpokládala vyšší informovanost sester PLDD o problematice kozího mléka. Další otázka se týkala zavedení prvního nemléčného příkrmu u kojeného dítěte staršího šesti měsíců. 69 sester (81,2%) odpovědělo správně, že první nemléčný příkrm má být u kojeného dítěte jednodruhové zeleninové pyré a to doporučuje také Hrstková (14) a Gregora (10,11). V této otázce jsem předpokládala zcela jednoznačnou odpověď u všech sester jednodruhové zeleninové pyré. Následující otázka se dotazovala na to, jaké potraviny sestry doporučují matkám v ordinaci PLDD pro dítě dvanáct měsíců věku. V této otázce sestry měly možnost více odpovědí. Všech 85 sester (100%) zvolilo odpověď mateřské mléko, obilná kaše, zeleninová polévka, ovocné pyré a žloutek. Tyto výše jmenované potraviny doporučuje matkám pro roční dítě také Gregora (10,11), Illková (16) a Kejvalová (19). Je potěšující, že sestry v ordinacích PLDD věnují náležitou pozornost edukaci matek v oblasti výživy batolat. Otázka číslo dvanáct se dotazovala na to, od jakého věku je doporučováno matkám podat dítěti upravené pasterizované plnotučné kravské mléko. Z celkového počtu 85 sester (100%) odpovědělo 6 sester (7,1%) od deseti měsíců věku. Je sice možné od deseti měsíců věku dítěte, aby kravské mléko bylo

součástí příkrmů, ale nikoli k pití, jak uvádí Gregora (10,11) a na to samé poukazuje Fuchs (7). Gregora a Fuchs doporučují zavést dítěti do jídelníčku k pití upravené plnotučné kravské mléko až po prvním roce života. Uvádějí důvody příliš vysokého obsahu bílkovin pro organismus kojence. Správnou možnost od dvanácti měsíců uvedlo jen 20 sester (23,5%). Z uvedených údajů vyplývá, že kravské mléko plnotučné pasterizované k pití není příliš doporučované v ordinacích PLDD. Je však možné ho nahradit formulí, která je obohacena o vitaminy a minerály podle Gregory (10,11). Poslední otázky byly směřovány pro matky batolat. Otázka číslo třináct se dotazovala na to, jaké potraviny jsou doporučovány matkám pro dvouleté dítě. Sestry měly možnost volby více odpovědí. Vysoký počet volby odpovědí týkající se mléčných výrobků, masa, zeleniny, rýže a těstovin odpovídá současným doporučením pro výživu batolat. Volbu těchto potravin pro batolata doporučuje také Velemínský (47, 48), Kudlová a Mydlilová (26), Illková (16). Byla jsem překvapena, že byla zvolena i možnost 22krát párky, avšak párky nemají místo ve výživě batolat, a na to poukazuje také Velemínský (47). Čtrnáctá otázka se týkala omezení konzumace tuku a cholesterolu v závislosti na věku dítěte. Nejčastější volba odpovědi byla od tří let věku dítěte, kterou uvedlo 81 sester (95,3%). Cholesterol a tuk nemá být omezován do dvou let věku dítěte je správná odpověď. Pro dítě do dvou let věku není vhodné omezovat tuk a cholesterol, ale to neznamená, že by dítě mělo jíst tučné maso nebo krajíce chleba silně namazané máslem, avšak rozhodně nejsou vhodná odtučněná mléka nebo mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku. Neomezený příjem cholesterolu u dětí do dvou let věku je prevencí rozvoje těžké formy aterosklerózy v dospělosti. Dokonce mateřské mléko obsahuje třikrát více cholesterolu než mléko kravské. Cholesterol u dětí do dvou let věku je důležitý pro výstavbu všech membrán, nervových buněk a hormonů, a na to poukazuje také Gregora (10). Matky o příjmu cholesterolu ve stravě svých dětí by jistě měly být edukovány v ordinacích PLDD. Poslední otázka v dotazníku pro všeobecné a dětské sestry v ordinacích PLDD se dotazovala, jaké jsou doporučovány nápoje pro batolata. V této otázce byla možnost volby více odpovědí. Nejčastější odpovědi byly převařená voda hygienicky nezávadná, ovocné a zeleninové šťávy omezeně, bylinkové čaje a Dobrá voda neperlivá. Tato volba je v souladu s doporučením Velemínského

(47). Domnívám se na základě výsledků výzkumného šetření, že většina sester v ordinacích PLDD zastává dobrou roli edukátorky v oblasti výživy dítěte do tří let věku. Hypotéza H3 Sestry informují matky dětí do věku tří let o zásadách správné výživy jejich dítěte. Tato hypotéza byla dotazníkovým šetřením potvrzena. Hypotézu H3 potvrzují následující otázky 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15 určené pro sestry v ordinacích PLDD. Byla jsem jen překvapena tím, že ve výzkumném souboru studoval VOŠ a VŠ jen malý počet všeobecných a dětských sester v ordinacích PLDD v jihočeském kraji. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že jen 9 sester má vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání.

V druhé části kvantitativního výzkumného šetření byl dotazník pro maminky dětí do věku tří let. Maminkám dětí do věku tří let bylo rozdáno celkem 1230 dotazníků (100%) do všech 123 ordinací PLDD v Jihočeském kraji. Návratnost byla 369 dotazníků (30%) a vyřazeno bylo pro vyplnění neúplných údajů 9 dotazníků (0,73%). Celkem bylo správně vyplněno 360 dotazníků (29,3%). Očekávala jsem vyšší návratnost dotazníků než 30%, ale ne všechny maminky měly zájem o vyplnění dotazníků. První dvě otázky v dotazníkovém šetření byly zaměřeny na věk a vzdělání maminek. Maminky byly různého věku a vzdělání. Nejvíce byla zastoupena věková skupina 28-31 let, kterou tvořilo 149 (41,4%) maminek. Většina dotazovaných má ukončené střední odborné vzdělání 174 (48,3%) maminek. Další otázka se dotazovala na věk dítěte, který je důležitý pro stanovení zásad správné výživy dané věkové kategorie dětí. Věkovou skupinu tvořily děti od narození do věku tří let včetně. Nejvíce byla zastoupena věková skupina dětí od dvou do tří let života, kterou tvořilo 94 dětí (26,1%). Nejméně zastoupenou skupinou byli kojenci od třetího do čtvrtého měsíce života v počtu 20 dětí (5,6%). Týden narození zkoumaného dítěte znázorňuje tabulka 4. Většina dětí 152 (42,2%) byla narozena nad 40. týden gestace. Tato otázka byla položena záměrně, protože jsem očekávala, že nedonošení novorozenci nebudou pravděpodobně kojeni. Naštěstí, tento předpoklad nebyl naplněn. Otázka číslo pět se dotazovala na to, kolikáté je to dítě, které hodnotíte. Většina hodnocených dětí 180 (50%) byla prvorozená. Maminky prvorozeného dítěte se významně nelišily úrovní znalostí v oblasti výživy dětí do věku tří let od maminek s více dětmi. Na tuto

skutečnost měla jistě vliv dobrá edukace sester v ordinacích PLDD, a samostudium matek čerpající ze zdrojů informací jako je internet a časopisy určené pro maminky. Následující otázka se dotazovala na získávání informací v oblasti kojení před porodem. U této otázky byla možnost volby více odpovědí. Nejvíce byla označena odpověď 178 krát na základě předchozí zkušenosti s kojením a odpověď od kamarádek 132 krát. Za zamyšlení jistě stojí, že informace v oblasti kojení získané před porodem od zdravotníků byly uvedeny pouze 42 krát. Z uvedených výsledků vyplývá, že problematice kojení v prenatálních poradnách není věnována patřičná pozornost. Problematice kojení by měly porodní asistentky a porodníci věnovat více pozornosti. S tím souvisí následující otázka výskytu problémů s kojením, kterou znázorňuje tabulka 6. Je potěšující, že většina maminek 289 (80,3%) i přesto udává, že nemá nebo neměla problémy s kojením. Tento výsledek je jistě zásluhou dobré informovanosti maminek v oblasti kojení. Výskyt problémů s kojením udává 71 maminek (19,7%). Konkrétní problémy s kojením ukazuje graf 2, kde maminky měly možnost volby více odpovědí. Nejčastěji byla zvolena odpověď poranění bradavky 24 krát, kde bývá příčinou nesprávná technika kojení podle Kejvalové (19), což bylo potvrzeno i v tomto dotazníkovém šetření. Odpověď jiné byla doplněna o nedostatek mateřského mléka 20 krát. V případě nedostatku mateřského mléka doporučuje Mydlilová během jednoho kojení několikrát vystřídat prsy, kojit častěji v kratších intervalech a snažit se co nejvíce kojit v noci, kdy má matka nejvyšší hladinu prolaktinu (26). Bohužel, v tomto dotazníkovém šetření byly všechny problémy s nedostatkem mateřského mléka řešeny zavedením umělé kojenecké výživy, jak bylo maminkám doporučeno PLDD. Překážka a omezení v souvislosti s onemocněním dítěte bylo zvoleno 16 krát, ale nebylo uvedeno, o jaké konkrétní onemocnění se jednalo, i když tuto kontraindikaci kojení může stanovit pouze lékař. Infekce prsní žlázy a vážné onemocnění matky bylo označeno jako příčinou onemocnění 12 krát. U mastitidy by nemělo být kojení přerušeno, jak uvádí Kejvalová (19) a Mydlilová (26). Dítě obtížně přísávající se k prsu bylo odpovězeno 10 krát. V této situaci Schneidrová doporučuje pokusit se zlepšit techniku kojení (40). Vpáčené bradavky byly zvoleny 8 krát. Vpáčené bradavky doporučuje Kejvalová řešit již v těhotenství vložení speciálních formovačů do podprsenky (19). Graf 3 znázorňuje,

jak byly řešeny problémy s kojením u dotazovaných maminek, kde maminky měly možnost uvést více odpovědí. Problémy s kojením uvedlo 71 maminek (19,7%). Bohužel, řešení zavedením umělé výživy bylo zvoleno 42 krát, což je jistě alarmující, avšak vážné onemocnění matky bylo zvoleno v grafu 2 v konkrétních problémech s kojením 12 krát a omezení kojení v souvislosti s onemocněním dítěte bylo označeno 16 krát také v grafu 2. Dále nedostatek mléka odpovědělo 20 maminek, který znázorňuje také graf 2. Nelze se v daném výzkumném souboru divit, že PLDD doporučil zavedení umělé kojenecké výživy v řešení konkrétních problémů, který ukazuje graf 3. Ošetření poraněné bradavky bylo uvedeno 24 krát, kde příčinou je špatná technika kojení nebo i chybné přiložení k prsu. Dále je vhodné na bradavce nechat po každém kojení zaschnout pár kapek mléka a bradavky ponechat co nejčastěji volně na vzduchu. Po každém kojení je možno v tenké vrstvě aplikovat epitelizační mast. Prs před kojením zformován odstříkáním byl uveden 10 krát. Toto řešení se provádí nejčastěji u maminek, které mají velké bradavky, kdy před kojením by měl být prs zformulován odstříkáním a bradavka by měla být povytažena a zformována mnutím prsty. Z dalších odpovědí bylo uvedeno kojení se silikonovým kloboučkem 16 krát. Silikonový klobouček by měly užívat kojící ženy, které mají ploché nebo špatně vytažitelné bradavky, jejichž dítě se nedokáže dobře přisát. Odstříkání mateřského mléka a alternativní kojení bylo označeno 15 krát. Alternativní kojení se využívá, pokud dítě nemůže být kojeno či potřebuje částečné dokrmování odstříkaným mateřským mlékem, tak je vhodné, aby bylo krmeno alternativním způsobem a ne z lahve. Krmení z lahve kazí techniku kojení tím, že dítě nemusí vykonávat aktivní pohyby jazyka a dolní čelisti. Navíc by mohlo dojít k odstavení dítěte od prsu, protože je pro děti většinou snazší získat mléko z lahve než z prsu. U alternativních způsobů dokrmu není riziko pokažení techniky kojení. Alternativní kojení je prováděno dokmem nejčastěji pomocí stříkačky, kádinky, lžičky a suplementorem. Na tato výše uvedená řešení konkrétních problémů s kojením poukazuje také Schneidrová (40). Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že problémům s kojením musí být věnována nadále zvýšená pozornost v ordinaci PLDD a případně matku odkázat na laktační poradenství. Na následující otázku kojí-li v současné době odpovědělo ano, že kojí 156 maminek (43,3%) a 204 maminek

(56,7%), že v současné době nekojí. Tabulka 8 znázorňuje otázku: „Jak dlouho toto dítě kojíte, popřípadě jste ho kojila?“ Maminky, které v minulosti kojily, neoznačily délku kojení a odpověděly, že v současné době nekojí. Délku kojení maminky zvolily od jednoho měsíce do jednoho roku včetně. Odpověď déle než rok nebyla zvolena, a přitom Světová zdravotnická organizace-WHO doporučuje pokračovat v kojení dva roky i déle (32). S kojením souvisí snížení výskytu chorob jako je nižší výskyt ušních infekcí, zápalu plic, průjemových onemocnění, snížení rizika cukrovky, obezity a anémie, na které poukazuje Nevoral (34). Maminky měly možnost volby více odpovědí. Nejčastější odpověď 160 krát byla, že kojení nemá vliv na výskyt uvedených chorob. Z uvedených výsledků vyplývá, že maminky zpravidla nejsou v této otázce informovány o vlivu kojení na výskyt výše jmenovaných chorob. Následující tabulka 9 ukazuje význam kojení pro prevenci alergického onemocnění. Většina maminek 290 (80,6%) uvedla správně, že kojení má význam pro prevenci alergického onemocnění. Význam kojení pro prevenci alergií udává také Schneidrová (40, 41). Další otázku znázorňuje graf 5, zda maminky získaly informace o prevenci potravinové alergie. V této otázce maminky měly možnost volby více odpovědí. Odpověď ano byla uvedena z různých zdrojů 460 krát a odpověď ne byla označena jen 14 krát. Na prevenci potravinové alergie poukazuje také Fuchs (26). Následující otázky byly určeny maminkám dítěte staršího šesti měsíců: Graf 6 prezentuje výsledky zavedení prvního nemléčného příkrmu. Nejčastější odpovědí bylo jednoduché zeleninové pyré, které zvolilo 242 maminek (90%). Jednoduché zeleninové pyré jako první nemléčný příkrm doporučuje také Velemínský (47), Gregora (10,11) a Kejvalová (19). Otázka číslo šestnáct se zabývá vhodností volby potravin pro dítě 12 měsíců věku, která je znázorněna v grafu 7. Maminky měly možnost označit více správných odpovědí jako mateřské mléko, obilnou kaši, zeleninovou polévku, jogurt, ovocné pyré, masozeleninový příkrm, vařené těstoviny, celozrnné pečivo bez zrn. Všechny tyto výše uvedené potraviny doporučuje také Gregora pro roční dítě (9, 10, 11). Nejvyšší zastoupení měla odpověď mateřské mléko 360 krát (100%), které označily všechny maminky. Tento údaj svědčí o tom, že maminky si uvědomují význam kojení i pro roční dítě. Oproti tomu graf 8 zobrazuje nevhodné potraviny pro dítě dvanáct měsíců věku.

V této otázce měly maminky možnost volby více odpovědí. Nejpočetnější skupinu tvořila odpověď tvaroh a tvarohové krémy, která byla označena 358 krát. Druhou velkou skupinou z nejčastějších odpovědí byl med, který byl uveden 322 krát. Ostatní odpovědi byly také správně označeny jako oříšky 356 krát, párky 328 krát, uzeniny 348 krát. Oříšky jsou častými alergeny a představují riziko vdechnutí, jak uvádí Velemínský (47). Med, oříšky, párky, uzeniny pro batolata za nevhodné považuje také Kejvalová (19). Je potěšující, že maminky prokázaly dobré znalosti v oblasti výživy batolat. Tabulka deset ukazuje množství tekutin pro roční dítě včetně polévky a kaše za 24 hodin. Nejpočetnější skupinu tvoří odpověď 282 maminek (78,3%) není nutné měřit, a na to odkazuje také Velemínský, že u zdravých batolat není nutné nějak měřit množství přijatých tekutin (47). Na otázku, od jakého věku je možné podat dítěti upravené pasterizované plnotučné kravské mléko, nejvíce maminek 345 (95,8%) odpovědělo od dvanácti měsíců, což je správná odpověď. Na rozdíl od sester maminky v této otázce uvedly více správných odpovědí a to znamená, že maminky tuto informaci nezískaly od sester PLDD. Následující otázky byly určeny pouze pro maminky batolat. Graf 10 popisuje odpovědi vhodné volby potravin pro dvouleté dítě. Maminky batolat měly možnost volby více odpovědí, kdy nejčastěji byl uveden zeleninový vývar s rýží 55 krát a vepřové kostičky s mrkví 36 krát, které doporučuje v jídelníčku batolat také Gregora (10). Maminky prokázaly dobrou znalost volby potravin pro své dítě. Tuto skutečnost potvrzuje i následující tabulka 11, která znázorňuje potíže se sestavením zdravého jídelníčku pro dítě. 131 respondentek (70%) maminek-batolat označilo odpověď nemám potíže, což byla nejčastější volba odpovědi. Tato volba opět dokazuje, že 70% maminek-batolat nepocituje deficit ve znalostech výživy batolat. Se sestavením zdravého jídelníčku pro dítě souvisí následující otázka, která je znázorněna tabulkou 12 týkající se věkového omezení konzumace tuku a cholesterolu. Nejvíce odpovědi maminek-batolat 133 (71,1%) bylo, že konzumaci tuku a cholesterolu je doporučeno omezovat od tří let věku dítěte a 81 sester (95,3%) v ordinaci PLDD uvedlo totéž. Tato odpověď se příliš neliší od správné odpovědi, kdy v prvních dvou letech věku nemá být omezován tuk a cholesterol, na což poukazuje také Sedlářová (39). Jaký má vliv náhrady mléka sladkými nápoji na zdraví batolete ukazuje graf 11, kde maminky-

batolat zvolily více odpovědí. Nejvíce byla zvolena odpověď nadměrný nárůst hmotnosti, kterou uvedlo všech 187 maminek-batolat. Z toho vyplývá, že maminky-batolat si uvědomují rizika sladkých nápojů pro zdraví svého dítěte. Na nadměrný nárůst hmotnosti z důvodu nadměrné konzumace sladkých nápojů upozorňuje také Gregora (10, 11). Jaká by měla být volba vhodných nápojů pro batolata znázorňuje graf 12, kde maminky-batolat označily více odpovědí. Všech 187 maminek-batolat zvolilo čistou vodu hygienicky nezávadnou, se kterou souhlasí také Gregora jako s nejvhodnějším nápojem pro batolata (10). Nevhodné nápoje byly uvedeny v nižším zastoupení jako limonáda 22 krát a perlivá voda 26 krát. S výživou batolat souvisí riziko nesprávných stravovacích návyků rodiny, na které poukazuje graf 13. Nejčastější odpověď byla obezita 186 krát. Na následky obezity v pozdějším věku, hlavně na kardiovaskulární rizika poukazuje Gregora (10, 11).

Hypotéza H 2 Matky nejsou informovány o rizicích nesprávného stravování pro zdraví svého dítěte. Hypotéza H 2 byla dotazníkovým šetřením vyvrácena pomocí následujících otázek 13, 14, 23, 25.

S rizikem nesprávných stravovacích návyků také souvisí jídelníček rodiny, jaká je skladba stravy, a na to odkazuje graf 14. Je překvapující, že nejčastěji byla zvolena odpověď zelenina 171 krát a ovoce 152 krát, což vypovídá, že zdravé výživě je věnována v rodinách s dítětem do věku tří let patřičná pozornost. Poslední otázka se dotazovala na průběh stolování v rodině, kde maminky-batolat měly opět možnost volby více odpovědí. Nejčastěji byla označena odpověď 186 krát dítě sedí u stolu na zvýšené židliče s ostatními členy rodiny a další nejčastější odpovědi v následujícím pořadí byla zvolena 169 krát zlozvyky při stolování nejsou u nás tolerovány. Na význam stolování v rodině ve výživě batolat poukazuje také Nevoral (34).

K potvrzení nebo vyvrácení první hypotézy byly stanoveny následující otázky 11, 15, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 27. Hypotéza H 1 byla dotazníkovým šetřením potvrzena.

6 Závěr

Provedené výzkumné šetření se zabývalo výživou dítěte do věku tří let v rodině, důraz byl kladen na edukaci rodičů, zejména matek dětí do věku tří let v primární péči v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost a na vytvoření standardu výživy dětí do tří let pro zdravotníky v primární péči. Cílem této diplomové práce bylo zjistit způsob stravování dítěte do věku tří let v rodině. Tento cíl byl splněn na základě výzkumného šetření.

Druhým cílem v této práci bylo vytvořit edukaci v oblasti zásad správné výživy dítěte do věku tří let. Rodičům, zejména matkám do věku tří let dítěte je předložena edukační příručka o výživě novorozence, kojence a batolete. Postupy a doporučení v této příručce jsou formulovány na základě výzkumného šetření v této diplomové práci v souladu s odborným doporučením a vědeckých poznatků oficiální i alternativní medicíny a ošetrovatelství. Tato příručka vznikla také z důvodu nedostatku komplexní literatury o výživě dětí do věku tří let určená maminkám. Minimálně po dobu prvních tří let života je správná výživa tím nejdůležitějším, co je třeba zajistit pro dokonalý vývoj dítěte. V moderním ošetrovatelství má sestra v primární zdravotní péči významný podíl na edukační činnosti, a tím, že rodiče jsou edukováni o výživě dítěte v rodině sestra přispívá ke zlepšení zdraví populace. Podmínkou ke správné edukaci je dobrá informovanost sester primární péče o výživě dítěte, a k tomu by mohl přispět i vytvořený standard pro zdravotníky v oblasti výživy dítěte do tří let věku.

Třetím cílem v této diplomové práci bylo zjistit, zda sestry informují matky dětí do věku tří let o zásadách správné výživy jejich dítěte. Tento cíl je možné považovat také za splněný na základě výzkumného šetření dotazníku určeného pro sestry v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost (dále jen PLDD) v Jihočeském kraji a dotazníku směřující k maminkám dětí do věku tří let v ordinacích PLDD.

Hypotéza 1 „Matky dodržují zásady správné výživy u svého dítěte“ byla potvrzena.

Hypotéza 2 „Matky nejsou informovány o rizicích nesprávného stravování pro zdraví svého dítěte“ byla vyvrácena.

Hypotéza 3 „Sestry informují matky dětí do věku tří let o zásadách správné výživy jejich dítěte“ se potvrdila.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že většina matek je dobře edukována v ordinacích PLDD o výživě svého dítěte, avšak sestry se někdy liší v doporučeních o zavádění nemléčného příkrmu a nových potravin do jídelníčku dítěte. Tento problém by právě mohl vyřešit vytvořený standard. Výživa dětí do věku tří let je stále aktuálním tématem vzhledem k měnícím se doporučením a nejednoznačným názorům odborníků ve výživě dětí.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BLEVINS, J. Y. *Does Breastfeeding Reduce The Risk of Sudden Infant Death Syndrome?* Pediatrics official Journal The American Academy of Pediatrics. 2009, vol. 9, num. 3, s. 51. ISSN 1098-4275
2. BURIANOVÁ, I. A KOL. *Nové pohledy na výživu novorozenců a kojenců*. 1. vyd. Praha: nestlé Nutrition, 2008. 58 s. ISBN 978-80-903776-8-4
3. DORT, J. A SPOLUPRACOVNÍCI. *Neonatologie Vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 101 s. ISBN 80-246-0790-5
4. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. A KOL. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447-4
5. FRÚHAUF, P. A KOL. *Alergie kojeneckého věku*. 1. vyd. Praha: Nestlé Nutrition, 2006. 59 s. ISBN 80-903776-0-2
6. FRÚHAUF, P. *Alternativní výživa u dětí*. Pediatrie pro praxi. Olomouc: Solen, 2010, roč. 11, č. 2, s. 138. ISSN 1213-0494
7. FUCHS, M. *Alergie číhá v jídle a pití*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Plzeň: Adéla, 2007. 267 s. ISBN 80-902532-2-9
8. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
9. GREGORA, M. *Péče o dítě od kojeneckého do školního věku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 139 s. ISBN 978-80-247-2030-2
10. GREGORA, M. *Výživa malých dětí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 96 s. ISBN 80-247-9022-X
11. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D. *Jidelníček kojenců a malých dětí*. 2. Doplněné a aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2716-5
12. HAIEROVÁ, I. A. *Dětská obezita*. 1. Vyd. Praha: Maxdorf, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7345-196-7

13. HLADÍK, M. *Dětské lékařství pro studenty ošetřovatelství*. 1. vyd. Oprava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 22 s. ISBN 978-80-7248-472-0
14. HRSTKOVÁ, H. A KOL. *Výživa kojenců a mladších batolat*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 77 s. ISBN 80-7013-385-6
15. CHROMCOVÁ, E., KŘÍŽOVÁ, A. *Výživa při onemocnění batolat*. Sestra. Praha: 2007, roč. 1, č. 5, s. 57. ISSN 1210-0404
16. IILKOVÁ, O., NEČASOVÁ, L., VAŠÍČKOVÁ, Z. *Zdravá výživa malých dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 191 s. ISBN 80-7367-030-5
17. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2
18. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
19. KEJVALOVÁ, L. *Výživa dětí od A do Z*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 156 s. ISBN 80-7021-773-1
20. KLÍMA, J. A KOL. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN - 10: 80-86432-38-6
21. KOKEŠOVÁ, A. *Imunomodulační účinky probiotik v klinické praxi*. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 2009, roč. 10, č. 3, s. 210. ISSN 1213-0494
22. KOLEKTIV AUTORŮ. *Komplikace šestinedělí a laktace*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: 2009, roč. 18, č. 2, s. 218. ISSN 1211-1058
23. KOLEKTIV AUTORŮ. *Péče o dítě*. 1. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2009. 320 s. ISBN 978-80-87109-14-4
24. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestavování standardů metodou DYSSSY* [online], [cit.5.2.2010] Dostupné z www: <<http://www.fnplzen.cz>>
25. KOZIEROVÁ, B. A KOL. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
26. KUDLOVÁ, E., MYDLILOVÁ, A. *Výživové poradenství u dětí do dvou let*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 148 s. ISBN 80-247-1039-0
27. MACKO, J. *Fortifikace (suplementace) mateřského mléka*. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen s.r.o., 2010, roč. 11, č. 1, s. 66. ISBN 1213-0494

28. MARINOV, Z. *Zdroje polygenně vázané dětské obezity*. Vox pediatría. Praha: 2008, roč. 8, č. 7, s. 48. ISSN 1213-2241
29. MASTILIAKOVÁ, D. A KOL. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. 1. vyd. Ostravská univerzita Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2003. 119 s. ISBN 80-7042-344-7
30. MEIER, R. *Cholesterol Přírozená regulace hodnot krevního tuku*. 1. vyd. Bratislava: Noxi, 2007. 160 s. ISBN 978-80-89179-67-1
31. MYDLIL, J. *Víte, že? Mamita*. Praha: 2010, roč. IX, č. 31/2010, s. 34. ISSN 1214-1690
32. MYDLIL, J. *Víte, že? Mamita*. Praha: 2010, roč. IX, č. 33/2010, s. 34. ISSN 1214-1690
33. MYDLILOVÁ, A. *Standardní praktické pokyny pro kojení v ČR*. 1. vyd. Praha: Projekty podpory zdraví, 2006. 60 s. ISBN neudáno
34. NEVORAL, J. A KOL. *Výživa v dětském věku*. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H & H Vyšehradská, s.r.o., 2003. 434 s. ISBN 80-86-022-93-5
35. PEYCHL, I. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního pediatra*. 1. vyd. Praha: Galen, 2005. 164 s. ISBN 80-7262-283-8
36. POZLER, O. *Trendy soudobé pediatrie svazek 1 Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 275 s. ISBN 80-7262-016-9
37. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 4. vyd. Doplněné. Praha: Portál s.r.o., 2005. 481 s. ISBN 978-80-7367-503-5
38. RYBKA, J. A KOL. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 288 s. ISBN 80-247-1612-7
39. SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 139 s. ISBN 978-80-247-2030-2
40. SCHNEIDROVÁ, D. A KOL. *Kojení Nejčastější problémy a jejich řešení*. 2. Doplněné a připravované vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 131 s. ISBN 80-247-1308-X
41. SCHNEIDROVÁ, D. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v České republice na konci 90. let*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 131 s. ISBN 80-246-0920-7

42. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. A KOL. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. dotisk. Praha: Karolinum, 2008. 359 s. ISBN 978-80-1067-2
43. SYROVÝ, V. *Tajemství výrobců potravin*. 4. vyd. Ing. Vít Syrový, 2009. 127 s. ISBN 809031379-5
44. ŠRÁČKOVÁ, D. *Historie kojení II*. Praktická gynekologie, Praha: 2004, roč. 4, č. 1, s. 28. ISSN 1211-6645
45. TLÁSKAL, P. *Využití probiotik v pediatrii*. Pediatrie pro praxi. Olomouc: Solen, 2010, roč. 9, č. 5, s. 350. ISSN 1213-0494
46. TÓTHOVÁ, V. A KOL. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
47. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Dítě 3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978-80-7254-929-0
48. VELEMÍNSKÝ, M. A KOL. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6
49. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
50. WHO. 10 fact on breastfeeding [online]. [cit.28.06.2010] Dostupné z www: <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html>>
51. WHO. Global Strategy for Infant Zoung Child Feeding. 2. vyd. Geneva WHO, 2003. 50 s. ISBN 924-15-62-218
52. WHO. Key strategies for promotion of Breastfeeding [online]. [cit.29.06.2010] <<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/NUT/Global+Facts+and+Figures.pdf>>
53. ZWINGER, A. A KOL. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-2579

8 Klíčová slova

Mateřské mléko

Kojení

Výživa

Všeobecná sestra

Dětská sestra

Edukace

Standard

9 Přílohy

Příloha 1 – Základní polohy kojení

Příloha 2 – Pomůcky ke kojení

Příloha 3 – Vitaminy a minerály

Příloha 4 – Dotazník pro sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Příloha 5 – Dotazník pro maminky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Příloha 6 – Edukační příručka o výživě dětí do tří let pro rodiče

Příloha 7 – Edukační standard výživy novorozenců, kojenců a batolat pro rodiče

Příloha 8 – Standard výživy dětí do tří let věku pro sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Příloha 9 – Edukační proces výživy dětí od narození do tří let věku pro sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Příloha 1 – Základní polohy kojení

Obrázek 1: Poloha vleže Zdroj: Laktační liga



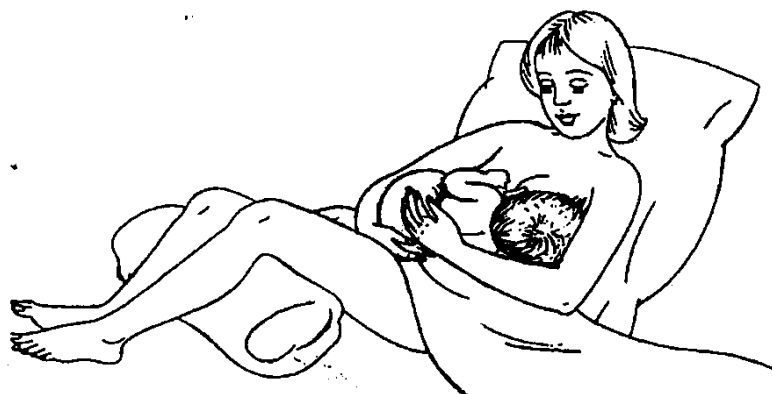
Obrázek 2: Poloha fotbalové-boční držení Zdroj: Laktační liga



Obrázek 3: Poloha vsedě Zdroj: Laktační liga



Obrázek 4: Kojení v polosedě s podloženými nohama Zdroj: Laktační liga



Příloha 2 – Pomůcky ke kojení

Obrázek 5: Kojící klobouček



**Zdroj: Medela. [online], 28.06.2010 [citováno 2010-07-07]. Dostupné z:
< <http://www.zdravotnicke-potreby.net/detail.php?id=18241>**

Obrázek 6: Chrániče bradavek



**Zdroj: Farlin. [online], 10.06.2010 [citováno 2010-10-07]. Dostupné z:
<<http://www.zbozi.cz/p377835-farlin-chranice-bradavek/?q=chranice%20bradavek&sId=&r=hint&order=relevance>**

Obrázek 7: Ruční odsávačka mateřského mléka



**Zdroj: Kojenecké potřeby Hořovice. [online], 11.6.2010 [citováno 2010-09-08].
Dostupné z: <<http://kojenecke-potreby.sbazar.cz/avent-odsavacka-materskeho-mleka-1-x-lahev-125-ml-horovice-o3969162.html>>**

Obrázek 8:Suplementor



**Zdroj: Medela. [online], 09.07.2010 [citováno 2010-10-08]. Dostupné z:
<<http://www.medela.cz/produkty/suplementor.php>**

Příloha 3 – Vitaminy a minerály

Vitaminy jsou děleny podle fyzikálně – chemických vlastností:

Vitaminy rozpustné v tucích jsou vitaminy A, D, E, K. Vitaminy rozpustné v tucích mohou být snadno předávkovány.

Vitaminy rozpustné ve vodě jsou vitaminy skupiny B, vitamin C, kyselina listová, biotin, kyselina pantotenová.

Vitamin A – významný pro funkci sítnice oka, pro funkci kůže a sliznic, pro růst organismu, při tvorbě hormonů a bílkovin. Zdrojem jsou vnitřnosti, rybí tuk, maso, mléko, žloutek, zelenina, pomeranče.

Vitamin D – vliv na regulaci vstřebávání a vylučování vápníku a fosforu. Při nedostatku u dětí vznikne křivice (rachitis). Zdrojem jsou játra, rybí tuk, žloutek, máslo.

Vitamin E – význam pro ochranu buněk, funkci imunitního systému, hojení ran, vliv na zdravý vývoj reprodukčních orgánů. Zdrojem jsou rostlinné oleje, obilné klíčky, sója, vnitřnosti, vejce, mléko.

Vitamin K – slouží především pro srážení krve. Zdrojem je listová zelenina, kysané zelí, sója a vnitřnosti.

Vitaminy skupiny B – mají význam v oblasti látkové přeměny. Nedostatek vitamínu B₁ způsobuje nemoc beri – beri. Vitamin B₆ má navíc významnou funkci pro nervový systém. Kobalamin je nezbytný pro růst buněk, tvorbu červených krvinek, funkci jater a nervové soustavy. Riziko nedostatku kobalaminu je pro plně kojené děti matek vegetariánek. Zdrojem kobalaminu jsou vnitřnosti a kysané zelí. Obecně zdrojem vitaminů skupiny B bývají kvasnice, povrchová vrstva obilovin, mléko, maso, zelenina.

Vitamin C – potřebný pro funkci pojivové tkáně, kostí a chrupavek. Má význam pro hojení ran, ochranu organismu proti infekcím, pro látkovou přeměnu. Nemoc z nedostatku vitamin C jsou kurděje. Zdrojem je zelenina a vnitřnosti.

Kyselina listová – skupina chemicky příbuzných látek je řazena do skupiny vitaminů B. Je nezbytná pro tvorbu buněk, pro tvorbu červených krvinek. Zdrojem jsou vnitřnosti, listová zelenina, sójové boby, brokolice, kvasnice.

Biotin – obvykle řazen k vitaminům skupiny B. Významný je pro látkovou přeměnu. Nejbohatším zdrojem jsou kvasnice a vnitřnosti.

Kyselina pantotenová – látkou řazenou k vitaminům skupiny B. Její funkce je pro látkovou přeměnu, tvorbu cholesterolu a žlučových kyselin, pro správnou funkci buněk v kůži. Kyselina pantotenová je obsažena prakticky ve všech potravinách.

Vitamin F (nenasyčené mastné kyseliny) do této skupiny patří kyselina linolová, linolenová a arachidonová. Nenasycené mastné kyseliny snižují hladiny cholesterolu v krvi. Popsán význam pro růst, kožní integritu a při nedostatku mohou být poruchy plodnosti. Nejbohatším zdrojem jsou rostlinné oleje.

Minerály:

Vápník – při nedostatku bývá osteoporóza, osteomalacie a tetanie. Zdrojem je mléko, sýry, zelenina.

Chlor – projevy při nedostatku jsou alkalóza a zvracení. Zdrojem je mléko, vejce, stolní sůl.

Měď – projevy při nedostatku jsou anémie, osteoporóza, zvýšený cholesterol v krvi. Zdrojem jsou játra, maso, ryby.

Fluor – má vztah ke kostem a zubům. Nedostatek se projevuje kazivostí zubů. Zdrojem je voda, tablety fluoru.

Jód – projevem nedostatku je kretenismus. Zdrojem je jodizovaná sůl, mořské ryby.

Železo – má význam v prevenci anémie a následně snížené imunity. Zdrojem jsou játra, maso, vejce a zelenina.

Hořčík – při jeho nedostatku se vyskytují křeče. Zdrojem je maso a luštěniny.

Selen – projevy při nedostatku jsou onemocnění srdce, svalů a poruchy imunity. Zdrojem je zelenina a maso.

Sodík – nedostatek se projevuje zvracením, odvodněním, snížením krevního tlaku. Při nadbytku sodíku v organismu vznikají edémy. Zdrojem je stolní sůl, vejce a mléko.

Zinek – projevy při nedostatku jsou poruchy imunity a kožní onemocnění. Zdrojem je maso, obiloviny, sýry.

(Zdroj: 48 , s.40-46)

Příloha 4 – Dotazník pro sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Vážené kolegyně,

jmenuji se Jana Kilbergerová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou podkladem pro zpracování mé diplomové práce na téma “Vpracování standardu výživy dětí do tří let“. Při vyplňování dotazníku označte nejvhodnější odpověď, případně zvolte i více možností nebo doplňte odpověď vlastními slovy. Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem

Bc.Jana Kilbergerová

1) Uveďte prosím Váš věk:

- a) 19-29
- b) 30-39
- c) 40-49
- d) 50-59
- e) 60 a více

2) Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) SZŠ
- b) VOŠZ
- c) Bc.
- d) Mgr.
- e) Jiné (Doplňte):

3) Vaše praxe ve zdravotnictví:

- a) Méně než 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-15 let
- e) 16-20 let
- f) 21-25 let
- g) 26-30 let
- h) 31 a více let

4) Do jakého věku dítěte doporučujete matkám výlučné kojení?

- a) Do 4 měsíců věku dítěte
- b) Do 5-ti měsíců věku dítěte
- c) Do 6-ti měsíců věku dítěte
- d) Do 7-mi měsíců věku dítěte
- e) Do 8-mi měsíců věku dítěte

5) Informace o kojení poskytujete matkám:

- a) Aktivně všem matkám po porodu
- b) Jen na základě dotazu matek
- c) Nechávám poskytování těchto informací spíše na lékaři/lékařce

Pokud jste zvolila v otázce č.5 variantu a nebo b, prosím odpovězte na otázku č.6.

- 6) Jaké problémy s kojením nejčastěji řešíte?
- a) Poraněné bradavky
 - b) Vpáčené bradavky
 - c) Možnost infekce prsní žlázy
 - d) Dítě obtížně přisávající se k prsu
 - e) Dítě odmítající prs
 - f) Překážky a omezení kojení v souvislosti s onemocněním dítěte
 - g) Jiné (Doplňte):
- 7) Poskytujete v ordinaci matkám následující informace?
- a) Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu ušních infekcí
 - b) Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu zápalu plic
 - c) Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu průjmových onemocnění
 - d) Kojení snižuje riziko cukrovky, obezity a anémie
 - e) Kojení snižuje pravděpodobnost rizika všech uvedených chorob v této otázce
 - f) Výše uvedené informace u nás neposkytujeme
- 8) Sdělujete matkám, že kojení snižuje riziko alergií u dítěte?
- a) Ano, matkám je sděleno, že kojené děti mají nižší výskyt alergií
 - b) Ne, význam kojení v této otázce je považován za sporný
 - c) Ne, kojení nemá význam pro prevenci alergií
- 9) Považujete kozí mléko za vhodnou náhradu v případě alergie na bílkovinu kravského mléka?
- a) Ano, je vhodné jako náhrada kravského mléka
 - b) Ne, není vhodné, protože obsahuje víceméně stejné bílkoviny se stejnou alergizující schopností
 - c) Nevím, neumím posoudit

10) Jaký doporučujete první nemléčný příkrm u kojeného dítěte staršího 6 měsíců?

- a) Jednodruhové zeleninové pyré
- b) Masozeleninový příkrm
- c) Ovocné pyré
- d) Jogurt
- e) Obilná kaše
- f) Jiné (Doplňte):

11) Jaké potraviny doporučujete matkám pro dítě 12 měsíců věku?

- a) Mateřské mléko
- b) Obilná kaše
- c) Zeleninová polévka
- d) Ovocné pyré
- e) Jogurt
- f) Tvaroh
- g) Bílek
- h) Žloutek
- i) Masozeleninový příkrm

12) Od jakého věku doporučujete matkám podat dítěti k pití upravené pasterizované plnotučné kravské mléko?

- a) Od 8-mi měsíců
- b) Od 10-ti měsíců
- c) Od 12-ti měsíců
- d) Od 2 let
- e) Od 3 let

13) Jaké potraviny doporučujete matkám pro 2 leté dítě?

- a) Mléčné výrobky plnotučné
- b) Hovězí maso
- c) Telecí maso
- d) Drůbeží maso
- e) Králičí maso
- f) Vejce
- g) Luštěniny
- h) Zelenina vařená
- i) Zelenina syrová
- j) Tmavé pečivo
- k) Bílé pečivo
- l) Rýže
- m) Těstoviny vařené
- n) Párky
- o) Oříšky

14) Od jakého věku dítěte doporučujete omezit konzumaci tuku a cholesterolu?

- a) Od 1 roku
- b) Od 2 let
- c) Od 3 let

- 15) Jaké nápoje doporučujete pro batolata?
- a) Převařená voda hygienicky nezávadná
 - b) Dobrá Voda neperlivá
 - c) Perlivá voda
 - d) Černý čaj
 - e) Zelený čaj
 - f) Bylinkové čaje určené pro děti
 - g) Plnotučné mléko
 - h) Polotučné mléko od 2 let věku dítěte
 - i) Limonáda
 - j) Ovocné a zeleninové šťávy omezeně

Děkuji za vyplnění dotazníku

Příloha 5 – Dotazník pro maminky v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Vážená maminko,

Jmenuji se Jana Kilbergerová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma: „Vypracování standardu výživy dětí do tří let“. Ráda bych Vás požádala o několik informací v oblasti výživy dítěte z pohledu rodiče. Získané údaje budou zpracovány pouze pro diplomovou práci. Při vyplňování dotazníku označte nejvhodnější odpověď, případně i více možností nebo doplňte odpověď vlastními slovy. Pokud máte více dětí, vyberte si, prosím, pouze jedno, za které budete odpovídat. Maminky kojenců prosím o vyplnění otázek č.1-č.19. Maminky batolat prosím o vyplnění všech otázek.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Bc.Jana Kilbergerová

1) Uveďte Váš věk:

- a) Méně než 16 let
- b) 16-19 let
- c) 20-23 let
- d) 24-27 let
- e) 28-31 let
- f) 32-35 let
- g) 36 a více let

2) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučena
- c) Střední odborné (zakončené maturitou)
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3) Uveďte prosím věk Vašeho dítěte:

- a) Od narození do 28.dne života
- b) Od 29.dne do 2.měsíce života
- c) Od 3. měsíce do 4.měsíce života
- d) Od 5.měsíce do 6.měsíce života
- e) Od 7.měsíce do 8.měsíce života
- f) Od 9.měsíce do 10.měsíce života
- g) Od 11.měsíce do 12.měsíce života
- h) Od 13.měsíce do 23.měsíce života
- i) Od 2 do 3 let

4) V jakém týdnu těhotenství se narodilo Vaše dítě?

- a) 24.-30. týden
- b) 31.-32. týden
- c) 33.-35. týden
- d) 36.-37. týden
- e) 38.-40. týden
- f) Nad 40. týden

5) Kolikáté je to Vaše dítě, které hodnotíte?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 a více

6) Kde jste získala informace v oblasti kojení před porodem?

- a) Z internetu
- b) Od zdravotníků
- c) Z laktační ligy
- d) Od kamarádek
- e) Z časopisu, uveďte jaký:
- f) Z předchozí zkušenosti s kojením
- g) Jiné (Doplňte):

7) Vyskytly se u Vás nějaké problémy s kojením?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste odpověděla NE, pokračujte otázkou č.10

8) Jaké se vyskytly problémy s kojením?

- a) Poranění bradavky
- b) Vpáčené bradavky
- c) Infekce prsní žlázy
- d) Dítě se obtížně přisávalo k prsu
- e) Překážky a omezení kojení v souvislosti s onemocněním dítěte
- f) Vážné onemocnění matky, kdy Vám lékař zakázal kojení
- g) Jiné (Doplňte):

9) Jak byly tyto problémy řešeny?

- a) Ošetření poraněné bradavky
- b) Teplý obklad přiložen na prsa
- c) Studený obklad přiložen na prsa
- d) Prs před kojením zformován odstříkáním
- e) Kojení se silikonovým kloboučkem
- f) Odstříkáním mateřského mléka a alternativním krmením
- g) Jiné (Doplňte):

10) Kojíte toto dítě v současné době?

- a) Ano, plně
- b) Ano, částečně (kojení nestačí, dokrmuji formulí)
- c) Ano, částečně (dávám příkrm)
- d) Ne

11) Jak dlouho toto dítě kojíte, popřípadě jste ho kojila?

- a) 1 měsíc
- b) 2 měsíce
- c) 3 měsíce
- d) 4 měsíce
- e) 5 měsíců
- f) 6 měsíců
- g) Jiné (Doplňte):

12) Domníváte se, že kojení u dítěte snižuje výskyt těchto chorob?

- a) Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu ušních infekcí
- b) Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu zápalu plic
- c) Kojení snižuje pravděpodobnost výskytu průjmových onemocnění
- d) Kojení snižuje riziko cukrovky, obezity a anémie
- e) Kojení nemá vliv na výskyt výše uvedených chorob

13) Myslíte si, že kojení má význam pro prevenci alergického onemocnění?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14) Získala jste informace o prevenci potravinové alergie?

- a) Ano, od zdravotníků
- b) Ano, z internetu
- c) Ano, od kamarádek
- d) Ano, z jiného zdroje (Doplňte):
- e) Ne
- f) Nevím o potravinových alergiích

Pro maminky dítěte staršího 6 měsíců:

15) Jaký první nemléčný příkrm dostalo Vaše dítě?

- a) Jednodruhové zeleninové pyré
- b) Masozeleninový příkrm
- c) Ovocné pyré
- d) Jogurt
- e) Obilná kaše
- f) Naše dítě ještě příkrm nedostalo
- g) Jiné (Doplňte):

16) Víte, jaké potraviny jsou vhodné pro dítě dvanáct měsíců věku?

- a) Mateřské mléko
- b) Obilná kaše
- c) Zeleninová polévka
- d) Jogurt
- e) Tvaroh
- f) Ovocné pyré
- g) Masozeleninový příkrm
- h) Těstoviny vařené
- i) Celozrnné pečivo bez zrn

17) Víte, jaké potraviny se nedoporučují dávat dítěti ve dvanácti měsících věku?

- a) Med
- b) Cukr
- c) Tvaroh, tvarohové krémy
- d) Maso drůbeží
- e) Bílek
- f) Oříšky
- g) Uzeniny
- h) Párky
- i) Sůl
- j) Žloutek

18) Jaké množství tekutin za 24 hodin by mělo dostat roční dítě včetně polévky a kaše?

- a) 200 ml
- b) 500 ml
- c) 1000 ml
- d) Není nutné měřit

19) Od jakého věku je možné podat dítěti k pití upravené pasterizované plnotučné kravské mléko?

- a) Od narození
- b) Od 6-ti měsíců
- c) Od 8-mi měsíců
- d) Od 10-ti měsíců
- e) Od 12-ti měsíců

Pro maminky batolat (dítě od 1-3 let):

20) Víte, jaké potraviny jsou vhodné pro dvouleté dítě?

- a) Těstoviny vařené
- b) Treska přírodní na bazalce
- c) Vepřové kostičky s mrkví
- d) Vývar zeleninový s rýží
- e) Oříšky
- f) Uzeniny
- g) Párky
- h) Smažená jídla

21) Máte potíže se sestavením zdravého jídelníčku pro Vaše dítě?

- a) Nemám potíže
- b) Občas, nejsem si jistá s vhodností volby některých potravin
- c) Mám dost nejasností, co mé dítě může jíst

22) Od jakého věku dítěte je omezována konzumace tuku a cholesterolu?

- a) Od 1 roku
- b) Od 2 let
- c) Od 3 let

23) Jaký má vliv náhrada mléka sladkými nápoji na zdravotní stav batolete?

- a) Žádný
- b) Neprospívání
- c) Nízký příjem vápníku
- d) Chronický průjem
- e) Rozvoj zubního kazu
- f) Nadměrný nárůst hmotnosti

24) Jaké jsou vhodné nápoje pro batolata?

- a) Čistá voda hygienicky nezávadná
- b) Černý čaj
- c) Zelený čaj
- d) Bylinkové čaje
- e) Plnotučné mléko
- f) Ovocné a zeleninové šťávy omezeně
- g) Limonáda
- h) Perlivá voda

25) Jaké riziko obnáší nesprávné stravovací návyky rodiny?

- a) Žádné
- b) Obezita
- c) Cukrovka
- d) Vysoký krevní tlak
- e) Rakovinu tlustého střeva

26) Co obsahuje Váš jídelníček rodiny?

- a) Pestrou stravu
- b) Stravu obsahující nízké množství tuku
- c) Smažené pokrmy
- d) Ovoce
- e) Zelenina
- f) Potraviny z celozrnných obilovin
- g) Instantní polévky a jídla
- h) Mléčné výrobky
- i) Sladkosti
- j) Ryby
- k) Jiné (Doplňte):

27) Jak probíhá stolování u Vás v rodině?

- a) Dítě sedí u stolu na zvýšené židličce s ostatními členy rodiny
- b) Při jídle je sledována televize
- c) Společné stolování probíhá v klidu
- d) Bez nucení do jídla
- e) Při jídle není rozptylována pozornost
- f) Dítě jí samo dětskou lžící
- g) Dítě jí samo dětskou vidličkou
- h) Dítě je krmeno lžičkou
- i) Zlozvyky při stolování nejsou u nás tolerovány
- j) Jiné (Doplňte):

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Řešení ošetřovatelských problémů výživy novorozenců, kojenců a batolat

Obr.1 Zdroj:vlastní (neteř autorky)



Příručka pro rodiče – zejména pro maminky vznikla na základě výzkumného šetření ke zmapování aktuálních problémů ve výživě dítěte v rodině

Zpracovala: Bc.Jana Kilbergerová

Vážená maminko, Vážený tatínku,

Jmenuji se Jana Kilbergerová a ráda bych Vám co nejsrdečněji blahopřála k narození Vašeho dítěte. Nejprve bych Vás ráda seznámila s výživou novorozenců. Nejvhodnější výživou pro novorozence je kojení vlastní matkou. Světová zdravotnická organizace doporučuje výlučné kojení 6 měsíců od narození, poté pokračovat v kojení s postupným zaváděním příkrmů až do 2 let věku dítěte a déle. Výlučné kojení znamená, že dítě nepotřebuje nic jíst ani pít mimo mateřského mléka. Některé informace podle mého výzkumného šetření v oblasti kojení jste již získaly v těhotenství. Byla to Vaše předchozí zkušenost, informace od kamarádek nebo z internetu, z časopisů, od zdravotníků nebo z laktační ligy. Dobrá informovanost matek v oblasti kojení souvisí s nižším výskytem problémů s kojením. 80% matek, které uvádí, že získaly informace v oblasti kojení před porodem následně neuváděly problémy s kojením. Tyto matky odpovídaly, že výlučně kojí své děti do konce 6. měsíce věku, jak doporučuje Světová zdravotnická organizace.

Edukační plán

Prevence problémů s kojením

- 80% matek, které získaly informace v oblasti kojení před porodem nemá problémy s kojením
- Matky bez problémů s kojením (80% matek) výlučně kojí své děti do konce 6. měsíce věku
- Není rozdíl mezi úspěšně kojenými dětmi prvorodiček a vícerodiček
- Nebyla prokázána jednoznačná souvislost mezi vzděláním matek a kojením

Z těchto výsledků výzkumného šetření je možno vyvodit závěr, pokud budete dobře informována v oblasti kojení, tak je to dobrý předpoklad, abyste co nejdéle kojila Vaše dítě.

Vliv kojení na snížení výskytu některých chorob u dítěte

- Vliv na snížení výskytu ušních infekcí
- Vliv na snížení výskytu zápalu plic
- Vliv na snížení rizika vzniku cukrovky
- Nižší výskyt obezity
- Nižší výskyt anémie (chudokrevnosti)

Ve výzkumném šetření se matky domnívaly, že kojení nemá vliv na snížení výskytu všech výše uvedených chorob. Vliv na výskyt uvedených chorob byl jednoznačně prokázán.

Kojení nedonošeného dítěte

• Ano, v mém výzkumném šetření bylo 7,7% dětí, které byly předčasně narozené před 32. týdnem těhotenství a tyto děti byly nakonec úspěšně kojeny.

Zjištěné konkrétné problémy s kojením

Zjistila jsem tyto problémy s kojením:

- Poranění bradavek
- Nedostatek mléka
- Překážky a omezení v souvislosti s onemocněním dítěte
- Infekce prsní žlázy
- Vážné onemocnění matky
- Dítě obtížně přisávající se k prsu
- Vpáčené bradavky

Prevence poranění bradavek

- Správnou technikou kojení

Poranění bradavek je udáván jako nejčastější problém s kojením.

Zásady správné techniky kojení

Technika kojení

- Správné držení prsu
- Správná vzájemná poloha matky a dítěte
- Správná technika přisátí
- Správná technika sání
- Nedodržování správné techniky kojení přináší problémy s bradavkami jako jsou bolestivé a popraskané bradavky

Správné držení prsu

- Prs je podpírán zespodu všemi Vašimi prsty mimo palce a palec máte vysoko položen nad dvorcem.
- Prsty se nesmí dotýkat dvorce a dítě při přiložení k prsu musí uchopit co největší část dvorce.



Obr.2 Zdroj: Laktační liga

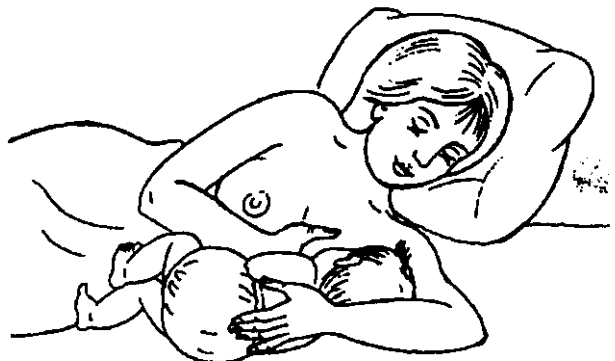
1.4.2 Správná vzájemná poloha matky a dítěte

- Dítě leží v jedné linii s břichem a kolena směřující k Vám!
- Ústa dítěte musí být široce otevřena, co nejvíce dvorce je v ústech.
- Dítě při přisávání nesmí křičet!
- Kojení Vás nesmí bolet!

Nejčastější vhodné polohy ke kojení jsou:

- Poloha vleže
- Poloha fotbalové-boční držení
- Poloha vsedě
- Poloha tanečnicka
- Kojení vleže na zádech
- Kojení v polosedě s podloženýma nohama
- Vzpřímená-vertikální poloha

Poloha vleže ↓



↓ Obr.3 Zdroj: Laktační liga

Poloha fotbalové-boční držení:

Obr.4 Zdroj: Laktační liga



Obr.5 Zdroj: Laktační liga

Poloha vsedě:



Obr.6 Zdroj: Laktační liga

Poloha tanečnicka:



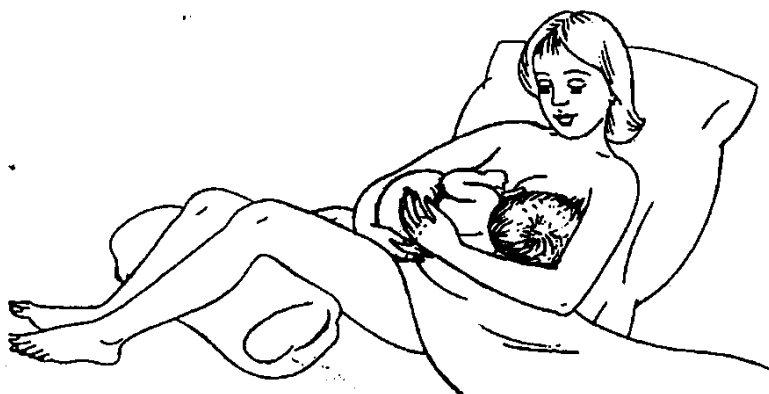
Obr.7 Zdroj: Laktační liga

Kojení vleže na zádech:



Obr.8 Zdroj: Laktační liga

Kojení v polosedě s podloženýma nohama:



Obr.9 Zdroj: Laktační liga

Vzpřímená, vertikální poloha:



Obr.10 Zdroj: Laktační liga

Kojení dvojčat: je možno kojit obě děti současně. Každé dítě by mělo mít svůj prs.



Obr.11 Zdroj: Laktační liga

Kojení trojčat: probíhá v *boční fotbalové poloze* a třetí dítě leží v klíně matky a je kojeno samostatně.



Správná technika přisátí

- Bradavka vždy v úrovni úst dítěte
- Dítě má široce otevřená ústa
- Dítě musí uchopit co největší část dvorce
- Všechny prsty mimo palce byste měla mít pod prsem.

Správná technika sání

- Jazyk přesahuje dolní ret a je pod mléčnou žlázou.

Řešení poranění bradavek

- Noste sběrač mateřského mléka (vzdušnost a ochrana bradavek)
- Na bradavku můžete v tenké vrstvě nanést Bepanthen mast

- Doporučuji Vám kontaktovat laktačního poradce k odstranění špatné techniky kojení

Řešení nedostatku mateřského mléka

- Zvyšte frekvenci kojení
- Neomezujte kojení v délce ani frekvenci

Řešení obtížně přisávajícího se dítěte

- Nedotýkejte se dvorce ani bradavky při podání prsu dítěti
- Dítě musí být přiloženo k prsu, ne prs k dítěti
- Zkontrolujte, zda při přisátí má dítě ústa otevřená dokořán
- V případě neúspěchu výše uvedených opatření doporučuji Vám kontaktovat laktačního poradce!

Vhodný první nemléčný příkrm

- Jednoduché zeleninové pyré (nejčastěji mrkev)
- Možno začít obilnou kaší na noc na doporučení dětského lékaře
- Masozeleninový příkrm a ovocné pyré nejsou vhodné jako první nemléčný příkrm
- Respektujte doporučení lékaře

Ve výzkumném šetření matky udávaly potíže s výběrem vhodných potravin pro dítě.

Vhodné potraviny pro dítě 12 měsíců věku

- Mateřské mléko, obilná kaše, zeleninová polévka, jogurt, ovocné pyré, masozeleninový příkrm, vařené těstoviny, celozrnné pečivo bez zrn.

Potraviny nevhodné pro dítě 12 měsíců věku

- Med, cukr, tvaroh a tvarohové krémy, oříšky, uzeniny, párky a sůl.
- Dětské párky nejsou vhodné pro děti do věku tří

*Doporučený věk zavedení u dítěte **plnotučného upravené pasterizované kravské mléka***

- Od 12 měsíců věku

Výživa Vašeho dítěte od jednoho roku do tří let

Děti ve věku od jednoho roku do tří let jsou nazývány batolaty. Jídelníček batolat se již více přibližuje rodinné stravě, kterou mohou konzumovat i další členové rodiny.

Průběh stolování v rodině

- Společné stolování by mělo probíhat v klidu
- Neměla by být sledována při stolování televize (Sledování televize byl nejčastější problém ve výzkumném šetření v průběhu stolování!)

Doporučuji Vám tento přehled jako pomůcku pro vhodnou volbu potravin pro batolata:

V mém výzkumném šetření si matky byly nejisté s volbou některých potravin.

- Zelenina**– mrkev, brambory, brokolice, květák, kapusta, růžičková kapusta, špenát.

- Ovoce**–jablko, banán, hruška, meruňka.

Nevhodné je jakékoliv ovoce obsahující zrníčka např. rybíz, maliny.

- Obiloviny** – kukuřice, pšenice, pohanka. *Zcela nevhodné jsou celozrnné pokrmy s kousky zrn pro nebezpečí vdechnutí u dítěte!*

- Luštěniny**–zelený hrášek. *Za nevhodné luštěniny je možno považovat sóju, boby, bílé fazole, arašíd.*

- Maso má být měkké a libové drůbeží, králičí, rybí bez kostí, hovězí, jehněčí.** *Nedoporučují se pro dítě uzeniny pro vysoký obsah nevhodných tuků a soli. Pro Vaše dítě není vhodné vegetariánství, protože maso je důležitým zdrojem železa a vitamínu B12 nezbytných pro krevtvorbu. V případě vegetariánství by mohlo být vaše dítě anemické (chudokrevné).*

Zdravotní rizika rychlého občerstvení

- Vysoký krevní tlak
- Obezita
- Vysoká hladina cholesterolu

Doporučuji Vám nekonzumovat rychlé občerstvení, hamburgery, pizzy, párky s kečupem a hranolky!

Nevhodné potraviny v jídelníčku rodin batolat

- Smažené pokrmy
- Sladkosti
- Instantní polévky a jídla

Jste vzorem pro stravování svého dítěte!

Riziko příjmu sladkých nápojů

- Přispívají k rozvoji zubního kazu
- Mohou být příčinou chronického průjmu
- Snižují příjem vápníku
- Mohou způsobit neprospívání

Vhodné nápoje pro batolata

- Čistá voda hygienicky nezávadná
- Neslazený ovocný čaj
- Neslazený bylinkový čaj určený pro děti
- Nedoporučuji Vám čaje granulované pro vysoký obsah cukrů

Nevhodné nápoje pro batolata

- Limonáda
- Perlivá voda
- Černý čaj
- Neředěné ovocné šťávy (Doporučuji Vám ředit minimálně v poměru 1:1 pro vysoký obsah cukrů)

Stravovací návyky se vytvářejí již v prvních letech života. Zdraví Vašeho dítěte můžete ovlivnit tím, že budete dítěti připravovat výživu adekvátní jeho věku a zdravotního stavu. Respektujte doporučení Vašeho dětského lékaře!

Milí rodiče, přeji Vám a Vašemu děťátku hodně radosti, štěstí a životní pohody!



Obr.12 Zdroj:vlastní (neteř autorky)

Použité zdroje:

1. <http://www.kojeni.cz/texty.php?id=0>

2. <http://www.dvojcata.cz/rubrika.php?ISection=4>

4. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. jun. *Dítě 3x333 otázek pro dětského lékaře.*

1. vyd. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 80-7254-929-4.

Zaslané materiály z Laktační ligy – nabídka poradenství a konzultací pro kojící ženy

<http://www.kojeni.cz>

Tel: +420 261 082 424

Vídeňská 800

142 00 Praha-Krč

E-mail: laktacniliga@seznam.cz

Příloha 7 - Edukační standard výživy novorozenců, kojenců a batolat pro rodiče

Název standardu: Vypracování standardu výživy dětí do tří let

Charakteristika standardu: Rámcový procesuální standard

Edukační cíl: Rodiče znají zásady správné výživy svého dítěte dané věkové kategorie

Skupina péče: Rodiče dětí do tří let věku

Datum použití: 01.08.2010

Datum kontroly: Při každé návštěvě ordinace praktického lékaře pro děti a dorost
(dále PLDD)

Kontrolu vykonal: PLDD

Podpis zodpovědného pracovníka: prof.MUDr.Miloš Velemínský, CSc.,Dr.h.c.

Standard vytvořila: Bc. Jana Kilbergerová

KRITÉRIA STRUKTURY:

S1 Pracovníci: Nelékařský zdravotnický pracovník - všeobecná sestra / dětská sestra, PLDD

S2 Prostředí: Ordinace PLDD

S3 Pomůcky: Plakát, brožura, letáky o výživě dítěte, případně odsávačka mateřského mléka a kloboučky ke kojení

S4 Dokumentace: Ošetřovatelská a zdravotnická dokumentace, plán edukace

KRITÉRIA PROCESU:

- P1** Sestra má znalosti v oblasti výživy novorozenců, kojenců a batolat.
- P2** Sestra termín edukačního procesu naplňuje po dohodě s matkou dítěte.
- P4** Sestra pozdraví rodiče a představí se.
- P5** Sestra seznámí rodiče, zejména matku o významu správné výživy dítěte.
- P6** Sestra seznámí rodiče s obsahem edukačního procesu a společně stanoví cíle.
- P7** Sestra používá edukační metody jako je rozhovor, vysvětlování. Sestra při edukaci motivuje. Podle individuálních potřeb rodičů edukace zahrnuje informace o: o kojení, o přípravě umělé kojenecké výživy, podávání příkrmů u kojenců, o zásadách správné výživy batolat.
- P8** Sestra zjišťuje zpětnou vazbu od rodičů.
- P9** Sestra rodičům, zejména matce doporučí publikace určené pro rodiče o výživě dítěte.
- P10** Sestra provede zápis do ošetrovatelské dokumentace o edukaci.

KRITÉRIA VÝSLEDKU:

- V1** Rodiče jsou seznámeni se základy správné výživy novorozence, kojence a batolete.
- V2** Sestra naplňuje termín edukačního procesu společně s rodiči.
- V3** Rodiče jsou seznámeni s důvody a významem edukačního procesu.
- V4** Rodiče mají zájem o edukační proces v oblasti výživy dítěte.
- V5** Rodiče znají zásady správné výživy u svého dítěte.
- V6** Rodiče dovedou připravit správnou výživu pro své dítě.
- V7** Rodiče se dotazují na nejasnosti ve výživě svého dítěte.
- V8** Rodiče znají zdroje informací o správné výživě dítěte určené pro rodiče.
- V9** V ošetrovatelské dokumentaci je proveden záznam o edukačním procesu.

AUDIT

Vyhodnocení splnění edukačního standardu

Oddělení: Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD)

Auditoři: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.,

prof. PhDr. Valerie Tóthová, Ph.D., RN

Datum: 01.08.2010

Tabulka1

S T R U K T U R A	KÓD	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
	S1	Splňuje sestra předpoklady úspěšné edukátorky?	Otázka pro PLDD		
	S2	Kde probíhá edukační proces?	Kontrola prostředí		
	S3	Má sestra edukační plán?	Kontrola dokumentace		
	S4	Zaznamenává sestra edukační proces do ošetrovatelské dokumentace?	Kontrola dokumentace		

P R O C E S	KÓD	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
	P1	Pozdravila sestra a představila se?	Pozorování		
	P2	Seznámila sestra rodiče s průběhem edukace?	Pozorování		
	P3	Stanovila sestra cíle edukace společně s rodiči?	Otázka pro rodiče		
	P4	Odpovídala sestra srozumitelně na dotazy rodičů?	Otázka pro rodiče		
	P5	Nepoužívala sestra příliš mnoho odborné terminologie?	Otázka pro rodiče		
	P6	Zjišťovala sestra zpětnou vazbu od rodičů?	Pozorování		

	P7	Doporučila sestra vhodnou literaturu a jiné informační zdroje pro rodiče?	Pozorování		
	P8	Zaznamenala sestra edukaci do ošetrovatelské dokumentace?	Kontrola dokumentace		

	KÓD	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	ANO	NE
V Ý S L D E K	V1	Znají rodiče správné potraviny pro daný věk svého dítěte?	Otázka pro sestru		
	V2	Znají rodiče správný postup přípravy stravy pro své dítě?	Otázka pro sestru		
	V3	Znají rodiče informační zdroje o výživě dítěte?	Otázka pro sestru		
	V4	Je v dokumentaci zaznamenán údaj týkající se výživy dítěte i případného neprospívání?	Kontrola dokumentace		
	V5	Považují rodiče edukaci za přínosnou?	Otázka pro rodiče		

Příloha 8 - Standard výživy dětí do tří let věku pro sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Šablona standardu SOP:

Standardní ošetřovatelský postup: Kojení – přiložení dítěte k prsu

Frekvence kontroly: Podle potřeby

Název útvaru a číslo střediska, kde byl SOP vypracován:

Připomínkové řízení do: 30.07.2010

Průběh schvalování standardního ošetřovatelského postupu: Komise podle metodického pokynu

Odborný garant: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., Dr.h.c.

Schválil: XY *Datum:* 30.07.2010

Ověřil: XX *Datum:* 30.07.2010

Kontaktní osoba: Bc.Jitka Troupová

Nabývá účinnosti dne: 01.08.2010

Držitel dokumentu: XX/II

Definice SOP: „Kojení je nejpřirozenější způsob výživy dítěte. Výlučné kojení dítěte v prvních šesti měsících života je nejlepším způsobem jeho výživy (1, s. 11)“.

„Poté i nadále kojení spolu s odpovídající doplňkovou výživou přispívá k růstu, vývoji a zdraví dítěte (2, s. 5)“ . Mělo by být pokračováno v kojení do dvou let věku dítěte i déle (podle Gregory a Mydlilové na základě doporučení WHO).

Vymezení vybraných pojmů: Časné zahájení kojení - přiložení k prsu do dvou hodin po porodu, nejlépe do třiceti minut. Výlučné kojení - dítě je pouze kojeno, nedostává nic jiného do nástupu laktace matky. Pokračování kojení – kojení v kombinaci s vhodným příkrmem do dvou let věku dítěte i déle (podle Mydlilové).

Cíl: Pomoci matkám kojit své dítě do věku dvou let a déle

Kompetentní osoby: Lékař, všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka.

Pomůcky: Všechny pomůcky jen podle potřeby: Kojící polštář, suplementor, chrániče prsních bradavek, ochranné kloboučky na bradavky, odsávačka pro případ odstříkávání mateřského mléka.

Ošetřovatelský postup:

- a) *Povinnosti před výkonem:* příprava na kojení by měla proběhnout již v prenatální poradně, aby matka znala význam kojení pro ni a pro své dítě.
- Zkontrolujte, zda matka nemá ploché či vpáčené bradavky
 - Motivujte matku ke kojení svého dítěte
 - Informujte matku o správné technice kojení
- b) *Povinnosti při vlastním výkonu:*
- Přiložte dítě k prsu po narození na porodním sále nejlépe do 30 minut (pokud to dovoluje zdravotní stav matky a dítěte)
 - Dbejte na pohodlnou polohu matky (případně použijte polštář k pohodlné poloze)
 - Edukujte matku o správném uchopení prsu (prs do dlaně, palec nad dvorec a ostatní prsty pod ním)
 - Vzbudte u dítěte hledací reflex (doporučte matce dotknout se bradavkou spodního rtu nebo tváře dítěte)
 - Když dítě otevře ústa jako při zívání, matka by dítě měla přitisknout k sobě a vsunout mu do úst bradavku spolu s co největší částí dvorce
 - Doporučte matce, aby dítě držela tak, aby se jeho břicho dotýkalo po celé délce těla matky
 - Edukujte matku tak, aby věděla, že má rukou podepírat ramínka (ne hlavičku, ta spořívá v mírném záklonu v ohbí lokte)
 - Zkontrolujte správně přiložené dítě (prs se dotýká u dítěte brady, tváří i nosu současně)
 - Edukujte matku tak, aby neodtahovala prsty tkáň prsu od nosu dítěte z obavy, že nemůže dýchat
 - Informujte matku o tom, že při kojení nemá cítit bolest
 - Upravte v případě potřeby vzájemnou polohu matky a dítěte tak, aby sání nebylo nepříjemné
 - Neomezujte frekvenci a délku kojení

- Předcházejte bolestivému nalití prsou mezi 3. – 5.dnem po porodu častým a správným přikládáním dítěte
- Edukujte matku, aby kojenému dítěti nikdy nedávala pít z láhve a vyvarovala se používání dudlíků
- Používejte v případě nutného dokrmu u kojených dětí alternativní podání mateřského mléka (kádinkou, stříkačkou, kapátkem, po prstě)
- Doporučte matce, aby její strava odpovídala zásadám zdravé výživy
- Edukujte matku, že známkou dostatečného přísunu mateřského mléka u dítěte je 6 – 8 pomočených plen za 24 hodin
- Informujte matku, že kojené dítě dosahuje porodní váhy zpravidla až ve třech týdnech života
- Uchovávejte odstříkané mateřské mléko v chladničce ve vyvařené kojenecké láhvi maximálně 24 hodin
- Kontrolujte, zda v mrazícím boxu je mateřské mléko uchováno nejdéle tři měsíce
- Ohřívejte mateřské mléko pouze ve vodní lázni (nikdy v mikrovlnné troubě)
- Rozmrazené mateřské mléko nikdy znovu nemrazte
- Umožněte kojení novorozenců i předčasně narozených po domluvě s neonatologem
- Zajištěte podání kolostra i u novorozenců s nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností (vhodné pomocí sterilní štětičky) se souhlasem neonatologa
- Podporujte matky v odstříkávání mateřského mléka u nedonošených dětí, které zatím nelze kojit (po 2 – 3 hodinách přes den, dvakrát v noci)
- Zajištěte dodržování deset kroků k úspěšnému kojení

c) Povinnosti po výkonu:

- Poučte matky o nutnosti odříhnutí dítěte po kojení
- Zvažte dítě před a po kojení, pokud potřebujete zjistit dávku vypitého mléka
- Zkontrolujte minimálně jednou denně techniku kojení u každé matky v porodnici

d) Provedení záznamu do dokumentace:

- Zaznamenejte první přiložení k prsu u novorozence, na oddělení neonatologie a šestinedělí proveďte jednou denně kontrolu techniky kojení a vzniklé případné problémy s kojením. Problém s kojením, který se Vám nedaří vyřešit konzultujte s lékařem! Za každým záznamem v dokumentaci je nutný podpis sestry, která záznam provedla.

Komplikace:

Nejčastější problémy při kojení zjištěné ve výzkumném šetření a jejich řešení:

Bolestivé nalití prsů

- Objevuje se mezi 2. – 4. dnem po porodu
- Oba prsy jsou oteklé, horké a bolestivé (3).

Ošetrovatelské intervence:

- Aplikujte studené obklady na 20 minut mezi kojením, teplé obklady 20 minut před kojením
- Naučte matku provádět masáže prsů před kojením
- Doporučte matce před kojením odstříkání pár kapek mateřského mléka ke změkčení dvorce
- Informujte matku o vhodnosti kojení v častějších intervalech než kojila
- Doporučte matce měnit polohy při kojení

Hodnocení:

Matka cítí subjektivně úlevu a snížení intenzity bolesti prsů po doporučených ošetrovatelských intervencích (obklady, masáže prsů, odstříkávání mateřského mléka, častější kojení a změny polohy při kojení).

Bolestivé a popraskané bradavky – ragády

Jsou výsledkem nesprávné techniky kojení, chybného přiložení nebo nesprávného sání (3).

Ošetřovatelské intervence:

- Opravte chybnou techniku kojení (ihned)
- Upravte polohu dítěte při kojení, aby ragáda byla v koutku úst
- Doporučte matce měnit polohy při kojení
- Stimulujte uvolnění mléka před kojením přiložením teplého obkladu na 20 minut
- Doporučte matce, aby na začátku kojení kojila z méně bolestivého prsu
- Naučte matku na konci kojení zasunout malíček za vnitřní koutek dítěte, aby se samo pustilo prsu
- Doporučte matce ponechat na bradavce po každém kojení zaschnout pár kapek mléka
- Doporučte matce ponechat bradavky co nejčastěji volně na vzduchu, použít chrániče bradavek, aplikovat v tenké vrstvě na bradavky Bepanthen mast

Hodnocení:

Ragády jsou zhojeny do jednoho týdne. Matka zná a dodržuje správnou techniku kojení.

Ucpaný mlékovod

Je to bolestivé zduření jednoho prsu se zarudnutím a zvýšenou teplotou (3).

Ošetřovatelské intervence:

- Upravte techniku kojení

- Doporučte matce zvolit takovou polohu, aby brada dítěte směřovala k postiženému místu
- Přikládejte studené obklady na 20 minut mezi kojením a teplé obklady 20 minut před kojením
- Naučte matku masáž prsu
- Podávejte analgetika matce podle ordinace lékaře

Hodnocení:

Matka pocítuje úlevu po teplých a studených obkladech, a po masáži prsu do druhého dne.

Mastitida

Je to zánět prsní žlázy. Vyskytuje se nejčastěji kolem třetího týdne po porodu. Prs je horký, bolestivý, matka má horečku a je celkově schvácená. Nejčastěji je postižen jeden prs a to v dolní a boční části (3).

Ošetřovatelské intervence:

- Zajištěte matce klid a možnost odpočinku
- Aplikujte matce studené obklady podle ordinace lékaře
- Doporučte matce častější kojení i z postiženého prsu
- Informujte matku o nutnosti dostatečného příjmu tekutin, nejlépe 3 litry/den
- Doporučte matce před kojením uvolnit dvorec odstříkáním pár kapek mateřského mléka
- Informujte matku, že je vhodné kojit nejprve ze zdravého prsu
- Pomozte matce bradu dítěte nasměřovat k postiženému místu
- Doporučte matce po kojení odstříkávat postižený prs
- Odstraňte chyby v technice kojení
- Aplikujte antibiotika a ostatní léky matce podle ordinace lékaře

Hodnocení:

Matka dodržuje léčebný režim a pokračuje v kojení. Je edukována o správné technice kojení, aby na bradavkách nevznikaly ragády, které jsou příčinou mastitidy.

Infekce plísněmi

Příznaky jsou neustupující pálení, svědění dvorce nebo bradavky, později prudká bodavá bolest. Kůže je lesklá, napjatá a olupuje se (3).

Ošetrovatelské intervence:

- Doporučte matce pečlivé mytí rukou (prevence přenosu infekce)
- Naučte matku si aplikovat antimykotické masti podle ordinace lékaře
- Doporučte matce používat chrániče bradavek
- Informujte matku o nutnosti udržovat prsa v suchu

Hodnocení:

Matka na základě doporučených opatření (hygiena rukou, udržování bradavek v suchu, aplikace antimykotické masti) pociťuje vymizení subjektivních potíží

Přidatná žláza

Je to bolestivé zduření, které je lokalizované nejčastěji v podpaží (3).

Ošetrovatelské intervence:

- Aplikujte studené obklady podle ordinace lékaře
- Doporučte matce neodstříkávat mateřské mléko z přidatné žlázy

Hodnocení:

Matka pociťuje úlevu a snížení tvorby kolostra (mateřského mléka) z přidatné žlázy.

Nedostatek mléka

Tvorba mléka je otázkou nabídky a poptávky. Čím častěji je dítě k prsu přikládáno, tím více mléka se vytvoří. Nedostatečně kojené dítě nedosáhne do 3 týdnů porodní hmotnosti. Dostatečně kojené dítě má 6 – 8 pomočených plen za den a 3 – 6 stolic do 6. týdne života. Nedostatečně kojené dítě také zaostává v percentilových růstových grafech (3).

Ošetřovatelské intervence:

- Zkontrolujte techniku kojení
- Doporučte matce kojít minimálně 10 krát za den a aspoň jednou v noci
- Doporučte matce dítě přikládat k oběma prsům při každém kojení
- Informujte matku o riziku používání láhve a dudlíku pro kojené dítě
- Dokrmujte dítě jen alternativními způsoby podání mateřského mléka v případě, že je nutný dokrm
- Doporučte matce odstříkávat 8 – 10 krát za den v délce 10 – 15 minut u každého odstříkávání mateřského mléka

Hodnocení:

Matka zvýšila tvorbu mléka pravidelným přikládáním k prsu a odstříkáváním mateřského mléka více než 10 krát za den.

Slabý vypuzovací reflex

Příčinou slabého vypuzovacího reflexu je stres, používání dudlíků, časově omezené kojení, používání láhve. Mléko se nespouští, tak dítě mateřské mléko nemůže získat (3).

Ošetřovatelské intervence:

- Doporučte matce aplikaci teplého obkladu na prsa 20 minut před kojením

- Edukujte matku o provádění masáží prsů kroužením a tlakem
- Informujte matku o riziku podávání dudlíku kojeným dětem

Hodnocení:

Matka provádí masáž prsů a aplikaci teplých obkladů před kojením a dítěti nepodává dudlík. Matka hodnotí kojení jako bezproblémové.

Silný vypuzovací reflex

Dítě se zalyká a odtahuje od prsu, ublinkává po jídle, mateřské mléko je viditelné v koutcích úst dítěte (3).

Ošetrovatelské intervence:

- Doporučte matce vhodnou polohu ke kojení k zabránění nadměrnému vytékání mateřského mléka (kojit vleže na zádech nebo ve vzpřímené poloze)
- Naučte matku tlakovou masáž přiložením celé plochy ruky na prs
- Doporučte matce přerušit kojení, jakmile mateřské mléko začne téci a dítě nestíhá polykat

Hodnocení:

Matka kojení přerušuje a s kojením pokračuje po 1 – 2 minutách, kdy proud mateřského mléka je zpomalen. Matka kojí dítě ve vzpřímené poloze. Těmito ošetrovatelskými intervencemi silný vypuzovací reflex je zmírněn.

Zvláštní upozornění:

Nikdy nerozmrazujte ani neohřívejte mateřské mléko v mikrovlnné troubě.

Použitá literatura:

1. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 175s. ISBN 978-80-247-2716-5
2. MYDLILOVÁ, A. *Standardní praktické pokyny pro kojení v ČR*. 1.vyd. Národní program zdraví MZ ČR: Projekt podpory zdraví, 2006. 60s. ISBN neuvedeno

3. SCHNEIDROVÁ, D. a kol. *Kojení nejčastější problémy a jejich řešení*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 131s. ISBN 80-247-1308-X

Zpracovatelé:

Bc.Jana Kilbergerová

Kritéria k auditu:

Dodržování deset kroků k úspěšnému kojení, manipulace s odstříkaným mateřským mlékem

Standardní ošetřovatelský postup: Podávání nemléčných příkrmů

Frekvence kontroly: Podle potřeby

Název útvaru a číslo střediska, kde byl SOP vypracován:

Připomínkové řízení do: 30.07.2010

Průběh schvalování standardního ošetřovatelského postupu: Komise podle metodického pokynu

Odborný garant: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., Dr.h.c.

Schválil: XY *Datum:* 30.07.2010

Ověřil: XX *Datum:* 30.07.2010

Kontaktní osoba:

Nabývá účinnosti dne: 01.08.2010

Držitel dokumentu:

Definice SOP: Podávání nemléčného příkrmu je možné nejdříve po ukončeném 4. měsíci života. U plně kojeného dítěte je doporučeno podávání nemléčných příkrmů po ukončeném 6. měsíci života. Jako první nemléčný příkrm bývá doporučeno monokomponentní zeleninové pyré z nedráždivé zeleniny, například dýně, mrkve, hrášku.

Cíl: Zajistit dítěti plnohodnotnou stravu k růstu a vývoji

Kompetentní osoby: Všeobecná sestra, dětská sestra, praktický lékař pro děti a dorost

Pomůcky: Demonstrační pomůcky pro rodiče podle potřeby (nádobí z platu určené pro děti), edukační brožura, plakáty.

Ošetřovatelský postup: Vysvětlení rodičům, jak postupovat v podávání nemléčných příkrmů

a) Povinnosti před výkonem:

- Vysvětlíte rodičům pravidla dodržování hygieny při přípravě pokrmů
- Informujte rodiče, že nemléčné příkrmy nejsou doporučovány k zavedení před 17. týdnem věku dítěte
- Doporučte rodičům vhodnou volbu potravin (jednopruhové zeleninové pyré)

b) Povinnosti při vlastním výkonu:

- Podávejte nemléčný příkrm nejlépe platovou lžičkou s neostrými okraji
- Čekejte než dítě polkne, a pak podejte další sousto
- Doporučte začít s nemléčným příkrmem před poledním kojením nebo podáním mléka
- Doporučte jídlo rozmačkat vidličkou (při mixované stravě dítě často odmítá tužší stravu)
- Informujte rodiče, že začátek podávání nemléčných příkrmů není jednoduchý (zejména kojené děti příkrm odmítají)
- Doporučte trpělivost a nespěchat
- Podání dvou lžiček příkrmu, které dítě opravdu polkne je úspěchem
- Nakojte dítě po podání příkrmů nebo dítě dokrmte umělým mlékem
- Doporučte přidat další druh zeleniny po 3 – 4 dnech (pro rozpoznání případné nesnášenlivosti)
- Doporučte vyzkoušenou zeleninu zkombinovat s masem
- Doporučte koncem druhého nebo třetího týdne od zavádění příkrmů celou polední dávku nahradit nemléčným příkrmem (150 – 200 g masozeleninového příkrmu)
- Doporučte vařené, jemně nakrájené libové maso jednu polévkovou lžící (20 g) na dávku, od 7. měsíce věku dítěte dvě polévkové lžíce (40 g) na dávku

- Informujte matku, že jednou týdně je možno maso nahradit slepičím žloutkem se zeleninovou polévkou (vaječný žloutek musí projít varem)
- Doporučte matce do jednoho roku nepodávat vaječný bílek
- Doporučte matce zavést souběžně s masozeleninovým příkrmem do jídelníčku kojence ovocné pyré a obilné kaše
- Lepek by měl být zaveden do stravy mezi 4. – 6. měsícem věku podle Gregory
- Informujte, že kravské mléko do jednoho roku věku je nevhodné pro vysoký obsah bílkovin (Od 10. měsíce věku je kravské mléko možné jako součást příkrmů, nikoliv k pití)
- Doporučte bílý jogurt v kombinaci s ovocem od 8. – 9 měsíce věku
- Doporučte jídlo nesolit, nepřislažovat a nepoužívat koření
- Doporučte vyhýbat se umělým konzervačním prostředkům, umělým sladidlům, kečupu a hořčici
- Doporučte kolem 9. měsíce věku v závislosti na vývoji mléčného chrupu zařadit do jídelníčku tužší sousta, měkkou vařenou zeleninu a kousky masa k podpoře žvýkání u dítěte
- Doporučte mezi 10. – 12. měsícem věku postupně stravu batolecí mimo kravského mléka a mléčných výrobků (s výjimkou jogurtu, který je vhodný mezi 8. – 9. měsícem věku)
- Respektujte doporučení praktického lékaře pro děti a dorost v případě zavádění nemléčných příkrmů u dítěte s alergickou zátěží

c) Povinnosti po výkonu:

- Doporučte rodičům provést nezbytnou hygienickou péči u dítěte (hygiena rukou a okolí ústní dutiny, přebalení dítěte)

d) Provedení záznamu do dokumentace:

Zaznamenejte do ošetřovatelské dokumentace edukaci rodičů (zejména matky) v oblasti zavádění příkrmů, a zda edukace byla pro rodiče přínosem

Komplikace: Riziko aspirace tekutiny, jídla nebo slin a možnost aspirační pneumonie

Zvláštní upozornění: Prevence aspirace potravy a tekutin (zvýšená poloha dítěte, krmit pomalu, počkat na polknutí sousta)

Použitá literatura:

1. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D. *Jidelníček kojenců a malých dětí*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 175s. ISBN 978-80-247-2716-5
2. SEDLÁŘOVÁ, Petra, et al. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. Praha : Grada Publishing,a.s., 2008. 248 s. ISBN 978-8024-716138.

Zpracovatelé: Bc.Jana Kilbergerová

Kritéria k auditu:

Zná sestra, jak postupovat při zavádění nemléčných příkrmů?

Jsou rodiče správně edukováni o zavádění nemléčných příkrmů?

Je edukace zaznamenána v ošetrovatelské dokumentaci?

Standardní ošetrovatelský postup: Výživa batolat

Frekvence kontroly: Podle potřeby

Název útvaru a číslo střediska, kde byl SOP vypracován:

Připomínkové řízení do: 30.07.2010

Průběh schvalování standardního ošetrovatelského postupu: Komise podle metodického pokynu

Odborný garant: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., Dr.h.c.

Schválil: XY *Datum:* 30.07.2010

Ověřil: XX *Datum:* 30.07.2010

Kontaktní osoba:

Nabývá účinnosti dne: 01.08.2010

Držitel dokumentu:

Definice SOP: Batolata by měla jíst pětkrát denně pestrou stravu. Batolata by měla jíst u stolu, zpočátku s dopomocí dospělého, přibližně od dvou let samostatně pod kontrolou dospělých. Batole by mělo stolovat s ostatními členy rodiny.

Cíl: Zajistit zdravou a pestrou stravu dítěti

Kompetentní osoby: Všeobecná sestra, dětská sestra, praktický lékař pro děti a dorost

Pomůcky: Edukační brožura, letáky, plakáty pro rodiče

Ošetřovatelský postup:

a) Povinnosti před výkonem:

- Vysvětlíte rodičům pravidla dodržování hygieny při přípravě pokrmů
- Informujte rodiče o změně ve způsobu výživy v batolecím věku oproti kojeneckému věku
- Doporučte nadále kojit do dvou let věku dítěte a déle

b) Povinnosti při vlastním výkonu:

- Informujte rodiče, že dítě jí postupně stejnou stravu jako celá rodina (pokud se rodina zdravě stravuje)
- Sdělte rodičům, že jsou vzorem pro dítě, zejména v oblasti stravování
- Doporučte jídla lehce stravitelná, nekořeněná, jen lehce solená
- Informujte rodiče, že je vhodné, aby se dítě postupně naučilo jíst lžící a příborem
- Doporučte rodičům pro dítě 500 ml plnotučného mléka denně a plnotučné mléčné výrobky do dvou let věku dítěte (nezbytné pro vývoj dítěte)
- Doporučte zeleninu a obiloviny jako základ jídel
- Doporučte pro dítě živočišné bílkoviny jako je libové maso, drůbež, mléko, mléčné výrobky a vejce (cholesterol nesmí být omezen do dvou let věku dítěte)
- Doporučte jako nejlepší nápoj pro dítě pramenitou vodu
- Informujte rodiče o rizikových potravinách, které dítě může vdechnout (oříšky, popcorn, kandované ovoce, kousky syrové zeleniny)
- Informujte rodiče, že dítě y nikdy nemělo jíst samo, bez dozoru dospělé osoby

c) Povinnosti po výkonu:

- Doporučte rodičům provést nezbytnou hygienickou péči u dítěte (hygiena rukou a okolí ústní dutiny, přebalení dítěte)

e) *Provedení záznamu do dokumentace:*

Zaznamenejte do ošetřovatelské dokumentace edukaci rodičů (zejména matky) v oblasti zavádění příkrmů, a zda edukace byla pro rodiče přínosem

Komplikace: Riziko aspirace tekutiny, jídla nebo slin a možnost aspirační pneumonie

Zvláštní upozornění: Prevence aspirace potravy a tekutin (zvýšená poloha dítěte, krmit pomalu, počkat na polknutí sousta). Nikdy nesmí jíst batole bez dozoru dospělé osoby!

Použitá literatura:

3. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D. *Jidelniček kojenců a malých dětí*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 175s. ISBN 978-80-247-2716-5
4. SEDLÁŘOVÁ, Petra, et al. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. Praha : Grada Publishing,a.s., 2008. 248 s. ISBN 978-8024-716138.

Zpracovatelé: Bc.Jana Kilbergerová

Kritéria k auditu:

Poskytla sestra rodičům praktické informace o batolecí stravě?

Jak rodiče hodnotí edukaci?

Je edukace zaznamenána v ošetřovatelské dokumentaci?

Příloha 9 - EDUKAČNÍ PROCES VÝŽIVY DĚTÍ OD
NAROZENÍ DO TŘÍ LET VĚKU
PRO SESTRY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO
DĚTI A DOROST



Obr.1 Zdroj: Vlastní (Neteř autorky)

Milé kolegyně,

tato příručka vznikla pro Vás na základě výzkumného šetření v oblasti výživy dětí do tří let věku. Ráda bych Vás seznámila s těmito výsledky u všech sester v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost v Jihočeském kraji. Dále s výsledky výzkumného šetření maminek dětí do věku tří let ve všech 123 ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost Jihočeského kraje.

Výsledky výzkumného šetření z března 2010 :

- 80% matek nemá problémy s kojením
- Informovaná matka nemá problémy s kojením
- 27% (nejčastější problém) poraněné bradavky podle sdělení matek
- 81% sester poskytuje informace aktivně všem matkám s kojením po porodu
- Více se zaměřit na komunikaci s matkami
- 95% sester doporučuje výlučné kojení do 6 měsíců věku dítěte
- Souvislost v edukaci mezi věkem sester, vzděláním a praxí se neprokázala
- 81% matek uvádí kojení má význam pro prevenci alergií
- 47% sester uvedlo, že matkám je sděleno, že kojení snižuje riziko alergií
- 90% matek uvádí první nemléčný příkrm jednodruhové zeleninové pyré
- 81% sester doporučuje první nemléčný příkrm jednodruhové zeleninové pyré
- 71% matek batolat nemá potíže se sestavením zdravého jídelníčku pro dítě
- 3,5% sester správně uvedlo omezení tuku a cholesterolu nemá být do dvou let věku dítěte

Edukační proces:

1.1 První fáze: Počáteční pedagogická diagnostika

V Ošetřovatelském procesu je to zhodnocení zdravotního stavu klienta

Pro sběr informací využívejte rozhovor, systematické pozorování, pečlivě odebírejte osobní, rodinnou a sociální anamnézu, která Vám pomůže stanovit cíle edukace. Všimněte si problémů, které by mohly souviset s výživou dítěte.

Zaměřte se na:

- Problémy v souvislosti s kojením (20% matek)
- Nejasnosti v podávání nemléčných příkrmů (19% sester nedoporučuje jednodruhové zeleninové pyré, které by mělo být jako první nemléčný příkrm, případně obilná kaše podle doporučení PLDD).
- Na správný jídelníček batolat (29% matek má problémy s vytvořením zdravého jídelníčku)

Doporučuji Vám zjistit znalosti rodičů, zejména matky o správné výživě jejího dítěte daného věku (novorozenec, kojeneček, batole) a stravování rodiny u batolat.

1.2. Druhá fáze: Projektování

V ošetrovatelském procesu je touto fází diagnostika, plánování.

Doporučuji Vám stanovit oblast výživy, ve které jste zjistily, že rodiče, zejména matka potřebuje doplnit znalosti.

Stanovte Ošetrovatelskou diagnózu podle TAXONOMIE NANDA II. Příkladem může být:

00126 Deficit vědomostí v souvislosti s výživou novorozence, kojence, batolete

00107 Neefektivní krmení kojence

00002 Nedostatečná výživa

00084 Hledání zdravého životního stylu rodiny Doporučuji Vám naplánovat cíle edukace:

To znamená, čeho chcete dosáhnout. Příkladem může být, že matka umí připravit první nemléčný příkrm, matka umí sestavit jídelníček batolete. Nabídněte rodičům brožury, letáky. Edukaci můžete provádět vysvětlováním, rozhovorem, případně přednáškou. Měla byste si stanovit čas, který můžete rodičům věnovat v rámci edukace.

1.3 Třetí fáze: Realizace

V ošetrovatelském procesu tato fáze odpovídá také realizaci.

Poskytněte rodičům praktické informace v oblasti výživy jejich dítěte

Informujte rodiče o významu kojení, technice kojení, o podávání nemléčných příkrmů, o zdravém stravování batolat.

Povzbuzujte rodiče ke kladení dotazů

Motivujte rodiče

Ověřte si, zda novou informaci rodiče správně pochopili

Fáze realizace je podrobně zpracována ve standardu Výživy dětí do tří let pro sestry autorky Bc.Jany Kilbergerové.

1.4 Čtvrtá fáze: Upevňování a prohlubování učiva

V ošetřovatelském procesu je to realizace ošetřovatelského plánu.

Opakujte, procvičujte nově získané vědomosti

Byla nová informace správně pochopena. Příkladem může být, že matka si upevňuje vědomosti v oblasti techniky kojení, podávání nemléčných příkrmů, přípravy jídelníčku batolete.

1.5 Pátá fáze: Zpětná vazba

V ošetřovatelském procesu tato fáze je hodnocení.

V této fázi hodnotíte Vy i rodiče výsledek edukačního procesu.

Byla edukace přínosem?

Jaký byl názor rodičů?

Proveďte záznam do ošetřovatelské dokumentace o průběhu a výsledku edukace.

Položte si otázku: Co se povedlo a co se nepovedlo?

To zefektivní Vaši příští edukaci.

Použité zkratky:

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost