

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Marie Schinkeová

III. ročník – prezenční studium

Obor: Specializace v pedagogice: Přírodopis se zaměřením na vzdělávání a
Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Kojení a faktory ovlivňující jeho délku

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Olomouc 2011

**Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila
jsem jen uvedenou literaturu.**

V Lysicích dne 8. 4. 2011

.....
Marie Schinkeová

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce a poskytování rad k práci.

OBSAH

1. ÚVOD	5
2. CÍL PRÁCE	6
3. TEORETICKÉ POZNATKY	7
1.1 Charakteristika novorozence a kojence	7
3.1. Kojení jako přirozená výživa dětí	8
3.1.1. Složení mateřského mléka	8
3.1.2. Fyziologie a anatomie mléčné žlázy	12
3.1.3. Výhody kojení	14
3.1.4. „Deset kroků k úspěšnému kojení“	15
3.1.5. Technika kojení	16
3.1.6. Problémy při kojení	21
3.1.7. Kontraindikace kojení	24
3.1.8. Rizikové chování – alkohol, kofein, nikotin	26
4. METODIKA PRÁCE	27
4.1. Charakteristika souboru	27
4.2. Výzkumná metoda	27
4.3. Statistické zpracování	28
5. VÝSLEDKY	29
5.1. Demografické údaje	29
5.2. Mateřské mléko jako přirozená výživa	31
5.3. Vybrané faktory působící na délku kojení	39
5.3.1. Bydliště	39
5.3.2. Vzdělání	39
5.3.3. Podávání nemléčných příkrmů	40
5.3.4. Užívání farmaceutických preparátů	40
5.3.5. Získávání prvotních informací	41
6. ZÁVĚR	42
7. SOUHRN	44
8. POUŽITÉ ZDROJE	45
9. PŘÍLOHY	47

1. ÚVOD

Kojení je jednou z prvních biologických, ale i psychologických interakcí mezi matkou a novorozencem na tomto světě. Přestože je výživa mateřským mlékem pro člověka jako savčí druh přirozená, nebylo tomu tak vždy. V dřívějších dobách civilizované společnosti byly různé éry, kdy výživu narozených dětí obstarávaly tzv. „kojné“. Ženy, které za plat poskytovaly své mateřské mléko až několika dětem najednou. Kojení bylo pokládáno za něco nepatřičného, ponižujícího a negativního pro ženskou krásu. V pozdějších dobách byla naproti tomu pokroková umělá výživa. Do naší moderní společnosti se význam kojení navrátil až v druhé polovině minulého století; díky novým poznatkům o významu mateřského mléka (Matějček, 2005). Bylo provedeno mnoho výzkumů, které prokázaly, že mateřské mléko je ideální výživou pro dítě. Jako přirozená strava plně odpovídá všem výživovým potřebám dítěte (Klimová a kol., 1998).

V dnešní době je možné shlédnout spoustu reklam o propagaci a podpoře kojení; ale i reklam na velké spektrum umělé výživy, která nahrazuje mateřské mléko. Každá matka se může svobodně rozhodnout, jakou výživu pro své dítě zvolí. Jejich rozhodování může být zkomplikované nedostatečnou podporou, sebedůvěrou, informovaností, ale i zdravotními problémy.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do tří částí. V první části jsem si stanovila cíle a úkoly práce. Ve druhé, teoretické části charakterizuji novorozenecké a kojenecké období, předkládám kapitoly o kojení a mateřském mléce – složení mateřského mléka, fyziologie mléčné žlázy, výhody kojení, techniku kojení, kontraindikace a podporu kojení v České republice. Třetí, výzkumná část zahrnuje metodiku výzkumu, charakteristiku vzorku a vlastní vyhodnocování průzkumu, prováděného mezi matkami kojených dětí.

2. CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je vytvořit souhrn nejdůležitějších informací o kojení a vlivech, které mohou kojení ovlivňovat. Tyto informace jsou popsány v teoretické části práce, ve které se opírám o prostudovanou odbornou literaturu a další dostupné prameny na téma kojení.

Dalším cílem práce je zjistit aktuální postoje žen ke kojení a jejich chování během kojení.

DÍLČÍ ÚKOLY

1. Studium odborné literatury a dostupných pramenů na téma kojení.
2. Příprava a realizace výzkumného šetření pomocí dotazníkové metody u cílové skupiny kojících matek.
3. Analýza a interpretace získaných poznatků
4. Ve výzkumné skupině určit:
 - Jak dlouho jsou děti výlučně kojeny a důvod proč jsou odstaveny.
 - Kde matky získávají informace o kojení.
 - Má-li demografická charakteristika matek vliv na délku kojení.
 - Ovlivňuje-li rizikové chování délku a kvalitu kojení.
5. Vytvořit souhrn nejdůležitějších informací o kojení a vlivech působících na kojení.

3. TEORETICKÉ POZNATKY

1.1 Charakteristika novorozence a kojence

NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ

Období od narození do 28. dne po porodu označujeme jako novorozenecké období. Bezprostředně po porodu a podvázání pupečníku začínají u novorozence důležité adaptační procesy na nové prostředí. Dochází k prvnímu nadechnutí a k dýchání, dalšími adaptacemi jsou změny oběhové, trávicí soustavy, aktivace dalších orgánů (mozku, ledvin, endokrinních žláz atd.) Nervová soustava je nedokonalá, ačkoliv celkový počet neuronů v nervovém systému je již definitivní, nejsou dostatečně vyvinutá nervová spojení a nervová vlákna nejsou zcela obalená myelinovými pochvami. Důležitá je také schopnost udržení tělesné teploty, vodní a iontové rovnováhy.

Po porodu se u novorozenců projevují vrozené reflexy – sací, hledací, dýchací, uchopovací, polykací. Právě sací reflex umožňuje okamžité přiložení novorozence k prsu matky (Volf, Volfová, 1996; Novotný, Hruška, 2003).

U rizikových skupin novorozenců je schopnost poporodní adaptace snižena. Do rizikové skupiny patří novorozenci narození před 38. gestačním týdnem, novorozenci s porodní hmotností pod 2500 g, s vrozenými vývojovými vadami a novorozenci, kteří v perinatálním období prodělali infekci nebo hypoxii. Tato rizika se mohou až ze 70 – 80% podílet na kojenecké úmrtnosti.

Kojení má velký vliv na utváření blízkého vztahu mezi matkou a dítětem ihned od porodu (Volf, Volfová, 1996).

KOJENECKÉ OBDOBÍ

Období od konce 28. dne do konce 1 roku je charakteristické rychlým tělesným a duševním vývojem. U kojenců se rozvíjí motorika – učí se přetáčet, sedět, lézt, stát a chodit. Funkčně dozrává nervový systém. Začíná růst dočasný chrup. Kojenec začíná rozumět řeči a učí se vyslovovat slabiky i celá slova.

Kojenci jsou pravidelně kontrolováni v kojeneckých poradnách, je sledován jejich tělesný, motorický, smyslový i citový vývoj. Energeticky náročný vývoj vyžaduje vhodné složení potravy, v prvních 6 měsících ideálně kojení a dále vhodné příkrmy. Na konci kojeneckého období je výška kojence přibližně 75 cm a hmotnost cca 10 kg (Volf, Volfová, 1996; Novotný, Hruška, 2003).

3.1. Kojení jako přirozená výživa dětí

Výživa je jednou ze základních potřeb dítěte. Kojení je přirozený a ničím nenahraditelný způsob výživy (Klimová a kol., 1998). Proto je právo dítěte na výživu mateřským mlékem zakotveno v Úmluvě o právech dítěte, která v ČR vstoupila v platnost v roce 1991, zákon č. 104/1991 sb., článek 24 (www.kojeni.cz). Dále je zahrnuto do Národního programu podpory zdraví a je součástí preventivních opatření programů Zdraví pro všechny v 21. století - CÍL 3: Zdravý start do života (www.kojeni.cz, mzcr.cz).

Světová zdravotnická organizace (WHO) a dětský fond OSN - UNICEF doporučují výlučné kojení po dobu 6. měsíců a v kojení pokračovat s postupně zaváděným příkrmem do 2 roků věku dítěte i déle (Schneidrová, 2005; www.kojeni.cz).

3.1.1. Složení mateřského mléka

Mateřské mléko je výživou všech savců. U každého savčího druhu je složení mateřského mléka odlišné. V této práci je termínem mateřské mléko označováno ženské mateřské mléko.

Mateřské mléko je komplexní tekutina, která ve vyváženém poměru obsahuje všechny důležité živiny pro správný vývoj a růst dítěte. Složení mateřského mléka se individuálně přizpůsobuje dítěti a jeho vývojovému stupni, ale mění se i v průběhu dne nebo podle ročního období (Klimová a kol., 1998; www.kojeni.cz). Složení mateřského mléka může matka ovlivnit zdravou a vyváženou stravou a dostatečným pitným režimem (Březková, Pokorná, Pruša, 2008).

V posledních týdnech těhotenství a v prvních dnech po porodu se v prsech tvoří kolostrum (mlezivo). Kolostrum je charakteristické vysokou hustotou, nažloutlou barvou a menším množstvím (asi jen 10 – 100 ml) za den. Vyšší hustota mleziva je způsobena vysokým obsahem bílkovin. Asi třetinu bílkovin mleziva tvoří obranné látky. Tyto obranné látky jsou velmi důležité na podporu obranyschopnosti novorozence, zejména proto, že probíhá první kontakt mezi vnějším prostředím a trávicí ústrojím, které je nejčastějším vstupem pro infekce (Gregora, Zákostelecká, 2009; Klimová 1998; www.kojeni.cz). Mezi obranné látky

patří hlavně sekreční imunoglobulin A, který pokrývá sliznici trávicího ústrojí dítěte a tím ji chrání před osídlením choroboplodnými bakteriemi. Dalšími ochrannými látkami jsou laktoferin a lysozym, laktoferin spolu s laktózou vytvářejí ve střevě vhodné prostředí pro růst bakteriálního kmene *Lactobacillus*, u dětí živěných umělou výživou se střevní mikroflóra tvoří jinými kmeny bakterií. Enzym lysozym má silné antibakteriální účinky díky schopnosti narušovat bakteriální stěnu. Kolostrum má nižší obsah vody a energie, ale novorozenec nestrádá, protože má vytvořené zásoby ještě z nitroděložního vývoje. Obsah těchto významných ochranných látek rychle klesá, proto je pro dítě klíčové přiložení k prsu do 30 minut, nejpozději však 2 hodiny od porodu (Klimová a kol., 1998; www.mamaaja.cz).

Kolostrum se postupně mění na přechodné mléko, které má stále vyšší obsah bílkovin, od cca 10. dne se přechodné mléko mění na mléko zralé. Zralé mléko je charakteristické řidší konzistencí a bělavou barvou. Zdá se být méně výživné a to je jeden z důvodů proč matky přestávají kojit a přechází na umělou výživu (www.kojeni.cz). Hustota mléka klesá proto, že ubývá bílkovin, ale naopak přibývají tuky a sacharidy a tím stoupá energetická hodnota mateřského mléka. Zralé mléko je dvousložkové – přední mléko je více vodnaté, bílé až namodralé, obsahuje převážně vodu a laktózu. Dítě jím zahání pocit žízně. Naopak zadní mléko je hustší bílé, bohaté hlavně na tuky a bílkoviny a dítě jím uspokojuje pocit hladu (Klimová a kol., 1998; Schneidrová, 2005; www.kojeni.cz). Níže jednotlivé složky mléka popíši podrobněji.

BÍLKOVINY

Zralé lidské mateřské mléko je mléko s nejnižším obsahem bílkovin. Novorozenec na rozdíl od jiných savčích mláďat roste pomaleji, proto mateřské mléko nemusí obsahovat takové množství bílkovin. Pomalejší vývoj novorozence, než jiných savců, je využit ve prospěch postupného dozrávání jednotlivých orgánových soustav (Klimová a kol., 1998; Paulová, 2000).

Hlavními bílkovinami obsaženými v mateřském mléce jsou laktalbumin a kasein. A to v poměru (laktalbumin:kasein) 60 : 40 ve zralém mléce a 90 : 10 v mlezivu. V kravském mléce, které se používá pro výrobu umělých mlék, je obsah kaseinu až o 300% vyšší, proto jsou náhražky mateřského mléka hůře stravitelné a více zatěžují trávicí soustavu dítěte.

Mateřské mléko stále obsahuje obranyschopné bílkoviny, i když v nižší koncentraci než v mlezivu (Klimová a kol., 1998; www.mamaaja.cz).

SACHARIDY

Mateřské mléko obsahuje čtrnáct druhů různých cukru. Sacharidů je ve zralém mléce asi 7 g/100 ml a v mlezivu asi 4 g/100 ml a zajišťují dítěti 40% z celkové potřebné energie. Hlavním sacharidem mateřského mléka je laktóza, která je rozkládána enzymem laktázou. Příznivá střevní mikroflóra společně s laktózou usnadňuje vstřebávání vápníku a fosforu (Klimová a kol., 1998; www.mamaaja.cz).

TUKY

Obsah tuků v mateřském mléce je velmi variabilní, pohybuje se od 2 g/100 ml v mlezivu do 4 – 4,5 g/100 ml ve zralém mléce. Množství tuků se mění, ale i v průběhu dne – více tuků je večer, i v průběhu jednoho kojení – zadní mléko obsahuje více tuků než přední. Energetická hodnota tuků pokrývá až 50% z celkového energetického příjmu dítěte.

Tuky v mateřském mléce jsou tvořeny převážně triacylglyceroly, z 57% jsou to mastné kyseliny nenasycené - kyselina linolová, linolenová a arachidonová tzv. esenciální mastné kyseliny, jsou důležité pro rozvoj centrální nervové soustavy novorozence (Klimová a kol., 1998; www.mamaaja.cz). Trávení tuků je usnadněno mateřskou lipázou - enzym, který rozkládá tuky. Mateřská lipáza je obsažena v mateřském mléce společně s tuky proto, že trávicí mechanismy novorozence nejsou ještě natolik vyvinuté, aby zvládly štěpení tuků samy (Klimová a kol., 1998).

MINERÁLNÍ LÁTKY, STOPOVÉ PRVKY

Jsou látky, které matka ani dítě nejsou schopni syntetizovat a jejich přísun je závislý na příjmu potravy (Schneidrová a kol., 2006). Dítě je získává z mateřského mléka, kde jsou všechny obsaženy v dostatečném množství, až podvýživa matky může ohrozit obsah některých látek v mateřském mléku. Ale více než samotný obsah látek v mléce je důležitější jeho biologická dostupnost tzn. kolik ze skutečného obsahu je dítě schopno využít. Novorozenci se rodí s dostatečnou zásobou železa již z prenatálního vývoje (s výjimkou např. předčasně narozených dětí). Biologická dostupnost železa je 49% z celkového obsahu v mateřském mléce. Zásoby železa vydrží kojenci až do 6. měsíce věku. Vápník má 80%

biologickou dostupnost a spolu s fosforem jsou v mateřském mléce zastoupeny 2:1 tj. v ideálním poměru. Tento poměr zajišťuje optimální vstřebávání obou prvků. (Klimová a kol., 1998; www.mamaaja.cz)

Měď, selen, zinek, kobalt, jód patří mezi stopové prvky, které jsou obsaženy v dostatečném množství v mateřském mléce. Mezi stopové prvky se řadí i jód. V našich zeměpisných šířkách je vhodné tělu jód dodávat v potravě – jodizovaná sůl, mořské ryby (Klimová a kol., 1998; Zamarská, Auingerová, 2006).

VITAMÍNY

Vitamíny si matka ani dítě nejsou schopni syntetizovat, proto je musí přijímat v potravě. Matka by měla jíst pestrou stravu, dítě přijímá vitamíny v mateřském mléce.

Novorozencům je i hned po porodu podáván vitamín K, jako prevence krvácivé nemoci novorozence, dále je mu dodáván ještě si 3 týdny po porodu jako prevence před pozdějším projevem této nemoci. Vitamín D se také podává paušálně všem novorozencům a to až po dobu 1 roku. Ostatní vitamíny jsou již v dostatečném množství v mateřském mléce, a proto se nemusí speciálně dodávat. Mezi tyto vitamíny patří další vitamíny rozpustné v tucích a to vitamín A, E. A vitamíny rozpustné ve vodě. To jsou vitamíny skupiny B a vitamín C (Paulová, 2000; Klimová a kol., 1998).

Na závěr této kapitoly uvádím tabulku, která porovnává počet živin v mateřském mléce s počtem živin v mlezivu a s hodnotami v mléce kravském.

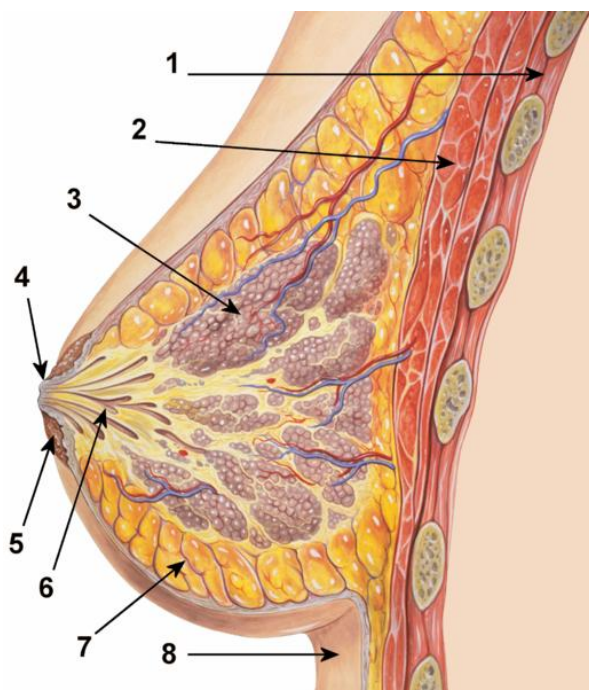
Tabulka 1. Složení mateřského mléka. Klimová a kol., 1998, str. 40; [on-line] www.vyzivakojence.cz/kojeni/slozeni-materskeho-mleka [citováno 27. února 2011]

Složení mateřského mléka ve srovnání a kravským mlékem			
g/100ml mateř. ml.	<i>Kolostrum</i>	<i>Zralé mléko</i>	<i>Kravské mléko</i>
Sacharidy	4	5 - 7	4, 8
Bíkoviny	1,5 - 2	1,1 – 1,3	3, 3
Tuky	2	4 – 4,5	3, 8
Minerální látky	0, 3	0,2	-

3.1.2. Fyziologie a anatomie mléčné žlázy

Již v 6. týdnu embryonálního vývoje je začíná vytvářet mléčná žláza a ve svém vývoji pokračuje až do porodu, kdy je mléčná žláza schopna sekrece. Schopnost sekrece u novorozence je způsobena hormonální reakcí na zvýšenou hladinu hormonů matky. K dalšímu rozvoji mléčné žlázy dochází v pubertě, kolem 12 roku; rozvoj mléčné žlázy je jedním ze sekundárních pohlavních znaků. Pigmentují se dvorce, bradavka se stává výraznější a množí se tkáň tvořící žlázu. Prs je vyvinutý do konce puberty, ale v průběhu hormonálních změn spojených s menstruačním cyklem se stále mění. Po klimakteriu dochází k involuci mléčné žlázy.

Plně vyvinutý prs je uložený laterálně od hrudní kosti ve výšce 3. – 5. žebra, mezi prsy je vertikální prohlubeň. Každá žena má jiný tvar prsou, který je ovlivněn výživou, konstitučním typem nebo počtem těhotenství. V těhotenství nastává největší rozvoj mléčné žlázy. Tento rozvoj je způsoben působením estrogeny a gestageny. Estrogeny působí na růst vývodné části žlázy a gestageny stimulují růst žlázové tkáně (Klimová a kol., 1998, Zamarská, Auingerová, 2006; www.9mesicu.cz).



Legenda k obr. 1

- 1: hrudní stěna,
- 2: prsní sval,
- 3: lalůčky žlázové tkáně (alveoly),
- 4: bradavka,
- 5: dvorec,
- 6: mléčný kanálek,
- 7: tuková a podpurná tkáň,
- 8: kůže

Obrázek 1 Anatomické uspořádání mléčné žlázy

[on-ine]<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ml%C3%A9%C4%8Dn%C3%A1_%C5%BE%C3%A1za> [citováno 4. března 2011]

Jak je popsáno na obrázku č. 1, ženský prs je tvořen žlázovou tkání, tukovou složkou, podpurným vazivem, cévami a nervy. Tuková tkáň je individuálně rozvinuta a nepodílí se na tvorbě mateřského mléka. Chrání mléčnou žlázu a vystýlá prs a určuje tvar prsu. Žlázová tkáň je tvořena 15 – 25 laloky, od sebe oddělených vazivovými přepážkami. Každý lalok je tvořen alveoly. Alveoly jsou tvořeny žlázovými buňkami, které produkují mléko. Každý alveol je pokrytý sítkou buněk - myoepitelových, které jsou podobné svalovým buňkám. Stahem těchto buněk se vytvořené mléko posune dál do vývodných kanálků směrem k bradavce. Jednotlivé vývody se postupně spojují a před dvorcem se mléko shromažďuje v tzv. sinusech. Ostud je sáním dítěte vystřikováno ven, v bradavce je 15 – 25 vývodů (Klimová a kol., 1998; www.9mesicu.cz).

Tvorba a regulace množství mateřského mléka je ovlivněna hlavně prolaktinem. Prolaktin neboli laktační hormon je produktem předního laloku hypofýzy. Způsobuje rozvoj buněk mléčné žlázy a vyvolává sekreci mléka. Hladina hormonu v krvi se zvyšuje již v těhotenství, ale jeho produkce je blokována placentárními gestageny. Až po porodu placenty začne hladina prolaktinu v krvi stoupat. Jeho vyplavování je podpořeno sáním dítěte (Machová, 2008; Klimová a kol., 1998). Oxytocin, hormon hypotalamu, působí na hladké svalstvo vývodů mléčné žlázy. Tyto kontrakce podporují vypuzování mléka při kojení. Nejdůležitějším podnětem pro vyplavování oxytocinu do krve je sání dítěte. Nervová zakončení na bradavce a dvorci předají signál mozku, který reguluje vyplavování hormonu do krve a tím i uvolňování mléka. Oxytocin působí pozitivně také na zavinování dělohy po porodu (Klimová a kol., 1998; Zamarská, Auingerová, 2006).

Úspěšnou laktaci nemalým podílem ovlivňuje i psychika matky. Matky, které pozitivně přistupují ke kojení, jsou sebejisté a mají dobrou víru v to, že dítěti mateřským mlékem předávají to nejlepší pro jeho dobrý start do života, mají předpoklad úspěšného kojení více než matky, které již v těhotenství vzbuzují nedůvěru ke kojení (Klimová a kol., 1998).

3.1.3. Výhody kojení

V kapitole o složení mateřského mléka jsem popsala jednotlivé složky mateřského mléka a nyní zdůrazním jaké výhody má kojení přímo pro dítě a matku a to i z dlouhodobého hlediska.

PRO DÍTĚ

Mateřské mléko pokryje všechny výživové potřeby novorozence a kojence do 6. měsíce věku. Nemusíme jeho organismus zatěžovat jinými výživovými náhradami nebo tekutinami. Je prokázáno, že děti živené mateřským mlékem jsou méně náchylné na infekce trávicího traktu, dýchacích cest, na záněty středního ucha.

Mateřské mléko působí jako primární prevence před vznikem alergií případně astmatu, diabetu, obezity, arteriosklerózy a anémie. Výzkumy prokazují, že u kojených dětí se méně často vyskytuje syndrom náhlého úmrtí kojence.

Kojení má samozřejmě vliv na psychický a sociální vývoj dítěte. Při kojení se mezi dítětem a matkou utváří silné citové pouto, které může ovlivnit jejich vztah i v budoucnu. Zahraniční studie ukazují, že mezi kojenými dětmi není takový počet týraných dětí v porovnání s dětmi krmenými umělou výživou (Klimová a kol., 1998; Nevoral, Paulová, 2007; Zamarská, Auingerová, 2006).

PRO MATKU

Kojení pozitivně ovlivňuje a utváří bližší citové pouto k novorozenci a vytváří psychickou pohodu matky. Oxytocin, který se při kojení vyplavuje, stahuje dělohu, působí na vypuzování placenty a napomáhá při zástavě krvácení po porodu. Výlučné kojení po dobu prvních 6 měsíců prodlužuje období laktační amenorey, s čímž souvisí i antikoncepční účinek při plném a častém kojení, a urychluje váhový úbytek do stavu před těhotenstvím. V důsledku laktační amenorey nedochází ke ztrátám krve a tím se snižuje riziko vzniku anémie. Průzkumy prokázaly, že u žen, které kojily je nižší riziko karcinomu vaječníků, prsu a osteoporózy (Klimová a kol., 1998; Schneidrová, 2005; Gregora, Zákostelecká, 2009; www.kojeni.cz).

Mezi další výhody patří i to, že mateřské mléko je kdykoli dostupné a vždy má přiměřenou teplotu. Pro matku je to pohodlnější, než příprava umělé výživy, která je i finančně náročnější než kojení (Klimová a kol., 1998).

3.1.4. „Deset kroků k úspěšnému kojení“

WHO a UNICEF roku 1991 vyhlásily celosvětovou iniciativu Baby – Friendly Hospital (BFH). Cílem této iniciativy je, aby se zvyšoval počet výlučně kojených dětí. Porodnice, které dostanou titul BFH – nemocnice přátelská dětem, se zavazují, že uvedou do praxe všech „Deset kroků k úspěšnému kojení“ (Klimová a kol., 1998):

1. Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu,
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie,
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení,
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu,
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí,
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů,
7. umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming - in),
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu),
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.,
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice (www.kojeni.cz).

V současné době je v ČR 65 porodnic, které mají označení BFH. Pro zajímavost do konce roku 2000 bylo v ČR jen 17 porodnic BFH.

3.1.5. Technika kojení

Nevoral a Paulová (2007) uvádí, že technika kojení je souhrn zásad pro správné přiložení dítěte k prsu, které je třeba dodržovat od prvního přiložení. První přiložení k prsu, by mělo proběhnout ještě na porodním sále nejlépe do 30 minut, nejpozději však do dvou hodin po porodu. Novorozence kolem sebe stále hledá zdroj obživy a to je také jeden z důkazů poporodní adaptace.

Z počátku se novorozenec ke kojení přikládá 10x až 15x za den (24 hodin). Asi po 6. – 8. týdnu se kojence o krmení nehlásí tak často a v kojení nastane pravidelnost, podle které může matka stanovit i denní režim (Nevoral, Paulová, 2007; Klimová a kol., 1998; Zamarská, Auingerová, 2006).

Pro správnou techniku kojení musí matka dodržovat několik zásad:

- správná vzájemná poloha matky a dítěte
- správné držení prsu a nabízení dítěti
- správné přisátí dítěte k prsu
- správné sání dítěte

Při dodržování těchto zásad je velká pravděpodobnost úspěšného a efektivního kojení (Nevoral, Paulová, 2007; Zamarská, Auingerová, 2006).

VZÁJEMNÁ POLOHA MATKY A DÍTĚTE

Matka si musí zvolit pohodlnou polohu při kojení, ve které bude relaxovaná, uvolněná a bez pocitu svalového napětí. Po zvolení pohodlné polohy si položí dítě také do správné pozice. Těchto pozic je několik, proto níže popíši názorné obrázky. Existují ale obecné zásady jak správně držet dítě při kojení – mezi dítětem a matkou by neměla být žádná překážka např. ruce dítěte, tato překážka by mohla způsobovat odtahování dítěte od bradavky. Mezi další zásady patří, že dítě by mělo mít ucho, rameno a kyčel v jedné linii, aby nedocházelo k vybočení hlavičky nebo nepřirozenému otočení, které bude dítěti po chvíli nepohodlné a efektivita kojení se sníží. Matka drží dítě za ramena, záda a krk. Neměla by se příliš dotýkat hlavy dítěte, protože to může zmást jeho sací reflex. Nos i tváře dítěte se dotýkají matčina prsu a brada je zanořená do prsu, protože dítě pusou uchopuje nejen bradavku, ale i větší část dvorce (Nevoral, Paulová, 2007).

Polohy při kojení:

POLOHA V LEŽE NA BOKU (obr. 2)

V této poloze leží dítě i matka na boku. Matka má podloženou hlavu a v zádech mírně prohnutá. Jednou rukou si drží prs a druhou paží přidrzuje dítě. Žádnou paži matka nezvedá nad úroveň jejího ramene, neopírá se o ni ani si ji nepodkládá pod hlavu. Při těchto pohybech by mohla vytahovat bradavku z úst dítěte (Zamarská, Auingerová, 2006; Klimová a kol., 1998).



Obrázek 2. Poloha vleže na boku

([on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=19>> [převzato 10. března 2011])

POLOHA V SEDĚ „BŘÍŠKO NA BŘÍŠKO“ (obr. 3)

Matka v této poloze pohodlně sedí a dítě drží v náručí – obličej, hrudník, břicho i nohy dítěte směřují k matce. Ta dítě drží na svém předloktí za záda, hýždě nebo stehno. Aby spodní ruka dítěte nepřekážela, je natažená kolem pasu matky. Druhou rukou si matka drží prs (Zamarská, Auingerová, 2006; Klimová a kol., 1998).



Obrázek 3. Poloha vsedě

([on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=19>> [převzato 10. března 2011])

BOČNÍ FOTBALOVÉ DRŽENÍ (obr. 4)

Dítě leží podél boku matky, ta mu prsty jedné ruky přidrzuje hlavu a zbytek těla podpírá předloktím a druhou rukou si drží prs. Nohy dítěte nesmí do ničeho narážet nebo se o něco opírat. Tato poloha je vhodná pro matky po porodu císařským řezem, ženy s velkými prsy nebo pro kojení dvojčat (Zamarská, Auingerová, 2006; Klimová a kol., 1998).



Obrázek 4. Boční fotbalové držení ([on-line]

<<http://kojeni.cz/texty.php?id=19>> [převzato 10. března 2011])

POLOHA TANEČNÍKA (obr. 5)

Dítě leží na předloktí matky a druhá ruka podpírá prs ze stejné strany. V této poloze může matka měnit nabízený prs bez změny polohy dítěte. Tato poloha je vhodná při kojení dětí, které se nedovedou správně přisát nebo u nedonošených dětí (Zamarská, Auingerová, 2006; Klimová a kol., 1998).



Obrázek 5. Poloha tanečnicka

[[on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=19>> [převzato 10. března 2011]]

DRŽENÍ PRSU A NABÍZENÍ PRSU DÍTĚTI

Správné držení prsu je zobrazeno na obrázku 6. Žena si podpírá prs zespodu všemi prsty kromě palce. Palec je položen vysoko nad dvorcem. Takto položený palec způsobuje napřímení bradavky. Matka se nesmí prsty dotýkat dvorce ani bradavky – nesprávné držení prsu je zobrazeno na obrázku 7 (Nevoral, Paulová, 2007).



Obrázek 6. Správné držení prsu

[[on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=18>> [převzato 10. března 2011]]



Obrázek 7. Nesprávné držení prsu [[on-line]

<<http://kojeni.cz/texty.php?id=18>> [převzato 10. března 2011]]

Když matka s dítětem zaujme pohodlnou polohu ke kojení, začne dítěti nabízet prs – tento proces je znázorněna na obrázku 8. Při nabízení musí být bradavka vždy na úrovni úst dítěte. Matka bradavkou dráždí ústa dítěte, tím u něj vyvolá hledací reflex – kojenec široce otevře ústa, jazyk má na spodním rtu. Dítě spolu s bradavkou musí uchopit i co možná největší část dvorce. Brada a nos dítěte se dotýkají prsu, přesto dítě může dobře dýchat. Dítě může správně uchopit bradavku, je-li dobře vytažitelná, když nejsou dvorec ani bradavka přeplněny mlékem nebo oteklé. Plačící nebo křičící dítě by se matka nikdy neměla snažit uklidnit přiložením k prsu, protože plačící dítě má jazyk umístěn nahoře a

nedokáže si bradavku správně uchopit. Při správném uchopení začne dítě pravidelně sát, aniž by polykalo vzduch – obrázek 9. Při správném sání dásně dítěte stlačují dvorec, tento tlak dásní posunuje mléko směrem k bradavce. Vlnovitý pohyb jazyka zepředu dozadu vyprazdňuje mléčné sinusy a vytlačené mléko pak dítě spolkne (Klimová a kol., 1998; Nevoral, Paulová, 2007; www.kojeni.cz).

A



B



Obrázek 8. **A** – Dítě má bradavku na stejné úrovni jako ústa; **B** – Dítě má široce otevřená ústa, jazyk na spodním rtu a je připravené na uchopení dvorce i bradavky (Klimová a kol, 1998, str. 45)

A



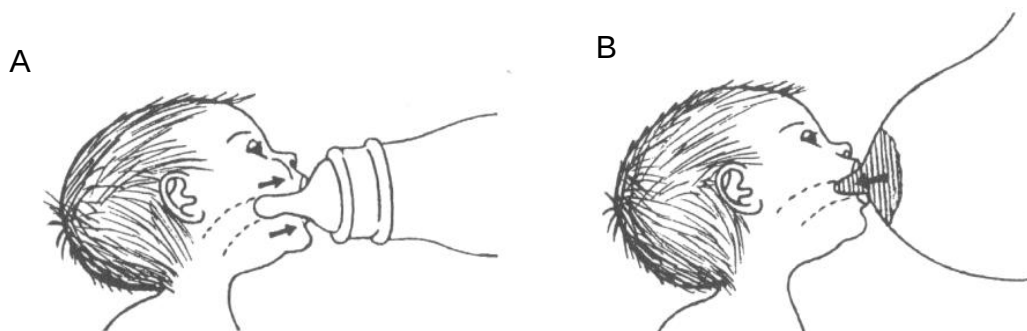
B



Obrázek 9. Správné přisátí dítěte **A** – dítě ústy objímá velkou část dvorce, brada a nos se dotýkají prsu; **B** – šipky naznačují, jak je ústy vyvíjen tlak na bradavku (Klimová a kol., 1998, str. 46)

Jestliže dítěti při sání vpadávají tváře, spodní ret je ohrnutý do dutiny ústní, dítě při kojení vydává mlaskavé zvuky a prs se při sání vytahuje a očividně se pohybuje, jedná se o známky nesprávného přiložení a sání dítěte. Mezi další známky nesprávného přiložení a sání dítěte patří: při přikládání k prsu nemá dítě široce rozevřená ústa, jazyk je vzadu v dutině ústní, dvorec není v ústech dítěte. Tyto známky jsou doprovázeny bolestivostí a poškozením bradavek, nalitými prsy

a sníženou tvorbou mléka, nespokojeným a neprospívajícím dítětem a také nespokojenou matkou (Klimová a kol., 1998, www.kojeni.cz). Příčinami nesprávného sání může být nezvládnutí techniky kojení, dokrmování dítěte lahví nebo podávání dudlíku – návyk sání se liší od sání z prsu, tento princip je znázorněn na obrázku 10. Mezi další příčiny mohou patřit i funkční odchylky bradavek viz kapitola problémy při kojení (Klimová a kol., 1998).



Obrázek 10. A – Sání z láhve; B – Nesprávné sání z prsu po návyku krmení z láhve
(Klimová a kol., 1998, str. 52)

3.1.6. Problémy při kojení

Obtíže při kojení jsou většinou výsledkem špatné informovanosti matek ale i zdravotníků a nedostatku praktických zkušeností matek. Většinu problémů lze postupně odstranit. V prvních dne po zahájení kojení je pocit napětí a citlivosti bradavek normální. Způsobují je sací pohyby novorozence, matka si brzy navykne a kojení je pak bezbolestné (Schneidrová a kol., 2006).

Prevencí vzniku obtíží s kojením je hygiena. Při mytí by žena měla používat jeden ručník na intimní partii a druhý ručník na zbytek těla. Výtok po porodu tzv. očišky mohou způsobit infekci na prsech. Pokud má žena nebo její partner opar musí také dbát na zvýšenou hygienu; do 3. měsíce může být nakažení herpes virem pro kojence velmi nebezpečné (Schneidrová a kol., 2006).

Problémy s kojením může způsobovat několik druhů příčin - obtíže s bradavkami, prsy, odmítání prsu dítětem, špatné sání dítěte nebo spavé či příliš plačící dítě (Schneidrová a kol., 2006). Vybrané příčiny popisují níže:

RAGÁDY

Ragády jsou bolestivé a popraskané bradavky. Některé poranění jsou charakteristická pro svoji příčinu a zkušený odborný poradce ji určí bez dalšího zkoumání. Příčin vzniku obtíží je několik:

- Špatná technika kojení – projevuje se charakteristickými poraněními bradavky. Mezi nejčastější chyby v technice kojení patří – odtahování prsu od nosu dítěte, matka přikládá prs k dítěti a ne dítě k prsu, špatná technika ukončování kojení. Řešením je upravení techniky kojení. (Klimová a kol., 1998).
- Vlhké bradavky – jsou příčinou citlivých bradavek. Řešením je po ukončení kojení nechat bradavku oschnout i s pár kapkami mateřského mléka (hojivý účinek) a zvolit prodyšné spodní prádlo se savou vložkou (Schneidrová a kol., 2006).
- Špatné sání dítěte – u dětí které mají špatný návyk sání nebo u novorozenců se zvýšeným svalovým tonusem. Špatná technika sání se děti těžko odnaučuje. Ale svalové napětí se u novorozenců s vyžíváním postupně upravuje (Schneidrová a kol., 2006).

- Ragády mohou vzniknout také z alergické reakce na krémy, prací prášky, deodoranty; nevhodným spodním prádlem, nesprávným používáním odsávačky na mateřské mléko nebo časté mytí (Schneidrová a kol., 2006).

Léčba ragád ve většině případů nevyžaduje přerušení kojení. Matka si ručně odstříká trochu mléka, aby zkrátila dobu, kdy dítě saje naprázdno. Vhodné je používání hojivých mastí na bradavky. Pokud samoléčba nepomáhá, měla by matka navštívit odborníka, který určí příčinu vzniku poranění (Schneidrová a kol., 2006).

PLOCHÉ NEBO VPÁČENÉ BRADAVKY

Tvar bradavek je individuální pro každou ženu. Ploché a v páčené bradavky ztěžují dítěti uchopení bradavky a dvorce. Dítě se musí naučit uchopit dvorec tak, aby jeho dásně sahaly až za vpáčenou bradavku. V takovém případě by matka měla začít kojit co nejdříve a nejčastěji po porodu než se jí nalijí prsy mlékem. Do té doby si dítě na matčinu bradavku zvykne. Na kojení s plochými nebo vpáčenými bradavkami je nejvhodnější poloha bočního fotbalového držení. Při kojení je možné použít silikonový klobouček, který usnadňuje dítěti uchopení bradavky. Po návyku uchopování, by se mělo používání kloboučku odnaučovat. Při kojení s kloboučkem se dítěti dostane méně mléka a může mít nepříznivý vliv na tvorbu mléka (Schneidrová a kol., 2006; Klimová a kol., 1998).

BOLESTIVÉ NALITÍ PRSOU

Bolestivé nalití prsou způsobuje oteklé prsy, pocity plnosti a horka. Otok může zasahovat bradavku a dvorec, celý prs nebo oba prsy; může zasahovat až do podpaží. V prsu nehromadí jen mléko, ale i krev a lymfa. Při častém kojení se průběžně odstraňuje nahromaděné mléko. Naopak při méně častém kojení prsy více otékají a méně se prokrvují. Snižuje se tvorba mléka, a stav může vyústit v poškození žlázové tkáně prsu. Před kojením by si matka měla udělat masáž prsu ve vlhkém teple (sprcha, žínka); zlepší se cirkulace lymfy, která odvádí nadbytek tekutiny. Mezi kojeními jsou ulevující studené obklady (Schneidrová a kol., 2006).

RETENCE MLÉKA

Ucpané mlékovody mohou být způsobeny chybami v technice kojení, omezováním kojení, nošením nevhodného spodního prádla nebo spaním na břicho. Projevují se

chladným otokem na určitém místě na prsu nebo v podpaží. Retenci mléka doprovází horečka do 38,5°C. Na uvolnění mlékovodů se doporučují teplé obklady, obklady z tvarohu nebo masáže prsu před kojením. Na teplotu a bolest může matka užívat léky proti bolesti (Schneidrová a kol., 2006; Klimová a kol., 1998).

AKUTNÍ MASTITIS

Infekce prsní žlázy neboli mastitis. Způsobuje náhlé a bolestivé zarudnutí místa na prsu. Může postihovat jeden nebo oba prsy. Doprovází ji vysoká horečka nad 38°C a příznaky podobné chřipce – bolest svalů, kloubů, hlavy, nevolnost, únava. Mastitis vyžaduje lékařské vyšetření a podání antibiotické léčby. Pokud kojení není příliš bolestivé, napomáhá se uvolnění mléka teplými obklady. Pokud je kojení příliš bolestivé, matka mléko ošťikává (Schneidrová a kol., 2006; Klimová a kol., 1998).

Rozeznání příznaků retence mléka, nalití prsů a mastitidy může být obtížné. V tabulce 2 uvádím příznaky a postižení prsu při jednotlivých potížích.

Tabulka 2. *Diferenciální diagnóza bolestivého postižení prsou*, Klimová a kol., 1998, str. 63.

	<i>Nalítí prsů</i>	<i>Retence mléka</i>	<i>Mastitida</i>
Vznik	postupně brzy po porodu	postupně kdykoli	náhle
Postižené místo	oba prsy celé	jeden prs	jeden prs
Místní příznaky	oba prsy celé tuhé, oteklé	místně tuhý chladný otok	místně rudý horký otok
Bolest	mírná celkově	mírná celkově	prudká místně
Teplota	do 38,5°C	do 38,5°C	nad 38,5°C
Celkový stav	beze změny	beze změny	silně změněn

3.1.7. Kontraindikace kojení

Kontraindikace ke kojení se mohou vyskytnout u matky i dítěte. Nejedná-li se o anatomické anomálie, je jen malé množství onemocnění, které kojení úplně znemožňují. Musí se kontrolovat zdravotní stav dítěte a matky, ale kojení není vyloučeno. U některých onemocnění není kojení doporučeno díky farmaceutické léčbě.

U novorozence se mohou projevit vrozené metabolické vady, při kterých je kojení kontraindikováno. Mezi tyto vady patří **Galaktosémie** – autozomálně recesivní onemocnění, při kterém se netvoří enzym, který štěpí galaktózu na glukózu. Ze stravy musí být vyloučena laktóza; mateřské mléko je nahrazeno sojovými preparáty. Bezlaktózová a bezgalaktózová dieta je doživotní. Další metabolické onemocnění, nejčastější v populaci, je **Fenylketonurie** – je to autozomálně recesivní porucha metabolismu aminokyselin. Aminokyselina fenylalanin nemůže být přeměňována na tyrozin. U novorozenců se provádí rutinní screening. Dítě může být kojeno, ale hladina fenylalaninu musí být sledována; při zvýšené hladině se podávají mléka s nízkým obsahem aminokyseliny. Při neléčení dochází k mentální retardaci a postižení nervového systému (Schneidrová a kol., 2006).

Při akutních onemocnění dítěte – rýma, akutní zánět středního ucha, průjem nebo zvracení, se kojení nevylučuje. Pokud má dítě rýmu, před kojením se musí odsávat hlen z nosu. Při průjmech a zvracení je důležité posoudit, zdali se jedná o častou stolici či ublinkávání, nebo jde o akutní onemocnění (Schneidrová a kol., 2006).

U matky je kojení kontraindikováno v případě závažného onemocnění organismu – srdeční selhání, vážné onemocnění ledvin, jater nebo plic. Déle při závažných poporodních depresích nebo psychózách, kdy by mohlo být ohrožen život dítěte. V případě dalších onemocnění záleží na druhu užívaných léků. Žena by měla v případě onemocnění informovat lékaře o svém kojení a průběhu kojení. Lékař podle těchto informací rozhodne, zda je medikamentózní léčba nutná a zvolí vhodný lék. Farmaka rozdělujeme podle rizika pro kojené dítě na „bezpečné“, rizikové a kontraindikované léky (Pokorná, Březková, Pruša, 2008; Klimová a kol., 1998; Schneidrová a kol., 2006).

LÉKY, KTERÉ LZE PŘI KOJENÍ PODÁVAT

Při užívání obvykle nezpůsobí kojenému dítěti žádné potíže. Matka léky užívá po nezbytně dlouho dobu (nadužívání léků proti bolesti). Mezi tyto léky patří:

- léky proti bolesti a teplotě,
- léky na kašel a rýmu,
- antihistaminika,
- profylaxe astmatu a alergických projevů,
- většina antibiotik,
- anestetika,
- inzulín,
- vitamíny, železo, jód – v běžných dávkách.

LÉKY RIZIKOVÉ

Do této skupiny řadíme léky, které by mohly u dětí vyvolat závažnější komplikace. Kojení není vyloučeno; lékař zvolí vhodný lék a upozorní ženu, jaké nepříznivé účinky by se u dítěte mohly projevit. Patří sem:

- léky ovlivňující centrální nervový systém (CNS) – antiepileptika, sedativa,
- léky snižující krevní tlak, ovlivňující srdeční frekvenci,
- léky snižující hladinu krevních tuků,
- léky na nemoci žláz s vnitřní sekrecí – nemoci štítné žlázy, nadledvinek,
- některá antibiotika,
- léky působící na sníženou tvorbu mléka: hormonální látky, některá diuretika.

LÉKY KONTRAINDIKOVANÉ

Do mateřského mléka mohou přecházet v množství, které by mohlo ovlivnit životní funkce, CNS, imunitní systém nebo celkový růst novorozence a kojence. Kojení je nahrazeno dříve odstříkaným mlékem nebo umělou výživou. Do této skupiny patří:

- cytostatika, radiofarmaka,
- imunosupresiva,
- návykové látky,
- estrogeny (Pokorná, Březková, Pruša, 2008; Schneidrová a kol., 2006; Klimová a kol., 1998).

3.1.8. Rizikové chování – alkohol, kofein, nikotin

Konzumace alkoholu, kofeinu a cigaret bezprostředně ovlivňuje senzorické kvality mateřského mléka (vůně, chuť) a chuť dítěte sát z prsu (Schneidrová a kol., 2006).

Příležitostné užívání alkoholu v malých dávkách není kontraindikací kojení. Alkohol se vylučuje do mateřského mléka, ve vyšších dávkách snižuje laktaci. Má přímý vliv na dítě – útlum, poruchy spánku. Negativně ovlivňuje schopnost matky postarat se o dítě.

Kofein stimuluje CNS. V běžném příjmu nebyl prokázán přímý vliv na dítě, způsobuje však jeho neklid, podráždění nebo poruchy spánku. Kofein je obsažen v kávě, čaji, kolových nápojích. Denní konzumace kávy nebo jiných kofeinových nápojů, by neměla přesáhnout 3 šálky denně.

Užívání cigaret během laktace může vést ke snížené tvorbě mléka, protože má vliv na sekreci prolaktinu. Nikotin u dítěte způsobuje zpomalení růstu a negativně ovlivňuje činnost trávicího ústrojí. U dětí kuřáček byly prokázány abstinenční příznaky po narození, horší průběh novorozenecké žloutenky, časté nemoci dýchacích cest a vyšší výskyt syndromu náhlého úmrtí kojence. Pokud se matka nechce vzdát cigaret, měla by kouření omezit max. na 5 cigaret denně a to alespoň 2 hodiny před dalším kojením. Při odvykání musí žena zvolit jiné prostředky než nikotinové náplasti či žvýkačky, ty nejsou pro kojící ženy vhodné (Schneidrová a kol., 2006; Pokorná, Březková, Pruša, 2008).

4. METODIKA PRÁCE

4.1. Charakteristika souboru

Průzkumné šetření proběhlo v měsíci březnu 2011. Průzkumu se zúčastnilo celkem 51 žen z okresu Blansko. Výzkum probíhal v mateřských centech a u klientek laktační poradkyně. Kritériem pro vyplnění dotazníku bylo ukončení nejméně jedno celkového kojení.

4.2. Výzkumná metoda

Jako průzkumnou metodu jsem zvolila sociologickou techniku anonymních dotazníků. Při použití dotazníkové metody lze získat mnoho údajů od velkého množství osob. Samotný dotazník je formulován z předem připravených otázek, které jsou předem promyšleny a ve strategickém uspořádání poskládány za sebou. Dotazovaná osoba (respondent) na otázky odpovídá písemně (Chráska, 2007).

Při sestavování dotazníků jsem se řídila doporučením Chrásky (2007) o formulování dotazníku:

- Formulace otázek je jasná a srozumitelná, položena jednoznačným způsobem, aby nepřipouštěla chápání více způsobů.
- Otázky jsou seřazeny od jednodušších, které motivují, ke složitějším. Nejdříve zařazují demografické otázky a dále otázky týkající se kojení, užívání rizikových látek a prostředí při kojení.
- Dotazník je stručný a výstižný. Obsahuje základní tři typy otázek – otevřené, uzavřené nebo polootevřené. Na otevřenou otázku odpovídá respondent svými slovy je to taková „volná tvorba“. Uzavřené otázky nabízejí z několika možných odpovědí. Jsou snazší pro vyhodnocování. Polootevřené otázky mají také možný výběr, ale pokud se odpověď respondenta neshoduje s nabídkou, napíše svoji odpověď na řádek „jiná odpověď nebo pokud ano jaký, atd.“.

Vytvořený dotazník příkládám v příloze.

4.3. Statistické zpracování

Po získání vyplněných dotazníků jsme spočítala četnost hodnoty znaku u jednotlivých otázek (n) a celkový procentuální podíl odpovědí. Výsledky jsem zapisovala do tabulek v MS Excel, ze kterých jsem vytvořila grafy, pro lepší názornost sledovaného znaku. U zkoumání možných faktorů ovlivňujících kojení jsem sledovala hodnoty vybraných znaků v porovnání s délkou výlučného kojení nebo celkovou délkou kojení, které porovnávám v průměrných hodnotách. Vybrané znaky jsou bydliště, stupeň vzdělání, podávání nemléčných příkrmů, užívání farmaceutických přípravků a získání prvotních informací o kojení.

Výsledky dotazníkového šetření jsou prezentovány v následující kapitole.

5. VÝSLEDKY

V této části práce budou prezentovány výsledky šetření.

5.1. Demografické údaje

Analýza demografických údajů z dotazníkového šetření.

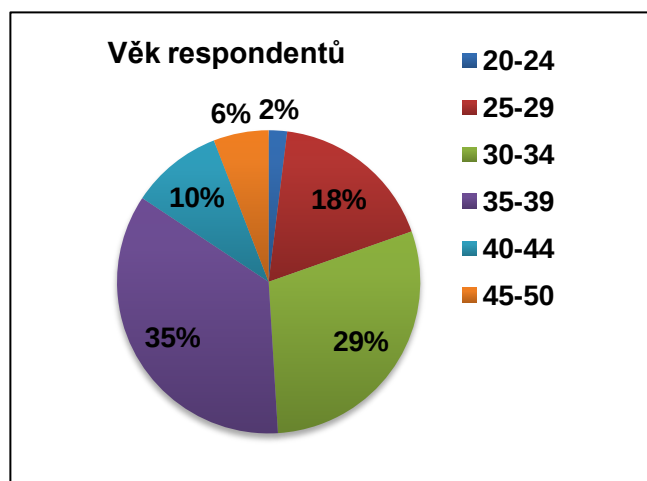
VĚK RESPONDENTŮ

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že se jej nejvíce účastnily ženy ve věku 35 – 39 (35,29 %) a méně žen ve věku 30 – 34 (29,41 %), 25 – 29 (17,65 %), 40 – 44 (9,8 %), 45 – 50 (5,88 %) a nejméně 20 – 24 (1,96 %). Vyšší věk respondentů je způsoben podmínkami k vyplnění dotazníku, a to že žena musí mít ukončeno alespoň jedno celkové kojení.

Tabulka 1. Věk respondentů

Věk	n	%
20-24	1	1,96
25-29	9	17,65
30-34	15	29,41
35-39	18	35,29
40-44	5	9,80
45-50	3	5,88
celkem	51	100

Graf 1. Věk respondentů



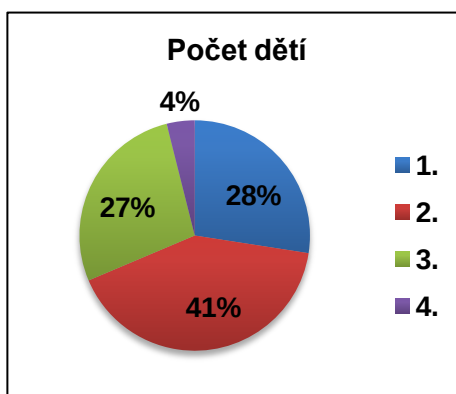
POČET DĚTÍ

Dotazníkového šetření se zúčastnilo nejvíce žen s dvěma dětmi (41,18 %). Stejný počet žen s jedním nebo třemi dětmi (27,45 %) a nejméně žen se čtyřmi dětmi (3,92 %).

Tabulka 2. Počet dětí

Počet dětí	n	%
1.	14	27,45
2.	21	41,18
3.	14	27,45
4.	2	3,92
celkem	51	100,00

Graf 2. Počet dětí



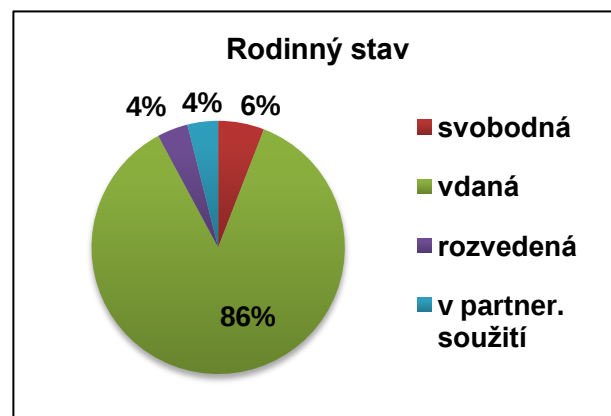
RODINNÝ STAV

Ve výsledcích rodinného stavu je patrné, že převažují ženy vdané (86,27 %). V menším množství jsou ženy svobodné (5,88 %) a na ve stejném množství ženy rozvedené a volně žijící s partnerem (3,92 %).

Tabulka 3. Rodinný stav

Rodinný stav	n	%
svobodná	3	5,88
vdaná	44	86,27
rozvedená	2	3,92
v partnerském soužití	2	3,92
celkem	51	100,00

Graf 3. Rodinný stav

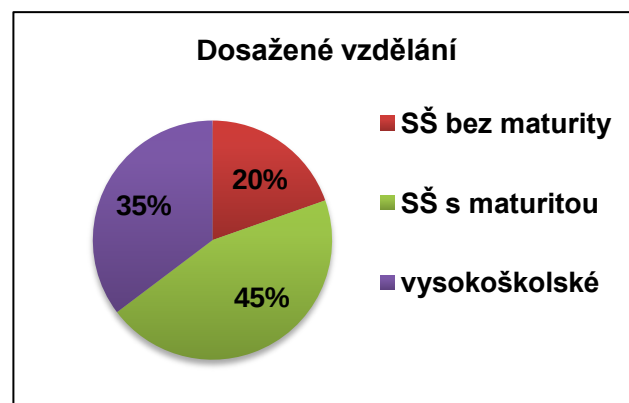


VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ

Nejvíce z dotazovaných žen dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitní zkouškou (45,1 %), o něco méně bylo žen s vysokoškolským vzděláním (35,29 %) a nejméně se středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky (19,61 %).

Tabulka 4. Vzdělání respondentů

Vzdělání	n	%
SŠ bez maturity	10	19,61
SŠ s maturitou	23	45,10
vysokoškolské	18	35,29
celkem	51	100,00

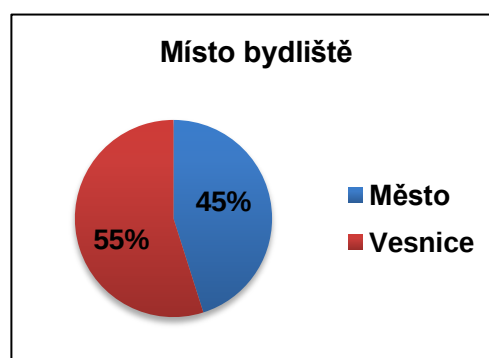
Graf 4. Vzdělání respondentů

MÍSTO BYDLIŠTĚ

Místo bydliště respondentů je téměř vyrovnané. Nepatrně převažuje vesnice (54,90 %) nad městem (45,10 %).

Tabulka 5. Místo bydliště

Místo bydliště	n	%
Město	23	45,10
Vesnice	28	54,90
celkem	46	100,00

Graf 5. Místo bydliště

5.2. Mateřské mléko jako přirozená výživa

Analýza získaných dat z dotazníkového šetření. Porovnání zdali mají některé demografické údaje vliv na kojení.

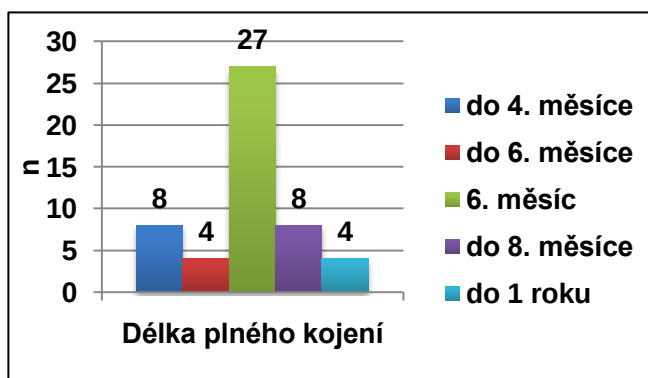
DÉLKA PLNÉHO KOJENÍ

Podle WHO je výlučné kojení doporučeno do 6. měsíce věku dítěte; toto doporučení splňuje 52,94 % respondentů. Do 4. měsíce včetně začalo podávat umělé mléko nebo příkrmy 15,65 % dotázaných žen; do 6. měsíce to bylo 7,84 % žen. Více jak 6 měsíců výlučně kojilo 23,53 % žen z toho 15,69 % do 8. měsíce věku dítěte a 7,84 % žen začalo podávat nemléčný příkrm do jednoho roku včetně.

Tabulka 6. Délka plného kojení

Délka plného kojení	n	%
do 4. m	8	15,69
5. měsíce	4	7,84
6. měsíce	27	52,94
do 8. měsíce	8	15,69
do 1 roku	4	7,84
celkem	51	100,00

Graf 6. Délka plného kojení



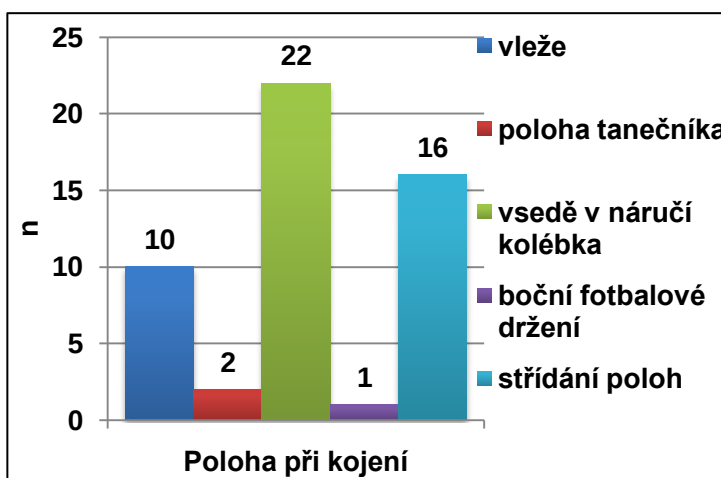
POLOHY PŘI KOJENÍ

Mezi respondenty byla nejoblíbenější poloha při kojení vsedě v náručí kolébka (43,14 %). 19,61 % žen si oblíbilo kojení vleže; jen 3,92 % respondentů si oblíbilo polohu vsedě – pozice tanečníka a 1,96 % boční fotbalové držení. 31,37 % žen tyto polohy střídaly.

Tabulka 7. Polohy při kojení

Poloha při kojení	n	%
vleže	10	19,61
poloha tanečníka	2	3,92
vsedě v náručí kolébka	22	43,14
boční fotbalové držení	1	1,96
střídání poloh	16	31,37
celkem	51	100,00

Graf 7. Polohy při kojení

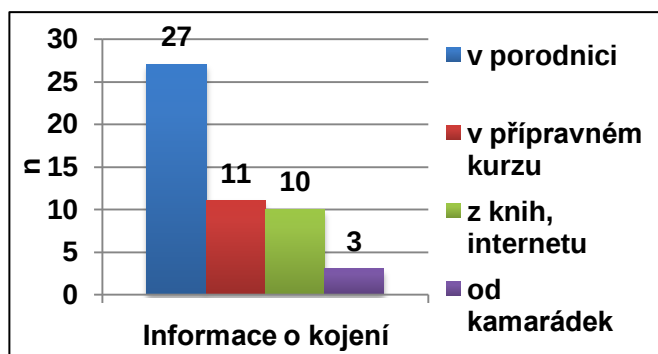


ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ O KOJENÍ

Prvotní informace o průběhu a technice kojení se 52,94 % žen získalo v porodnici. 21,52 % žen se prvotní informace dozvěděli na přípravných porodnických kurzech, 19,61 % si informace vyhledalo v knihách nebo na internetu a 5,88 % se prvotní informace o kojení dozvědělo od svých zkušených kamarádek.

Tabulka 8. Získávání informací o kojení **Graf 8. Získávání informací o kojení**

Informace o kojení	n	%
v porodnici	27	52,94
v přípravném kurzu	11	21,57
z knih, internetu	10	19,61
od kamarádek	3	5,88
celkem	51	100,00



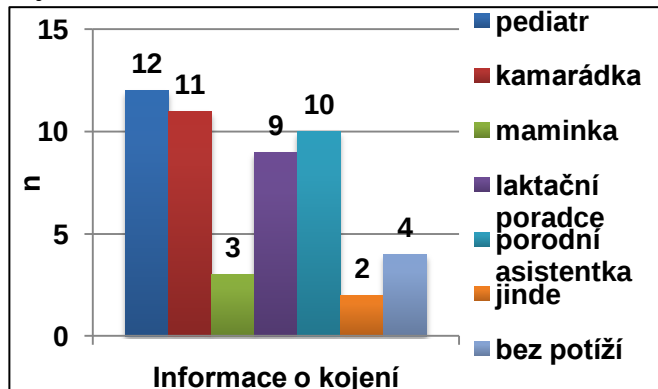
ZÍSKÁVÁNÍ RAD PŘI PROBLEMATICKÉM KOJENÍ

7,84 % dotázaných žen při kojení nemělo žádný problém, kvůli kterému by musely vyhledat pomoc. Zbývajících 92,16 % hledalo pomoc: u pediatra (23,53 %), u zkušené kamarádky (21,57 %), u porodní asistentky (19,61 %), u laktačního poradce (17,65 %), u své matky (5,88 %) nebo u jiných zdrojů (3,92 %).

Tabulka 9. Získávání informací při problematickém kojení

Informace o kojení	n	%
pediatr	12	23,53
kamarádka	11	21,57
maminka	3	5,88
laktační poradce	9	17,65
porodní asistentka	10	19,61
jinde	2	3,92
bez potíží	4	7,84
celkem	51	100,00

Graf 9. Získávání informací při problematickém kojení



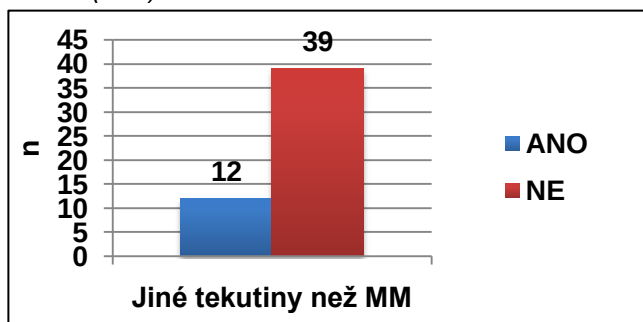
PODÁVÁNÍ JINÝCH TEKUTIN

Při plném kojení není potřeba podávat jiné tekutiny; tím se řídilo 76,47 % dotazovaných žen. 23,53 % respondentů podávalo jiné tekutiny zejména čaje.

Tabulka 10. Podávání jiných tekutin než mateřské mléko (MM)

Jiné tekutiny než MM	n	%
ANO	12	23,53
NE	39	76,47
celkem	51	100,00

Graf 10. Podávání jiných tekutin než mateřské mléko (MM)



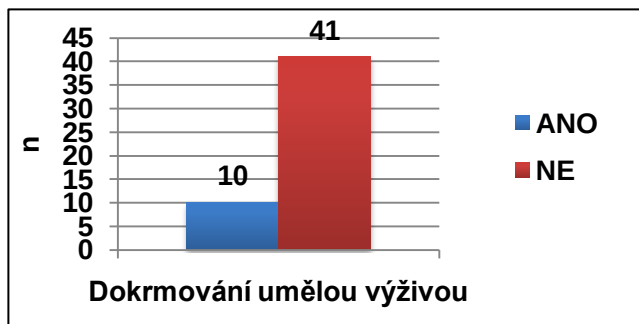
DOKRMOVÁNÍ UMĚLOU VÝŽIVOU

Průzkum ukazuje, že 80,39 % dotázaných žen nepodávalo dítěti v době výlučného kojení jinou výživu než mateřské mléko. 19,61 % žen dokrmovalo své dítě umělou výživou z důvodu nedostatku mléka nebo brzkého ukončení kojení.

Tabulka 11. Dokrmování umělou výživou

Dokrmování umělou výživou	n	%
ANO	10	19,61
NE	41	80,39
celkem	51	100,00

Graf 11. Dokrmování umělou výživou



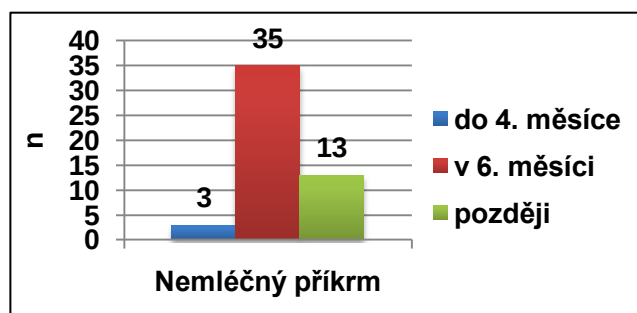
PODÁVÁNÍ NEMLÉČNÝCH PŘÍKRMŮ

Přidávání nemléčných příkrmů doporučuje WHO od 6. měsíce věku dítěte; toto doporučení dodrželo 68,63 % respondentů. Dříve než ve 4. měsíci včetně začalo podávat nemléčný příkrm 5,88 % a později než v 6. měsíci 25,49 % žen.

Tabulka 12. Podávání nemléčných příkrmů

Nemléčný příkrm	n	%
do 4. měsíce	3	5,88
v 6. měsíci	35	68,63
později	13	25,49
celkem	51	100,00

Graf 12. Podávání nemléčných příkrmů



UŽÍVÁNÍ RIZIKOVÝCH LÁTEK – LÉKY, NIKOTIN, ALKOHOL, KOFEIN

Z grafu 13 je patrné, že 52,73 % žen během kojení konzumovalo kávu nebo čaj, 27,27 % užívalo během kojení farmaceutické preparáty a 20 % dotazovaných konzumovalo alkohol. Některé ženy užívaly více rizikových látek najednou. Graf 14 ukazuje, že 70,59 % žen po dobu kojení neužívalo žádné farmaceutické přípravky. Zbýlých 29,41 % žen farmaceutické přípravky užívaly, ale po konzultaci s lékařem, který byl informován o jejich kojení.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 43,13 % respondentů nekonzumovalo kávu ani čaj. Zbývajících 56,87 % žen užívalo kávu nebo čaj (graf 15); průměrně 1,4 šálku za den.

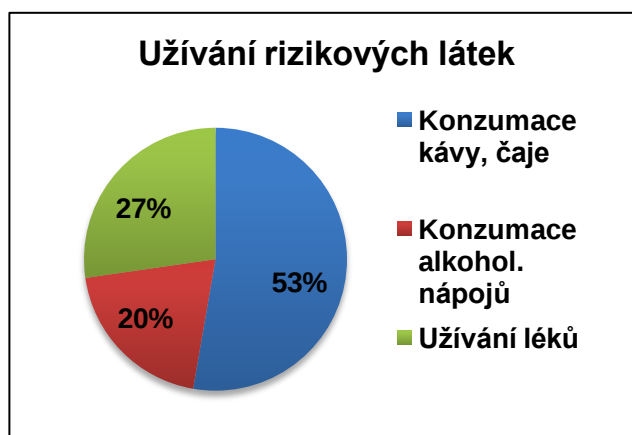
U alkoholových nápojů 21,57 % respondentů přiznalo konzumaci, ale ne ve větší míře jak 2dcl/14 dní vína. 78,43 % respondentů konzumaci alkoholových nápojů popírá (graf 16).

Užívání cigaret nepotvrdil žádný respondent.

Tabulka 13. Srovnání užívání rizikových látek

Užívání rizikových látek	n	%
Konzumace kávy, čaje	29	52,73
Konzumace alkohol. nápojů	11	20,00
Užívání léků	15	27,27
celkem	55	100,00

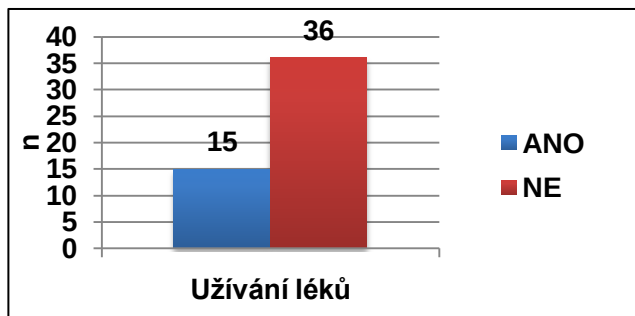
Graf 13. Srovnání užívání rizikových látek



Tabulka 14. Užívání léčiv

Užívání léků	n	%
ANO	15	29,41
NE	36	70,59
celkem	51	100,00

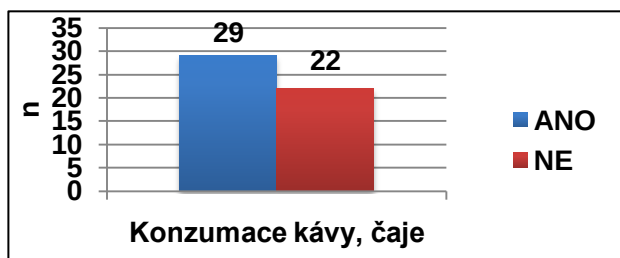
Graf 14. Užívání léčiv



Tabulka 15. Užívání kofeinu

Konzumace kávy, čaje	n	%
ANO	29	56,86
NE	22	43,14
celkem	51	100,00

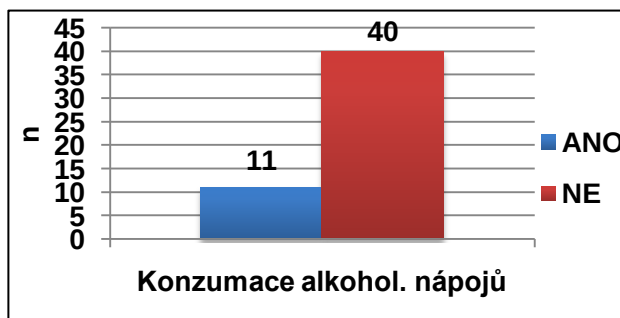
Graf 15. Užívání kofeinu



Tabulka 16. Konzumace alkoholových nápojů

Konzumace alkohol. nápojů	n	%
ANO	11	21,57
NE	40	78,43
celkem	51	100,00

Graf 16. Konzumace alkoholových nápojů



PROSTŘEDÍ PŘI KOJENÍ

Tabulka 16 prezentuje, že 88,24 % dotazovaných žen se při kojení doma snažilo zajistit klidné prostředí a soukromí. Ostatním respondentům to bylo jedno nebo nevyhledávali klid a soukromí ke kojení (11,76 %). Jedna žena uvedla, že kojila kdekoli třeba i za chůze.

68,63 % respondentů si vyzkoušelo kojení na veřejnosti, z toho se 25,5 % žen při kojení na veřejnosti cítilo přirozeně, 13,7 % se cítilo nepatřičně a vícekrát by to nezkusily, stejně jako 7,8% žen, které se při kojení na veřejnosti cítily trapně (tabulka 18).

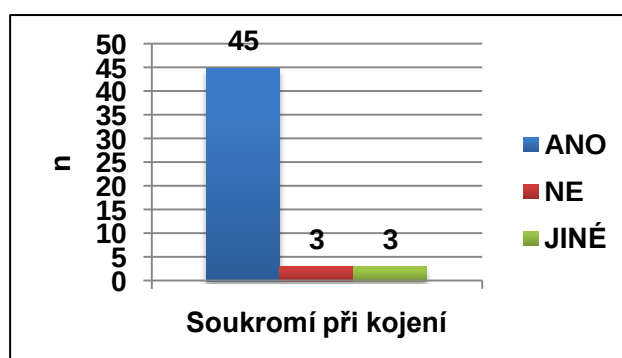
Tabulka 19 poukazuje, jak ženy vnímaly podporu ke kojení ve svém okolí. 78,43 % respondentů ve svém okolí cítilo podporu a pochopení ke kojení, 17,65 % žen nezaznamenalo odezvu od svého okolí a 3,92 % odpovědělo jinak.

Na kojení může mít vliv i péče o domácnost, další členy nebo pracovní vytížení. 74,51 % respondentů uvádí, že ostatní povinnosti neovlivňovaly průběh kojení. Ale 25,49 % dotazovaných žen uznalo, že na kojení neměly optimální podmínky, nejčastěji kvůli péči o další děti (tabulka 20).

Tabulka 17. Soukromí při kojení

Soukromí při kojení	n	%
ANO	45	88,24
NE	3	5,88
JINÉ	3	5,88
celkem	51	100,00

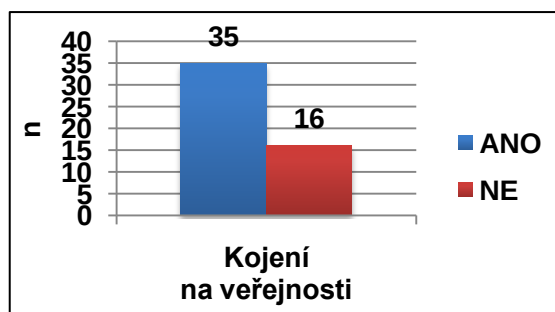
Graf 17. Soukromí při kojení



Tabulka 18. Kojení na veřejnosti

Kojení na veřejnosti	n	%
ANO	35	68,63
NE	16	31,37
celkem	51	100,00

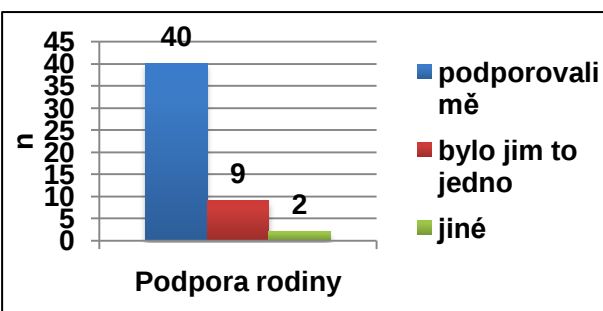
Graf 18. Kojení na veřejnosti



Tabulka 19. Podpora rodiny

Podpora rodiny	n	%
podporovali mě	40	78,43
bylo jim to jedno	9	17,65
jiné	2	3,92
celkem	51	100,00

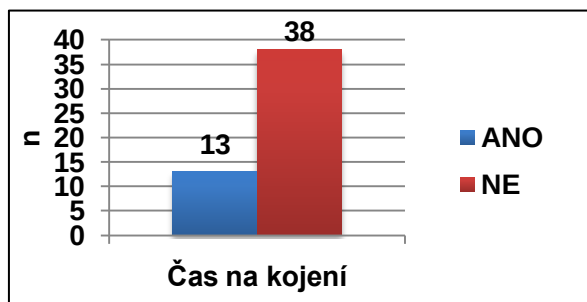
Graf 19. Podpora rodiny



Tabulka 20. Čas na kojení

Čas na kojení	n	%
ANO	13	25,49
NE	38	74,51
celkem	51	100,00

Graf 20. Čas na kojení



DÉLKA KOJENÍ

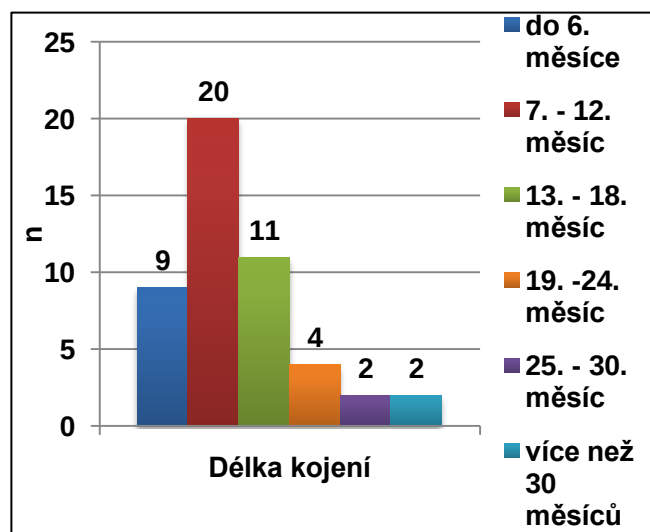
Celková délka kojení s podáváním nemléčných příkrmů je velmi různorodá. WHO stanovuje tuto délku ideálně do dvou let věku dítěte. V dotazníkovém šetření ukončily ženy kojení v 41,67 % mezi 7. – 12. měsícem věku dítěte. Dále mezi 13. – 18. měsícem ukončilo kojení 22,92 %, před 6. měsícem 18,75 %, mezi 19. – 24. měsícem 8,33 %, 4,17 % žen ukončilo kojení mezi 25. – 30. měsícem a 4,17 % respondentů ukončilo kojení později než ve 30. měsíci, nejdéle ve 36. měsíci.

Jako impuls k ukončení kojení respondenti uváděli různé důvody. Mezi nejčastější patřily – žena měla nedostatek mateřského mléka, dítě přestalo projevovat zájem o mateřské mléko a zdravotní potíže (poranění bradavek, vyčerpání nebo léčba antibiotiky). Méně se vyskytovaly důvody – další těhotenství a věk dítěte. Objevily se i velmi individuální důvody jako manžel, sex nebo instinkt.

Tabulka 21. Délka kojení

Délka kojení	n	%
do 6. měsíce	9	18,75
7. - 12. měsíc	20	41,67
13. - 18. měsíc	11	22,92
19. -24. měsíc	4	8,33
25. - 30. měsíc	2	4,17
více než 30 měsíců	2	4,17
celkem	48	100,00

Graf 21. Délka kojení



5.3. Vybrané faktory působící na délku kojení

V závislosti na délce výlučného nebo celkové délce kojení budu posuzovat následující faktory – vzdělání, bydliště, získávání informací, podávání příkrmů a užívání léčiv v době laktace. Vybrané faktory porovnávám jako průměrné hodnoty znaku.

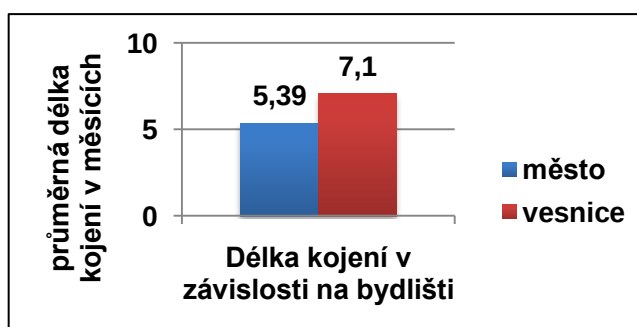
5.3.1. Bydliště

Zjišťovala jsem, zdali má bydlení ve městě nebo na vesnici vliv na délku výlučného kojení. Průměrná délka plného kojení ve městě je 5,39 měsíců. Zatímco průměrná délka plného kojení na vesnici je 7,1 měsíců. Z této sondy tedy vyplývá, že ženy ve městě zahajují podávání příkrmů dříve než ženy na vesnici.

.Tabulka 22. Délka kojení v závislosti na bydlišti

Bydliště	Průměrná délka
město	5,39
vesnice	7,1

Graf 22. Délka kojení v závislosti na bydlišti



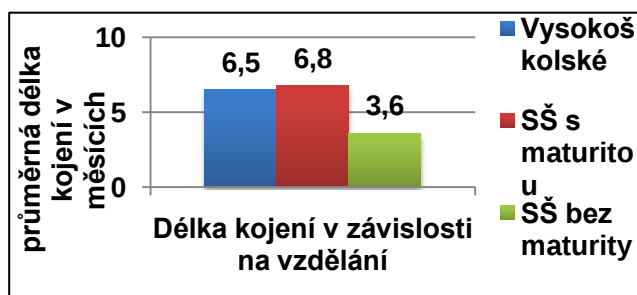
5.3.2. Vzdělání

Jak vyplývá z grafu 23 matky s vysokoškolským vzděláním, a středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou, dodržují doporučenou délku plného kojení po dobu 6 měsíců podle WHO. Zatímco ženy se středoškolským vzděláním bez maturitní zkoušky plně kojí v průměru jen do 3,6 měsíce. Poté začnou dítě přikrmovat umělou výživou nebo přechází na nemléčnou stravu. Předčasné zavádění nemléčné stravy zvyšuje osmotickou zátěž ledvin, zatěžuje nevyzrálý trávicí a imunitní systém (Schneidrová, 2005).

Tabulka 23. Délka kojení v závislosti na vzdělání

Vzdělání	Průměrná délka
Vysokoškolské	6,5
SŠ s maturitou	6,8
SŠ bez maturity	3,6

Graf 23. Délka kojení v závislosti na vzdělání



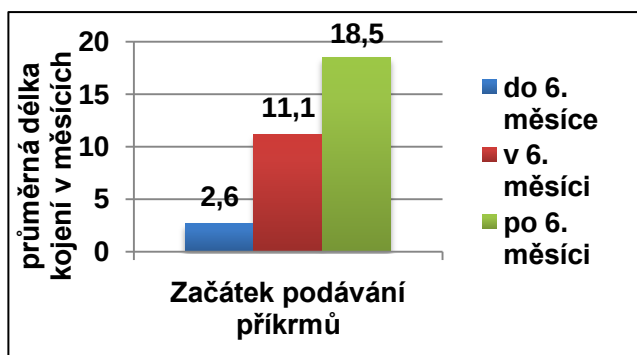
5.3.3. Podávání nemléčných příkrmů

Průměrná délka celkového kojení je ovlivňována dobou podávání první nemléčné stravy. Doporučení WHO zní, že s podáváním nemléčných příkrmů by žena měla kojit alespoň do 24 měsíců. Ženy, které začaly podávat nemléčné příkrmy před 6. měsícem věku dítěte, kojily průměrně jen 2,6 měsíce. 11 měsíců je průměrná délka celkového kojení u dotazovaných, které začaly nemléčné příkrmy podávat v 6. měsíci. V průměru 18,5 měsíce kojily ženy, které začaly podávat nemléčnou stravu později než v 6. měsíci.

Tabulka 24. Začátek podávání nemléčných příkrmů

Začátek podávání příkrmů	Průměrná délka
do 6. měsíce	2,6
v 6. měsíci	11,1
po 6. měsíci	18,5

Graf 24. Začátek podávání nemléčných příkrmů



5.3.4. Užívání farmaceutických preparátů

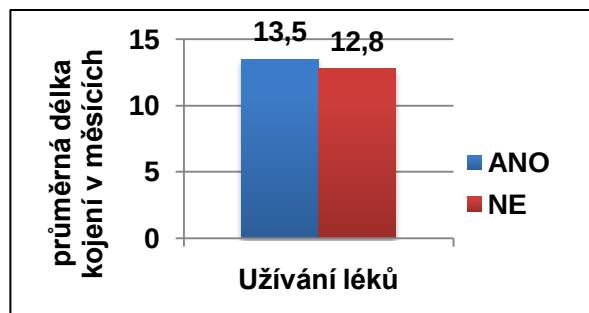
Z grafu vyplývá, že v dotazníkovém šetření nebylo zjištěno ovlivnění celkové délky kojení užíváním léčiv. Dokonce ženy, které užívaly léčiva, kojily déle (13,5 měsíce)

než ženy, které žádné léky neužívaly (12,8 měsíce). Možným zdůvodněním by mohlo být, že všichni respondenti konzultovali užívání léků při kojení s lékařem.

Tabulka 25. Užívání farmaceutických preparátů

Užívání léků	Průměrná délka
ANO	13,5
NE	12,8

Graf 25. Užívání farmaceutických preparátů



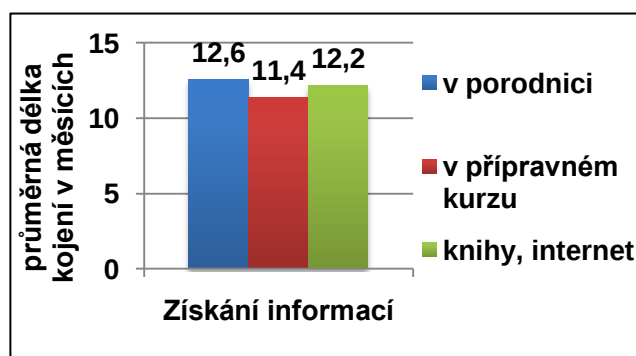
5.3.5. Získávání prvotních informací

Klimová a kol. (1998) uvádějí, že v předporodním období je nejlepší spolu s přípravou na porod i příprava na kojení. Dostatečná příprava zvyšuje pravděpodobnost úspěšného kojení. Po porodu by mělo být dítě přiloženo k prsu do 30 minut a to už by matka techniku kojení měla zvládat. Paradoxně v dotazníkovém šetření vyšlo, že nejnižší délka kojení je u žen, které navštěvovaly přípravný kurz (11,4 měsíce). Ženy, které získaly prvotní informace, až v porodnici oproti tomu kojily nejdéle (12,6 měsíců). Matky, které informace vyhledávaly v knihách nebo na internetu, kojily průměrně 11,4 měsíce.

Tabulka 26. Získávání prvotních informací o kojení

Získání informací	Průměrná délka
v porodnici	12,6
v přípravném kurzu	11,4
knihy, internet	12,2

Graf 26. Získávání prvotních informací o kojení



6. ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo vytvořit souhrn základních informací o kojení a faktorech, které ovlivňují kojení. Tento cíl jsem splnila prostudováním odborné literatury a dalších dostupných pramenů. Z těchto získaných informací jsem zpracovala teoretickou část.

Dalším cílem práce bylo zjistit aktuální postoje žen ke kojení, jejich chování během kojení a posouzení vybraných faktorů, zdali ovlivňují délku kojení. Při plnění tohoto cíle jsem se opírala o data získaná z průzkumu mezi ženami, které mají s kojením zkušenosti, a o teoretickou část práce.

Pro výzkumné šetření jsem zvolila formu anonymního dotazníku. Výzkumné šetření bylo prováděno mezi ženami, které ukončily alespoň jedno celkové kojení, na Blanensku.

Pro svoji práci jsem nezvolila formu výzkumu se směrodatnými údaji, ale jen formu sondy mezi kojícími ženami. Ale i z této sondy vzešly zajímavé údaje. Udává se, že v České republice i jiných vyspělých zemích délka kojení není zcela dostačující. Avšak na otázku o délce kojení v mém výzkumném šetření uvedlo téměř 53 % žen, že plně kojilo do 6. měsíce, kdy začaly podávat nemléčnou stravu, a téměř 24 % kojilo ještě déle, nejdéle však do jednoho roku. Ale zároveň téměř 42 % respondentů uvedlo ukončení celkového kojení mezi 7. – 12. měsícem. A jen necelých 17 % ukončilo celkové kojení do 2. roku dítěte i déle, jak zní doporučení WHO.

Délku kojení jsem porovnávala s vybranými faktory, které by mohly ovlivnit délku jak plného tak celkového kojení. Porovnávala jsem délku výlučného kojení a bydliště matky a vzdělání matky, dále celkovou délku kojení jsem porovnávala s obdobím, kdy začaly matky podávat nemléčnou stravu, s užíváním farmaceutických preparátů v průběhu laktace a nakonec se získáním prvotních informací o kojení. Při porovnávání údajů jsem zjistila, že ženy na vesnici jsou pozitivně diskriminovány v délce plného kojení a to téměř o 2 měsíce. Vyšší úroveň vzdělání pozitivně ovlivňuje celkovou délku kojení. Stejně tak doba, kdy žena začíná dítě přikrmovat nemléčnou stravou. Děti, kterým je podána nemléčná strava v 6. měsíci nebo později, jsou kojeny celkově déle než děti, které začaly být nemléčnou stravou krmeny před 6. měsícem věku. Při porovnávání délky kojení a

užívání léků během laktace nebo zdroje informací o kojení nepotvrdily, že by ovlivňovaly celkovou délku kojení.

Přestože se výzkumu nezúčastnil reprezentativní vzorek matek, podávají zjištěné údaje alespoň základní informace a vzhled do problematiky kojení.

Analýza výsledků dokazuje, že projekty na podporu kojení mají své opodstatnění a pozitivně ovlivňují přístup žen ke kojení.

7. SOUHRN

V bakalářské práci je stručně charakterizovaná výživa mateřským mlékem a problematika kojení.

Bylo provedeno sociologické šetření u matek, které mají zkušenost s kojením. Cílem práce bylo zjistit aktuální přístupy žen ke kojení a faktory, které na kojení působí, v porovnání s doporučeními WHO.

Dotazníkovou metodou byl proveden vlastní výzkum u cílové skupiny matek v regionu Blansko. Vlastní výzkum proběhl v mateřských centrech a v poradně laktační poradkyně. Sociologického šetření se zúčastnilo 51 matek dětí různého věku.

SUMMARY

The work is briefly characterized the breast milk feeding and the feeding problems. Sociological survey was conducted in the mothers who have experience with the breastfeeding. The objective was to determine the current approaches to the breastfeeding women and the factors that work to breastfeed, compared with the WHO recommendations.

Questionnaire method was conducted its own research among the target group of mothers in the region of Blansko. The actual research was carried out in the nursery centers and the counseling lactation consultant. Sociological survey was 51 mothers of children of different ages.

8. POUŽITÉ ZDROJE

1. GREGORA, M., ZÁKOSTELECKÁ, D. *Jídelníček kojenců a malých dětí: kojení a umělé mléko, nemléčné příkrmy, dětská obezita, vegetariánské stravování*. 2. vydání. Praha: Grada 2009. ISBN 978-80-247-2716-5
2. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vydání Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369
3. KLIMOVÁ, A., BRÁZDOVÁ, Z., MYDLINOVÁ, A., PAULOVÁ, M., SCHNEIDROVÁ, D., ŠULCOVÁ, E. *Kojení – dar pro život*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-490-8
4. MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 1. vydání. Praha: UK, Karolinum, 2008. ISBN 978-80-7184-867-7
5. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0870-1
6. NEVORAL, J., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. ISBN 978-80-7071-286-3
7. NOVOTNÝ, I., HRUŠKA, M. *Biologie člověka pro gymnázia*. 3. vydání. Praha: FORTUNA, 2003. ISBN 80-7168-819-3
8. PAULOVÁ, M. *Kojení*. 1. vydání. Praha: Vašut, 2000. ISBN 80-7236-194-5
9. POKORNÁ, J., BŘEZKOVÁ, V., PRUŠA, T. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. 1. vydání. Brno: ERA group spol. s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7366-136-6
10. SCHNEIDROVÁ, D. *Podpora kojení a stav výživy kojenců v ČR na konci 90. let*. 1. vydání. Praha: UK, Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0920-7
11. SCHNEIDROVÁ, D., BRÁZDOVÁ, Z., JIRSOVÁ, E., KLIMOVÁ, A., PAULOVÁ, M. *Kojení: nejčastější problémy a jejich řešení*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1308-X
12. ZAMARSKÁ, J., AUINGEROVÁ, I. *Kojení – praktické rady pro maminky*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-0772-8

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. [on-line] <<http://www.kojeni.cz/doporuceni.php>>[citováno 5. února 2011]
2. [on-line]<http://mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html> [citováno 5. února 2011]
3. [on-line]< <http://www.kojeni.net/clanky2.php> > [citováno 26. února 2011]
4. [on-line]
<http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/2760/vliv_stravy_na_kvalitu_mater_skeho_mleka.html> [citováno 26. února 2011]
5. [on-line] <<http://www.kojeni.cz/10kroku.php>> [citováno 5. února 2011]
6. [on-line] <<http://www.kojeni.cz/texty.php?id=23>> [citováno 5. února 2011]
7. [on-line]
<http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/2760/vliv_stravy_na_kvalitu_mater_skeho_mleka.html> [citováno 27. února 2011]
8. [on-line] <<http://www.9mesicu.cz/vyvoj-anatomie-mlecne-zlazy-zeny>> [citováno 4. března 2011]
9. [on-line]
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Ml%C3%A9%C4%8Dn%C3%A1_%C5%BE%C3%A1za> [citováno 4. března 2011]
- 10.[on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=19>> [citováno 10. března 2011]
- 11.[on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=18>> [citováno 10. března 2011]
- 12.[on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=20>> [citováno 10. března 2011]
- 13.[on-line] <<http://kojeni.cz/texty.php?id=21>> [citováno 10. března 2011]

9. PŘÍLOHY

DOTAZNÍK K VÝZKUMNÉMU ŠETŘENÍ

DOTAZNÍK PRO MAMINKY, KTERÉ KOJILY

Milé maminky,

jmenuji se Marie Schinkeová a jsem studentkou Pedagogické fakulty v Olomouci.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a poslouží k mé bakalářské práci na téma: Problematika kojení a podmínky pro kojení.

Děkuji Vám za Váš čas a pravdivé vyplnění.

Odpověď bud' zakroužkujte, nebo napište. (odpovězte vždy jen jednou odpovědí)

1. **Váš věk?**
2. **Vaše nejmladší dítě je ve věku, je v pořadí Vaším 1. / 2. / 3. / 4. / 5. dítětem?**
3. **Vaše dítě je více početného těhotenství?** 1/ 2/ 3 čata
4. **Místo bydliště:** město/vesnice
5. **Váš rodinný stav?**
 - a) svobodná
 - b) vdaná
 - c) rozvedená
 - d) v partnerském soužití
6. **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 - a) základní
 - b) SŠ bez maturity
 - c) SŠ s maturitou
 - d) VOŠ
 - e) vysokoškolské
7. **Do kolika měsíců věku dítěte jste plně kojila?**
8. **Jaká poloha při kojení dítěte Vám nejvíce vyhovovala?**
 - a) vleže,
 - b) vsedě - poloha tanečnicka,
 - c) vsedě v náručí „kolébka“
 - d) vsedě - boční fotbalové držení
 - e) polohy jsem střídala
9. **Používala jste při kojení kojící polštář?**
ANO – NE

10. Kde jste získala prvotní informace o kojení?

- a) v porodnici
- b) v přípravném kurzu
- c) z knih, internetu
- d) od kamarádek, které již mají zkušenosti
- e) jinde, uveďte

11. Na koho jste se obracela v případě problémů s kojením?

- a) pediatr
- b) kamarádka
- c) maminka
- d) laktační poradce
- e) porodní asistentka
- f) někdo jiný, uveďte

12. Podávala jste dítěti v průběhu plného kojení jinou tekutinu než mateřské mléko?

ANO – NE (Jakou?)

13. Dokrmovala jste umělým mlékem?

ANO – NE

(Z jakého důvodu?)

14. V kolika měsících věku dítěte jste začala podávat nemléčný příkrm?

- a) do 4. měsíce
- b) v 6. měsíci
- c) později, uveďte měsíc

15. Do kolika měsíců jste kojila s podáváním nemléčných příkrmů?

16. Napište, co bylo impulzem k ukončení kojení?

.....
.....
.....

17. V dnešní době je silná propagace kojení, jaký na to máte názor? Není tím vytvářen nátlak na maminky?

.....
.....

18. Kouřila jste během kojení?

ANO – NE

(Jestli ano kolik cigaret za den?)

19. Užívala jste během kojení nějaké léky?

ANO – NE

- a) na předpis lékaře, který byl informován o tom, že kojím
- b) na předpis lékaře, který nebyl informován o tom, že kojím
- c) léky bez předpisu jsem užívala bez konzultace s lékařem

20. Konzumovala jste kávu (s kofeinem) nebo čaj během kojení?

ANO – NE

(Jestli ano kolik šálků denně?)

21. Užívala jste alkoholové nápoje během kojení?

ANO - NE

(Jestli ano v jaké míře?)

.....

22. Jak se k Vašemu kojení stavěla rodina?

- a) podporovali mě
- b) bylo jim to jedno
- c) nepodporovali mě
- d) jiná odpověď, napište

.....

23. Vyhledávala jste při kojení klidné prostředí a soukromí?

ANO – NE

24. Kojila jste někdy na veřejnosti?

ANO – NE

(Jestli ano jak jste se cítila?).....

25. Měla péče o rodinu (další děti, partner apod.) vliv kojení Vašeho dítěte (nesoustředěnost, vyrušování, nedostatek času apod.)?

ANO – NE

(Jestli ano co bylo příčinou?)

.....

.....

....

26. Proč jste si vybrala mateřské mléko jako výživu Vašeho dítěte? Jak se Vám dařilo kojit? Jak jste se při kojení cítila? Chybí vám společné chvíle strávené společně s Vaším dítětem? (prosím vyplňte stručně a pravdivě)

.....

.....

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Marie Schinkeová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Kojení a faktory ovlivňující jeho délku
Název v angličtině:	The Breastfeeding and the Faktors Affecting its Lenght
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na problematiku výživy mateřským mlékem a kojení. Cílem bakalářské práce je zjistit aktuální přístupy ke kojení a jejich chování během kojení s ohledem na současná doporučení různých institucí.
Klíčová slova:	Výživa, kojení, mateřské mléko, laktace, problémy při kojení, kontraindikace kojení, rizikové látky
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis is focused on the issue of nutrition in breast milk and breastfeeding. The aim of this work is to determine current attitudes to breastfeeding and their behavior during breastfeeding with regard to the current recommendations by various institutions.
Klíčová slova v angličtině:	Nutrition, breastfeeding, breast milk, lactation, breast-feeding problems, contraindications to breastfeeding
Přílohy vázané v práci:	Dotazník k výzkumnému šetření
Rozsah práce:	47 stran
Jazyk práce:	Český