



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Edukace matek sestrami o kojení u praktického lékaře
pro děti a dorost**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PEDIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Aneta Beňová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Edukace matek sestrami o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5. 2024

.....

Aneta Beňová

Poděkování

Děkuji mé vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za cenné rady a připomínky při vypracování bakalářské práce.

Edukace matek sestrami o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost

Abstrakt

Úvod:

Tato bakalářská práce se zabývá edukací matek o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost. Mateřské mléko je nejpřirozenější strava pro dítě v případě, že matka má správnou životosprávu. Rovněž obsahuje všechny podstatné vitamíny, živiny a minerální látky, které dítě potřebuje ke zdravému vývoji. Kojení je složitý proces a matky jsou propouštěny do domácího prostředí velmi brzy, tudíž je málo času na edukaci v rámci hospitalizace. Po propuštění z porodnice je předáván edukační proces o novorozenci dětské sestře a praktickému lékaři pro děti a dorost, který zahrnuje i kojení. Cílem edukace je, aby matka byla informována jak o teoretických poznatcích, tak i o vhodných praktických postupech o kojení.

Cíle práce:

Prvním cílem bylo zjistit, jak sestry u praktického lékaře pro děti a dorost edukují matky o kojení. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou matky spokojeny s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost.

Výsledky:

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry nejčastěji edukují matky slovní, praktickou a písemnou metodou. Matky jsou nejčastěji edukovány při preventivních prohlídkách dítěte, v kojeneckých poradnách anebo individuálně dle potřeby matky. Dále z výzkumu vyplynulo, že matky M1, M2, M3 a M6 nebyly spokojeny s edukací. Poté z výzkumu vyplynulo, že reedukace matek, které mají druhé dítě chybí anebo je nedostačující, protože sestry předpokládají, že vše již umí, ale matkám M9 a M10 to tak vyhovovalo. Vystačila jim poskytnutá jistota od sester. Informantka M11 nebyla edukována a matka M5 byla částečně edukována. Dále z výzkumu vyplývá, že matky M7 a M8 byly spokojeny s edukací sestrou v oblasti kojení a matka M4 svoji edukaci hodnotí jako dostačující.

Závěr:

Z našeho výzkumu vyplývá, že existují rozdíly v tvrzeních obou výzkumných skupin ohledně edukace matek sestrou u praktického lékaře pro děti a dorost. Tato záležitost by měla být nadále řešena, aby se předešlo negativním zkušenostem s edukací sestrou o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost, a aby více matek pokračovala v kojení po propuštění z nemocnice. Tato bakalářská práce může přispět ke zkvalitnění edukace matek sestrami o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost a její výsledky budou prezentovány na konferenci Laktační ligy.

Klíčová slova

Edukace; sestra; matka; dítě; kojení; mateřské mléko; praktický lékař pro děti a dorost

Education of mothers about breastfeeding at the general practitioner for children and adolescents

Abstract

Introduction:

This bachelor's thesis is concerned with maternal breastfeeding education in a general practitioner for children and adolescents. Breast milk is the most natural food for the baby if the mother has a proper lifestyle. It also contains all the essential vitamins, nutrients and minerals that a baby needs for healthy development. Breastfeeding is a complex process and mothers are discharged to the home environment very early, thus there is little time for education during hospitalization. After discharge from the hospital, the educational process about the newborn is passed on to the paediatric nurse and the paediatric and adolescent general practitioner, which includes breastfeeding.

The aim of the education is that the mother is informed about both theoretical knowledge and appropriate practical practices about breastfeeding.

Objectives:

The first objective was to find out how nurses at the general practitioner for children and adolescents educate mothers about breastfeeding. The second aim was to find out how mothers are satisfied with the education provided by the nurse practitioner for children and adolescents.

Results:

The study revealed that nurses most often educate mothers using verbal, practical and written methods. Mothers are most often educated during preventive check-ups, in the nursing clinics or individually according to the mother's needs. Furthermore, the research showed that M1, M2, M3 and M6 mothers were not satisfied with the education. Then, the research showed that re-education for mothers who have a second child is lacking or insufficient because the nurses assume that they already know everything, but M9 and M10 mothers were satisfied. The reassurance given to them by the nurses was sufficient.

Informant M11 was not educated and mother M5 was partially educated. Further, the research shows that mothers M7 and M8 were satisfied with the nurse's breastfeeding education and mother M4 rated her education as sufficient.

Conclusion:

Our research shows that there are differences in the statements of the two research groups regarding maternal education by the nurse at the GP for children and adolescents. This issue should be further addressed to avoid negative experiences of nurse education about breastfeeding at the paediatric and adolescent GP, and to ensure that more mothers continue breastfeeding after discharge from hospital. This undergraduate thesis can contribute to improving maternal breastfeeding education by nurses at the GP for children and adolescents and the results will be presented at the Lactation League conference.

Key words

Education; nurse; mother; child; breastfeeding; breast milk; general practitioner for children and adolescents

Obsah

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 KOJENÍ.....	11
1.1.1 Význam kojení pro dítě	12
1.1.2 Význam kojení pro matku.....	12
1.1.3 Význam kojení pro vztahovou vazbu.....	13
1.1.4 Kontraindikace kojení.....	14
1.2 MATEŘSKÉ MLÉKO.....	15
1.2.1 Vývoj mateřského mléka	15
1.2.2 Složení mateřského mléka.....	15
1.3 TECHNIKA KOJENÍ.....	18
1.4 KOJÍCÍ POLOHY	18
1.4.1 Znamky správné vzájemné polohy matky a dítěte.....	20
1.5 OBTÍŽE (PROBLÉMY) PŘI KOJENÍ	20
1.5.1 Obtíže ze strany matky	20
1.6 OBTÍŽE ZE STRANY DÍTĚTE.....	23
1.7 POMŮCKY KE KOJENÍ	24
1.8 EDUKACE.....	25
1.8.1 Dělení edukace.....	25
1.8.2 Didaktika v ošetrovatelství a její zásady.....	26
1.8.3 Důležité pojmy v edukaci	26
1.8.4 Formy edukace.....	27
1.8.5 Metody edukace	28
1.8.6 Edukační proces.....	29
1.8.7 Bariéry v edukaci.....	30
1.9 PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST	30
1.9.1 Úloha sestry v ordinaci praktického lékaře.....	31
1.9.2 Edukace – kompetence dětské sestry	31
1.9.3 Kojení v pediatrické ordinaci	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
2.1 CÍLE PRÁCE.....	32

2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
3	METODIKA.....	33
3.1	POUŽITÉ VÝZKUMNÉ METODY	33
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	34
4	VÝSLEDKY	37
4.1	KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ Z ROZHOVORŮ SE SESTRAMI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	37
	4.1.1 <i>Kategorie 1 Edukace o kojení sestrami u praktického lékaře pro děti a dorost</i> 37	
	4.1.2 <i>Kategorie 2 Vzdělávání sester u PLDD v oblasti kojení a spolupráce s laktační poradkyní.....</i>	40
4.2	KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ Z ROZHOVORŮ S KOJÍCÍMI MATKAMI	41
	4.2.1 <i>Kategorie 1 Edukace o kojení sestrami u praktického lékaře pro děti a dorost z pohledu matek</i>	41
5	DISKUSE.....	47
6	ZÁVĚR	52
7	LITERÁRNÍ ZDROJE	54
8	PŘÍLOHY.....	58
8.1	SEZNAM PŘÍLOH.....	58
9	SEZNAM ZKRATEK	66

Úvod

Mateřské mléko je nejpřirozenější strava pro dítě, jelikož poskytuje optimální výživu, ochranu před infekcemi a podporuje imunitní systém v případě, že matka má správnou životosprávu. Rovněž obsahuje všechny podstatné vitamíny, živiny a minerály, které dítě potřebuje ke zdravému vývoji. Kojení je složitý proces a matky jsou propouštěny do domácího prostředí velmi brzy. Z toho důvodu je málo času na edukaci v rámci hospitalizace. Po propuštění z porodnice se předává edukační proces o novorozence dětské sestře a praktickému lékaři pro děti a dorost, který zahrnuje i kojení. Když není matkám poskytnuta dostatečná podpora a edukace v oblasti kojení, často se rozhodují převést své dítě na umělou výživu během několika dní či týdnů po porodu. Avšak tato náhradní výživa nikdy nenahradí složení mateřského mléka během prvních šesti měsíců života. Cílem edukace je, aby matka byla informována jak o teoretických poznatcích, tak i o výhodných praktických postupech o kojení.

Tato práce se ve své teoretické části zaměřuje na výhody kojení pro dítě a kojící matku. Dále se zabývá složením mateřského mléka, technikami kojení přes obtíže, které mohou nastat při kojení, kojícími pomůckami až po samotnou edukaci. V praktické části této práce se zabývám výzkumem, jehož cílem je zjistit, jak sestry u praktického lékaře pro děti a dorost edukují matky o kojení a zároveň zjišťují, jak matky byly edukovány sestrami. Budou zde zkoumány faktory ovlivňující edukaci matky o úspěšném kojení.

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem byla sama součástí příkladné edukace o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost během mé praxe na škole a zajímalo mě, zda takhle příkladně edukují i ostatní sestry u praktického lékaře pro děti a dorost.

1 Současný stav

1.1 Kojení

Kojení je fyziologický, obvyklý a nenahraditelný způsob výživy dítěte. Mateřské mléko je nejvhodnějším zdrojem výživy pro dítě a má prokázané zdravotní přínosy pro kojence. Světová zdravotnická organizace doporučuje výlučné kojení v prvních 6 měsících a pokračující kojení do věku 2 let a déle k dosažení všech zdravotních přínosů. V současné době ve světě prevalence výlučného kojení ve věku 0-6 měsíců nepřesahuje 38 %. To nedosahuje ke globálnímu cíli Světového shromáždění pro zdraví v oblasti výživy do roku 2025, který požadoval nárůst globálního podílu výlučného kojení v prvních 6 měsících života na nejméně 50 % (Mazúchová et. al., 2022). Průzkum z roku 2021, který provedl Nielsen IQve ve spolupráci s Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP vyplynulo, že po propuštění z porodnice je kojeno v průměru 93 % novorozenců a v 6 měsících ještě 63 % z nich (Mydlilová, 2023).

Je potřeba zdůraznit, že kojení je prospěšné pro zdraví matek a dětí v krátkodobém i dlouhodobém horizontu a vylepšuje jejich kvalitu života (Govoni et al., 2019). Govoni et al. (2019) upozorňuje na důležitost výhradního a dlouhodobého kojení při podpoře zdraví s pozitivními dopady ve smyslu fyzického, psychologického, sociálního a hospodářského blaha matek, dětí, rodin, komunity a systému zdravotní péče. Brzké zahájení kojení v první hodině života tvoří základ pro ideální kojení, ulehčuje emoční spojení matky a novorozence a má pozitivní efekt na trvání výlučného kojení. Kojení má souvislost s nižšími mírami onemocnění u dětí a je zároveň obrovským potenciálním ekonomickým a environmentálním přínosem pro společnost (Mazúchová et al., 2022).

V minulosti se termín „přirozená výživa“ používal i pro situace, kdy žena kojila dítě, které nebylo jejím vlastním potomkem. V historii se objevují zmínky o tzv. kojné praxi, která byla v minulosti v naší společnosti podporována. Avšak v souvislosti s odhalením možnosti přenosu některých infekčních chorob, jako je AIDS nebo hepatitida, se tento způsob výživy nyní nedoporučuje (Velemínský, Šimková 2020).

1.1.1 Význam kojení pro dítě

Pro vývoj zdravého dítěte má dlouhodobé kojení mnoho benefitů, což potvrzují mnohé systematické přehledové studie a metaanalýzy. Rozsáhlé studie prokázaly, že mateřské mléko obsahuje spoustu bioaktivních látek, které modifikují funkci gastrointestinálního traktu, imunitního systému a při vývoji mozku (Mazúchová et al., 2022). Nedávné studie nastínily, že mateřské mléko dále zmírňuje kojenecké programování pozdních metabolických onemocnění, především chrání před obezitou a cukrovkou 2. typu (Martin et al., 2016).

Mezi další výhody pro kojence patří, že mateřské mléko snižuje riziko atopické dermatitidy, zánětu středního ucha a infekčních onemocnění (Muntau, 2014). Analýza více studií ukázala, že kojení má ochranný účinek před výskytem některých dětských nádorů, včetně akutní lymfoblastické leukémie, Hodgkinovy choroby a neuroblastomu (Palmeira, Sampaio, 2016).

Mateřské mléko je tedy považováno za nejlepší výživu. Je přirozené, lehce stravitelné, má ideální teplotu a je nezbytné pro optimální růst a vývoj kojence. Mateřské mléko je složena ze sacharidů, lipidů, proteinů, z množství enzymů, imunoglobulinů, leukocytů a látek, které představují velký benefit pro imunitní systém kojence (Mazúchová et al., 2022).

Bylo prokázáno, že kojenci, kteří byli výlučně kojeni 4 měsíce a více, měli celkově snížené riziko hospitalizace v důsledku infekcí dolních dýchacích cest v porovnání s kojenci, kteří dostávali umělou výživu (Mazúchová et al., 2022). Kojení tak umožňuje nepřetržitou expozici imunitního systému matky během klíčového období několika měsíců života kojence, kdy se jeho imunitní systém stále vyvíjí. V současné době je kojení v doporučováno jako primární prevence alergických onemocnění včetně potravinové alergie (Järvinen, 2019).

1.1.2 Význam kojení pro matku

Kojení má také pozitivní dopad na zdraví matky. Napomáhá tělu postupnými hormonálními a fyziologickými změnami k zotavování z gravidity. Během laktace se uvolňuje oxytocin, který ovlivňuje hladké svaly dělohy. U kojících žen probíhá involuce dělohy rychleji a lochie odcházejí plynuleji. Po porodu oxytocin kontrahuje dělohu a tím redukuje krvácení (Mazúchová et al., 2022).

Mezi další výhody pro matku patří snížení pravděpodobnosti výskytu rakoviny prsu a vaječníků, kardiometabolických onemocnění například diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění (Westerfield et al., 2018). Dále pomáhá proti poporodním depresím, revmatoidní artritidě, snížení stresu a úzkosti, snížení hmotnosti a zlepšení image těla (Mazúchová et al., 2022).

1.1.3 Význam kojení pro vztahovou vazbu

Vztahová vazba představuje citový vztah mezi matkou a jejím dítětem, který je založen na vzájemné interakci. Tuto spojitost lze také popsat jako tendenci kojenců k vytváření pevného pouta s konkrétní osobou, která o něj pečuje. Vytváření vztahové vazby mezi matkou a dítětem začíná již v období gravidity a dále pokračuje po narození (Mazúchová et al., 2022).

Vzhledem k tomu, že v počátečních fázích vytváření vztahového pouta je kontakt mezi matkou a dítětem zajišťován hlavně jejich fyzickou blízkostí, je pravidelné kojení jedním z klíčových faktorů podporujících tuto vzájemnou vazbu. Proto se klade během první hodiny po porodu důraz na kontakt skin to skin mezi matkou a dítětem a na první samo přisátí novorozence. Kojení poskytuje blízký kontakt kůže na kůži, častý dotek matky, větší množství stráveného společného času mezi matkou a dítětem. Navíc také souvisí se zvýšenou citlivostí a pozorností matky vůči dítěti (Brennan, 2023).

Kojení má kromě těchto aspektů má také spojitost s uvolňováním hormonů oxytocinu a prolaktinu. Prolaktin je produkován buňkami předního laloku hypofýzy. Jeho účinky zahrnují podporu růstu prsní žlázy a regulaci produkce mléka během období kojení. Jeho koncentrace stoupá v reakci na sání a mechanické podněty v oblasti bradavky. Často je nazýván hormonem péče, porozumění a formování vztahů (Bayer, 2011).

Oxytocin je uvolňován z neurohypofýzy a hraje klíčovou roli ve vytváření vztahu mezi matkou a dítětem. Často bývá označován jako hormon důvěry a lásky a má schopnost tlumit obavy z podvodu a zklamání. Kromě toho ovlivňuje svinování dělohy a stimuluje uvolňování mléka prostřednictvím myoepiteliálních buněk v bradavce. Jeho produkce klesá vlivem stresu, což může vést k omezení množství mléka (Bayer, 2011).

Kojení je zpravidla prováděno na základě potřeb dítěte, a nikoli podle časového harmonogramu, což matce dává možnost lépe reagovat na projevy svého dítěte. Tímto způsobem se rozvíjí schopnost empatie matky vůči dítěti a posiluje se vazba mezi nimi. Studie prokázaly, že matky, které zahájily kojení, měly vyšší míru bezpečného připoutání k dítěti ve srovnání se ženami, které kojení nezačaly (Mazúchová et al., 2022).

1.1.4 Kontraindikace kojení

Kojení je kontraindikováno u dětí, které trpí galaktosémií. Tato vrozená porucha metabolismu sacharidů je charakterizována neschopností zpracovávat galaktózu, což je cukr obsažený v mléce (hlavní zdroj výživy kojenců) a přeměnit ji na glukózu, kterou tělo využívá jako primární zdroj energie (Succoio, et al., 2022). U dětí s fenylketonurií je možné částečně kojít, protože mateřské mléko obsahuje nízké množství fenylalaninu. Je však nezbytné pravidelně sledovat hladinu fenylalaninu u dítěte (Dort, et al., 2013).

Z infekčních onemocnění představují kontraindikaci kojení ze strany matky infekce HIV, ačkoli v rozvojových zemích není vzhledem k riziku malnutrice absolutní kontraindikací. Riziko přenosu infekce je proměnlivé v závislosti na dalších faktorech jako je typ viru, fáze infekce, terapie a kolísá mezi 5–20 %. V případě aktivní neléčené tuberkulózy je kojení též kontraindikováno. V minulosti byla za kontraindikaci kojení považována hepatitida B, avšak při podání hyperimunního globulinu a následné vakcinace proti hepatitidě B však již toto onemocnění kontraindikaci nepředstavuje (Fencl, 2019).

Dále může být kojení kontraindikováno u závažných onemocnění matky, jako je srdeční selhání, vážné onemocnění ledvin, jater nebo plic. V některých vzácných případech jsou to psychózy nebo těžké poporodní deprese (Fendrychová et al., 2021).

Škodlivé látky např. zneužívání alkoholu (nepatří sem příležitostné požití alkoholu s 2hodinovým odstupem od dalšího kojení), nikotinu, léků a drog matkou může vést prostřednictvím mateřského mléka k zátěži kojeného dítěte (Ondriová et al., 2017).

Většina léků se do mateřského mléka dostává jen ve velmi malém množství, avšak některé z nich mohou mít negativní vliv na dítě. Léky kontraindikované během kojení zahrnují cytostatika, tyreostatika, radiofarmaka, lithium a námelové preparáty. Do této kategorie jsou zahrnuta také imunosupresiva. Po dočasném přerušení užívání léků, které jsou kontraindikovány v průběhu kojení, je možné kojení obnovit. Existuje

také skupina léků, které jsou relativně kontraindikovány, a jejich účinky na dítě se projevují pouze při dlouhodobém užívání ve vyšších dávkách. Do této skupiny spadají sulfonamidy, chloramfenikol, estrogeny, diuretika, antiepileptika a sedativa. Při užívání těchto léků matkou je nezbytné dítě stále sledovat (Fendrychová et al., 2021).

Vegetariánská či veganská strava matky nese značné riziko nebezpečí především nedostatku vitamínu B12 pro dítě. Vzhledem k jeho větším zásobám v játrech se objevují příznaky u matky později a často je postiženo 2. až 3. dítě. U takového kojeného dítěte dochází prvních měsících k rozvoji syndromu z nedostatku vitamínu B12 se závažnými, nejméně v 1/3 ireverzibilními změnami mozku – s generalizovanou atrofií. Dalším potenciálním nebezpečím vegetariánské stravy u kojící matky je nedostatek alimentárního železa a kyseliny listové (Muntau, 2014).

1.2 Mateřské mléko

1.2.1 Vývoj mateřského mléka

Počáteční mateřské mléko se nazývá kolostrum neboli mlezivo. Kolostrum je žluté, husté, snadno stravitelné a obsahuje vyšší množství bílkovin a protilátek. I přesto, že je ho málo, zcela odpovídá potřebám nezralého organismu dítěte a je plně dostačující až do doby, než se objeví zralé mléko. Taktéž pomáhá při vyloučení první stolice tzv. smolky. Po dvou dnech se kolostrum začne postupně transformovat na mléko přechodné a koncem druhého týdne se začíná měnit v mléko zralé, které má průsvitnou bledě modrou barvu (Velemínský, Velemínský, 2017).

1.2.2 Složení mateřského mléka

Mateřské mléko je nesmírně komplexní a velmi proměnlivá tekutina, která se vyvíjela po tisíciletí, aby kojence vyživovala a chránila jej před nemocemi, zatímco jejich vlastní imunitní systém postupně dozrává (Andreas, Kampmann, Mehring Le-Doare, 2015).

Složení mateřského mléka podléhá změnám v průběhu vývoje laktace a i v průběhu jednoho kojení. V prvních dnech života se vytváří kolostrum – mlezivo. Jeho objem je menší, obsahuje méně sacharidů a lipidů, a naopak obsahuje více proteinů než zralé mléko. V dalších dnech je produkováno přechodné mateřské mléko, zatímco tvorba plně zralého mateřského mléka začíná ve druhé polovině druhého týdne po porodu.

Zralé mateřské mléko má z hlediska výživy a nutričních potřeb dítěte ideální složení, je snadno stravitelné a vstřebatelné. Mateřské mléko obsahuje přibližně 90% vody a základní živiny (sacharidy, proteiny, lipidy). Kromě toho obsahuje elektrolyty, minerály, vitamíny, stopové prvky, ale i buněčné komponenty a živé buňky (neutrofilny, lymfocyty). Řada složek mateřského mléka je však jedinečná a nenapodobitelná např. imunoglobuliny, cytokininy, růstové faktory, hormony a buněčná komponenta. Osmolarita mateřského mléka odpovídá osmolaritě plazmy (Fencel, 2019). Zralé přední mateřské mléko má bílou až namodralou barvu a obsahuje hlavně vodu a cukr. Naopak zadní mateřské mléko je bílé, husté a obsahuje více bílkovin a tuku. Barva mléka se obvykle mění v závislosti na stravování matky (Kachlová et al., 2022).

Bílkoviny – obsah bílkovin v MM je přibližně 1 g / 100 ml. Hlavními složkami bílkovin je syrovátka a kasein, přičemž syrovátka tvoří přibližně 60 % všech bílkovin a obsahuje mnoho esenciálních aminokyselin. Poměr syrovátky a kaseinu je 70:30, což umožňuje snadnou stravitelnost bílkovin v mateřském mléce. MM dále obsahuje bílkovinu nazývanou alfa-laktalbumin. V porovnání s kravským mlékem obsahuje mateřské mléko dvakrát více cysteinu. Mateřské mléko obsahuje relativně málo tyrosinu a fenylalaninu, pravděpodobně kvůli nedostatečné schopnosti tyto aminokyseliny metabolizovat. V mateřském mléce je velmi vysoký podíl neproteinového dusíku – volné aminokyseliny, urea, kreatin, kreatinin, kyselina močová a amoniak. Mateřské mléko obsahuje větší množství taurinu než kravské mléko a jeho nedostatek může vést k dysfunkci oční sítnice. Na začátku laktace je obsah bílkovin výrazně vyšší. Snížení obsahu bílkovin může odrážet klesající potřebu kojence nebo může být pouze důsledkem dozrávání mléčné žlázy. Bílkoviny laktoferin, sekreční IgA a lysozym mají významný přínos pro imunitní systém. Laktoferin brání růstu koliformních bakterií a kvasinek v gastrointestinálním traktu, zatímco sekreční IgA chrání sliznici dýchacího a trávicího traktu a lysozym podporuje laktobacilární střevní flóru a působí protizánětlivě (Velemínský, Šimková 2020).

Sacharidy – hlavní složkou mateřského mléka je laktóza. Kromě ní obsahuje mléko také oligosacharidy, které obsahují galaktózu. Oligosacharidy se nerozkládají na enzymy v gastrointestinálním traktu a plní funkci probiotik, což znamená, že slouží jako podpora růstu bifidobakterií.

Bakteriální flóra kojených dětí má ochrannou funkci proti infekcím a má důležitou pozici ve vývoji imunitního systému. Obsah 7 g / 100 ml mléka hraje 40 % energetické spotřeby kojence. Beta–laktóza, která se štěpí pomaleji než alfa–laktóza, se díky tomu dostává až do tlustého střeva, kde společně vytvářejí prostředí příznivé pro *Lactobacillus bifidus*. Laktóza a přirozená bakteriální mikroflóra podporují vstřebávání vápníku a železa a chrání kojené dítě před střevními infekcemi (Stožický, Sýkora a kol., 2015).

Tuky – obsah tuků 3, 8–4, 5 g / 100 ml v MM zajišťuje 50% energetické potřeby dítěte. Jejich množství v mléce závisí na mnoha faktorech, jako je věk matky, tělesná kompozice, váhový přírůstek v graviditě i délka kojení. Přední mléko obsahuje více vody a laktózy, zatímco zadní mléko obsahuje více tuků. Tuková složka mateřského mléka se skládá z 98 % z triacylglycerolů, dále z lipidů, cholesterolu a mastných kyselin s různou délkou řetězce. Obsah mastných kyselin je ovlivněn stravou matky. Nasycené mastné kyseliny s dlouhými řetězci jsou důležité pro fyziologický vývoj centrální nervové soustavy, sítnice a tvorbu myelinových obalů (Procházková, Kapounová, 2021).

Vitamíny – obsah vitamínů rozpustných ve vodě (vitamín B a vitamín C) se mění dle příjmu matkou, obvykle je jejich množství dostatečné. Naopak u vitamínů rozpustných v tucích je to odlišné.

Vitamín A – obsah vitaminu A v mateřském mléce je podstatně vyšší než v kravském mléce, především v kolostru.

Vitamín D – jeho množství je v mateřském mléce velmi nízké. U všech miminek se od druhého týdne života preventivně podává vitamin D v dávce 500IU denně během celého prvního roku života a následně v průběhu zimních měsíců ve druhém roce života.

Vitamín K– obsah vitaminu K je vysoký v kolostru, postupně však klesá. Po dvou týdnech ho začínají tvořit bakterie ve střevě (Velemínský, Šimková 2020).

Minerály – mateřské mléko obsahuje výrazně méně hlavních minerálů (K, Cl, Ca, P, Na, Mg) než kravské mléko. MM má zpočátku výrazně vyšší koncentraci sodíku než zralé mléko.

Dobrá vstřebatelnost vápníku z mateřského mléka je ovlivněna poměrem k fosforu 2:1 a dále MM poskytuje dostatečný příjem vápníku v prvních šesti měsících, poté je nutná jeho dodávka například formou bílého jogurtu (Velemínský, Šimková 2020).

Stopové prvky – železo a další minerály jsou v mateřském mléce lépe dostupné než v kravském mléce. Železo je z mateřského mléka vstřebatelné až ze 70 %. Nicméně je ovšem nezbytné po šesti měsících výlučného kojení železo dodávat dítěti skrz například maso, žloutek, fortifikované cereálie (Velemínský, Šimková 2020).

1.3 Technika kojení

Zvládnutí správné techniky kojení představuje klíčový prvek úspěšného kojení. Tato dovednost vyžaduje správnou polohu a správné přísátí dítěte. Doporučuje se, aby dítě leželo na boku s obličejem, hrudníkem, bříškem a koleny směřujícími k matce. Důležitým pravidlem je, že dítě je přikládáno k prsu, ne prs k dítěti. Matka by měla držet prs tak, aby se prsty nedotýkaly prsního dvorce, a zároveň prs podepírá zesponu všemi prsty kromě palce, který má dostatečně vysoko nad dvorcem. Bradavka by měla být ve stejné výšce jako ústa dítěte. Jejím podrážděním úst dítěte se u něj stimuluje hledací reflex a dítě by mělo uchopit nejen bradavku, ale také co největší část dvorce, a to větší část prsního dvorce pod bradavkou než nad ní. Při správném sání by měl dolní ret a jazyk dítěte překrývat oblast pod bradavkou. Špička nosu a brada se musejí dotýkat prsu a zároveň ucho, rameno a kyčel musí být v jedné linii. Důležitým pravidlem je nikdy nepřekládat k prsu křičící dítě (Fendrychová et al., 2021). Účinnost kojení lze objektivně posoudit za pomoci hodnotícího nástroje nazývaného LATCH skóre (viz. Příloha 1). Název tohoto hodnotícího nástroje vychází z počátečních písmen, které jsou posuzovány: L – (latch) technika kojení, efektivita, sání, A – (audible swallowing) polykání, T – (type of nipple) tvar bradavky, C – (comfort) komfort matky, H – (hold) podpora matky, dohled. V každé z těchto oblastí lze přidělit 0 až 2 body. Na podkladě pravidelného hodnocení lze identifikovat překážky, které mohou úspěšnost kojení negativně ovlivnit (Kachlová et al., 2022).

1.4 Kojící polohy

Poloha vleže patří mezi základní polohy při kojení, kdy miminko leží podél boku matky. Matka má umístěn polštář pod hlavou tak, aby poloha hlavy byla souběžně s výši rameny. Její záda jsou lehce prohnutá dozadu a dítě spočívá v ohbí paže. Matka by se neměla

opírat o loket a horní končetina nesmí být zdvižena nad úroveň ramene (Laktační liga, 2007).

Jako další kojící pozici sem můžeme zařadit polohu v sedě. Hlavička dítěte je položená v ohbí paže matky, přičemž předloktí matky podpírá dítěti záda. Matčiny prsty spočívají na hýždích nebo na stehnu výše umístěné dolní končetiny dítěte a zároveň druhou rukou si matka přidržuje prs. Spodní ruka dítěte obepíná pas matky (Laktační liga, 2007).

Fotbalové boční držení dítěte je vhodné pro matky s výraznější prsy nebo plochými bradavkami a také pro ženy, které podstoupily porod císařským řezem (Fendrychová et al., 2021). V této poloze dítě leží na předloktí matky, která rukou podpírá ramínka dítěte, zatímco prsty matky spočívají na hýždích nebo na stehýnku výše umístěné dolní končetiny dítěte. Matčiny prsty dále podpírají hlavičku dítěte a nožky dítěte jsou podél matčina bloku. Chodidla dítěte se nesmí o nic opírat a předloktí matky je podepřeno polštářem (Laktační liga, 2007).

Poloha tanečnicka je vhodná pro nedonošené děti nebo pro děti, které mají potíže s dostatečným přísátím. Dítě spočívá na předloktí matky a její ruka podepírá prs na stejné straně. Tato poloha umožňuje matce při kojení střídat prsy, aniž by musela měnit způsob držení dítěte (Fendrychová, et al., 2021).

Poloha v polosedě s podloženýma nohama je vhodná zejména pro matky po císařském řezu. Miminko leží v ohbí paže nebo na předloktí matčiny paže. Polštář umístěný na břicho matky zmírňuje tlak dítěte na jizvu a polštář podloženými pod koleny podpírá dolní končetiny matky (Laktační liga, 2007).

Poloha vleže na zádech je vhodná pro ženy po císařském řezu a pro děti, které mají problém s přísátím. Matka může snadno a bez větší námahy dítě k prsu přesouvat, aniž by byl vyvíjen tlak na jizvu (Laktační liga, 2007).

Vzpřímená vertikální poloha je vhodná pro nedonošené děti s malou bradou. Matka jednou rukou drží dítě a druhou rukou drží prs. Dítě sedí obkročmo na levé dolní končetině matky, zatímco její pravá ruka podpírá hlavu, krk a tělo dítěte. Levá ruka matky podpírá prs z této strany. Při kojení z pravého prsu podpírá prs pravá ruka, levá poskytuje oporu dítěti (Laktační liga, 2007).

1.4.1 Znamky správné vzájemné polohy matky a dítěte

Matka je relaxovaná a nemá žádné bolesti v oblasti bradavek, ramen, zad a rukou. Prsní tkáň se před ústy dítěte nenapíná a vypuzovací reflex je funkční. Bradavka není poškozená ani oploštěná. Po úspěšném kojení je prs vyprázdněný. Dítě nešpulí rty, nevpadávají mu tváře, sání probíhá dlouhými doušky, dítě nesrká, volně dýchá a špička nosu odtlačuje prsní tkáň (Laktační liga, 2007).

1.5 Obtíže (problémy) při kojení

Během období kojení se mohou objevit běžné problémy související s kojením. Většinou lze těmto obtížím předcházet, a to důkladnou edukací matky o kojení. Důležité je včasné rozpoznání a následné řešení těchto problémů s cílem předejít případnému předčasnému ukončení kojení (Mazúchová et al., 2022).

1.5.1 Obtíže ze strany matky

Iniciální nalití prsou je proces tvorby mateřského mléka, který je doprovázen výrazným prokrvením prsou a hromaděním mateřského mléka v mléčné žláze, v důsledku čehož dochází k otokům prsům. Tento jev se obvykle objevuje druhý až čtvrtý den po porodu, u některých žen i devátý až desátý den po porodu a trvá dva až tři dny (Inštitút podpory dojčenia, 2017). Iniciální nalití prsu může způsobit obtíže při prisávání dítěte k prsu, poranění a bolestivost bradavek, sníženou tvorbu mateřského mléka v důsledku nahromadění MM v mléčné žláze a může vést k dočasnému odstavení od kojení. Mezi symptomy tohoto stavu se řadí bolestivé nalití a otok, napětí a zvýšená citlivost obou prsů a pod kůží jsou patrné rozšířené cévy, prsy jsou zvětšené. Matka může pociťovat teplo v prsou a nahmatat si v nich uzlíky a bulky v důsledku přeplněných alveolů. Dále může být přítomna i zvýšená teplota do 38, 4 °C. Před kojením se doporučují teplé obklady na prs. Použití těchto obkladů podporuje odkapávání mateřského mléka (Mazúchová et al., 2022).

Během prvního týdne od zahájení kojení většina žen pociťuje určitou citlivost bradavek. Pokud však dojde k závažné, trvalé bolesti nebo k bolestem, které přetrvávají mezi krmením, je důležité provést pečlivé vyšetření (Buck et al., 2013). Bolest a poškození bradavek představují jeden z nejběžnějších důvodů, které vedou k předčasnému ukončení kojení. Poškozené bradavky zvyšují riziko mastitidy, potřeby suplementace kojenecké výživy a úzkosti matky. V případě vpáčených bradavek může matka před kojením využít

aplikaci chladu, uchopení a stisknutí bradavky, případně tlak na dvorec, což přispívá k formování bradavek. Provádění správného přiložení dítěte k prsu i správné uchopení prsu, masáže prsů před přiložením dítěte mohou matce usnadnit řešení tohoto problému. Pravidelné kojení přispívá k postupnému formování bradavky (Mazúchová et al., 2022).

Ragády bradavek se projevují narušením povrchové kožní vrstvy bradavek a mohou být doprovázeny infekcí. Matka uvádí bolest při přisátí dítěte, na bradavce a dvorci je pozorována rána, zarudnutí a otok. Doporučuje se, aby matka kojila v takové poloze, aby ragáda byla umístěna v koutku úst, a tudíž nedocházelo k napínání kůže a k jejímu dalšímu poškození (Mazúchová et al., 2022).

Vazospasmus bradavky se projevuje bílou až namodralou bradavkou, přičemž matka pociťuje ostré bodavé bolesti v prsu nejen při kojení, ale bolesti se také vyskytují mezi jednotlivými fázemi, a to hlavně po kojení. Vazospasmus se může zhoršovat vlivem chladu a špatným přisátím (Buck et al., 2013).

Galaktokéla neboli milk blister je bílý nebo čirý puchýř na bradavce, který může být velmi bolestivý. Je způsoben zarostlým mléčným kanálkem, který je uzavřený tenkou vrstvou kůže nebo ucpáním vyústění mléčného kanálku malým množstvím zaslého mléka. Péči o kojení při přítomnosti mléčného puchýře zahrnuje použití teplých obkladů s následným okamžitým přiložením dítěte k prsu, aby puchýř praskl. Před a po odstranění se také doporučuje očištění bradavky dezinfekčním roztokem. Pokud se mléčný puchýř neotevře pomocí této metody, poté je nutná perforace sterilní jehlou (Mazúchová et al., 2022).

Kvasinková infekce představuje onemocnění způsobené přemnožením *Candida albicans*, která je součástí běžné mikroflóry kůže, úst, střev a pochvy. Ke vzniku kandidové infekce v místě bradavky obvykle nastává, pokud má matka kvasinkovou infekci postihující jakoukoliv jinou část jejího těla. Vznik této infekce může být spojen s užíváním antibiotik matkou nebo dítětem, dále užíváním kortikosteroidů nebo antikoncepčních tablet. U matek, které mají onemocnění diabetes mellitus nebo anémii, je také zvýšené riziko vzniku kandidové infekce. Příznaky kvasinkové infekce bradavky a dvorce se projevuje šupinatou, popraskanou kůží v dané oblasti. Matka obvykle popisuje pálivou nebo bodavou bolest během kojení nebo po kojení. Důležité je zkontrolovat ústa dítěte, zda také nemá infekci, která se projeví bílým povlakem na jazyku, na sliznici úst a v okolí hýždí. Dítě může odmítat kojení, protože v průběhu sání nebo polykání mléka pociťuje

bolest. Léčba kvasinkové infekce bradavek spočívá v lokální aplikaci antimykotik. Dále je důležité dodržovat zvýšenou hygienu včetně mytí rukou všech členů v domácnosti. Ve stravě by se měl omezit příjem cukr, bílé mouky a alkoholu. Jako doplňky stravy se doporučuje zařadit česnek, zinek, vitamin B, případně užívání probiotik s obsahem *Lactobacillus acidophilus* (Mazúchová et al., 2022).

Zablokovaný mlékovod vzniká v místech, kde se hromadí mateřské mléko. Nedostatečné vyprázdnění prsu může způsobit uzávěr vývodu mléčné žlázy směsí buněčné drtě a zahuštěného mléka s následným hromaděním mléka a dochází ke vzniku otoku v postižené části mléčné žlázy. Zablokovanému mlékovodu může přispět nesprávná technika kojení a obzvláště, pokud matka neobměňuje polohu během kojení, dále nošení těsného oblečení, snížená frekvence kojení, iniciální nalití prsou či mechanické zablokování mlékovodu mléčným puchýřem. Tento jev se projevuje lokálním zatvrdnutím a zarudnutím kůže, přičemž zarudnutí má trojúhelníkový tvar s vrcholem u bradavky. Na kůži se objeví tvrdé, bolestivé zduření se zarudnutím, přičemž tělesná teplota bývá v normě nebo do 38,4 °C (Mazúchová et al., 2022). Tento stav může vést až v prsní zánět tzv. mastitidu (Černá, Kollárová, 2015).

Mastitida je zánět prsu, který může vzniknout v důsledku bakteriální infekce. Infekce prsu během kojení je častým jevem, který vyžaduje okamžitou a vhodnou léčbu. Bez adekvátní léčby může zánět vést k předčasnému ukončení kojení a také ke vzniku abscesu. Příčiny zánětu mohou být různé, ať už infekčními nebo ne, ale obvykle se projevují jako tvrdá, zduřelá a zarudlá oblast prsu, doprovázená horečkou vyšší než 38,5 °C. Hlavním počátečním faktorem mastitidy je zástava mléka. Účinná podpůrná léčba je odstraňování mléka. Matku je třeba povzbuzovat k častějšímu kojení, přičemž by měla začínat na postiženém prsu. Dosud neexistují žádné důkazy o tom, že by pokračování v kojení zdravého donošeného dítěte matkou s mastitidou představovalo riziko. Před kojením nebo odsáváním může být užitečné aplikovat teplý obklad, který může usnadnit uvolňování mléka z prsu.

Naopak studené obklady po kojení nebo odsávání a mezi kojením sníží případnou bolest a otok. Kromě účinného odstraňování mléka jsou zásadní kroky, které mohou napomoci procesu hojení jako je odpočinek, adekvátní výživa a dostatečný příjem tekutin. K léčbě podpůrně se přidává i léčba farmakologická. Matka užívá analgetika a pokud se příznaky nezmiří do 24 hodin od zahájení léčby, měla by být zahájena antibiotická léčba. Bakterie

Staphylococcus aureus je považována za hlavního bakteriálního původce mastitidy, a proto jsou proti ní určeny příslušné typy antibiotik. Obvyklá délka léčby je 10 až 14 dní (Pevzner, Dahan, 2020).

Nedostatek mléka neboli hypogalaktie může být způsobena různými faktory. Mezi tyto příčiny se řadí špatná technika kojení, podávání jiných tekutin dítěti, krátké kojení, nedostatečné přikládání k prsu v noci, používání kloboučku. Je potřeba zkontrolovat techniku kojení, nechat sát dítě tak dlouho, jak chce, a podpora klidného kojení (Roztočil a kol., 2017).

Dalšími možnými příčinami mohou být anatomické změny prsu například hypoplazie mléčné žlázy, operace prsů např. zmenšující operace, modelace, zvětšení prsů, mastektomie. Při řešení této situace je důležité dodržovat pitný režim. Dále bychom měli matku povzbuzovat, aby kojila své dítě alespoň osmkrát denně. Je vhodné doporučit matce, aby držela své dítě v kontaktu skin to skin, což podporuje stimulaci dítěte k přisátí k prsu. Pravidelné odsávání mateřského mléka po kojení z obou prsů může být užitečné pro zvýšenou tvorbu mateřského mléka. Důležitá je také správná výživa kojící matky s dostatečným příjmem bílkovin (Mazúchová et al., 2022).

Někdy se stává, že matka má na začátku kojení nadměrné množství mléka – hypergalaktie a dítě se zalyká. Pro vyřešení této situace je možné odstříkat trochu mléka z prsu, než se přiloží dítě ke kojení (Roztočil a kol., 2020).

1.6 Obtíže ze strany dítěte

Problémy s kojením mohou vzniknout, když dítě neklidně saje a brečí. Křičící dítě má jazyk nahoře, což mu brání k přisátí k prsu. Z toho důvodu musíme dítě zklidnit, aby se mu lépe sálo. Další častou příčinou je nevyhovující vzájemná poloha matky a dítěte, tudíž miminko má problém s přisátím a pouští prs, zároveň je z prsu ztížen vypuzovací reflex.

Pokud dítě odmítá sát z jednoho prsu, může to být způsobeno nerovnoměrným tokem mléka z obou nader. Následným řešením tohoto problému je buď upravit polohu dítěte, anebo odmítaný prs odstříkat (Roztočil a kol., 2017).

Mezi další obtíže ze strany dítěte se řadí orální anatomické odchylky např. rozštěp patra, rtu, mikrognatie, což je zmenšená dolní čelist, anebo makroglosie, zvětšený jazyk (Straňák, Janota, 2015).

1.7 Pomůcky ke kojení

Pomůcky ke kojení by měly být používány cíleně a pouze v případech, kdy je jejich užití nezbytné. Před používáním je nutné většinu pomůcek vyvařit nebo vysterilizovat pomocí domácího sterilizátoru. Při výběru těchto pomůcek je potřeba se zaměřit na nulové množství bisfenolu, který může negativně působit na organismus novorozenců a vzhledem k jejich hmotnosti je ohrožuje nejvíce. Tato látka negativně působí na imunitní, hormonální a reprodukční systémy, mají vliv na funkci jater, ledvin a plic a dále mohou přispívat k hyperaktivitě dětí a vzniku alergií či astmatu (Černá, Kollárová, 2015).

Formovače bradavek jsou pomůcky určené k nošení v podprsence. K jejich prvnímu použití by mělo dojít již během těhotenství u žen s plochými a vpáčenými bradavkami. Tyto ženy by měly nosit formovače bradavek ze začátku jednu hodinu denně a postupně prodlužovat dobu používání (Černá, Kollárová, 2015).

Kloboučky neboli prsní kloboučky jsou silikonovou náhradou prsní bradavky. Jsou vyrobené z jemného průsvitného silikonu a mají anatomický tvar, který umožňuje dětem sát co nejpohodlněji (Kotíková, 2019). Jsou dostupné ve třech velikostech podle velikosti bradavky. Vhodné je však zkoušet přikládat v prvních hodinách po porodu bez použití pomůcek. Jejich použití se doporučuje pouze v těch situacích, kde se přiložení nedaří. Kloboučky mohou být vhodnou volbou k zahájení bezproblémového kojení a udržení laktace, poněvadž za menší zlo lze považovat kojení s pomůckami než nekojit vůbec. Pokud matka kontaktní kryt k zahájení či udržení kojení potřebuje, měla by vyzkoušet správnou velikost kontaktního krytu (Černá, Kollárová, 2015).

Chrániče bradavek se používají k ochraně bradavek před oděrkami a chrání také citlivé či poškozené bradavky před dalším poškozením. Umísťují se do podprsenky a nosí mezi kojeními. Pro mnoho žen jsou příjemnější alternativou než používání vložek do podprsenky (Černá, Kollárová, 2015).

Prsní vložky do podprsenky jsou tenké, jemné a prodyšné a používají se k ochraně bradavek před oděrkami a dále k zachytávání malého množství volně odkapávajícího mléka (Černá, Kollárová, 2015).

Prsní termovložky se využívají buď za tepla, což v této podobě pomáhá stimulovat odtok mléka, anebo za studena, kdy napomáhají tlumit bolest. Dále se také využívají polštářky z třešňových pecek, které se před přiložením k prsu ohřívají v mikrovlnné troubě (Černá, Kollárová, 2015).

1.8 Edukace

Krátká (2016) definuje edukaci jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Tento pojem pochází z latinského slova *educare*, *educare* – vychovávat, vypěstovat a znázorňuje širěji chápaný proces výchovy a vzdělávání. Edukace není pouze předávání informací, ale je to komplexní proces, jehož cílem je dosáhnout změn v chování jedince (Krátká 2016). V rámci primární, sekundární a terciální zdravotnické péče hraje edukace významnou roli. Edukaci nelze chápat jako předání jednorázové informace, ale jako pečlivě připravený a kvalitně realizovaný edukační proces (Šulistová, Trešlová, 2012).

Svěráková (2012) definuje edukační činnost jako nezbytný prvek v moderním ošetrovatelství a vyžaduje potřebu interdisciplinární přístup. Kromě medicínských poznatků je klíčovým prvkem také využití dalších vědeckých disciplín, jako je pedagogika, psychologie, etika a sociologie. Kromě těchto vědeckých oborů je také důležité se vyznat v oblasti komunikace.

1.8.1 Dělení edukace

Edukaci můžeme klasifikovat podle rozsahu a obsahu na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace zahrnuje předávání nových znalostí a dovedností jednotlivcům, kteří jsou motivováni ke změnám hodnotového žebříčku a postojům (Juřeniková, 2010). Reedukační edukace následně navazuje na existující znalosti a dovednosti jedince se záměrem jejich prohlubování. Komplexní edukace nejčastěji probíhá v rámci vzdělávacích kurzů a je zaměřena na předávání vědomostí, zlepšování dovedností a formování postojů ke zdraví (Havelková, Tumová, 2015).

Dále lze edukaci klasifikovat dle stupně prevence, a to edukace primární, sekundární a terciální. Primární edukace je orientovaná na zdravé jedince, zaměřuje se především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení jejich zdraví a zlepšení životní kvality (Juřeníková, 2010). Sekundární edukace probíhá u jedinců, u kterých se již onemocnění vyskytuje, a jejím cílem je navrácení zdraví, případně zabránění komplikací a přechodu nemoci do chronického stádia. Oblast terciální edukace je zaměřena na osoby, které mají již trvalé a ireverzibilní změny ve svém zdravotním stavu. Hlavním cílem je zlepšit kvalitu života, kterou lze edukací ovlivnit tak, aby nenastaly další možné komplikace. (Šulistová, Trešlová, 2012).

1.8.2 Didaktika v ošetrovatelství a její zásady

Pojmem didaktika lze chápat jako teorii správného vyučovacího přístupu, který vychází z různých vyučovacích metod a strategií s jasně stanovenými cíli. Hlavním záměrem je účinně a kvalitně předávat informace (Zormanová, 2014).

Při edukaci by edukátor neměl zapomínat také na dodržování didaktických zásad např. zásada individuálního přístupu, zásada přiměřenosti, zásada uvědomělosti, zásada názornosti a komplexnosti, zásada spojení teorie s praxí, zásada soustavnosti a vědeckosti, zásada operativnosti, zásada opory o kladné rysy člověka a zásada úcty ke každému člověku (Havelková, Tumová, 2015).

1.8.3 Důležité pojmy v edukaci

Edukant je osoba, která se vzdělává bez rozdílu na věk a prostředí, ve kterém edukace probíhá.

Edukátor je jakýkoliv aktér edukační činnosti, např. učitel, zdravotní sestra, lékař, instruktor, školitel. Edukátor je ta osoba, která učí a řídí edukační proces.

Edukační proces je činnost lidí, během které dochází k učení, a to buď záměrně nebo nezáměrně. V tomto procesu se aktivně podílí jak edukant, tak edukátor. Edukace probíhá v edukačním prostředí a kvalitu edukačního prostředí ovlivňují edukační konstrukty (Havelková, Tumová, 2015).

Edukační prostředí je místo, ve kterém se odehrává proces učení a vzdělávání. Nejvhodnější prostředí na edukaci by mělo mít správné osvětlení, teplotu, dále musí být

bez hluku a v případě nemocničního prostředí je důležité také zajistit potřebnou intimitu (Havelková, Tumová, 2015).

Edukační konstrukty jsou edukační standardy, plány, edukační materiály, zákony a předpisy (Havelková, Tumová, 2015).

Edukační cíl je konkrétní cíl v rámci edukačního procesu, který je odvozen od rozpoznaných edukačních potřeb. To znamená, že nejprve jsou určeny edukační potřeby klienta a na základě potřeb jsou formulovány edukační cíle. Jedná se tedy o plánovanou změnu ve vědomostech, dovednostech, vlastnostech, hodnotové orientace, osobnostním a sociálním rozvoji klienta, které má být dosaženo prostřednictvím edukace. Z hlediska osobnostních stránek se edukační cíle dělí na afektivní, kognitivní a psychomotorické. Afektivní cíle jsou zaměřené na utváření postojů a hodnotové orientace. Kognitivní cíle jsou orientované na rozvoj poznávacích procesů (Šulistová, Trešlová, 2012). Psychomotorické neboli behaviorální cíle jsou zaměřené na oblast motorických dovedností, na manipulaci pomůcek a zařízení a dále na obsluhu přístrojů (Vrublová, 2021). V rámci edukaci ve zdravotnictví by se tyto cíle měly vzájemně doplňovat (Šulistová, Trešlová, 2012).

1.8.4 Formy edukace

Forma edukace představuje způsob, kterým jsou informace předávány edukantovi. Dle Krátké (2016) diferencujeme 4 základní formy edukace. První forma edukace je individuální. Ta vychází z úzkého kontaktu a oboustranné důvěry mezi edukantem a edukátorem např. individuální rozhovor, konzultace či instruktáž (Krátká, 2016). Druhá forma edukace je skupinová. Jde o uspořádání výuky, kde se vytvářejí malé skupiny edukantů, kteří spolupracují při řešení společného úkolu. Tato skupina představuje sociální útvar, ve kterém se mezi členy se rozvíjí sociální interakce např. kurzy či besedy. Třetí forma edukace je frontální neboli hromadná edukace. Tento druh edukace je charakterizován společnou prací edukantů v edukačním prostředí s dominantním postavením edukátora, který řídí, usměrňuje a kontroluje veškeré jejich aktivity. Výuka se převážně zaměřuje na kognitivní procesy s hlavním cílem, aby si edukanti osvojili maximální rozsah vědomostí (Šulistová, Trešlová, 2012).

Poslední forma edukace jsou specifické organizační formy jako jsou např. kluby, svépomocné skupiny, které sdružují jednotlivce s obdobnými zájmy nebo s podobnými zdravotními problémy (Krátká, 2016).

1.8.5 Metody edukace

Metody edukace představují cílevědomý a promyšlený postup, kterým edukátor usměrňuje učení edukantů při edukaci směřujícímu k určitému cíli. Jedním z klíčových významů výukových metod je řídit učení edukantů tak, aby výsledkem byly osvojené vědomosti a dovednosti a rozvinuté schopnosti edukantů v souladu s edukačními cíli. Klasifikace výukových metod podle Maňáka a Švece (2003), rozlišuje metody slovní, názorně demonstrační a metody dovednosti praktické (Šulistová, Trešlová, 2012).

Mezi metody **slovní** můžeme zařadit vysvětlování, vyprávění, přednášku, práci s textem či rozhovor (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukátor musí hovořit srozumitelně, v kratších větách, dodržovat spisovný jazyk, minimalizovat odbornou terminologii a dbát na přiměřenou rychlost projevu (Krátká, 2016). Tato metoda je nejčastěji využívána. Výhodou je, že zdravotní sestra s pacientem naváže užší kontakt a je schopna aktivně reagovat na podněty a dotazy pacienta, popřípadě sledovat změny chování a nálad (Svěráková, 2012).

Mezi metody názorně demonstrační můžeme zařadit předvádění a pozorování, instruktáž a práci s obrazem atd. (Šulistová, Trešlová, 2012). Tato skupina metod utvrzuje důležitost smyslového vnímání jevů a upřednostňuje praktické poznávání skutečnosti při osvojování učiva a zdůrazňuje jednu z hlavních didaktických zásad – názornost. Tuto skupinu metod však nelze chápat izolovaně, ale naopak je třeba zdůraznit velmi úzké spojitosti s metodami dovednostně praktickými a slovními (Červenková, 2013).

Mezi třetí dovednostně praktické metody patří napodobování, manipulování, rozvíjení dovedností a produkční metody (Šulistová, Trešlová, 2012). Tyto metody využívají aktivitu pacienta s cílem dosáhnout celkového zlepšení a osvojení psychomotorických a motorických dovedností (Červenková, 2013).

1.8.6 Edukační proces

Pojem edukační proces zahrnuje veškeré činnosti, při kterých jeden subjekt vyučuje a druhý subjekt se učí. V rámci edukačního procesu musí být vždy obsaženo učení (Šulistová, Trešlová, 2012). „*Učení znamená získávání zkušeností, utváření a pozměňování jedince v průběhu života. Naučené je opakem vrozeného. Životní úloha lidského učení je získávání předpokladů pro aktivní vyrovnávání se s přírodním a společenským životním prostředím*“ (Čáp, Mareš 2001, s. 80). Edukační proces má 5 fází posuzování: projektování, realizace, upevnění a prohlubování učiva a vyhodnocení (Juřeníková, 2010).

První fáze posuzování – shromažďování informací o pacientovi, analýza klientových schopností učít se, odhalení úrovně vědomostí, dovedností, návyků a postojů, zhodnocení edukačních potřeb klienta s cílem získat nebo rozšířit si vědomosti, dovednosti, návyky. Na základě posouzení edukanta vyhodnocujeme edukační potřebou, přičemž při sběru informací o klientovi bereme ohled na jeho věk a pohlaví (Krátká, 2016).

Druhá fáze projektování – během fáze projektování vytváříme společně s klientem na základě jeho identifikovaných edukačních problémů postup, kterým se edukace bude ubírat. Plánujeme si časový harmonogram, stanovujeme dosažitelné a reálné cíle, kterých je možné a vhodné dosáhnout, navrhujeme postupné kroky, které budou naznačovat očekávaný proces vývoje učení a upevňování znalostí a dovedností tak, aby cílů bylo dosaženo. Vybíráme si účinné didaktické metody a konstrukty pro realizaci edukace (Šulistová, Trešlová, 2012).

Třetí fáze realizace – prvním krokem této fáze je motivování edukanta, na něj navazuje expozice, při níž jsou nové poznatky sdělovány edukantům. Během tohoto kroku by nemělo jít pouze o předávání informací ze strany edukátora, ale edukant by se měl aktivně podílet. Na expozici navazuje fáze fixace. Při tomto kroku je nezbytné, aby byly získané vědomosti či dovednosti procvičovány a opakovány v souvislosti s předchozími vědomosti a dovednosti. Na fixaci navazuje průběžná diagnostika, která slouží k diagnostikování, prověřování a testování daného učiva a zájmu edukanta. Poté následuje fáze aplikace, při které se snažíme, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti využít (Juřeníková, 2010).

Čtvrtá fáze upevnění a prohlubování učiva – tato fáze patří k jednomu z nezbytných kroků uchovávání vědomostí v dlouhodobé paměti. V průběhu dvou dnů jsme schopni 50 % osvojeného učiva zapomenout, proto je nutné abychom ho systematicky opakovali a procvičovali tak, aby docházelo k jeho fixaci. Při edukaci ve zdravotnictví je tato fáze dosti často zanedbávána (Juřeníková, 2010).

Pátá fáze vyhodnocení – zahrnuje zjištění, zda bylo dosaženo vymezených cílů edukace, zda si klient osvojil požadované vědomosti a dovednosti a dochází při ní také ke zhodnocení cílů a efektivity celkového edukačního plánu (Krátká, 2016).

1.8.7 Bariéry v edukaci

Během edukace pacientů může vzniknout mnoho překážek, které zpravidla proces výuky a výchovy negativně ovlivní. Sestra by měla být schopna takové bariéry předvídat a včas je odstranit.

Překážky ze strany zdravotnického systému: absence lidského a individuálního přístupu ošetřujícího personálu, ignorování potřeb pacienta, nedostatečná organizace edukace, nevhodná komunikace s pacientem, negativní vliv prostředí, deficit problematiky edukace ve vzdělávacích programech sester.

Překážky ze strany pacienta: osobnostní rysy pacienta, nízká motivace pacienta, popírání potřeby edukace, neschopnost nést odpovědnost, emocionální aspekty, věk, celkový stav organismu, či jazykové, kulturní a etnické bariéry (Svěráková, 2012).

1.9 Praktický lékař pro děti a dorost

Praktický lékař pro děti a dorost je lékař v oboru všeobecného praktického lékařství, který se zaměřuje na poskytování léčebně preventivní péče dětem a dorostencům. V jeho péči jsou registrované děti od narození do maximálně 19. roku věku. Po narození zhodnocuje vývoj dítěte prostřednictvím pravidelných preventivních prohlídek, provádí očkování, poskytuje poradenství rodičům, diagnostikuje a léčí akutní onemocnění a pravidelně sleduje děti trpící vážnými chorobami. V případě potřeby zajišťuje specializovanou péči a spolupracuje se sociálními službami ve své komunitě (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

1.9.1 Úloha sestry v ordinaci praktického lékaře

Všeobecná sestra podporuje praktického lékaře v klinických aktivitách ordinaci. Je odpovědná za organizaci čekárny a průchodnost ordinace, podílí se na administrativní agendě a vedení zdravotnické dokumentace. Běžně je první osobou, se kterou pacient v ordinaci komunikuje. Rozsah klinických kompetencí zdravotní sestry v dané organizaci stanovuje lékař. Sestra je oprávněná k samostatnému provádění některých klinických úkonů, jako je měření základních parametrů, provádění odběru krve a vyšetření přímo v ordinaci EKG a dalších vyšetření dostupných v praxi, ošetřování ran a očkování. Informace může sdělovat do té míry, kterou určuje lékař. Současně je zapojena do systému souvislého vzdělávání (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

1.9.2 Edukace – kompetence dětské sestry

Na edukaci a edukační proces je kladen stále větší důraz, neboť na základě vyhlášky č. 158/ 2022 Sb. náleží do kompetence dětské sestry, která má pravomoc bez odborného dohledu a bez identifikace lékaře edukovat pacienta, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály (Ministerstvo zdravotnictví, 2023). Edukace představuje zásadní část kvalifikované péče, která výrazně přispívá k dosahování preventivních cílů moderního ošetrovatelství. Vzhledem k tomu, že stále více žen kojí a pobyty v porodnicích trvají jen několik dní, dochází k naprosté většině další podpory kojení a edukace v komunitě. Rodiče dětí taktéž edukuje ve výchově a v péči o děti v jednotlivých vývojových obdobích, napomáhá jim řešit zdravotní a sociální problémy v rámci školního poradenství a kooperuje s ostatními institucemi v oblasti péče o rodinu (Vlachová, Mrzena, 2014).

1.9.3 Kojení v pediatrické ordinaci

S ohledem na rostoucí trend kojení a zkrácení doby pobytu v porodnicích na několik dní se stále více podpory a vzdělávání týkajících se kojení přesouvá do komunity. Poskytovatelé pediatrické péče v průběhu prvního roku života často hodnotí při preventivních prohlídkách kojené děti a jejich matky v ordinaci. Je důležité, aby prostředí ordinace bylo příznivé pro poskytování průběžné podpory kojení. Zároveň by se ordinace měla vyvarovat vytváření bariér pro kojící matky nebo nepřístojné propagace kojenecké výživ (Meek, Hatcher, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak sestry u praktického lékaře pro děti a dorost edukují matky o kojení.

Cíl 2: Zjistit, jak jsou matky spokojeny s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost v problematice kojení.

2.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení cílů jsme si vymezili následující výzkumné otázky:

VO 1: Jakým způsobem jsou matky edukovány sestrou u praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti kojení?

VO 2: Jak jsou matky spokojeny s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost v problematice kojení?

VO 3: Jaké nejčastější bariery stojí v realizaci edukačního procesu u praktického lékaře pro děti a dorost?

3 Metodika

3.1 Použité výzkumné metody

V empirické části bakalářské práce byl použit přístup kvalitativního výzkumného šetření. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a dotazování, které jsme získali z předem stanovené kostry otázek. V této části byly použity dva typy podkladů. První podklad (viz. Příloha 9) byl použit pro rozhovor se sestrami a druhý (viz. Příloha 10) pro rozhovor s matkami. Podklady obsahovaly otevřené otázky, které byly během samotného rozhovoru upřesňovány.

Příprava na výzkumné šetření probíhala v první polovině února 2024. Samotné výzkumné šetření probíhalo od druhé poloviny února do konce března roku 2024. Celkem bylo osloveno 8 praktických ordinací pro děti a dorost. Výzkumného šetření se účastnilo pět ordinací praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji. Před zahájením šetření byl získán ústní souhlas dětských sester a praktických lékařů pro děti a dorost. Rozhovory se sestrami byly provedeny v jejich ordinacích a trvaly 20 až 25 minut. Výběr kojících matek s dětmi do ½ roku probíhal za pomoci řetězové metody, jinak řečeno „snowball sampling method.“ První matka byla oslovena písemně a ta následně doporučila další informantky. Bylo osloveno celkem dvacet matek a jedenáct z nich mi poskytlo rozhovor. Rozhovory s matkami trvaly 20 až 30 minut a byly uskutečněny přes platformu Google meets z důvodu vzdálenosti a časové vytíženosti matek.

Informantky byly předem informovány o tématu mé bakalářské práce a cílech výzkumu. Dále byly ujistěny o zachování jejich anonymity. Během rozhovorů byl použit diktafon pro snadnější a kvalitnější zpracování dat, s čímž všechny informantky souhlasily.

Následně byly rozhovory přepsány do písemné formy v počítačovém programu Word. Následně byly analyzovány metodou „*tužka a papír*“, kde odpovědi byly klasifikovány do kategorií a podkategorií na základě společných rysů. Tyto kategorie a podkategorie byly dále analyzovány a byla vytvořena schémata, ve kterých byla popsána charakteristika získaných výsledků.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

V níže uvedené tabulce číslo 1 jsou uvedeny údaje informantek, které souhlasily s účastí ve výzkumné části této bakalářské práce. Zjišťovali jsme věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe v dané ordinaci a předešlá pracoviště, kde sestry pracovaly. Sestry ve výzkumné části jsou označeny S1 – S5. Z tabulky je patrné, že se jedná o sestry ve věkovém rozmezí 47 až 50 lety. Dvě sestry mají středoškolské vzdělání zakončené maturitou. Jedna sestra má středoškolské vzdělání s maturitou a následně má specializaci v intenzivní péči v pediatrii a neonatologii. Jedna sestra má vysokoškolské bakalářské vzdělání a jedna sestra má vyšší odborné vzdělání. Praxe v dané ordinaci se pohybuje od 1 roku až po 24 let. Sestry S2 a S3 pracovaly v předešlých letech v nemocnici a následně v zubní ordinaci. Informantky S4 a S5 v minulých letech pracovaly v nemocnici a sestra S1 v předešlých letech pracovala jak v nemocnici, tak v sanatoriu pro umělé oplodnění.

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester u praktického lékaře pro děti a dorost

Označení informanta	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Praxe v dané ordinaci	Předešlá pracoviště
S1	49 let	Středoškolské s maturitou Specializace v intenzivní péči v pediatrii a neonatologii	1 rok	Nemocnice Deo, sanatorium pro umělé oplodnění
S2	50 let	Středoškolské s maturitou	14 let	Nemocnice Deo, zubní ordinace
S3	49 let	Vysokoškolské vzdělání – Bc.	13 let	Nemocnice Deo, zubní ordinace
S4	47 let	Vyšší odborné vzdělání – Dis.	13 let	Nemocnice Deo
S5	49 let	Středoškolské s maturitou	24 let	Nemocnice Deo

Zdroj: vlastní zpracování, 2024

V níže uvedené tabulce číslo 2 jsou uvedeny údaje informantek, které souhlasily s účastí ve výzkumné části bakalářské práce. Zjišťovali jsme věk, nejvyšší dosažené vzdělání, počet dětí, gestační věk a způsob porodu. Věk matek se pohyboval v rozmezí 22 až 35 let. Z tabulky je patrné, že u pěti matek bylo nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské. Zbylých šest matek mělo středoškolské vzdělání s maturitou. Počet dětí se pohyboval v rozmezí 1 až 2 dětí. Z toho sedm matek mělo jedno dítě a čtyři matky měly dvě děti. Gestační věk se pohyboval od 36+2 až po 40+5. Devět matek mělo přirozený vaginální porod a dvě matky podstoupily císařský řez.

Tabulka 2 - Identifikační údaje matek

Označení informanta	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet dětí	Gestační věk	Způsob porodu
M1	29 let	Vysokoškolské vzdělání – Bc.	1	40+1	Vaginální porod
M2	25 let	Vysokoškolské vzdělání – Bc.	1	40+0	Vaginální porod
M3	27 let	Středoškolské s maturitou	1	39+5	Vaginální porod
M4	27 let	Vysokoškolské vzdělání – Bc.	1	40+2	Vaginální porod
M5	32 let	Středoškolské s maturitou	2	39+2	Vaginální porod
M6	22 let	Středoškolské s maturitou	1	39+3	Vaginální porod
M7	26 let	Středoškolské s maturitou	1	40+0	Vaginální porod
M8	34 let	Vysokoškolské vzdělání – Ing.	1	36+2	Císařský řez
M9	33 let	Vysokoškolské vzdělání – Bc.	2	38+1	Císařský řez
M10	33 let	Středoškolské s maturitou	2	40+0	Vaginální porod
M11	35 let	Středoškolské s maturitou	2	40+5	Vaginální porod

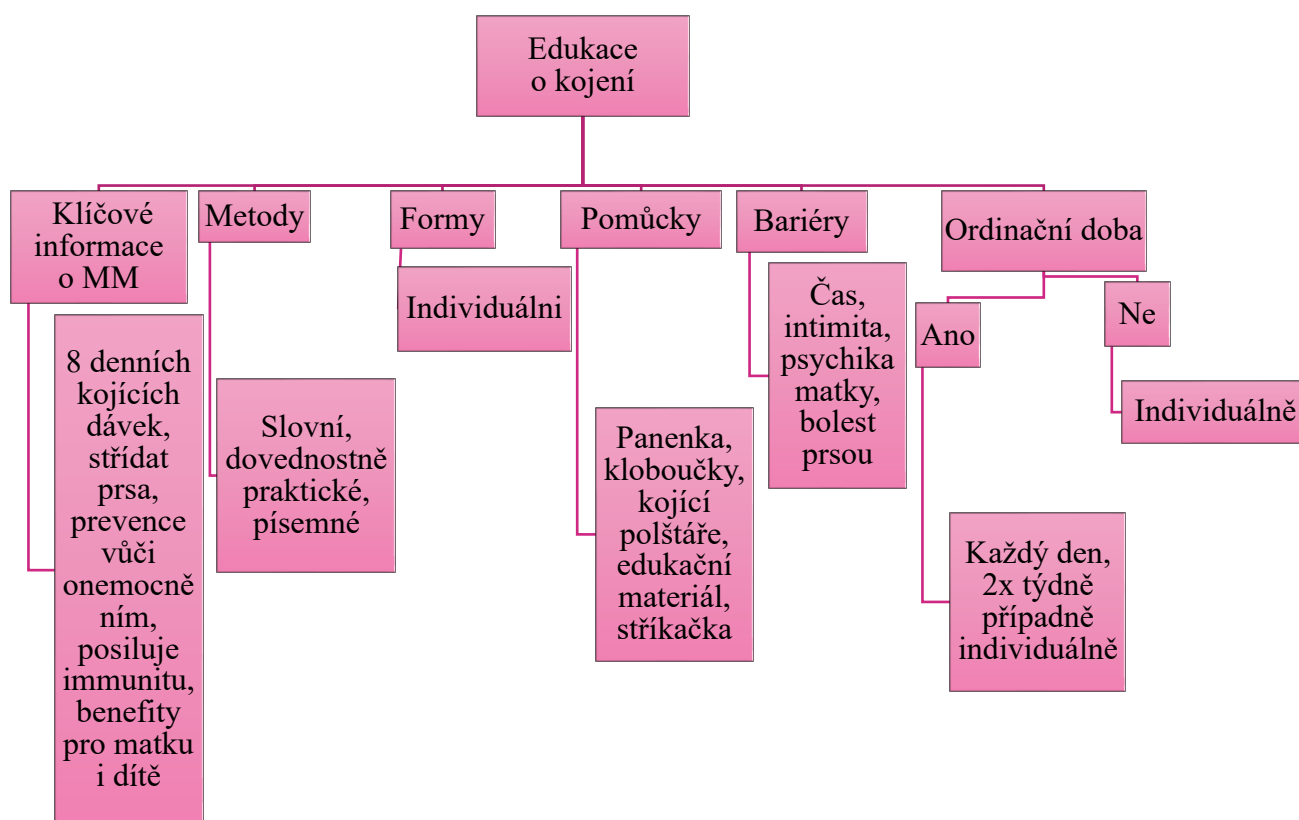
Zdroj: vlastní zpracování, 2024

4 Výsledky

4.1 Kategorizace Výsledků z rozhovorů se sestrami praktického lékaře pro děti a dorost

4.1.1 Kategorie 1 Edukace o kojení sestrami u praktického lékaře pro děti a dorost

Schéma 1 - Edukace o kojení sestrami u praktického lékaře pro děti a dorost



Zdroj: vlastní zpracování, 2024

V kategorii Schéma 1 jsme se zaměřili na to, jak sestry edukují matky o kojení u PLDD. Data vycházejí z odpovědí sester S1 až S5, ze kterých byla provedena analýza a poté vytvořena tato kategorie. Kategorie je rozdělena na šest podkategorií: Klíčové informace o MM, Metody edukace, Formy edukace, Pomůcky, Bariéry při edukaci a Ordinační doba.

Podkategorie klíčové informace o kojení

Na otázku: „Jaké klíčové informace by měla zahrnovat edukace o kojení?“ informantka S1 sdělila, že je důležité dodržovat 8denních kojících dávek hlavně po propuštění z porodnice. Potom je též důležité střídat prsa, což znamená, že jedním prsem začínám a druhým končím a při dalším kojení začínám tím prsem, se kterým jsem skončila. Informantky S4 až S5 se shodly na tom, že mateřské mléko slouží jako prevence vůči průjmovitým onemocněním a posiluje imunitní systém. Informantky S2 a S4 dodaly, že MM slouží i jako prevence vůči alergiím. Dále S4 uvedla: *„Dále maminkám říkám, že i když mají třeba virózu, tak ať klidně dál kojí, protože to miminko od nich dostává protilátky. Důležité je taky podotknout, že když miminko fyziologicky přibírá, tak by se na krmení nemělo budít, protože si samo řekne, ale také samozřejmě nesmí spát celou noc. Dále je důležité navazovat tu citovou vazbu matka a dítě a mazlit se s ním. Poté matkám ještě doporučuji různé bylinky a kojící čaje.“* Informantka S2 sdělila: *„Stává se, že miminka nepřibírají na své váze a většinou zjistíme, že mají krátkou podjazykovou uzdičku, tak je pošleme na Polikliniku Jih, tam jim to přestříhnou a problém je vyřešený.“*

Podkategorie edukační metody o kojení

Na druhou otázku: „Jaké edukační metody využíváte v průběhu edukace matky o kojení?“ se všechny informantky S1 až S5 shodly, že matky edukují slovně a když mají matky problém s kojením, tak poté názorně prakticky. Na další otázku: „Jakou edukační formu používáte?“ byly odpovědi všech informantek S1 až S5 taktéž shodné v tom smyslu, že sestry edukují matky individuálně. Informantka S2 uvedla: *„Rozhodně individuální. Ke každé mamince máme individuální přístup, protože každá maminka má jiný problém a jiný styl komunikace.“*

Podkategorie edukační pomůcky

V další otázce: „Jaké používáte edukační pomůcky při edukaci?“ se informantky S2 a S3 shodly, že při edukaci nepoužívají žádné pomůcky. Informantka S3 odpověděla následovně: *„My žádné pomůcky nemáme. Rovnou to ukazujeme na dítěti a maminky prsu.“* Informantka S2 se shoduje s informantkou S3 a dále uvedla: *„Vždy ale kontrolujeme tu podjazykovou uzdičku.“* Informantka S1 odpověděla: *„Jako pomůcky v naší ordinaci při praktické edukaci matky využíváme miminko. Máme takovou panenku*

a pomocí té panenky edukujeme matku, jak má svoje miminko držet při kojení.“ Informantka S4 sdělila: *„Tak když mají maminky problém s kojením, tak je učím krmit stříkačkou po prstu anebo tu mám na ukázkou kloboučky. A následně jim dávám i letáček.“* Informantka S5 se připojila k odpovědím poskytnutých od informantek S2 a S3 ohledně kontrolování matky, jak přikládá dítě k prsu. Dále však řekla, že každé matce dává edukační brožurku o kojení.

Podkategorie edukační bariéry

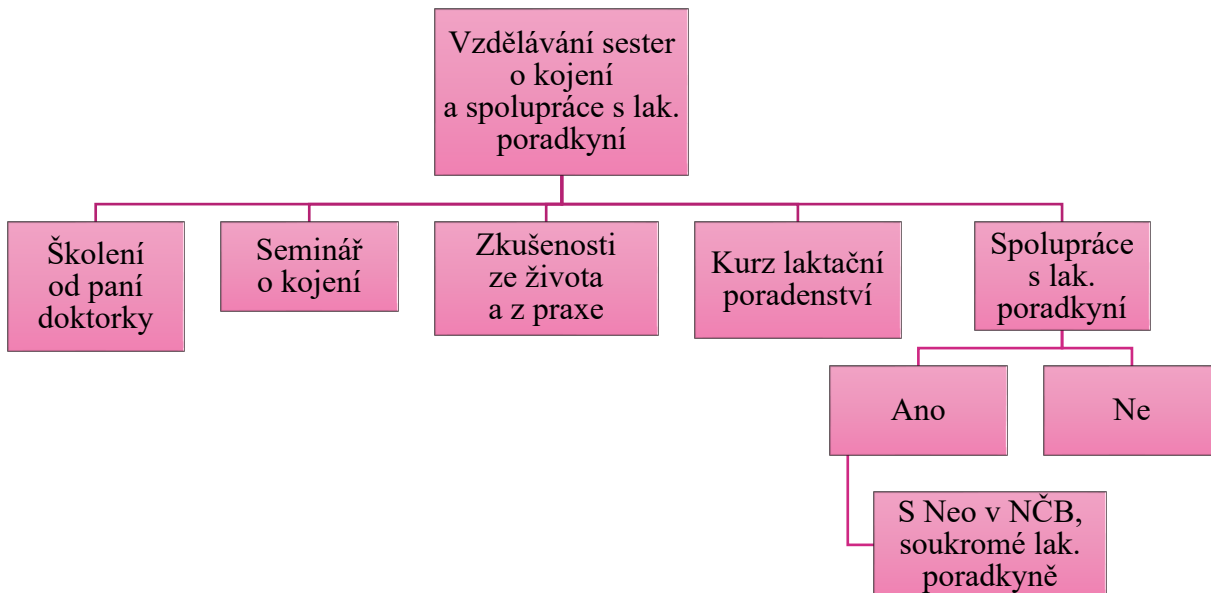
Na otázku: „Jaké edukační bariéry vnímáte při edukaci matky?“ informantky S2, S4 a S5 shodně uvedly, že bojují s časovou tísní. Nemají dostatek času, aby se mohly matkám, které mají problém s kojením, dostatečně věnovat. Dále informantka S1 uvedla, že jako edukační bariéru vnímá psychiku matky. Informantka S2 na tuto otázku sdělila následující: *„My teda rozhodně vnímáme, že na ně nemáme dostatek času, protože sem hlavně chodí nemocní pacienti a zároveň naše ordinace není tomu tolik přizpůsobená, nemáme tu kojící křeslo a polštář a zároveň tu není ta intimita, kterou by si matka přála, když kojí.“* Informantka S5 řekla: *„Důležité je před edukací odbourání různé bolesti jako například prsou. Matka se pak spíše soustředí na tu bolest, a ne na kojení.“*

Podkategorie ordinační doba pro kojící matky u PLDD

Na poslední otázku, zda mají ordinační dobu pro matky, které mají problém s kojením, mi informantka S1 odpověděla: *„Nemáme vyloženě ordinační hodiny, ale maminky jsou individuálně objednány.“* Informantka S2 na tuto otázku zareagovala: *„My tu máme poradnu pro zdravá miminka, a tu máme každé úterý. Zároveň, jak maminky chodí na preventivní prohlídky s miminky, tak to s nimi též konzultujeme a popřípadě je pak zveme individuálně.“* Informantka S3 uvedla: *„Máme každý den poradnu pro matky s maminkami a když mají problém s kojením nebože miminko nepřibírá na váze, tak si je zveme individuálně.“* Informantka S4 mi sdělila, že mají pro miminka poradnu 2x týdně a zároveň dodala: *„Ale když mají maminky problémové kojení, tak si je zve individuálně.“*

4.1.2 Kategorie 2 Vzdělávání sester u PLDD v oblasti kojení a spolupráce s laktační poradkyní

Schéma 2 - Vzdělávání sester v oblasti kojení a spolupráce s laktační poradkyní



Zdroj: vlastní zpracování, 2024

V kategorii Schéma 2 jsme se zaměřili na to, jak se sestry u PLDD se vzdělávají v oblasti kojení a zda spolupracují s laktační poradkyní. Data vycházejí z odpovědí sester S1 až S5, ze kterých byla provedena analýza a poté vytvořena tato kategorie. Kategorie je rozdělena do pěti podkategorií: Školení od paní doktorky, Seminář o kojení, Zkušenosti ze života a z praxe, Kurz laktačního poradenství a Spolupráce s laktační poradkyní.

Informantka S1 uvedla, že ji vyškolila paní doktorka, u které pracuje, a zároveň má zkušenosti vlastní a za léta praxe. Další informantky S2 a S5 nám sdělily, že informace ohledně kojení získaly na semináři a poté vlastní zkušenosti. Na tuto otázku informantka S3 zareagovala takto: „*Já jsem se žádným způsobem nevzdělávala, dle mého je kojení o praxi a já jsem svoje děti obě odkojila, takže to mi dalo nejvíce.*“ Sestra S5 má kurz laktačního poradenství.

Dále jsme se zaměřili na to, zda daná ordinace spolupracuje s laktační poradkyní. Informantky S1, S3 a S5 na tuto otázku odpověděly, že jejich ordinace spolupracuje s laktační poradkyní z neonatologického oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích.

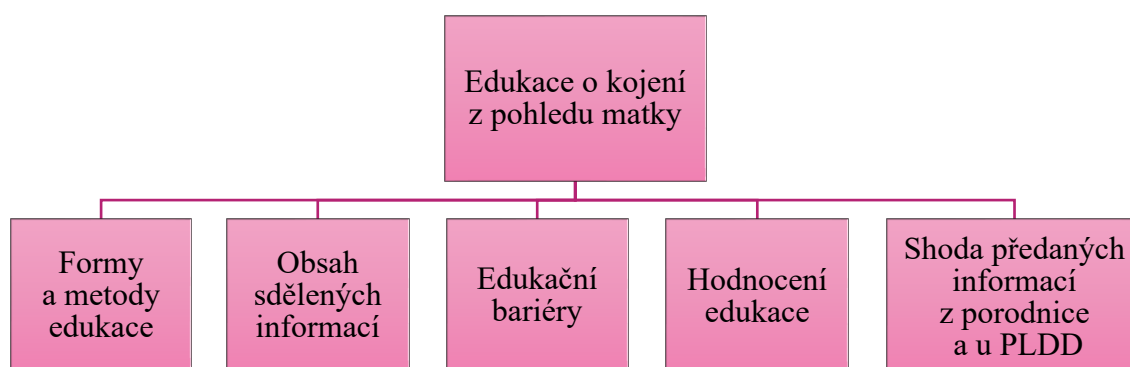
Informantka S2 uvedla: „*Ano. My tu máme dvě mladé maminky a ty jsou zároveň laktační poradkyně. Takže každé mamince, která má problém s kojením, předáme kontakt*

na tyto laktační poradkyně a ony je zkontaktují. Nám to velmi pomáhá, protože ty laktační poradkyně přijdou k nim domů, mají na ně čas, což my v naší ordinaci době nemáme a ty výsledky jsou velmi efektivní.“ Informantka S4 na tuto otázku odpověděla, že je sama laktační poradkyní, tudíž s žádnou nespolupracují.

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s kojícími matkami

4.2.1 Kategorie 1 Edukace o kojení sestrami u praktického lékaře pro děti a dorost z pohledu matek

Schéma 3 - Edukace o kojení sestrami u PLDD z pohledu matky



Zdroj: vlastní zpracování, 2024

V kategorii Schéma 3 jsme se zaměřili na to, jak probíhala edukace sester u PLDD z pohledu kojících matek. Data vycházejí z odpovědí matek M1 až M11, ze kterých byla provedena analýza a poté vytvořena tato kategorie. Kategorie je rozdělena do šesti podkategorií: Formy a metody edukace, Obsah sdělených informací, Edukační bariéry, Hodnocení edukace a Shoda předaných informací z porodnice a u PLDD.

Podkategorie Formy a metody edukace o kojení z pohledu matky

V této podkategorii se informantky M1, M4, M5, M7 a M8 shodly, že byly edukovány individuálně vždy při preventivní prohlídce dítěte. Dále z odpovědí informantek M2, M3, M6, M9, M10, M11 vyplynulo, že nebyly edukovány sestrou o kojení u PLDD.

Na otázku: „Jakým způsobem Vás sestra edukovala o kojení u PLDD?“ informantka M2 odpověděla: „Sestra u praktického lékaře pro dorost se vůbec edukaci o kojení

nezajímala. Jen se mě zeptala, zda kojím.“ Informantka M3 uvedla: „*Jelikož malá nabírala hmotnost dle tabulek, tak se mě jenom zeptala, zda kojím, a když jsem řekla, že ano, tak to bylo z její strany vše.*“ Informantka M6 odpověděla: „*V porodnici jsem byla o kojení dost edukována, ale u pediatrického lékaře se mě sestra jen zeptala, zda kojím. To bylo vše, ale asi kdybych se zeptala, tak mi asi poradí, ale my jsme to měli vše bezproblémové.*“ Informantka M9 sdělila, že byla edukována též v porodnici a u PLDD se jí jen sestřička zeptala, zda kojí a nemá nějaké potíže při kojení. Informantka M9 neměla problémy při kojení, ale prý kdyby potřebovala pomoc, tak jí sestra určitě poradí. Další informantka M10 na tuto otázku odpověděla: „*Vše jsem věděla z porodnice od prvního miminka. Dětská sestra u praktického lékaře pro děti a dorost se mě zeptala, zda kojím a jestli mám nějaké potíže a s čím bych potřebovala pomoc. Měla jsem bezproblémové kojení, takže jsem nepotřebovala pomoc.*“ Další needukovaná informantka M11 na tuto otázku odpověděla: „*Protože mám druhého syna, tak už jsem edukována nebyla. Jen se mě zeptali, zda kojím a mám nějaké problémy. Stejně to bylo v porodnici, už se prostě spoléhali, že vše vím a umím.*“ Informantky M1, M4, M5 a M8 byly edukovány slovně. Informantka M1 byla edukována, že má střídat prsa při kojení a sestra jí dále edukovala o tom, jaké kojící polohy může využít. Informantka M4 byla edukována, že má své dítě přikládat k prsu na požádání, ale zároveň co nejčastěji. Informantka M7 byla edukována jak slovně, tak i prakticky jí byly ukázány kojící polohy a vysvětlena technika správného kojení. Informantka M8 odpověděla: „*Jelikož jsem byla dost edukována v porodnici, tak se mě dětská sestra jen zeptala, zda kojím a jestli něco potřebuji dovysvětlit či poradit, a jelikož už mě vše naučili v nemocnici, tak jsem s ničím nepotřebovala pomoci. Ale informovala mě o výhodách mateřského mléka, kojících polohách a správných technikách. Takže mi informace z porodnice zopakovala*“.

Podkategorie obsah sdělených informací o kojení z pohledu matky

Na otázku, jaké informace jim sestra předala o výhodách kojení pro matku a dítě, informantka M1 odpověděla, že o těchto výhodách dostala brožuru. Informantky M2, M3 vypovídaly stejně, že žádné výhody o kojení jim řečeny sestrou u PLDD nebyly a vše si musely vyhledat samy. Informantka M6: „*Tak v porodnici mi říkali, že je to to nejlepší, co mému miminku mohu dát, kvůli různým onemocněním u pediatra mi řekli, že tohle asi všechno vím z porodnice, takže se s tím nebudeme zdržovat.*“ Informantkám M4, M7 a M8 bylo vysvětleno, že mléko je přirozená strava miminka a zároveň slouží i jako prevence vůči průjmovitým onemocněním a alergiím. Informantky

M5, M9 a M11 se se svými odpověďmi shodly, že jim nebyly sděleny tyto informace, protože už mají druhé miminko. Informantka M9 řekla: „*Žádné, ale měla jsem to načtený už při prvním miminku. Asi počítali s tím, že když už mám druhé miminko, tak už to vím.*“ Informantka M11 na tuto otázku odpověděla následovně: „*Při prvním synovi mi to sdělila dětská sestřička, že mateřské mléko je to nejpřirozenější a nejlepší strava pro miminko, kterou mu mohu poskytnout, a že slouží jako prevence proti různým onemocnění, ale při druhém synovi už ne. Ale upřímně, já už jsem se taky na nic neptala.*“

Dále nás v této podkategorii zajímalo, jakým způsobem sestra u PLDD edukovala matky o technikách správného kojení. Informantka M7 na tuto otázku odpověděla: „*Sestřička mi ukázala různé kojící polohy, protože v nemocnici upřednostňovali jednu polohu, a já jsem chtěla vidět další polohy a dále mi ukázala správnou techniku.*“ Na danou otázku nám další informantka M4 sdělila: „*Sestra mě nijak neinformovala. Možná kdybych se zeptala, tak mi poradí, ale já jsem všechno věděla, takže jsem nic nepotřebovala. Malá se hned začala sama přisávat, ale taky to přikládám k tomu, že jsem měla dvouhodinový bonding.*“ Informantky M1, M2, M3, M6, M9, M10 a M11 se s odpověďmi shodly, že nebyly edukovány sestrou u PLDD o technikách správného kojení. Informantka M9 odpověděla: „*V porodnici jsem byla dostatečně edukována a byla jsem edukována i prakticky v nemocnici, takže mi to z nemocnice stačilo a u pediatra už jsme se o tom nemluvili.*“ Podobnou odpověď jako informantka M9 měla i informantka M10, která věděla potřebné informace o technice správného kojení z porodnice a následně při kojení neměla žádné problémy.

Následně nás v této podkategorii zajímalo, zda byly matky edukovány v péči o prsa před a po kojení sestrou u PLDD. Informantky M1, M2, M3, M5, M6, M8, M9, M10 a M11 se shodly v odpovědích, že byly edukovány jen v porodnici. Informantka M6 na tuto otázku odpověděla: „*U pediatra zase nic, ale v nemocnici mi řekli, ať oplachuji prsa z důvodu bakterií, pak kdyby mi náhodou popraskaly bradavky, tak ať si to namažu mastičkou.*“ Na danou otázku odpověď informantky M11 zněla: „*To jsem byla edukována v porodnici při prvním synovi. Omýt prsa před kojením vodou, popřípadě, kdy mám použít mastičku, která se omývá před kojením a která ne. U druhého syna už jsem edukována nebyla.*“ Informantka M8 odpověděla, že byla 11 dní hospitalizována v nemocnici, tím pádem věděla vše od sestřiček, které ji pomáhaly s kojením v porodnici. Informantka M7 řekla: „*Byla jsem edukována jak v porodnici, tak i u dětské sestřičky v ordinaci, ale sama už jsem měla něco přečteného.*“

Dále jsme zjišťovali, zda matky byly edukovány sestrou u PLDD o výhodách kojení oproti umělé mléčné stravě. Informantka M8 odpověděla následovně: *„První informace jsem získala na předporodním kurzu. Tam to bylo moc hezky podaný. Takže jsem se dál neptala a ani mi nebylo sděleno.“* Odpověď na tuto otázku od informantky M6 zněla: *„No se mnou se to aktivně začalo řešit, až když mi zjistili roztroušenou sklerózu a musela jsem malou odstavit, což bylo tento rok v březnu.“* Informantka M1 na toto téma dostala brožurku. Informantka M7 sdělila: *„Jelikož už jsem měla problém s kojením v nemocnici, tak jsem byla tam informována a potom jsem si něco o tom přečetla na internetu.“* Informantka M11 dostala letáček u prvního syna od sestry u PLDD a pak si přečetla nějaké informace na internetu. Informantky M4, M5 a M10 nebyly informovány, protože to zatím nepotřebují. Informantky M2, M3 a M9 si výhody o kojení oproti umělé mléčné stravě musely zjistit samy.

Na otázku, zda byly edukovány o různých kompenzačních pomůckách při kojení odpověděla informantka M6 takto: *„Jelikož jsem měla antibiotika, tak mi u pediatra poradili, ať si na večer odstříkávám mléko, abych měla nerušený spánek, jak jsem byla nemocná. Ale mně to nevyhovovalo, protože jsem přišla o ten kontakt s malinkou, takže jsem pak zase začala kojit.“* Informantky M4 a M5 byly edukovány o odsávačce na mléko u PLDD a informantka M4 dále byla edukována o sběračích na mléko, protože ho měla hodně.

Informantka M9 na danou otázku odpověděla následovně: *„V porodnici jsem byla edukována o odsávačce a o krmení po prstu za pomoci stříkačky a u pediatra se mi zeptali, zda mi to jde a nepotřebuji s něčím pomoci, či to nějak upřesnit.“* Informantky M7 a M8 byly u PLDD edukovány sestrou o použití kloboučků při kojení. Informantky M10 a M11 na tuto otázku odpověděly shodně, že nebyly edukovány o kompenzačních pomůckách, protože se neocitly v situaci, kdy by je potřebovaly. Informantce M1 nebyla doporučena žádná kompenzační pomůcka a u informantek M2 a M3 žádná pomůcka nebyla doporučena, protože u nich žádná edukace neproběhla.

Podkategorie edukační bariéry z pohledu matky

V této podkategorii jsme se zajímali o to, zda matky vnímaly edukační bariéry při edukaci sestrou u PLDD. Informantka M1 odpověděla: *„Že mi všichni říkali něco jiného. Hlavně v nemocnici a pak to dětská doktorka brala skoro jako samozřejmost, že vím jak na to.“* Informantky M2, M3, M9 odpověděly, že nevnímaly žádné edukační bariéry, protože edukovány u PLDD sestrou nebyly. Informantka M6 na položenou otázku reagovala: *„V porodnici všichni na mě spěchali, ani jsem se nestihla nadechnout a už jsem byla pryč z porodnice. U pediatra jsem nemohla vnímat edukační bariéry, protože tam edukace byla skoro nulová.“* Další informantka nám na stejnou otázku M10 sdělila: *„No, jelikož jsem neměla žádné problémy, tak edukace neproběhla, tím pádem žádné edukační bariéry jsem nevnímala.“* Informantky M7 a M8 uvedly, že nevnímaly žádné edukační bariéry. Informantka M8 dále řekla: *„Chtěla bych pozvednout porodnici v Českých Budějovicích, kde zachovali moji osobní intimitu, poněvadž, když mi měli šáhnout na prso, tak jsem byla vždy upozorněna, a ptali se mě, zda mi na něj mohou šáhnout.“* Informantka M4 na tuto otázku odpověděla: *„Určitě jsem vnímala, že je tam obecně na maminky málo času a žádné kojící boxy, takže nulová intimita. Kdybych měla problém, tak bych se obrátila na laktační poradkyni.“* Na danou otázku informantka M5 odpověděla: *„No řekla bych, že asi čas a není tam pro kojení žádné zázemí. Ale jelikož mi přijde, že u toho pediatra hodně předpokládají, že jsme ohledně kojení edukovány z nemocnice, tak tou edukací se moc nezaobírají.“*

Podkategorie hodnocení edukace o kojení z pohledu matek

V této kategorii jsme zjišťovali, zda matky byly spokojené s edukací sestry o kojení u PLDD. Informantky M2 a M3 se shodly, že nebyly spokojené s edukací, protože žádnou neměly.

Informantka M10 odpověděla: *„Edukace neproběhla, ale vím, že kdybych potřebovala informace od dětské sestry u PLDD, tak by mi je určitě sdělili. Věděla jsem hodně od dětské sestry od prvního miminka, při něm mě totiž edukovali.“* Informantka M11 sdělila, že při první edukaci spokojená byla, ale teď při druhém dítěti už žádná nebyla. Další informantka M9 odpověděla následovně: *„Sice jsem edukována nebyla, ale mně to takhle vyhovovalo. Kdybych se na něco potřebovala zeptat, tak by mi určitě odpověděli. Byla jsem spokojená jak v porodnici, tak i u pediatra.“* Informantky M7 a M8 spokojené s edukací sestrou u PLDD byly. Informantka M8 dodala: *„Určitě přínosná byla,*

ale většinu věcí jsem znala z porodnice. Jsem si jistá, že kdybych potřebovala nějak poradit, tak by mi určitě poradili.“ Na hodnocení edukace informantka M6 odpověděla: *Spíš jsem spokojená nebyla. Viděla bych problém v tom, že většinou už jsou ty sestry staré a nemají ty aktuální informace. Z toho důvodu, když jsem měla problém, jsem se obrátila na laktační poradkyni.*“ Též informantka M1 nebyla spokojená s edukací sestry u PLDD. Když měla problém s kojením, musela se obrátit na laktační poradkyni. Informantka M5 svoji edukaci hodnotila jako zlatý střed u PLDD: *„Když jsem měla problém, tak mi poradili, ale jinak se moc o mě nezajímali.“* Poslední informantka M4 svoji edukaci popsala následovně: *„No já jsem měla všechno nastudované a spíš mi to jen zopakovali, ale kdybych měla problém s kojením, tak se obrátím na laktační poradkyni, protože ta na mě má více času. Ale v rámci možností jsem spokojená byla, protože jsem neměla žádný problém při kojení.“*

Podkategorie shoda předaných informací z porodnice a u PLDD

Informantky M1, M2 a M6 nemohly tuto otázku z odpovědět, protože když měly problém, radši kontaktovaly laktační poradkyni, která na ně měla čas. Dále informantka M3 též nemohla posoudit, protože edukaci u PLDD neměla. V této podkategorii informantka M4 odpověděla: *„No, jelikož jsem porodní asistentka, tak v nemocnici mi ani nic neříkali a u pediatra jsem si potvrdila svoje nastudování myšlenky.“* Informantka M9 odpověděla: *„Jako péče v nemocnici byla super, ale trochu jsem byla zmatená, když mi jedna sestřička říkala něco jiného než druhá. Například jedna sestřička mi říkala, že můžu kojit nejdříve z jednoho prsa a pak na další kojení si vezmu druhé prso, pak přišla druhá sestřička a ta mi řekla, že je mám střídat po 10 minutách. Ale prakticky jsem byla spokojená.“* Informantky M5, M10 a M11 se shodly, že při prvním miminku se edukace z porodnice shodovala s edukací sestry u PLDD. Odpověď informantek M7 a M8 byla shodná, že informace z porodnice byly stejné s informacemi od pediatra.

5 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry u praktického lékaře pro děti a dorost edukují matky o kojení. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou matky spokojené s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost. Výzkumné otázky pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny následovně: Jakým způsobem jsou matky edukovány sestrou u praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti kojení? Jak jsou matky spokojené s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost v problematice kojení? Jaké nejčastější bariéry stojí v realizaci edukačního procesu u praktického lékaře pro děti a dorost?

Empirická část byla zpracována formou kvalitativního šetření a pro sběr dat byly použity dva typy polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl tvořen 5 sestrami, které pracují u praktického lékaře pro děti a dorost, a 11 matkami s dětmi do ½ roku. Na počátku nás zajímaly základní identifikační informace u obou skupin, které byly dotazovány. U sester, které pracují u PLDD, činil průměrný věk 49 let, což může představovat problém u populace zdravotníků, která obecně stárne a nemá aktuální informace. Průměrný věk matek v našem výzkumu byl 29 let.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry u praktického lékaře pro děti a dorost edukují matky o kojení. Dle Mydlilové (2023) pro dosažení národních cílů kojení je klíčová ambulantní podpora pediatriů. Vzhledem tomu, že stále více nemocných matek je propouštěno z nemocnic, které jsou označeny jako Baby – friendly a úspěšně podporují kojení, je důležité, aby pediatrii, kteří budou péči nadále poskytovat, měli dostatečné informace o kojení a jejich ordinace byly připravené k podpoře těchto kojících dyád.

Z rozhovorů od sester PLDD vyplynulo, že nejčastěji jako klíčové informace předávají minimální počet denních kojících dávek, střídání prsa při kojení a dále matky edukují o tom, jaký vliv má mateřské mléko na zdraví dítěte. Dle Järvinen (2019) kojení umožňuje neustále expozici imunitního systému matky během klíčového období několika měsíců života kojence, kdy se jeho vlastní imunitní systém teprve vyvíjí.

Kojení je v současné době doporučováno jako primární prevence alergických onemocnění včetně potravinových alergií. Dále dle Muntau (2014) kojení snižuje riziko atopické dermatitidy, zánětu středního ucha a infekčních onemocnění.

Dále matkám sestra S4 sděluje: „*Já preventivně maminkám opakuji, že jejich mateřské mléko je nejpřirozenější strava pro jejich miminko a má to mnoho benefitů jak pro matku, tak pro to miminko samotné. Ať už se to týká proti prevenci průjmovitých onemocnění nebo alergií. Dále maminkám říkám, že i když mají třeba virózu, tak ať klidně dál kojí, protože to miminko od nich dostává protilátky. Důležité je taky podotknout, že když miminko fyziologicky přibírá, tak by se na krmení nemělo budít, protože si samo řekne, ale také samozřejmě nesmí spát celou noc. Dále je důležité navazovat tu citovou vazbu matka a dítě a mazlit se s ním.*“

Dle Kachlové et al. (2022) kojení u matky napomáhá při hubnutí po porodu, podporuje zavinutí dělohy, eliminuje výskyt poporodních depresí, chrání matku před rakovinou a tlumí menstruační cyklus. Z rozhovorů matek vyplynulo, že informantky M2, M3, M6 nebyly vůbec edukovány sestrou o kojení u PLDD. Dále informantky M9, M11 též nebyly edukovány sestrou u PLDD z důvodu, že mají už druhé dítě, a tudíž že vše znají. Informantka M10 sdělila: *Dětská sestra u praktického lékaře pro děti a dorost se mě zeptala, zda kojím a jestli mám nějaké potíže a s čím bych potřebovala pomoc. Měla jsem bezproblémové kojení, takže jsem nepotřebovala pomoc.*“ Informantka M5 byla edukována v kojení ohledně odsávání předního mléka, aby její dítě začalo pít zadní mléko z důvodu nepřibývání na váze, jinak též nebyla edukována ohledně klíčových informací o kojení a mateřském mléku z důvodu, že má druhé dítě, a tak se předpokládalo, že vše ví a zná od prvního dítěte. Informantky M1, M4, M5, M7 a M8 se shodly, že byly edukovány individuálně vždy při preventivní prohlídce dítěte.

Mezi nejčastější metody v edukaci u kojení sestrou u PLDD byly použity metody slovní, praktické a písemné. Informantka M1 byla slovně edukována, že má střídat prsa při kojení a sestra ji dále edukovala o tom, jaké kojící polohy jsou. Dále dostala brožurku o výhodách kojení pro matku a dítě. O technikách správného kojení již nebyla edukována. Dle Fendrychové (2021) zvládnutí správné techniky kojení představuje klíčový prvek úspěšného kojení. Informantka M4 byla edukována, že má své dítě přikládat k prsu na požádání, ale zároveň co nejčastěji. Dále ji bylo sděleno, že mléko je přirozená strava miminka a zároveň slouží i jako prevence vůči průjmovitým onemocněním a alergii. Tato edukace proběhla slovně, zároveň techniky správného kojení jí však též nebyly sděleny. Naopak informantce M7 byly sděleny jak informace o výhodách mateřského mléka pro miminko, tak jí byly ukázány různé kojící polohy a vysvětleny techniky správného kojení.

Informantka M8 sdělila: „*Jelikož jsem byla dost edukována v porodnici, tak se mi dětská sestra jen zeptala, zda kojím a jestli něco potřebuji dovysvětlit či poradit, a jelikož už mě vše naučili v nemocnici, tak jsem s ničím nepotřebovala pomoci. Ale informovala mě o výhodách mateřského mléka, kojících polohách a správných technikách. Takže mi informace z porodnice zopakovala*“

Z výzkumu dále vyplynulo, že jako edukační bariéry sestry S2, S4 a S5 nejvíce vnímají časovou tíseň. Informantka S2 sdělila, že na edukaci nemá dostatek času, protože do pediatrické ordinace hlavně chodí nemocní pacienti a zároveň jejich ordinace není přizpůsobená k edukaci o kojení, protože nevlastní kojící křeslo a polštář a zároveň tu není ta intimita, kterou by si dané matky přály. Meek a Hatcher (2017) uvádí, že je důležité, aby prostředí ordinace bylo příznivé pro poskytování průběžné podpory kojení. V rozhovoru informantka S1 sdělila: „*Myslím si, že kojení a věci okolo něho jsou v porodnici matkám docela dobře vysvětleny. Samozřejmě záleží, jestli je ta matka prvorodička nebo už má miminko. Když už má jedno dítě doma, tak to už je pak v pohodě, ale ty prvorodičky jsou hrozně vystrašené a vyplaší se, když miminko má nějaký problém s kojením, a chtějí to vzdát a přejít na umělou výživu. Myslím si, že je hodně uklidní, když jim půjčíte domů tu váhu, že jsou si jistější a máme možnost, pokud je maminka z okolí ordinace, tak klidně každý den si ráno přijít miminko převážít. Jo ale spíš se snažíme je tak jakoby nestresovat a aby byly v klidu. Takže jako edukační bariéru, a i problém při kojení beru stres matky.*“ Matky M4 a M5 jako edukační bariéru vnímaly čas, což se potvrzuje z rozhovorů od sester, které edukují o kojení u PLDD. Dále informantka M4 dodala, že jejich ordinace PLDD není přizpůsobená k edukaci ke kojení, což též potvrzuje odpověď od informantky S2.

Dle mého názoru ordinace praktického lékaře ve většině případů nejsou přizpůsobené kojení jak prostorově, tak i vybavením. Dále pediatrické ordinace nemají takovou časovou dotaci pro matky, které mají problém s kojením. A to především v dnešní době, když ordinace jsou zaplněné dětmi, které jsou nemocné, a jejich matky se obávají černého kašle. Tento můj názor utvrzuje výpověď sestry S2. Navštívila jsem 6 ordinací praktického lékaře pro děti a dorost a z toho 2 ordinace měly místnost pro kojící matky, kde je sestry mohou edukovat u zbylých se edukace prováděla v ordinaci, kde matky pociťovaly nedostatek intimity.

Podle studie Fewtrella et al. (2023) je potřebné, aby všichni pediatri měli základní znalosti o kojení. Vzdělávací program pro všechny pediatri včetně specializací v pediatrii by měl zahrnovat požadavky, aby pracovníci v pediatrii rozuměli důležitosti kojení a fyziologii laktace, byli schopni identifikovat všední problémy přidružené s kojením a měli znalosti o výživě kojenců včetně doplňkové stravy. Poté by měli být schopni poskytnout matkám poradenství nebo je odkázat na vhodnou podporu. Dále by měli rozumět důležitosti povzbuzování a podpory matek s předčasně narozenými či nemocnými dětmi, aby pokračovaly v kojení nebo poskytovaly mateřské mléko. Z výzkumu vyplynulo, že odborně se vzdělávaly ohledně kojení sestry S2, S4 a S5. Z toho sestry S2 a S5 byly na semináři o kojení a sestra S4 má kurz laktačního poradenství. Dle mého názoru by každá sestra měla absolvovat minimálně jednou za rok seminář o kojení, aby získala aktuální informace. V rozhovorech bylo sdělováno sestrami, že moc seminářů o kojení pro sestry pediatrického lékaře pro děti a dorost v nabídce není, spíše jsou semináře určené

pro očkování. Kojení však představuje též primární prevenci vůči různým onemocněním, takže tohle mi přijde jako nedostačující. Samozřejmě, že úplně nejlepší pro matky by bylo, aby každá sestra měla kurz laktačního poradenství jako sestra S4. Jako pozitivní hodnotíme, že alespoň ty ordinace, které nemají sestru, která má kurz laktačního poradenství, spolupracují s laktační poradkyní, která na matky má čas, a více se kojení věnuje.

Druhým cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou matky spokojeny s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost v problematice kojení. Z výzkumu vyplynulo že 4 matky z 11 výslovně nebyly spokojeny s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost. Informantka M2 sdělila: *„Žádná edukace o kojení nebyla, takže odpověď je asi jasná. Moje edukace nebyla vůbec přínosná a byla jsem velmi nespokojená ohledně edukace sestrou o kojení u PLDD. Naštěstí jsem se vzdělávala sama na internetu, četla jsem různé knížky a moje laktační poradkyně mi hodně pomohla a poradila.“* Další informantka M1 potvrzuje výpověď informantky M2, protože se též musela setkat s laktační poradkyní, aby jí pomohla s kojením. Ačkoliv informantka M 10 uvedla, že sice edukována nebyla, protože už má druhé dítě, ale sestra jí dodávala pocit jistoty, že kdyby potřebovala poradit ohledně kojení, tak jí sestra u praktického lékaře pro děti a dorost určitě poradí jako při prvním dítěti a informantce M10 to takhle vyhovovalo.

Informantka M9 též uvedla, že byla spokojená jak v porodnici, tak i u pediatra ohledně edukaci o kojení, sice také edukována po druhé nebyla, ale též ji to.

Vyhovovalo, protože si byla jistá od prvního miminka, že jí sestra u PLDD přínosně poradí, když bude potřeba. Naopak informantka M8 uvedla, že její edukace přínosná byla. Sice většinu věcí ohledně kojení už znala z porodnice, ale zároveň dodala: „*Kdybych potřebovala poradit či pomoc, tak by mi určitě sestra u PLDD poradila.*“ Informantka M7 potvrdila výpověď informantky M7, že 90 % informací znala z porodnice, ale u pediatra jí je zopakovali a s edukací byla spokojená jak v porodnici, tak i u pediatra. Informantky M1, M2 a M6 vypověděly, že když měly problém s kojením, tak jim bohužel sestra nedokázala pomoc u PLDD a musely vyhledat na vlastní náklady laktační poradkyni, která jim ani nebyla doporučena od sestry praktického lékaře pro děti a dorost.

Dle mého názoru u matek, které mají druhé dítě, je vhodné před edukací sestrou PLDD se zeptat, zda chtějí matky reedukovat a informace o kojení nějak upřesnit. Zjistila jsem, že je to hodně individuální – některé matky to vyžadují a některé mají pocit, že jsou jen zdržovány. Důležité je matkám říct, že kdyby potřebovaly s něčím pomoci či poradit, tak se na vás jako na sestru mohou obrátit. Především je důležité dodat jim jistotu, že jste tu pro ně. Překvapilo mě, že matkám prvorodičkám, které nebyly edukovány sestrou u PLDD ohledně kojení, že se sestry v této oblasti nevěnovaly, přičemž jim ani sestra nenabídla kontakt na laktační poradkyni. To mi přijde smutné. Kdo jiný by se měl věnovat matce a dítěti po propuštění z nemocnice v oblasti kojení, nežli sestra u PLDD a daný lékař. Dále by bylo vhodné, aby sestry v porodnici a sestry u PLDD poskytovaly alespoň podobné informace o kojení. Z výzkumu totiž vyplynulo, že matky dostávaly odlišné informace a pak nevěděly co je správné a co není.

6 Závěr

V této bakalářské práci, která se zabývá edukací matek sestrami o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost, byly stanoveny dva cíle: „Zjistit, jak sestry u praktického lékaře pro děti a dorost edukují matky o kojení“ a „Zjistit, jak jsou matky spokojené s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost problematice kojení.“ V souvislosti s těmito cíli byly stanoveny 3 výzkumné otázky: „Jakým způsobem jsou matky edukovány sestrou u praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti kojení?“ „Jak jsou matky spokojeny s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost v problematice kojení?“ a „Jaké nejčastější bariéry stojí v realizaci edukačního procesu u praktického lékaře pro děti a dorost?“

Výzkumné šetření bylo zpracováno formou kvalitativní analýzy a pro sběr dat byly použity dva typy polostrukturovaných rozhovorů. První typ rozhovoru byl použit u pěti sester praktického lékaře pro děti a dorost. Druhý typ rozhovoru byl použit u jedenácti matek s dětmi do ½ roku věku dítěte. Cíle této práce byly splněny.

Z první výzkumné otázky z rozhovorů sester vyplynulo, že nejčastěji matky edukují slovní, praktickou a písemnou metodu ohledně kojení. Nejčastěji se edukace provádí při preventivních prohlídkách dítěte či při kojenecké poradně anebo individuálně dle potřeb matky. Z druhé výzkumné otázky z rozhovorů matek vyplynulo, že matky M1, M2, M3 a M6 nebyly spokojeny s edukací sestrou praktického lékaře pro děti a dorost. Dále z výzkumu vyplynulo, že reedukace matek, které mají druhé dítě, chybí anebo je nedostačující, protože sestry předpokládají, že vše již umí. Matkám M9 a M10 to však vyhovovalo. Vystačila jim poskytnutá jistota od sester, že kdykoliv budou chtít pomoci, tak se na ně mohou obrátit. Informantka M11 nebyla edukována a matka M5 byla částečně edukována. Z našeho výzkumu dále vyplynulo, že matky M7 a M8 byly spokojeny s edukací sestrou v oblasti kojení a matka M4 svoji edukaci hodnotí jako dostačující. Na třetí výzkumnou otázku sestry odpovídaly, že jako edukační bariéru vnímají nejčastěji čas, vybavení ordinace, která neposkytuje dostatečnou intimitu pro kojící matky, psychiku matky a bolest prsou. Zároveň z rozhovorů matek vyplynulo, že jako edukační bariéru vnímají nedostatek času.

Dále matky v rozhovorech uvedly, že jako edukační bariéru vnímají prostředí ordinace, které není dostatečně vybaveno k jejich edukaci v oblasti kojení a ve většině případech chybí kojící místnost, které poskytují dostatek intimity při kojení. Dále matky pocítovaly neshodu informací od sester z porodnice a sestry od PLDD.

Tato bakalářská práce může přispět ke zkvalitnění edukace matek sestrami o kojení u praktického lékaře pro děti a dorost a její výsledky budou prezentovány na konferenci Laktační ligy.

7 Literární zdroje

1. ANDREAS, NJ., Kampmann, B., Mehring Le-Doare K., 2015. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Human Development* [online]. 11. 2015, 91(11), 629-35 [cit. 2023-11-05]. Doi: 10.1016/j.earlhumdev.2015.08.013. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26375355/>
2. BAYER, M., 2011. *Pediatric*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-388-2.
3. BRENNAN, D., 2023. *Psychological Benefits of Breastfeeding* [online]. [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/parenting/psychological-benefits-of-breastfeeding>
4. BUCK, ML., et al., 2013. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeed Med* [online]. 31. 12. 2013, 9(2), 56-62 [cit. 2023-11-21]. Doi:10.1089/bfm.2013.0106. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24380583/>
5. BURIÁNOVÁ, I., 2015. Enterální výživa. In: STRAŇÁK, Z., JANOTA, J. *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta a.s., s. 119–133. ISBN 978-80-204-3861-4.
6. ČÁP, J., MAREŠ, J., 2001. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-463-X.
7. ČERNÁ, M., KOLLÁROVÁ, J., 2015. *Laktační minimum pro pediatrii* [online]. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. [cit. 2023-11-05].
8. ČERVENKOVÁ, I., 2013. *Výukové metody a organizace ve vyučování* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita. [cit. 2023-12-26]. ISBN: 978-80-7464-238-8.
9. DORT, J., et al., 2013. *Neonatologie* [online]. 2.vydání. Praha: Karolinum [cit. 2023-11-18]. ISBN 978-80-246-3936-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/neonatologie-1520542/#>
10. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7331-laktacni-minimum-pro-pediatriy.pdf>
11. FENCL, F., 2019. Výživa v pediatrii. In: BLÁHOVÁ, I., et al. *Pediatrická propedeutika*. Praha: Galén, s. 55–62. ISBN 978-80-7492-442-2.
12. FENDRYCHOVÁ, J., 2021. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-607-2.

13. FEWTRELL, M., et al., 2023. Role of Pediatricians in Promoting and Supporting Breastfeeding. *A Position Paper of the International Pediatric Association Strategic Advisory Group on Infant, Child, and Adolescent Nutrition* [online]. 6.9. 2023, 79(6), 469-475 [cit. 2024-04-23]. Doi: 10.1159/000534004. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37673040/>
14. GOVONI, L., et al., 2019. Breastfeeding pathologies: analysis of prevalence, risk and protective factors. *Acta Biomed for Health Professions* [online]. 28.3.2019, 90(4-S),56-62 [cit. 2023-11-05]. Doi:10.23750/abm.v90i4-S.8240. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30977749/>
15. HAVELKOVÁ, E., TUMOVÁ, E., 2015. *Edukace v ošetrovatelství*. Trutnov: Průvodce edukační prací, [on-line]. [cit. 2023-12-14]. Dostupné z: https://elearning.zoat.cz/pluginfile.php/2007/mod_resource/content/1/Edukace%20v%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf
16. Inštitút podpory dojčenia (IPD), 2017. *Iniciálne naliatie prsníkov*. [online]. [cit. 2023-11-21]. Dostupné z: <https://institutdojcenia.sk/wp-content/uploads/2017/04/Inicialne-naliatie-prsnikov.pdf>
17. JÄRVINEN, KM., MARTIN, H., OYOSHI. MK.,2019. Immunomodulatory effects of breast milk on food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* [online]. 8. 2019, 123(2),133-143 [cit. 2023-11-05]. Doi: 10.1016/j.anai.2019.04.022. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048004/>
18. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
19. KACHLOVÁ, M., et al., 2022. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3176-1
20. KOTÍKOVÁ, M, 2019. Problematika používání kojících kloboučků. *Pediatric pro praxi* [online]. 20(3), 188–191 [cit. 2024-05-01]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2019/03/12.pdf>
21. KRÁKTÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati. [online]. [cit. 2023-12-5]. ISBN:978-80-7454-635-8. Dostupné z: <https://1url.cz/KKcI7>
22. Laktační Liga, 2007. *Technika kojení – polohy*. Kojení.cz [online]. 2023 [cit. 2023-11-21]. Dostupné z: <https://www.kojeni.cz/odborne-clanky/technika-kojeni-polohy/>

23. MARTIN, CR., LING, PR., BLACKBURN, G L., 2016. Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients* [online]. 11.5. 2016, 8(5), 279 [cit. 2023-11-05].: Doi:10.3390/nu8050279. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27187450/>
24. MAZÚCHOVÁ, L., MASKÁLOVÁ, E., DIVOKOVÁ, D., 2022. *Úspěšné kojení: sebeúčinnost matek*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3390-1.
25. MEEK, J.Y., HATCHER, A.J., 2017. Section on breastfeeding. *The Breastfeeding-Friendly Pediatric Office Practice* . Pediatrics. 5. 2017, 139(5) [cit. 2023-12-30]. Doi:10.1542/peds.2017-0647. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28557776/>
26. Ministerstvo zdravotnictví, 2023. *Novela vyhlášky o činnostech přináší sestřám vyšší kompetence* [online]. [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/07/158_2022-.pdf
27. MUNTAU, A., 2014. *Pediatre*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4588-6.
28. MYDLILOVÁ, A., 2023. *Kojení v ČR 2021*. Kojení.cz [online]. [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://www.kojeni.cz/novinky/kojeni-v-cr-2021/>
29. MYDLILOVÁ, A., 2023. *Role pediatrů v podpoře kojení*. Kojení.cz [online]. [cit. 2024-04-23]. Dostupné z: <https://www.kojeni.cz/novinky/role-pediatru-v-podpore-kojeni/>
30. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-12-26]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>
31. ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T., HADAŠOVÁ, L., 2017. Prieskum postojov matiek k dojčeniu. *Pediatric pro praxi* k[online]. 18(2), 139–142 [cit. 2023-11-05]. Doi:10.36290/ped.2017.025. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2017/02/15.pdf>
32. PALMEIRA, P., SAMPAIO, M C., 2016. Immunology of breast milk. *Rev Assoc Med Bras* [online].9. 2016, 62(6), 584-593 [cit. 2023-11-05]. Doi:10.1590/1806-9282.62.06.584. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27849237/>
33. PEVZNER, M., DAHAN, A., 2020. Mastitis While Breastfeeding: Prevention, the Importance of Proper Treatment, and Potential Complications. *J Clin Med* [online]. 22.7. 2020, 9(8) [cit. 2023-11-21]. Doi:10.3390/jcm9082328. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32707832/>

34. PROCHÁZKOVÁ, D., KAPOUNOVÁ, Z., 2021. *Výživa dětí* [online]. MedMuni [cit. 2023-11-15]. ISBN 978-80-210-9846-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/vyziva-deti-1508783/#>
35. ROZTOČIL, A. a kol., 2017. *Moderní porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
36. ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Grada. ISBN 978-80-271-2098-7.
37. STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., a kol., 2015. *Základy dětského lékařství*. 6. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
38. SUCCOIO, M., et al., 2022. Galactosemia: Biochemistry, Molecular Genetics, Newborn Screening, and Treatment. *Biomolecules* [online].11.7.2022, 12(7) [cit. 2023-11-18]. Doi:10.3390/biom12070968. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35883524/>
39. SVĚRÁKOVÁ, M.,2012. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
40. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-246-5.
41. VELEMÍNSKÝ, M., ŠIMKOVÁ, S., 2020. *Pediatric z pohledu výživy*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-794-1.
42. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Dítě od početí do puberty*. 4.vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-148-3.
43. VLACHOVÁ, M., MRZENA, B., 2014. *Ošetrovatelská péče v pediatrii* [online]. Praha: 144 s., Vysoká škola zdravotnická, Vysokoškolská skripta. ISBN: 978-80-905729-4-3. Dostupné z: <https://1url.cz/HKcgE>
44. VRUBLOVÁ, Y., 2021. *Edukace ve zdravotnictví – edukace v ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik: studijní materiál [on-line]. [cit. 2023-12-25]. 10 s. Dostupné z: <https://1url.cz/nKcgr>
45. WESTERFIELD, KL., KOENIG, K., OH, R., 2018. Breastfeeding: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician* [online].15.9.2018, 98(6), 368-373 [cit. 2023-11-05]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30215910/>
46. ZORMANOVÁ, L., 2014. *Obecná didaktika pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-9131-9.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha č. 1: LATCH skóre

Příloha č. 2: Poloha při kojení – Poloha vleže

Příloha č. 3: Poloha při kojení – Poloha vsedě

Příloha č. 4: Poloha při kojení – Boční fotbalové držení

Příloha č.5: Poloha při kojení – Poloha tanečníka

Příloha č. 6: Poloha při kojení – Poloha v polosedě

Příloha č. 7: Poloha při kojení – Poloha vleže na zádech

Příloha č. 8: Poloha při kojení – Vzprámená vertikální poloha

Příloha č. 9: Otázky pro rozhovor se sestrami u PLDD

Příloha č. 10: Otázky pro rozhovor s kojícími matkami s dětmi do ½ roku

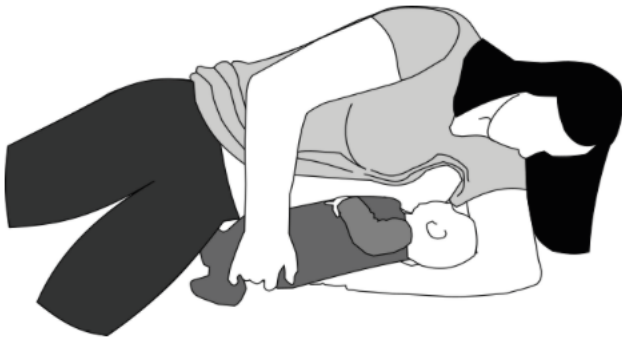
Příloha 1

LATCH skóre (Kachlová et al.,2022)

Body	0	1	2
Technika kojení – přisátí – efektivita sání	Spavé dítě, nezájem o pití, nepřisaje se	Opakované pokusy o přisátí	Přisaje se, správný úchop prsu, jazyk dole, rty objímají dvorec, rytmické sání, dlouhé sací periody
Polykání	Žádné	Několik polknutí po stimulaci	Spontánně saje
Tvar bradavky	Vpáčené	Ploché	Vystouplé (i po stimulaci)
Komfort matky	Bolestivé, poraněné bradavky, krvácející, pálící, puchýře, modřiny	Citlivé, mírný rozsah poranění, bradavky červené, pálící, malé puchýře, ragády, modřiny	Nebolí, bradavky klidné, bez poškození
Podpora, pomoc matce	Plná asistence u přiložení dítěte i držení prsu, matka a dítě od sebe odvrácení, prsty na dvorci	Minimální dopomoc, periodický dohled, mírná úprava techniky kojení	Bez potřeby pomoci, matka soběstačná v držení dítěte i prsu a má správnou polohu

Příloha 2

Poloha vleže (Kachlová et al.,2022)



Příloha 3

Poloha vsedě (Kachlová et al.,2022)



Příloha 4

Poloha fotbalisty (Kachlová et al.,2022)



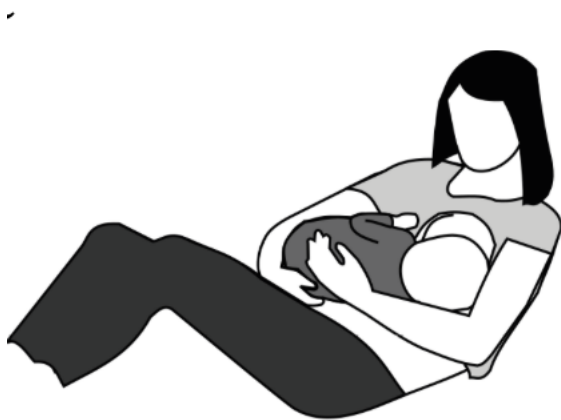
Příloha 5

Poloha tanečnicka (Kachlová et al.,2022)



Příloha 6

Poloha v polosedě (Kachlová et al.,2022)



Příloha 7

Poloha vleže na zádech (Kachlová et al.,2022)



Příloha 8

Vzpřímená vertikální poloha (Kachlová et al.,2022)



Příloha 9

Otázky pro rozhovor se sestrami u PLDD

1. Kolik je Vám let?
2. Jaká je Vaše úroveň vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete v této ordinaci?
4. Na jakých pracovištích jste doposud pracovala?
5. Jaké klíčové informace by podle Vás měla zahrnovat edukace o kojení?
6. Jaké edukační metody používáte v průběhu edukace matky o kojení?
7. Jakou formu edukace volíte při edukaci matky o kojení?
8. Jaké pomůcky používáte při praktické edukaci matky?
9. Vnímáte nějaké edukační bariéry v průběhu edukace matky o kojení?
10. Máte ordinální hodiny pro matky, které mají problém s kojením?
11. Jakým způsobem jste se vzdělávala a vzděláváte ohledně edukace o kojení?
12. Spolupracuje Vaše ordinace s laktační poradkyní?

Zdroj: vlastní zpracování, 202

Příloha 10

Otázky pro rozhovor s kojícími matkami s dětmi do ½ roku

1. Jaká je Vaše úroveň dosaženého vzdělání?
2. Kolik Vám je let?
3. Kolikáté miminko máte?
4. V kolikátém týdnu gravidity jste rodila?
5. Jakým způsobem jste rodila?
6. Jakým způsobem Vás sestra edukovala o kojení u PLDD?
7. Jaké informace Vám sestra předala o výhodách kojení pro matku a dítě?
8. Jakým způsobem Vás sestra informovala o technikách správného kojení?
9. Jaké edukační bariéry jste vnímala v průběhu Vaší edukace?
10. Jakým způsobem jste byla edukována v péči o prsa před kojením a po kojení?
11. Byla jste edukována o kompenzačních pomůckách na kojení? Která Vám byla doporučena? Byla jste edukována o jejich použití?
12. Myslíte si, že byla Vaše edukace u PLDD o kojení přínosná?
13. Jak jste byla spokojená s edukací o kojení sestrou u PLDD?
14. Jak jste byla informována o výhodách kojení oproti použití umělé mléčné stravy?
15. Jak probíhala edukace v nemocnici.
16. Navazovala edukace z nemocnice na tuto edukaci? A jak se shodovaly informace?

Zdroj: vlastní zpracování, 202

9 Seznam zkratek

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome – soubor příznaků a infekcí způsobených oslabením imunitního systému virem HIV

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

Deo – dětské oddělení

EKG – elektrokardiogram

IgA – imunoglobulin A

M – matka

MM – mateřské mléko

Neo – neonatologické oddělení

PLDD – praktický lékař pro děti a dorost

S – sestra